

بِسْمِ تَعَالَى



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستور العمل برنامه
«پزشک خانواده و نظام ارجاع»

فروردین ۹۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمه:

موفقیت های جمهوری اسلامی ایران در توسعه زیر ساخت های نظام سلامت منجر به ارتقاء بسیاری از شاخص های بهداشتی درمانی در طی سه دهه گذشته شده است اما نظام سلامت در کشور ما کماکان نیازمند بازنگری است.

در حالی که در زمینه تامین منابع انسانی، تجهیزاتی، فضای فیزیکی، پیشرفت های علمی و فناوری و بدنبال آن شاخص های مرتبط با سلامت به جایگاه شایسته ای دست یافته ایم، بسیاری از شهروندان جمهوری اسلامی ایران متناسب با توان مالی خود از حمایت های بیمه ای برخوردار نیستند و سهم مردم در تامین هزینه های سلامت بالاتر از میزان مورد انتظار است. این در حالی است که الزامات قانونی مندرج در سند چشم انداز 20 ساله و اصول صریح قانون اساسی دسترسی به حداقل امکانات بهداشتی درمانی را «حق» مردم می داند.

بعلت پیشرفت جهانی علم و فناوری در حوزه پزشکی درمانی و تنوع بسیار زیاد رشته ها و تخصص های پزشکی، هزینه خدمات در چند دهه گذشته بر اساس یافته های علمی به نحو سرسام آوری افزایش یافته و هیچ کشوری قادر به تامین صد درصد منابع مورد نیاز خدمات سلامت نیست. در چنین شرایطی افراد غالباً مسیر مناسب درمان را به موقع پیدا نمی کنند و در صورت دستیابی به خدمات مورد نیاز، هزینه های سنگین استفاده از این خدمات به معضلی جدی برای مردم تبدیل می شود. در برخی از موارد نظام های حاکم بر اقتصاد بازار بر حوزه سلامت مستولی شده و چشم انداز ناامید کننده ای را برای حفظ و ارتقاء سلامت مردم ایجاد کرده است. در چنین شرایطی منابع محدود دولت ها توسط خدمات گرانقیمت و بعضاً غیر ضروری درمانی و تشخیصی بلعیده می شود و در عین حال رضایتمندی از خدمات سلامت متناسب با این هزینه کرد حاصل نمی گردد.

مدیریت منابع و منطقی نمودن آرایه خدمات، راهکاری عملی به منظور دست یابی به عدالت در نظام سلامت و افزایش رضایتمندی عمومی است. از طرفی حرفه پزشکی جنبه شبه اجتهادی دارد و ارزیابی و نظارت بر عملکرد پزشکان بعد از ارائه خدمات و گذشت زمان با تغییر علائم بیماری و یا بهبودی به راحتی میسر نمی گردد. بر اساس تجارب نظام های بهداشت و درمان برخی از کشورهای پیشرو در عرصه سلامت، پزشکان خانواده می توانند مسئولیت مدیریت منابع و در عین حال حفظ و ارتقاء سلامت جمعیت تحت پوشش را به خوبی به عهده گیرند. از آنجا که این گروه از فعالان نظام سلامت آرایه خدمات PHC و مراقبتهای اولیه را به عهده داشته و اشراف بیشتری به نظام سلامت دارند؛ کشورهای پیشرو، بالاجبار پزشکان خانواده را به منظور تحقق عدالت در سلامت و دست یابی به حداکثر بهره وری از منابع محدود به کار گرفته اند. آنها پاسخگوی مراجع ذی ربط و ناظر بر صحت کیفی و کمی خدمات، قبل، حین و بعد از ارائه آن هستند و با استفاده از اصول علمی و اجرایی، منابع انسانی و تجهیزاتی نظام سلامت را در خدمت واقعی مردم قرار داده و از طرف دیگر ضامن حسن اجرای سیاست های حاکمیت در این حوزه می باشند. لذا پزشکان خانواده، با رویکردی مردم نگر، منابع محدود سلامت را برای خواسته های نامحدود مدیریت می کند. در این میان فعالان عرصه های تخصصی و فوق تخصصی نیز به دلیل کاهش بار مراجعات بی مورد، قادر خواهند بود تا نقش کلیدی خود در تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه را به خوبی اجرا نموده و خدمات تخصصی و فوق تخصصی به شکل منطقی تر و کیفی تری ارائه خواهد شد.

با توجه به فراهم بودن زیر ساخت های انسانی، تجهیزاتی و فیزیکی مورد نیاز و بر اساس نتایج بررسی های کارشناسی، اجرای برنامه پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع در سطوح سه گانه، که مستلزم به کار گیری کاردان هاه کارشناسان، پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص در سطوح مربوطه می باشد، منجر به کاهش بی عدالتی در نظام سلامت، افزایش رضایتمندی مردم و فعالان نظام بهداشت و درمان و در عین حال ارتقاء شاخص های سلامت خواهد شد.

برخی از مهمترین فواید، مزایا و ویژگی های اجرای برنامه پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع عبارتند از:

- ✓ تعامل مناسب و مستمر میان پزشک خانواده و مردم و احساس آرامش در مراجعین و افزایش رضایتمندی عمومی از خدمات نظام سلامت.
- ✓ تشکیل پرونده سلامت و بهره گیری از مزایای آن در مسیر پیشگیری و درمان بهتر بیماری ها و جلوگیری از سردرگمی مردم.
- ✓ تغییر دیدگاه پزشکان خانواده از درمان نگر به سلامت نگر.
- ✓ اصلاح نحوه تعامل پزشکان متخصص و پزشکان خانواده و ارتقاء کارایی نظام ارجاع.
- ✓ درمان به موقع بیمار و امکان آرایه خدمات در زمان طلایی.
- ✓ اعمال طبابت مبتنی برشواهد، اولویت معاینه بالینی در فرایند تشخیص و درمان علمی.

- ✓ جلوگیری از مصرف بی رویه دارو و خدمات پزشکی و صرفه جویی در هزینه ها و کاهش عوارض جانبی قابل اجتناب.
- ✓ ایفاء نقش مدیریت با آرایه مشاوره از سوی پزشک خانواده و جلوگیری از سرگردانی جمعیت تحت پوشش
- ✓ تاکید بر خدمات پیشگیری و در عین حال لحاظ نمودن حق انتخاب درمانگر و روش درمانی برای مردم.
- ✓ هدایت فرایند درمان متناسب با نیاز واقعی فرد، کنترل تقاضای القایی همراه با حذف منافع ناشی ارائه خدمات مازاد بر نیاز.
- ✓ طراحی برنامه مبتنی بر برونداد، تعریف حدود استاندارد خدمات دارویی، پاراکلینیک و ... به منظور تضمین کیفیت خدمات سلامت.
- ✓ احیاء شاخصه علمی پزشکی با تقویت جایگاه پزشک عمومی به عنوان بدنه طب.
- ✓ برقراری تناسب میان کاردان ها، کارشناسان، پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص.
- ✓ حفظ حرمت و تقدس پزشکی و حذف شائبه های مربوط به تجاری شدن نظام بهداشت و درمان.
- ✓ تبدیل نظام سلامت از حالت منفعل به فعال و شناسایی به موقع نیازمندان به دریافت خدمات.
- ✓ استقرار عدالت در نظام سلامت و کاهش عمومی هزینه های سلامت در سید هزینه خانوار.
- ✓ تغییر جایگاه پزشکان از مطالبه گران نظام سلامت به عوامل مدیریت کننده منابع.
- ✓ ایجاد بستر مناسب جهت فعالیت بخش خصوصی و حفظ منافع مشروع این بخش همراه با ایجاد فرصت های شغلی.

بر این اساس و با توجه به سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت که دهه چهارم از حیات پر برکت نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران را دهه پیشرفت و عدالت نامیده اند و در مسیر تحقق حماسه سیاسی و اقتصادی در تمامی عرصه ها، و با توجه به تاکیدات و پیگیری های مکرر ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران در طی دولت نهم و دهم مبنی بر استقرار برنامه پزشک خانواده در کشور، و نیز در اجرای بندهای «ج» و «د» ماده ۳۲ و «الف» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم و نیز در راستای عملیاتی نمودن معیارهای عملی اقتصاد مقاومتی، دستورالعمل برنامه پزشک خانواده با ۲۳ ماده تهیه شده است.

ماده ۱) مبانی قانونی و حقوقی:

۱- بند ج ماده ۲۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران:

سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، محوریت پزشکی خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۲) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء باز طراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاهای حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجراء برنامه عملیاتی گردد.

۲- بند د ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید.

قصره ۱، کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نبوده و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند.

۳- ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران:

به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ب- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمانها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌های حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید. کلیه واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

۴- بند ب ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران:

شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

۵- ماده ۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳ هیأت دولت:

دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید. پوشش و تمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین انجام خواهد شد.

ماده ۲) اهداف:

تامین، حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه و دستیابی به عدالت در سلامت و دستیابی به حداکثر پاسخگویی و رضایتمندی در بین گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامتی.

ماده ۳) تعاریف و اصطلاحات:

۱. نظام سلامت:

نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها، موسسات و منابعی است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در سلامت جامعه نقش ایفاء می‌کنند و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از آنهاست. بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آن‌ها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح‌های متفاوت شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر و مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را در بر می‌گیرد.

۲. پزشک خانواده:

پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی بوده و بر اساس معیارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد و در دوره‌های بازآموزی کوتاه مدت مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که توسط دانشگاه‌ها برگزار می‌گردد شرکت نموده و گواهی لازم را دریافت کرده باشد. پزشک خانواده عهده‌دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسوولیت‌های وی شامل تامین و تداوم خدمات جامع سلامت، مدیریت سلامت و هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌ها می‌باشد. هر پزشک خانواده، جمعیت مشخصی که نباید از حد معینی متناسب با شرایط هر منطقه بیشتر باشد، انتخاب می‌کند. البته در شرایط عادی این تعداد نباید از ۲۵۰۰ نفر بیشتر باشد. متخصصین رشته‌های بالینی مشروط به انجام تمام وظایف پزشک خانواده و داشتن سایر شرایط مندرج در این دستورالعمل می‌توانند به عنوان پزشک خانواده خدمت کنند.

۳. بسته خدمات سلامت:

خدمات بهداشتی، درمانی، یا توان‌بخشی پایه و دارای اولویت مانند مراقبت‌های بهداشتی برابر برنامه‌های سلامت کشوری بر اساس فهرست پیوسته، خدمات پزشکی شامل تمام اقدامات درمانی سرپائی و از جمله گزارش بیماری‌های تحت مراقبت، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی، درخواست مشاوره، تکمیل فرم‌های بررسی اپیدمیولوژیک و پی‌گیری مراقبت‌های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش، انجام معاینات دوره‌ای که باید توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه یا فراهم شود. هزینه‌ی سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح‌های بیمه مکمل و به طور اختیاری تامین شود. بدیهی است تعهد بیمه‌ها در قبال بسته خدمات پایه که با پیشنهاد ستاد کشوری پزشک خانواده و نظام ارجاع تعیین و برابر مقررات به تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت دولت رسیده یا می‌رسد، خواهد بود.

۴. نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که در اختیار جمعیت تحت پوشش می‌گذارند به صورت پرداخت سرانه متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم و یا بیمار خواهد بود.

۵. سرانه در اختیار پزشک خانواده و مدیریت منابع:

برای جبران خدمات پزشک خانواده و کلیه هزینه های سطح یک، به ازای هر فرد تحت پوشش از طرف بیمه گر مربوطه، مبلغی معادل 45 درصد سرانه متوسط هر نفر در اختیار پزشک خانواده قرار می گیرد. که پزشک خانواده باید برابر ضوابط این دستور عمل منابع را در راستای ارتقای سلامت افراد تحت پوشش خود مدبّرانه هزینه نماید.

۶. نیروهای مستقر در پایگاه پزشک خانواده:

به منظور ارائه مراقبت کیفی، جامع و مستمر خدمات بر اساس بسته خدمتی، پزشک خانواده می تواند دستیار و یا دستیاری که دانش آموخته مقاطع مختلف در رشته های علوم بهداشتی و درمانی هستند مانند؛ پرستار، ماما، بهداشت و ... را به کارگیری نماید. لازم است تا این افراد واجد صلاحیت های قانونی، علمی و عملی بوده و در دوره های مورد نیاز حسب نظر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شرکت نموده و حداقل قابلیت های لازم را کسب نمایند.

بصره ۱: در صورتی که پزشک خانواده به تنهایی قادر به ارائه کامل بسته خدمتی بوده و این خدمات بر اساس نظر شبکه بهداشت و درمان شهرستان دارای کیفیت و کمیت مورد نظر باشد، پزشک خانواده می تواند بدون بکارگیری نیروهای موضوع این ماده نسبت به اناره پایگاه پزشک خانواده اقدام نماید. بدیهی است رعایت سایر الزامات قید شده در این دستورالعمل مانند رعایت طرح انطباق از سوی پزشک خانواده ضرورت دارد.

بصره ۲: رعایت کلیه قوانین و مقررات قانون کار و طرح طبقه بندی مشاغل در بکارگیری و پرداخت به دستیاران توسط پزشک خانواده، الزامی است.

۷. نظام آرایه خدمات سلامت:

شامل تمام خدمات پیش گیری، درمانی و توان بخشی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این خدمات در قالب بسته خدمتی و در سه سطح به شرح زیر آرایه می شود:

سطح یک آرایه خدمت:

محل آرایه خدمات سطح یک، پایگاه پزشک خانواده است که یک پزشک خانواده مسئولیت آن را به عهده دارد. این پایگاه می تواند در واحدهای وابسته به شبکه بهداشت و درمان مانند مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی و یا درمانگاه های وابسته به نهادهای دولتی و یا مراکز غیر دولتی مانند مطب تطابق یافته پزشک عمومی مستقر شود. پزشکان خانواده ای که از بخش خصوصی وارد برنامه پزشک خانواده شده اند می توانند در همان محل مطب خود که به پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تغییر نام خواهد داد، به آرایه خدمت به جمعیت تحت پوشش بپردازند.

پزشکان خانواده موظفند، ارزیابی، برنامه ریزی و ارزشیابی سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود را برای آرایه خدمات مناسب پیشگیری، تشخیصی، درمانی و توان بخشی را در زمان و مکان مناسب انجام دهند و بر استمرار آرایه خدمات و دریافت گزارش از سطوح بالاتر نظارت نماید و پس از ثبت کلیه اقدامات و خدمات، در پرونده افراد تحت پوشش، مراتب را به ستاد شهرستانی آرایه نماید.

سطح دو آرایه خدمت:

واحدی تخصصی در نظام سلامت است که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در بر اساس بسته خدمتی و راهنماهای عملی آرایه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار داده و پس از انجام معاینات و اقدامات درمانی لازم، در صورت نیاز فرد را به سطح بالاتر و یا سطح همتراز آرایه خدمت ارجاع نموده و نتیجه تمامی اقدامات و خدمات آرایه شده به فرد مزبور را به پزشک خانواده ارجاع‌کننده منعکس می‌نماید.

سطح سه آرایه خدمت:

شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک بر اساس بسته خدمتی و راهنماهای عملی آرایه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. لازم است تا بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع‌کننده و پزشک خانواده فرد قرار گیرد.

د. خدمات سلامتی اورژانسی:

به بیمارانی گفته می‌شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به آرایه خدمات تشخیصی و یا درمانی برای آنان اقدام شود. برای بیماران اورژانسی سرعت عمل و زمان در آرایه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد (وضعیت‌هایی نظیر زایمان، MI، ضربه مغزی، شکستگی‌های باز، مسمومیت و...).

۱. ارجاع:

ارجاع، مجموعه فرایندهایی است که به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت، ارتباط فرد با سطوح سه‌گانه آرایه خدمت را برقرار می‌کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در نهایت در پرونده سلامت الکترونیک شخص نزد پزشک خانواده یا تیم سلامت از طریق ارسال پس‌خوراند از سطوح بالاتر ثبت می‌شود.

شبکه ارجاع (نظام ارجاع):

تمام پزشکان خانواده در سطح اول آرایه خدمات به همراه مراکز دولتی، غیردولتی و خصوصی که در سطح دوم و سوم به آرایه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی سرپایی یا بستری می‌پردازند، شبکه ارجاع را تشکیل می‌دهند. این مراکز به عنوان همکاران (اعضاء) شبکه ارجاع خوانده می‌شوند.

فرم ارجاع:

منظور فرمی است الکترونیکی یا کاغذی که مشخصات بیمار، مشکل بیمار، مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستی در آن ثبت و به استناد آن، بیمار برای دریافت خدمات سلامت مورد نیاز به سطوح بالاتر یا فراهم‌کننده خدمت دیگری در همان سطح مراجعه می‌کند.

ارجاع عمودی:

حرکت بیمار از یک سطح به سطح بالاتر مانند ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص / بیمارستان عمومی / بیمارستان تخصصی / بیمارستان فوق تخصصی.

ارجاع افقی:

حرکت بیمار از واحد آرایه‌کننده خدمات در یک سطح به واحد آرایه‌کننده خدمت در همان سطح، مانند ارجاع از یک پزشک متخصص به پزشک متخصص دیگر که با هماهنگی پزشک خانواده انجام شده و برگه ارجاع مربوطه بعداً توسط پزشک خانواده ارجاع خواهد شد.

مشاوره درمانی:

استفاده و بهره‌گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده‌های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است. برای مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی‌شود و ممکن است تنها اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل شود. در مشاوره درمانی، مسئولیت استفاده یا عدم استفاده از نظرات پزشک مشاور بر عهده پزشک مشاوره کننده است.

برگشت ارجاع (بازخوراند):

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

۱۰. ارزشیابی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت

بررسی و برآورد وضعیت عملکرد مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به صورت فصلی و با استفاده از چک لیست‌های ارزیابی مبتنی بر شاخص‌های مورد انتظار است، که توسط دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و بیمه ها انجام خواهد شد.

۱۱. سامانه اطلاع رسانی پزشک خانواده و نظام ارجاع (ساینا)

به منظور پاسخگویی و اطلاع رسانی به مردم و ارائه دهندگان خدمت با هدف افزایش رضایت مندی و تاکید بر نظارت همگانی، شماره تلفن ۱۴۹۰ در وزارت بهداشت راه اندازی و هدایت و هماهنگی لازم را بعمل می آورد. با این وجود دانشگاه هایی که زیرساخت و نیروهای لازم را در اختیار دارند می توانند این مسئولیت را در سطح استانی یا شهرستانی به عهده گیرند.

۱۲. کمیته مدیریت و درمان تخصصی (مودت):

مودت صرفاً یک کمیته است که به منظور هماهنگی بین ارائه دهندگان خدمت در سطوح ۲ و ۳ تعیین همکاران خود به منظور تکمیل بسته خدمت، رعایت راهنماهای بالینی و مهار تقاضای القایی راه اندازی شده است. این واحد مدیریتی کمیته ای مستقل با اختیارات در برنامه ریزی، اجرا، پایش و نظارت در حوزه وظایف خود و توزیع سهم سطح ۲ و ۳ از سرانه و کمک های احتمالی مورد نیاز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. کمیته مودت در شهرستان ها تشکیل می شود و نماینده ارائه دهندگان خدمت در سطح ۲ و ۳ می باشد. ساختار تشکیلاتی آن هیأت امنایی بوده و شامل اعضای زیر خواهد بود و ستاد اجرایی استان بر نحوه تشکیل و عملکرد آن نظارت داشته و احکام آنان به استناد معرفی نامه رسمی واحد ارائه کننده خدمت، توسط رییس ستاد استانی (استاندار) صادر می شود.

اعضای کمیته مودت عبارتند از: نماینده ارائه دهندگان خدمت در سطح ۲ و ۳، فرماندار و یا نماینده فرماندار، نماینده معاونت بهداشت شبکه بهداشت و درمان / دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نماینده معاونت درمان شبکه بهداشت و درمان / دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نماینده سازمانهای بیمه گر (نماینده سازمان بیمه سلامت ایرانیان در شهرستان)، نماینده سازمان تامین اجتماعی در شهرستان، نماینده کمیته امداد امام (ره) در شهرستان، نماینده بیمه نیروهای مسلح در شهرستان، نماینده نظام پزشکی به عنوان ناظر و بدون حق رای، نماینده پزشکان خانواده به عنوان ناظر و بدون حق رای.

۱۳. آرایه خدمات سلامت به مسافران یا اعزام شدگان:

کسانی که خارج از محل اصلی زندگی خود نیاز به خدمات بهداشتی درمانی دارند، می توانند از خدمات و مزایای دفترچه بیمه خود برخوردار گردند. در این صورت باید 30٪ فرانشیز کلیه خدمات سرپایی سطح اول را بپردازند. برای این منظور می بایست، تعداد متناسب با نیاز برگه در دفترچه بیمه افراد به عنوان برگه سفر و اورژانسی توسط سازمان های بیمه گر اضافه می شود. خدمات بستری نیز صرفاً در موارد اورژانس امکان استفاده از دفترچه بیمه وجود دارد که هزینه های مربوطه مشروط به ارائه بازخوراند، از طرف بیمه پرداخت و از منبع مربوطه (حسب مورد پزشک خانواده یا کمیته مودت) کسر و گزارش آن به پزشک خانواده و کمیته مودت داده می شود.

پزشک متخصص یا فوق تخصص می تواند با هماهنگی کمیته مودت نسبت به ارجاع بیمار به خارج از شهرستان و استان اقدام نماید. در این شرایط به شرط دریافت و آرایه بازخوراند، هزینه های بیمه ای برابر مکانیسم مقصد توسط بیمه پرداخت و از 55 درصد سرانه سطح دو و سه کسر می گردد. ساز و کار اجرای این بند با همکاری سازمان های بیمه گر طراحی و اجرا خواهد شد.

۱۴. استحقاق درمان:

افراد بیمه شده و افراد تحت سرپرستی آنان در برابر پرداخت حق بیمه ماهانه استحقاق خواهند داشت از حمایت سازمان بیمه گر برای درمان خویش یا دیگر مزیت های مربوط برخوردار باشند. استحقاق درمان محدوده زمانی مشخصی دارد که در حال حاضر با تاریخ اعتبار دفترچه های بیمه تعیین می شود.

۱۵. تداوم خدمات و جامعیت خدمات:

ارتباط دوسویه و مستمر میان پزشک خانواده و فردی که پزشک مزبور را به عنوان پزشک خانواده خویش انتخاب نموده سبب می شود مراقبت از فرد استمرار یافته و به سادگی قطع نشود. حفظ تداوم خدمات از مسئولیت های پزشک خانواده بوده و از جمله موارد مهمی است که از او انتظار می رود. رابطه مبتنی بر اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار پایه تشخیص و درمان است که در مراجعات متعدد، و به مرور زمان ایجاد می شود. این مهم بایست بیتی آرایه مشاوره تلفنی، ثبت خدمات و اقدامات مرتبط با سلامت در پرونده الکترونیک فرد، نظارت بر آرایه خدمات با استفاده از سازوکارهای پیش بینی شده در برنامه پزشک خانواده، پی گیری فعال بیماران ارجاعی و... بدست خواهد آمد.

نظام سلامت باید هر سه نوع خدمت پیش گیری، درمان و توان بخشی را فراهم کند تا بتوان از جامعیت خدمات سخن گفت. برای تامین این مقصود از سازوکار ارجاع استفاده می شود. معنای دیگر جامعیت آن است که علاوه بر درمان بیماری جسمی، نیازهای روحی، روانی، اجتماعی و معنوی شخص نیز در نظر گرفته شود.

۱۶. محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:

محدوده دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی شهرستان محل سکونت فرد بوده که در صورت نیاز می تواند این خدمات را به ترتیبی که در این دستورالعمل می آید از مراکز سطوح همتراز و یا بالاتر در سایر شهرستان ها دریافت نماید.

۱۷. تعرفه خدمات:

تعرفه خدمات به صورت سالیانه به تصویب هیات محترم وزیران خواهد رسید. ملاک محاسبه ارزش نسبی خدمات سلامت که به شهروندان ارائه می شود، آخرین چاپ کتاب ارزش نسبی (مشروط به تصویب در شورای عالی بیمه، تا آن زمان ضوابط موجود نافذ است) خواهد بود. با این حال میزان پرداختی توسط بیمه ها به خدمات سطح ۲ و ۳ بیش از ۵۵٪ سرانه بیمه نخواهد بود و میزان پرداختی به واحدهای ارائه خدمت با ضریب اصلاح تصحیح خواهد شد.

۱۸. ضریب اصلاح:

ضریب اصلاح ضریبی است که با تقسیم معادل ریالی ۵۵٪ سرانه بیمه کل جمعیت تحت پوشش (شهرستان) به عدد میزان ارزش ریالی خدمات، بدست آمده که ضمن ثابت نگهداشتن پرداخت از طرف بیمه، ابزار کنترل تقاضای القایی و افزایش کارایی می شود.

۱۹. فرانشیز:

بخشی از هزینه خدمات درمانی ارایه شده که توسط خود بیمار به ارایه کننده‌ی خدمت پرداخت می شود.

ماده ۴) دامنه شمول (گستره فراگیری):

دامنه شمول این دستورالعمل محدوده جغرافیایی کشور جمهوری اسلامی ایران بوده و از لحاظ جمعیتی شامل کلیه بیمه شدگان ۴ بیمه گر اصلی شامل؛ سازمان تامین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان، کمیته امداد امام خمینی و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و سایر بیمه ها مشروطاً به پذیرش تعهدات این دستورالعمل، می باشد.

ماده ۵) مسئولیتها:

۱-۴- سیاست گذاری و برنامه ریزی: ستاد ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع

۲-۴- اجراء: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و واحدهای استانی سازمان های بیمه گر با همکاری کلیه ارائه دهندگان خدمات سلامت در قالب این دستورالعمل

۳-۴- نظارت: به منظور حسن اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع امر نظارت در ستاد کشوری، استانی، و شهرستانی و سازمان های بیمه گر تعریف شده و علاوه بر اهمیت دادن بر نظارت مردم، نظارت عمودی از سطح بالا به پایین صورت می گیرد. از طرف دیگر گردش اطلاعات از گزارش های هر سطح از پایین به بالا انجام می شود. ارکان و وظایف ستادهای ذکر شده در ضمیمه خواهد آمد.

ماده ۶) منابع و تجهیزات مورد نیاز:

۱-۶ - منابع مالی: منابع مالی مورد نیاز برای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع شامل سه بخش عمده به شرح زیر می باشد:

الف- بودجه عمومی دولت: شامل سرانه درمانی تخصیص داده شده براساس قانون بودجه سالانه که صرفاً به واحدهای تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی اختصاص می یابد.

ب- بودجه ۱: ترمیم اعتبارات این بخش صرفاً در صورت رعایت کلیه مندرجات این دستورالعمل، حذف تقاضای القایی و مستند به شواهد و مدارک کارشناسی و پس از تأیید ستاد اجرایی کشوری امکان پذیر خواهد بود.

ب- سرانه پرداختی توسط بیمه های پایه: به ازای تعداد جمعیت تحت پوشش هر سازمان در استان مجری به نسبت ۴۵٪ برای سطح یک و ۵۵٪ برای سطح دو و سه قابل پرداخت است.

ج- سهم پرداختی توسط گیرندگان خدمات (فرانشیز و مابه التفاوت): در سطح اول برای خدمات ویزیت پزشکی خانواده ۱۰٪ بوده و ویزیت سرپایی تخصصی و فوق تخصصی و خدمات بستری ۱۰٪ و برای خدمات پاراکلینیک ۲۰٪ تعرفه مصوب هیات دولت از گیرندگان اخذ خواهد شد.

۲-۶- منابع انسانی ارائه دهنده خدمت:

کلیه دانش آموختگان رشته های بهداشت و درمان که بر اساس مستندات بند ۶ ماده ۳ این دستورالعمل صلاحیت فعالیت در پایگاه پزشک خانواده را داشته و نیروهای تخصصی و فوق تخصصی که بر اساس معیارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صلاحیت ارائه خدمات تخصصی در محدوده جغرافیای مربوطه را دارا بوده و داوطلب عضویت در سطح ارائه خدمت مرتبط با مدرک تحصیلی خود می باشند.

تبصره ۱: پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، فوق تخصص و سایر دانش آموختگان بهداشتی و درمانی مشمول شرایط فوق که در بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و نهاد های عمومی غیر دولتی به صورت رسمی، پیمانی و یا قرار دادی مشغول به کار می باشند نیز می توانند با توجه به قوانین جاری کشور و با رعایت مفاد این دستورالعمل داوطلب ارائه خدمات در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شوند.

تبصره ۲: در صورت نیاز، پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص، پرستاران، ماماها، کارشناسان و کاردان های بهداشتی و سایر نیروهای شاغل (رسمی، پیمانی و طرحی) در دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که تمام وقت بوده و واجد شرایط فعالیت در یکی از سطوح سه گانه ارائه خدمت می باشند، حسب نظر دانشگاه / دانشکده مربوطه، با رعایت مفاد این دستورالعمل موظف به مشارکت در طرح می باشند.

۳-۶- منابع فیزیکی و تجهیزات:

پایگاه های پزشکان خانواده (مطب انطباق یافته)، مراکز بهداشتی درمانی، درمانگاه ها، بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی، کلینیکهای ویژه دانشگاهی، مراکز پاراکلینیک، مراکز پیراپزشکی، داروخانه ها، مطب های تخصصی و فوق تخصصی.

مراکز ارائه دهنده خدمات براساس معیارهایی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می شود تجهیز شده و با استقرار رایانه ای که دارای قابلیت نصب نرم افزار پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان بوده و قابل اتصال به شبکه برخط می باشد تکمیل می گردد.

معیارهای قابل قبول فیزیکی و تجهیزاتی محل ارائه خدمت:

الف- سطح اول ارائه خدمت: پایگاه پزشک خانواده باید برابر معیارهای جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شرایط لازم از نظر معیارهای فضا، نیروی انسانی، محتوای خدمت، تجهیزات و ساعت کار را جهت ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش را داشته باشد. در پایگاه های پزشک خانواده ای که بخشی از خدمات سلامت توسط دستیار و یا دستیاران پزشک ارائه می شود لازم است تا دست کم یک اتاق اضافه دارای تجهیزات لازم با امکان رعایت طرح انطباق و حریم خصوصی افراد وجود داشته باشد.

ب- سطح دوم و سوم ارائه خدمت: مشخصات فیزیکی و تجهیزاتی مراکز ارائه دهند خدمات سرپایی سطوح دوم و سوم لازم است تا با مقررات موضوعه و ضوابط معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همخوانی داشته باشد. شرایط فیزیکی، تجهیزاتی و نیروی انسانی واحد های ارائه دهنده خدمات بستری در سطوح دوم و سوم برابر با مقررات وضع شده در برنامه مدیریت منابع ساختاری درمان بستری کشور می باشد.

۴-۶- منابع غیر فیزیکی:

الف- راهنماهای بالینی و دستورالعملها: شامل کلیه ضوابط و استانداردهای تدوین شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده که به منظور ارائه خدمات با کیفیت، ایمن، اثر بخش و کارا تدوین و ابلاغ می گردند.

ب- زیرساختهای مدیریت اطلاعات (IT): پرونده الکترونیک سلامت به عنوان یکی از مهمترین ملزومات اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مطرح می باشد؛ با این وجود اجرای برنامه پزشک خانواده منوط و موقوف به فراهم بودن زیر ساخت های ارتباطی نمی باشد. لازم است تا واحدهای اجرایی، برنامه ریزی و فعالیت های لازم جهت ایجاد زیرساختهای مورد نیاز و راه اندازی سامانه مورد نظر بصورت بر خط را در اسرع وقت انجام دهند.

ماده ۷) آرایه خدمات سلامت:

۱-۷) پزشک مرکز، نقش نظارتی و مدیریتی بر پایگاهها و نیروی انسانی شاغل در پایگاه مربوطه را دارد. پزشک خانواده موظف است تمام وظایف محوله را منطبق بر بسته‌های خدمت مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای جمعیت تحت پوشش پایگاه خود انجام دهد. سرفصل خدمات تعریف شده در این بسته خدمتی شامل موارد زیر است:

- ✓ مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
 - ✓ آموزش و ارتقای سلامت
 - ✓ آرایه مراقبت های بهداشتی اولیه
 - ✓ پذیرش موارد ارجاعی و آرایه پس‌خوراند مناسب
 - ✓ درمان اولیه و تدبیر فوریتهای
 - ✓ ارجاع مناسب و به موقع و پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر
 - ✓ دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند.
 - ✓ درج اقدامات و نتایج حاصل از آرایه خدمات در پرونده سلامت الکترونیک فرد توسط هر کدام از آرایه کنندگان خدمت.
- ۲-۷) با عنایت به سرانه اختصاص یافته، آرایه دهنده خدمت باید با توجه به بسته خدمت تعریف شده و راهنماها، بر هزینه - اثربخشی و هزینه- فایده خدمات آرایه شده مدیریت داشته باشد.
- ۳-۷) گیرنده خدمت باید تمام خدمات بالینی عمومی (فهرست پیوست) از جمله تزریقات را در پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده به صورت کامل دریافت کند.
- ۴-۷) آرایه خدمات سلامت می بایست بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی- اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش قرار گیرد. درضمن می‌توان برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل فرد را به سایر آرایه‌کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع نمود ولی مسئولیت تداوم خدمات با پزشک خانواده می باشد.
- ۵-۷) آرایه خدمات سلامت با رویکرد آموزش، پیشگیری اولیه، مراقبت، غربالگری، درمان سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند انجام خواهد شد.
- ۶-۷) دریافت حمایت های بیمه ای منوط به تبعیت از بسته ای خدمتی، پایدنی به راهنماهای بالینی و ورود به چرخه ارجاع بر اساس معیارهای تعیین شده در این دستورالعمل می باشد.
- ۷-۷) آرایه دهنده خدمت باید قابلیت لازم بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت را دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده برای جمعیت تحت پوشش را با حداقل مراجعه به واحد آرایه‌کننده خدمت بر اساس بسته تعریف شده به آن‌ها آرایه نماید.

ماده ۸) انتخاب پزشک خانواده:

انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد در شهر محل سکونت و در محدوده دسترسی اختیاری است. در این میان تنها عامل محدودکننده، نام نویسی افراد نزد یک پزشک و پرشدن ظرفیت افراد تحت پوشش او خواهد بود. برای افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی محل سکونت، کار و تحصیلشان در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه، آزاد است. انتخاب پزشک خانواده برای افراد کمتر از سن بلوغ توسط سرپرست خانوار انجام می شود و در مورد سایر افراد، انتخاب فردی صورت می گیرد. در صورت تغییر شهر محل زندگی و یا کار بیمه شده، امکان تعویض پزشک خانواده با انجام هماهنگی

لازم با بیمه و ستاد شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت. تغییر پزشک خانواده هر سه ماه یکبار مقدور می باشد.

ماده ۹) شرایط ثبت نام افراد:

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

تبصره ۱: کسانی که فاقد بیمه درمان هستند، طبق ضوابط مربوطه تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار می گیرند.

تبصره ۲: در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند)، علاوه بر دفترچه، به جای شماره ملی از شماره بیمه استفاده می شود که می توان شماره دفترچه بیمه را در محل درج شماره ملی در سامانه سلامت الکترونیکی ایرانیان درج نمود.

ماده ۱۰) شرایط عقد قرارداد با پزشکان خانواده:

پزشکان با دارا بودن شرایط زیر می توانند به عنوان پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت ها را تمهید کنند:

۱. دارا بودن حداقل شرایط یاد شده در تعریف پزشک خانواده
۲. اعلام آمادگی برای همکاری با بیمه ها و ستاد اجرایی در شهرستان
۳. آشنایی با مبانی پزشک خانواده و نظام ارجاع و گذراندن دوره های آموزشی مرتبط حسب نظر ستاد استانی.
۴. قابلیت ارائه بسته خدمت اعلام شده برابر این دستورالعمل و اصلاحات و متمم های بعدی آن.
۵. عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر
۶. دارا بودن فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استاندارد اعلام شده برای پایگاه پزشک خانواده
۷. تدارک تیم سلامت و بکارگیری فرد یا افراد دارای صلاحیت علمی و حرفه ای به عنوان دستیار، با رعایت مفاد بند ۶ ماده این دستورالعمل که متعهد به ارائه خدمت در هر پایگاه پزشک خانواده طبق دستورالعمل کشوری باشند.

تبصره ۱: تداوم همکاری با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استانداردهای اعلام شده است و در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان می تواند با توجه به مقتضیات مربوطه تصمیم لازم را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری با هریک از پزشکان خانواده و واحدهای ارائه دهنده خدمت در سطوح ۲ و ۳ اخذ کند.

تبصره ۲: در مورد پزشکانی که در استخدام یکی از دستگاه ها بوده و در مراکز وابسته به آن دستگاه که داوطلب اجرای برنامه هستند، مشغول خدمت می باشند، انجام اقدامات فوق و عقد قرارداد توسط مسئول مرکز مذکور انجام می شود. بدیهی است این پزشک، پزشک خانواده افرادی خواهد بود که او را انتخاب کرده اند و تابع تمام مقررات پزشک خانواده هستند.

۸. مدت قرارداد پزشک خانواده می تواند به صورت توافقی باشد، در صورت تمایل به فسخ قرارداد، پزشک خانواده موظف است تا مراتب را حداقل ۲ ماه قبل به صورت کتبی به ستاد شهرستان اطلاع دهد. در صورت تخطی از این موضوع، پرداخت ۲۰٪ پایش لغو شده و دانشگاه می تواند در بکارگیری مجدد این افراد شرایطی را قایل شود.

پزشکانی که نمی توانند یا نمی خواهند به طور دوشیفته تمام وقت در برنامه پزشک خانواده شرکت کنند مشروط به پیشنهاد ستاد شهرستان و موافقت ستاد استان می توانند با کاهش حداکثر جمعیت تحت پوشش متناسب با ساعات کار مورد توافق با ستاد شهرستان در برنامه شرکت کنند.

ماده ۱۱) نحوه عقد قرارداد با پزشک خانواده

همه سازمان‌های بیمه‌گر موظفند راساً در چارچوب ضوابطی که ستاد کشوری در اختیار می‌گذارد (از جمله: شرایط عمومی قرارداد، تعهدات پزشک خانواده و سازمان‌های بیمه‌گر، زمان قرارداد، شرایط تمدید و فسخ قرارداد و تعیین مرجع حل اختلاف در موارد مورد نیاز) با پزشکان خانواده، متناسب با تعداد افراد بیمه شده خود که در آن واحد به منظور خرید خدمات مندرج در این دستورالعمل ثبت نام کرده اند، قرارداد بسته و یک نسخه از آن را به ستاد شهرستان مربوطه ارسال کنند. طبق یک بند مستقل در تمام قراردادهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان مرکز استان) یا رییس مرکز بهداشت شهرستان برابر روال تعیین شده در این دستورالعمل و چک لیست‌های مصوب، ناظر قرارداد ارایه خدمات بوده و پرداخت‌ها برابر این دستورالعمل به پزشک خانواده، پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است. یادآور می‌شود در این شرایط مدیر شبکه بهداشت و درمان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان شخصاً نمی‌توانند به عنوان پزشک خانواده فعالیت کنند.

تبصره ۱: پزشکان متخصص بالینی می‌توانند با همان تعرفه و نقش‌های تعریف شده برای پزشک خانواده در اجرای فعالیت‌های این دستورالعمل مشارکت کنند.

تبصره ۲: پزشکان متخصص که به عنوان پزشک خانواده قرارداد می‌بندند مجاز نخواهند بود بیماران را از خود (به عنوان پزشک سطح یک) به خود (به عنوان پزشک سطح دو) ارجاع دهند.

ماده ۱۲) کلیات نحوه ارائه خدمات پزشکی خانواده و تیم سلامت:

۱. ثبت نام پزشکان با پیگیری ستادهای شهرستان و استان در سامانه سلامت ایرانیان و یا سیستم‌های الکترونیک متصل به این سامانه انجام می‌گیرد. همچنین برای همه افرادی که نزد پزشکان خانواده ثبت نام می‌کنند، پرونده الکترونیک سلامت برابر استانداردهای سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان تشکیل می‌شود.
۲. بیمه شده حداکثر می‌تواند چهار بار در سال با اطلاع سازمان بیمه‌گر مربوطه پزشک خانواده خود را تغییر دهد. این تغییر از طریق بیمه به اطلاع دبیرخانه ستاد شهرستان رسیده تا تغییرات لازم در دسترسی به پرونده الکترونیک اعمال شود.
۳. فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان تصمیم‌گیری خواهد شد.
۴. تعویض پزشک خانواده در پایان ماه و با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض پزشک خانواده قابل انجام است. در این شرایط پزشک موظف است حداکثر طی یک هفته نسبت به اعلام انصراف فرد به سازمان بیمه مذکور و ستاد اجرایی اقدام کند.
۵. در مناطق جغرافیایی ویژه که در صورت لزوم توسط ستاد اجرایی کشوری اعلام می‌شود جمعیت تحت پوشش و مدت الزامی قرارداد قابل تغییر خواهد بود.
۶. ساعات کار پایگاه‌های مجری پزشک خانواده در روزهای غیر تعطیل نباید کمتر از سه ساعت باشد.
۷. ساعت کار پزشک خانواده متناسب با تعداد افراد تحت پوشش می‌باشد. پزشک خانواده باید قبل از شروع ثبت نام ساعات کار خود را به تصویب ستاد اجرایی استان رسانده و سپس به اطلاع مردم برساند.
۸. تمام پزشکان خانواده و متخصص باید تمام تجویزهای پزشکی شامل دارو، پاراکلینیک، مشاوره، مراقبت، معاینات دوره ای، واکسیناسیون و سایر اقدامات درخواستی را در پرونده پزشکی مراجعین که می‌تواند به صورت الکترونیک یا مکتوب باشد ثبت نموده و حسب مورد به صورت مکتوب یا الکترونیک انجام آن را درخواست نمایند.
۹. نام و نشانی محل کار پزشک جانشین که توسط پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، به عنوان جانشین معرفی می‌کند و به صندوق بیمه مربوطه و ستاد اجرایی شهرستان اعلام می‌شود باید با استفاده از روش‌های مناسب به اطلاع همه افراد تحت پوشش برسد.

۱۰. در صورتی که پزشک به هر دلیل نتواند به طور موقت در محل کار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به پزشک جانشین و ستاد اجرایی شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن پزشک جانشین کفایت می کند.

۱۱. با دریافت خبر مهاجرت یکی از پزشکان خانواده یا در صورت بروز حوادثی که مانع ادامه خدمت پزشک باشد، بیمه‌ها با هماهنگی ستاد اجرایی شهرستان باید برای جلوگیری از بروز وقفه در خدماتی که به مردم ارائه می‌شود هرچه زودتر با پزشک خانواده دیگری قرارداد ببندد.

ماده (۱۳) پزشک جانشین و پزشک جایگزین

هر پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد باید پزشک خانواده دیگری را به عنوان جانشین خویش معرفی کند تا در شرایط خاص به جای او، مراجعان تحت پوشش را پذیرفته و خدمات سلامتی لازم را برابر دستورالعمل به آنان ارائه دهد. پزشک جانشین باید از بین پزشکان خانواده همان محله معرفی شود. در صورت نبود پزشک واجد شرایط در همان محله با کسب موافقت ستاد اجرایی شهرستان پزشک جانشین می‌تواند از بین پزشکان خانواده محله‌های مجاور بر اساس این دستورالعمل انتخاب شود. تا آنجا که ممکن است فاصله جغرافیایی پزشک خانواده و پزشک جانشین او باید کم باشد تا مراجعه به پزشک جانشین برای مردم دشواری پدید نیآورد. ستاد اجرایی شهرستان نظارت بر این امر را بر عهده دارد.

استفاده پزشک خانواده از پزشک جانشین به طور میانگین ۲/۵ روز در ماه با هماهنگی ستاد اجرایی است. هریک از پزشکان خانواده در هر نوبت و در هر ۶ ماه نمی‌تواند بیش از ۱۵ روز از پزشک جانشین استفاده کند. در صورتی که به هر علت پزشک خانواده نخواهد یا نتواند بیش از ۱۵ روز در محل کار خود به ارائه خدمت بپردازد با هماهنگی ستاد اجرایی از یک پزشک واجد شرایط به طور موقت به عنوان پزشک جایگزین در همان محل استفاده خواهد شد. مدت استفاده از پزشک جایگزین حداکثر دو ماه در هر سال خواهد بود.

چنانچه پزشک خانواده بیش از این مدت (دو ماه در سال) در محل ارائه خدمت حضور نداشته باشد، در صورت وجود پزشک واجد شرایط، ستاد اجرایی باید ایشان را از برنامه حذف کرده و پزشک جدید را به برنامه وارد کند. در غیر این صورت باید به گونه‌ای که ارائه خدمات به مردم مختل نشود حسب صلاحدید و مقررات تصمیم‌گیری کند.

هر پزشک خانواده می‌تواند حداکثر به عنوان جانشین دو پزشک خانواده معرفی شود. با این حال هر پزشک خانواده (جانشین) در هر زمان می‌تواند فقط به جانشینی از یک پزشک خانواده ارائه خدمت کند و عدم حضور دو پزشک خانواده که یک پزشک را به عنوان پزشک جانشین معرفی کرده اند، مقذور نیست.

از آنجا که در زمان مجاز استفاده از خدمت پزشک جانشین و جایگزین، هم‌چنان سرانه به پزشک اصلی پرداخت می‌شود، لذا جبران خدمت پزشکان جانشین و جایگزین در این مدت به عهده پزشک خانواده اصلی خواهد بود.

تیمبره: به صورت کلی پزشک خانواده، پزشک همه اعضای خانوار یک فرد خواهد بود مگر در مواردیکه خانواده‌ها بخواهند به منظور انطباق روش دریافت خدمات بهداشتی درمانی با موازین شرعی از پزشک خانواده خانم و آقا به تفکیک برخوردار باشند، در سایر مواردی که به دلایل دیگر سرپرست خانوار متقاضی داشتن پزشک خانواده متفاوت برای برخی از اعضای خانواده باشد می‌تواند با کسب موافقت ستاد شهرستان اقدام نماید.

ماده (۱۴) نحوه ارائه خدمات اورژانس:

در این موارد خدمات اورژانس ۱۱۵ کلاً رایگان بوده لیکن هزینه خدمات اورژانس بیمارستانی پرداخت می‌شود.

ماده (۱۵) نحوه ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی و تشکیل مرکز مدیریت و درمان تخصصی (کمیته مودت)

- ۱- کمیته مودت به بیمه‌ها و ستادهای اجرایی، واحدهای همکار را معرفی می‌کند.
- ۲- گروه هدف شامل تمامی مراجعه کنندگان اورژانسی و ارجاعی به مراکز ارائه خدمات سطوح ۳ و ۲ می‌باشد.

- ۳- فرایند ارجاع و بازخوراند از سطح یک شروع و تا بالاترین سطح (سه) ادامه می یابد. سامانه پرونده الکترونیک برخط، فرایند ارجاع را تسهیل و تسریع می کند. ارسال بازخوراند توسط متخصص و یا فوق تخصص در تمامی موارد الکتیو (اعم از بستری و سرپایی) و موارد اورژانسی که منجر به بستری (موقت و بستری در بخش) می گردد الزامی است.
- ۴- خدمات اورژانس از نظام ارجاع مستثنی بوده و تعریف بیمار اورژانسی نیز براساس نیاز فرد مراجعه کننده در مرحله اول خواهد بود. واحدهای ارائه دهنده این خدمات با هماهنگی کمیته مودت و از طریق قراردادهای مشخص با بیمه ها نسبت به ارائه خدمات و دریافت هزینه های مربوطه اقدام خواهند نمود.
- ۵- خدمات اورژانس بیمارستانی با تعرفه مصوب دولتی در بخش دولتی و با فرانشیز ۳۰٪ برای مراجعین سرپایی و ۱۰٪ برای موارد بستری (موقت و بستری در بخش) انجام خواهد شد. خلاصه پرونده بستری و اطلاعات پرونده بستری موقت در بیمارستان دولتی و خصوصی و... به عنوان بازخوراند اقدامات انجام شده به پزشک خانواده منعکس خواهد شد، در غیر اینصورت مشمول کسورات می گردد.
- ۶- بخش خصوصی طرف قرارداد بابت خدماتی که تحت پوشش بیمه می باشد حق دریافت مابه التفاوت از گیرنده خدمت را نخواهد داشت.
- ۷- در هر صورت کمیته مودت حافظ منافع گیرندگان خدمت بوده و مکلف به پاسخ گویی به نیازهای منطقی جمعیت تحت پوشش شهرستانی می باشند. اگر خدمات مورد نیاز در آن منطقه موجود نباشد، می بایست از طریق امضای تفاهم نامه با نزدیک ترین دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که این نوع خدمات تخصصی را ارائه می نماید، خدمات مورد نیاز را تأمین کند.
- ۸- رسیدگی به شکایات و گزارشهای واصله از محیط و همچنین تعامل با سازمانهای بیمه گر در زمینه دریافت و پرداخت سرانه نیز یکی دیگر از شرح وظایف کمیته مودت می باشد در سطوح بعدی دانشگاه ها و بیمه ها به این شکایات رسیدگی می کنند.
- ۹- بیماران خاص و شیمی درمانی و صعب العلاج (برابر فهرست مورد تأیید ستاد اجرایی کشوری) برای خدمات درمانی بیماری خاص خود به ارجاع مکرر نیاز نخواهند داشت.

ماده ۱۶. دفترچه های درمانی موجود

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دفترچه های موجود در فاز اول تغییری نکرده و از فرم های مورد نیاز (مانند ارجاع به سطوح بالاتر و دریافت بازخورد به سطح اول) حسب مورد، استفاده خواهد شد. لیکن برای شناسایی پزشک خانواده هر فرد به ترتیبی که سازمان های بیمه گر طراحی و اعلام می کنند، نام پزشک خانواده فرد در دفترچه درج می شود و در سپس کارت هوشمند سلامت جایگزین دفترچه ها می شود.

ماده ۱۷. پرونده الکترونیک سلامت

پزشک خانواده و کارکنان پایگاه پزشک خانواده موظف هستند برابر دستورالعمل ابلاغی ستاد کشوری نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، انجام ویزیت پایه و ثبت تمام اقدامات، ارجاعات و نتایج خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در این پرونده برخط، اقدام کنند. بدین ترتیب پرونده الکترونیکی سلامت به مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان اطلاق می شود که به صورت مداوم در طول زندگی افراد به شکل الکترونیکی ذخیره شده و بدون محدودیت زمان یا مکان در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت. بدین منظور هر مرکز ارائه خدمات سلامت، باید مجهز به سیستم اطلاعاتی باشد که اطلاعات سلامت شهروندان را در کنار خدمات سلامت ارائه شده، به شکل الکترونیکی ذخیره کند. ضروری است حداکثر تلاش برای فراهم آوردن الزامات استقرار این سامانه توسط دست اندرکاران صورت گرفته و استقرار پرونده الکترونیکی عملیاتی شود. لازم به ذکر است که اطلاعات پرونده سلامت افراد محرمانه بوده و فقط در اختیار افراد مجاز قرار خواهد گرفت. این افراد وظیفه حفظ و حراست از محتویات پرونده را بر عهده داشته و هرگونه سوء استفاده از آن ممنوع و پیگرد قانونی دارد.

ماده ۱۸. نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول)

با اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ۴۵٪ از کل سرانه بیمه هر فرد (میزان سرانه به صورت سالیانه در قانون بودجه تعیین می شود) به ارائه خدمات سطح اول در صورت ارایه خدمات (ماده ۴۶) شامل خدمات پزشک خانواده مطابق بسته خدمت، خدمات دارویی، خدمات آزمایشگاهی و خدمات تصویر برداری سطح اول اختصاص خواهد یافت. از این مبلغ ۵۶٪ بابت سرانه خدمات پزشکی خانواده هر فرد در نظر گرفته شده است که ۸۰٪ آن ماهیانه به پزشک خانواده پرداخت خواهد شد و ۲۰٪ آن در پایان سه ماه و بر اساس نتایج پایش پرداخت می شود. ۴۴٪ باقیمانده به خدمات دارویی، خدمات آزمایشگاهی و تصویر برداری سطح اول اختصاص خواهد یافت.

چنانچه بر اساس نتایج پایش سه ماهه، مدیریت پزشک خانواده به کاسته شدن هزینه ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویر برداری به کمتر از ۴۴٪ سهم سطح یک منجر گردد، ۷۵٪ از مبلغ صرفه جویی شده فوق به پزشک خانواده تعلق خواهد گرفت و ۲۵٪ باقیمانده بر اساس پایش عملکرد به پرداختی پزشکان دارای رتبه برتر اضافه می شود.

تبصره ۱: استفاده از این منابع برای پرداخت نیروهای ستادی ممنوع خواهد بود.

چنانچه نتایج پایش سه ماهه نشانگر آن باشد که هزینه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویر برداری سطح اول برای هر فرد تحت پوشش بیش از میزان تعیین شده (۴۴٪ سرانه سطح یک) باشد، مابه التفاوت مبلغ مذکور از این میزان بعنوان جریمه از سرانه خدمات مستقیم پزشک خانواده کسر خواهد شد.

تبصره ۲: تعداد ارجاعات پزشک خانواده به سطوح بالاتر در نمره پایش پزشک خانواده تاثیر داشته و نباید از ۸-۵ درصد افراد تحت پوشش در ماه تجاوز نماید. در صورت افزایش، پزشک موظف است دلایل توجیهی برای آن ارائه نماید.

ماده ۱۹. نحوه محاسبه سرانه فعلی پزشک خانواده

۵۶٪ سرانه پایه سطح یک بابت خدمات پزشکی عمومی و خدمات مراقبتی و جانبی برابر لیست پیوست، که توسط هر کدام از بیمه‌گرها متناسب با تعداد بیمه شده تحت پوشش به شرط رعایت استانداردهای خدمت پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی قابل پرداخت است.

تبصره ۱: فرانشیز ویزیت سطح اول حدود ۱۰٪ و فرانشیز دارو در قالب لیست مورد تعهد بیمه در سطح یک برنامه پزشک خانواده در قالب بسته خدمتی تعریف شده ۳۰٪ خواهد بود. و فرانشیز پاراکلینیک ارایه شده در بخش دولتی ۳۰٪ دولتی و در بخش خصوصی مطابق تعرفه خصوصی مصوب دولت که ۴۴٪ را بیمار و ۵۶٪ از منابع بیمه که حسب مورد در اختیار پزشک خانواده و مودت می باشد پرداخت می شود

تبصره ۲: تمام پرداخت‌ها طبق این دستورالعمل، هر سال توسط شورای عالی بیمه بر مبنای رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و سایر پارامترهای تاثیرگذار بازبینی خواهد شد.

تبصره ۳: اگر پزشکان تا سه ماه نتوانند رضایت افراد تحت پوشش را جلب کنند یا رفتار غیر متعارف با مراجعین داشته باشند از چرخه ارایه خدمات پزشک خانواده خارج خواهند شد و افراد تحت پوشش آنان باید به سایر پزشکان خانواده محدوده تعریف شده مراجعه و ثبت نام کنند.

ماده ۲۰. چگونگی پرداخت سرانه پزشک خانواده

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

پرداخت به پزشکان خانواده ای که در واحدهای ارائه دهنده مجاز به جز مطب مشغول خدمت هستند، پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی مبالغ به حساب مالک یا صاحب امتیاز واریز و ایشان پس از کسر حداکثر ۱۰ درصد بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگذار، مدارک پزشکی) و . . . مابقی را به ذینفعان پرداخت می کند. بدیهی است اگر این فرد حقوق بگیر باشد هزینه حقوق آنان کسر و مابقی بصورت کارانه به ایشان پرداخت خواهد شد. پزشکان کارمند دولت که در زمان فراغت به عنوان پزشک خانواده فعالیت میکنند فقط حداکثر تا ۵۰٪ تعداد و سقف مجاز می توانند جمعیت تحت پوشش داشته باشند.

تصیر ۱: پرداخت حقوق و حق الزحمه همکاران پزشک خانواده در سطح اول که کارمند رسمی، پیمانی و طرحی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هستند برابر مقررات به عهده دانشگاه/دانشکده است.

ماده ۲۱: پرداخت سرانه به پزشک خانواده در مناطق نیمه برخوردار و فرورخوردار:

در مناطق نیمه برخوردار و فرو برخوردار بین ۴ تا ۴۰ درصد به سرانه پایه هر یک از افراد تحت پوشش اضافه می شود. تعیین مناطق نیمه برخوردار و فرو برخوردار به استناد مصوبه ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم (نامه ۶/۵۲۸۱۱/س مورخ ۸۱/۴/۲۹ برنامه ۳۰۴۳۹ ذیل ردیف ۱۲۹۱۰۹ قانون بودجه سال ۱۳۸۱ و تعرفه ترجیحی مناطق محروم) خواهد بود.

ماده ۲۱. تأثیر مدت مشارکت پزشک خانواده در طرح بر میزان سرانه دریافتی

به منظور افزایش ماندگاری پزشکان خانواده، تا شش سال اول فعالیت پزشک خانواده به ازای هر سال فعالیت ۱٪ به سرانه پزشک خانواده افزوده می شود (حد اکثر ۶٪).

ماده ۲۲. تأثیر عدم انجام به موقع ویزیت پایه توسط پزشک خانواده بر میزان سرانه دریافتی

پزشک خانواده باید در اسرع وقت با همکاری نیروهای خود نسبت به تکمیل پرونده سلامت و انجام ویزیت پایه و ارایه مراقبت های فعال مبتنی بر سامانه سلامت ایرانیان اقدام کند. ثبت نام کامل با اطلاعات دموگرافیک برای شروع پرداخت سرانه اجباری است و بدون آن، سرانه قابل پرداخت نخواهد بود.

ماده ۲۳: منابع و نظام پرداخت در سطح دو و سه

منابع بیمه ای معادل ۵۵٪ سرانه جمعیت هر شهرستان و در هر ماه برابر ضوابط قانونی و اعلام کمیته مودت به واحدهای ارائه دهنده خدمت پرداخت در قالب قرارداد با بیمه (که با هماهنگی مودت و تأیید ستاد شهرستان منعقد شده است) انجام خواهد شد. منابع دریافتی از سوی گیرندگان خدمات تحت عنوان فرانشیز و طبق تعرفه بخش دولتی و خصوصی مصوب هیأت وزیران به تناسب محل دریافت خدمات، توسط مراکز ارائه دهنده خدمت دریافت خواهد شد. توزیع منابع فوق بین ارائه کنندگان خدمات سطح ۲ و ۳ به شرح زیر خواهد بود:

۱- فرانشیز دریافتی توسط ارائه کنندگان خدمت به عنوان درآمد قطعی منظور می شود

۲- پرداخت از منبع بیمه ای: پرداخت ماهانه علی الحساب بوده و معادل ۸۰٪ در آمد بیمه ای ماه قبل می باشد و در دوره های زمانی سه ماهه میزان ارزش ریالی خدمات ارائه شده توسط همه واحدهای تحت پوشش کمیته مودت توسط همه بیمه ها محاسبه و در ستاد اجرایی شهرستان تجمیع می گردد. آنگاه با تقسیم معادل ریالی ۵۵٪ سرانه کل جمعیت تحت پوشش (شهرستان) به عدد میزان ارزش ریالی خدمات، ضریب اصلاح را بدست آورده و محاسبات و ضریب اصلاح را به ستاد و کمیته مودت اعلام می کند. بیمه ها میزان ارزش ریالی خدمات هر واحد را که قبلاً محاسبه و از طرف ستاد تأیید شده را در ضریب اصلاح ضرب کرده و عدد بدست آمده را به واحد مربوطه پرداخت می کند.

کمیته مودت و بیمه ها باید نسبت به بررسی عملکرد واحدهای خود و تطبیق با راهنماهای بالینی و اصلاح روند اقدام نمایند.

در صورتیکه ضریب اصلاح بدست آمده کوچکتر از یک شود احتمال وجود تقاضای القایی و ارائه خدمات اضافی وجود دارد که در این صورت کمیته مودت برای حفاظت از منافع اعضا نسبت به بررسی عملکرد واحدهای خود و تطبیق با راهنماهای بالینی و اصلاح روند اقدام می نماید. بدیهی است اگر کمیته مودت عملکرد برخی از اعضا را نامطلوب تشخیص دهد با هماهنگی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و سازمان های بیمه گر می تواند درخواست لغو قرارداد نماید و در این صورت نباید هیچ خدمتی بدون ارائه کننده باقی بماند.

اگر ضریب اصلاح بدست آمده بزرگتر از یک شود احتمال ارائه خدمت کمتر از نیاز وجود دارد که در این صورت کمیته مودت و دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و سازمان های بیمه گر برای حفاظت حقوق بیمه شدگان نسبت به بررسی عملکرد واحدهای ارائه خدمت و تطبیق با گایدلاین ها و اصلاح روند اقدام می نمایند. بدیهی است اگر عملکرد برخی از اعضا نامطلوب تشخیص داده شود در مرحله اول تذکرات لازم ارایه شده و در صورت عدم اصلاح، قرارداد لغو خواهد شد. در چنین مواردی کمیته مودت باید تداوم خدمات را تضمین نماید.

تیمبره ۱: به منظور تشویق بخش سربایی تخصصی و فوق تخصصی، در صورت رعایت استانداردها و ارائه پس خوراند، حق ویزیت در قبال ویزیت بیماران ارجاعی در بخش دولتی معادل ۳ ویزیت و در بخش خصوصی معادل یک ویزیت دولتی و یک ویزیت خصوصی مصوب دولت خواهد بود که فقط ۱۰٪ یک ویزیت توسط مردم پرداخت می شود. این میالغ بدون اعمال ضریب اصلاح پرداخت می شود ۳-منابع دولتی: متناسب با ارزش ریالی خدمات ارائه شده ضریب اصلاح توسط دانشگاه و وزارت متبوع به واحدهای تحت پوشش دانشگاه پرداخت می گردد

تیمبره ۲: توزیع منابع و درآمد در داخل واحدهای ارائه دهنده خدمت برابر مقررات جاری بوده توصیه می شود با رعایت پروتکل ها و راهنماها و پرداخت بر مبنای عملکرد (کمی و کیفی) مبنای پرداخت قرار گیرد.

پایش و نظارت

شامل دو مرحله زیر بوده که بصورت مستمر بر اساس شاخصهای عملکردی و به کار گیری اهرمهای کنترلی توسط مجری برنامه (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و با همکاری سازمانهای بیمه گر) انجام می گردد:

الف- ارائه خدمات براساس راهنماهای بالینی و استانداردها و نظام سطح بندی

ب- تهیه و تنظیم اسناد مالی و پرداخت هزینه ها براساس مصوبات شورای عالی بیمه و هیأت محترم دولت

تیمبره ۱: هرگاه بیمه بر اساس مفاد قرارداد کسوراتی را برای واحدهای اعمال نماید، منابع ذخیره شده ازسرانه به سرجمع کمیته مودت اضافه و متناسب با حجم خدمات فقط به سایر واحدها پرداخت خواهد شد.

شاخص ها:

الف- شاخص های عملکردی کمیته مودت شامل معیارهای مرتبط با تأمین ساختار و الزامات اجرایی مانند تعداد پزشک عمومی، متخصص، فوق تخصص تجهیزات، فضای فیزیکی و ملزومات طبی مورد نیاز به جمعیت است که براساس سطح بندی خدمات قابل محاسبه می باشد

ب- شاخص های عملکردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای بیمه گر شامل معیارهای مرتبط با رضایت مندی گیرندگان خدمت، سرعت در ارائه خدمات، ارائه خدمات بطور کامل و تا پایان نقطه انتهایی، ارائه خدمت در زمان و مکان مناسب، ارایه بازخوراند برای موارد ارجاع شده و ... می باشد

ج- شاخصهای عملکردی مراکز ارائه خدمات شامل معیارهای مرتبط با تعداد ویزیت، تعداد مراقبت ها، کیفیت خدمات ارائه شده و ... می باشد.

د- شاخصهای عملکردی مربوط به نحوه تأمین منابع شامل معیارهایی مانند زمان تأخیر در پرداخت، میزان کسورات اعمالی و ... می باشد.

اهرم های کنترلی:

- الف- کمیته مودت: (درصد پیش پرداخت، کسورات پایشی و ...)
 - ب- مراکز ارائه خدمات: (طبقه بندی مراکز براساس گزارش عملکرد و تعریف پرداختی سرانه)
- تبصره: کمیته مودت استانی مکلف به تهیه شاخصهای ارزیابی و شیوه بکارگیری اهرمهای کنترلی برای شروع برنامه می باشند.
این دستورالعمل در ۲۳ ماده به تصویب رسیده و در سراسر کشور قابل اجرا خواهد بود.

پیوست دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

ارکان و وظایف ستادهای ملی، استانی و شهرستانی پزشک خانواده و نظام ارجاع، کمیته های

احتمالی

1) ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

1-1) ارکان:

- 1- ریاست جمهوری اسلامی ایران (رئیس ستاد)
- 2- معاون اول رئیس جمهور (جانشین رئیس ستاد)
- 3- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
- 4- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی (عضو ستاد)
- 5- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور (عضو ستاد)
- 6- وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح (عضو ستاد)
- 7- سرپرست کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) (عضو ستاد)
- 8- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)

2-1) وظایف و اختیارات:

1- سیاستگذاری و تعیین راهبردهای فنی، اجرایی، پشتیبانی و ... مورد نیاز جهت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

2- تامین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه

3- فراهم سازی الزامات قانونی جهت پیشبرد سیاستهای اتخاذ شده

2) ستاد هماهنگی کشوری پزشک خانواده و نظام ارجاع:

2-1) ارکان:

- 1- معاون بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
- 2- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (عضو ستاد)
- 3- معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (دبیر و مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی)
- 4- رئیس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (عضو ستاد)
- 5- معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور (عضو ستاد)
- 6- مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی (عضو ستاد)
- 7- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی (عضو ستاد)
- 8- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (عضو ستاد)
- 9- معاون حمایت و سلامت کمیته امداد حضرت امام (ره) (عضو ستاد)
- 10- رئیس کل سازمان نظام پزشکی (عضو ستاد)
- 11- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (عضو ستاد)

2-2) وظایف:

1- بررسی و تطابق لوایح و پیشنهادات با قوانین جاری کشور پیش از طرح و تصویب در ستاد ملی

- ۲- ابلاغ سیاستهای کشوری و نظارت بر نحوه اجرای آن
- ۳- تجزیه و تحلیل گزارشات و نتایج عملکرد و ارائه به ستاد ملی

۲) ستاد اجرایی کشوری پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۱-۳) ارگان:

- ۱- رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد)
- ۲- مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر ستاد)
- ۳- معاون سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (عضو ستاد)
- ۴- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت (عضو ستاد)
- ۴- مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت (عضو ستاد)
- ۵- رییس امور اجتماعی معاون بودجه معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور (عضو ستاد)
- ۶- معاون سلامت بیمه سلامت ایران (عضو ستاد)
- ۷- مدیرکل بهداشت و درمان و بیمه‌های اجتماعی کمیته امداد امام خمینی(ره) (عضو ستاد)
- ۸- معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (عضو ستاد)
- ۹- معاون درمان سازمان تامین اجتماعی (عضو ستاد)

۲-۳) وظایف:

- ۱- بازدید از عملیات اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در استان‌ها و شهرستانها و حفظ ارتباط پیوسته با ستادهای ملی، کشوری، استانی و شهرستانی
- ۲- تحلیل و ارائه گزارش بازدید و تهیه راهکار مشکلات به ستاد هماهنگی کشوری
- ۳- تحلیل و ارائه بازخورد بازدیدها به ستادهای استانی و شهرستانی
- ۴- بررسی مشکلات اعلام شده از سوی ستادهای استانی در راستای اجرای دستورالعمل برنامه، ارائه راهکار به ستاد استانی و اعلام به ستاد هماهنگی کشوری

۴) ستاد استانی پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۱-۴) ارگان:

- ۱. استاندار (رییس ستاد)
- ۲. رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (دبیر ستاد)
- ۳. معاونت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (مسئول دبیرخانه ستاد)
- ۴. معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان
- ۵. معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان
- ۶. مدیریت توسعه و منابع دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان
- ۷. مدیرکل بیمه سلامت استان
- ۸. مدیر درمان تامین اجتماعی استان
- ۹. رئیس اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان
- ۱۰. مدیر کل کمیته امام(ره) استان

۱۱. رییس شورای عالی نظام پزشکی استان
 ۱۲. نماینده تام‌الاختیار شورای سیاست گذاری سلامت صدا و سیما استان
 ۱۳. رییس گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان
- نیمبره ۱: در استان‌هایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد رییس و معاونین دانشگاه‌های غیر از مرکز استان عضو ستاد خواهند بود.

۲-۴) وظایف:

۱. انجام اقدامات و هماهنگی های اجرای لازم جهت عملیاتی شدن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورالعمل های کشوری
۲. بازدید از عملیات اجرایی در شهرستانها و تحلیل و ارائه بازخورد به ستاد های شهرستانی
۳. بررسی چالش‌ها و پیشنهاد راه‌کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی کشوری
۴. تحلیل وضعیت ساختاری و جمعیتی و بررسی و ارائه گزارش از نحوه و میزان پیشرفت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به ستاد اجرایی کشور
۵. هماهنگی و نظارت بر اجرای برنامه های اطلاع رسانی، آموزشی و ارتباطی به منظور آگاه سازی دینفعان (مردم، پزشکان، کارکنان نظام سلامت و مسولین استانی) از آرمان‌ها و اهداف برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و ترغیب آنان به مشارکت در طرح با استفاده از روش های مناسب
۶. نظارت بر نحوه فعالیت سامانه اطلاع رسانی پزشک خانواده و نظام ارجاع (ساینا)
۷. برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی مورد نیاز جهت به روز رسانی و ارتقاء توانمندی های اجرایی و نظارتی مجریان برنامه در سطوح مختلف (پزشکان خانواده و متخصصین، دستیاران پزشک خانواده، کارکنان نظام سلامت)

۵) ستاد اجرایی شهرستان:

۱-۵) ارکان:

۱. فرماندار شهرستان (رییس ستاد)
۲. رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان (جانشین رییس ستاد و دبیر ستاد)
۳. رییس مرکز بهداشت شهرستان
۴. معاون درمان شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس بیمارستان در شهرستان های تک بیمارستان
۵. نماینده سازمان بیمه سلامت ایرانیان در شهرستان
۶. نماینده سازمان تامین اجتماعی در شهرستان
۷. نماینده کمیته امداد امام (ره) در شهرستان
۸. نماینده بیمه نیروهای مسلح در شهرستان
۹. مسئول واحد توسعه شبکه بهداشت و درمان شهرستان

۲-۵) وظایف:

۱. بررسی وضعیت ساختاری و جمعیتی جهت ارتقاء کمی و کیفی کارایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و گزارش آن به ستاد اجرایی استان
۲. تعیین راهبردها و استراتژی ها در سطح شهرستان و اعلام آن به ستاد اجرایی استان
۳. ثبت‌نام و تشکیل پرونده برای پزشکان واجد شرایطی که جهت فعالیت به عنوان پزشک خانواده اعلام آمادگی کرده‌اند
۴. صدور مجوز کار جهت پزشکان خانواده پس از اعلام آمادگی آنان و اعلام فهرست آنان به ستاد اجرایی استان
۵. اجرای برنامه های اطلاع رسانی، آموزشی و ارتباطی به منظور آگاه سازی دینفعان (مردم، پزشکان، کارکنان نظام سلامت و مسولین استانی) از آرمان‌ها و اهداف برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و ترغیب آنان به مشارکت در طرح با استفاده از روش های مناسب

۶. تهیه گزارش و پایش پیشرفت برنامه و اعلام مشکلات و بیان راهکارهای پیشنهادی به ستاد اجرایی استان

۷) کمیته‌های اجرایی پیشنهادی و وظایف آنها:

در صورت ضرورت برای استقرار و اجرای هرچه مطلوبتر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و تسریع در فرایندهای اجرایی و به منظور افزایش پوشش برنامه، کمیته‌هایی در سطوح استانی و شهرستانی پیشنهاد شده است. اگرچه برای هر یک از این کمیته‌ها شرح وظایف مشخصی پیش بینی شده است، اما وجود این کمیته‌ها نافی مسولیت‌های قانونی هر یک از ارگانهای مسئول در اجرای برنامه نبوده و هر ارگان موظف است وظایف ذاتی خود را برابر مقررات و مصوبات ستاد های ملی و کشوری برنامه و دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و به طور هماهنگ با سایر دستگاه‌ها مرتبط به انجام رساند.

۷-۱) شرح وظایف کمیته اطلاع‌رسانی و روابط عمومی:

- ✓ برنامه ریزی آموزشی با هدف معرفی برنامه و جلب مشارکت همگانی.
- ✓ انجام مطالعات افکار سنجی و ارزیابی رضایت عمومی از اجرای طرح.
- ✓ اطلاع رسانی از نحوه اجرا، پیشرفت و آرایه عملکرد برنامه.
- ✓ ایجاد بستر مناسب جهت برقراری ارتباطات رسانه ای مسولین و مجریان برنامه.
- ✓ ایجاد بستر مناسب جهت برقراری هماهنگی های بین بخشی در جهت دستیابی به اهداف برنامه.

۷-۲) شرح وظایف کمیته آمار و فناوری اطلاعات:

- ✓ فراهم‌آوری زیرساخت های مورد نیاز برای استقرار و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت.
- ✓ استقرار نظام اطلاعات شهرستان.
- ✓ تحلیل داده‌ها و گزارش‌های دریافتی
- ✓ آرایه گزارش‌های مورد نیاز به ستاد اجرایی شهرستان.
- ✓ آموزش نیروی انسانی برای کاربردی شدن پرونده الکترونیکی سلامت.
- ✓ پشتیبانی از سیستم‌های اطلاعاتی و کاربران آن‌ها.
- ✓ به روزرسانی سیستم‌های اطلاعاتی.

۷-۳) شرح وظایف کمیته آموزش نیروی انسانی:

- ✓ برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی نیروهایی که برای اولین بار قصد ورود به برنامه را دارند.
- ✓ برنامه ریزی جهت اجرای برنامه های بازآموزی و ضمن خدمت جهت نیروهایی که در اجرای برنامه شرکت دارند.

۷-۴) کمیته پایش و نظارت:

- ✓ برنامه‌ریزی و پایش عملکرد اعضای تیم سلامت بر اساس بسته خدمت مطابق با چک لیست‌های تعیین شده از سوی ستاد اجرایی کشوری.
- ✓ بررسی گزارش‌های حاصل از تیم پایش و تعیین نقاط قوت و ضعف اقدامات انجام شده.
- ✓ تصمیم‌گیری در خصوص انحرافات ایجاد شده در برنامه.
- ✓ آرایه نتایج حاصل از پایش به سایر کمیته‌ها.
- ✓ تهیه و ارسال چک لیست پیشنهادی تکمیلی به کمیته پایش و نظارت استانی.
- ✓ تدوین چک لیست برای شرایط خاص شهرستان.
- ✓ گزارش نتایج حاصل از پایش عملکرد در زمان‌های از پیش تعیین شده به ستاد عملیاتی شهرستان.

۸) اقدامات پیشنهادی جهت عملیاتی نمودن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

- ۱- برگزاری جلسات هماهنگی با استاندار و معاونین وی، نمایندگان شهرستانهای استان در مجلس شورای اسلامی، مدیران ادارات کل بیمه های پایه، ائمه جمعه و جماعات، فرمانداران و رییس سازمان نظام پزشکی
- ۲- برگزاری جلسات هماهنگی با انجمن پزشکان عمومی استان توسط روسای شبکه یا مرکز بهداشت استان
- ۳- آموزش نظام اطلاعاتی، نظام نظارتی و گردش مالی برنامه پزشک خانواده به کارشناسان ستاد های معاونت بهداشت و درمان دانشگاه و مدیران و کارشناسان ادارات کل بیمه
- ۴- تشکیل کمیته های پایش و نظارت، آمار و فناوری، آموزش نیروی انسانی، اطلاع رسانی و روابط عمومی
- ۵- برگزاری جلسات هماهنگی با پزشکان عمومی و پزشکان متخصص مرکز استان و شهرستان ها
- ۶- مدیریت و تکمیل استقرار رایانه و ملحقات آن در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانها و مطب پزشکان همکار برنامه و عضو تیم سلامت توسط ستاد اجرایی استان و شهرستان ها
- ۷- مدیریت و تکمیل شناسنامه الکترونیکی مناطق و مراکز توسط ستاد اجرایی شهرستان ها و استان ها
- ۸- مدیریت و تکمیل سرشماری از خانوارهای ساکن در مناطق شهری و روستایی استان با استفاده از روشهای فعال و غیر فعال و تکمیل سامانه خدمات الکترونیک توسط ستاد اجرایی استان
- ۹- اطلاع رسانی به جمعیت فاقد پوشش بیمه ساکن در استان در زمینه نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه ایرانیان توسط بیمه سلامت ایران
- ۱۰- تعیین مسیر ارجاع تسهیل شده مردم به سطوح 2 و 3 ارایه خدمت و فوکل پوینت بیمارستانی توسط حوزه معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۱- فعال ساختن سیستم HIS بیمارستانها توسط معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۲- ارسال فراخوان همکاری برای متخصصین و پزشکان فوق تخصص شاغل در استان توسط حوزه معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۳- انعقاد تفاهم نامه برای پذیرش ارجاعات با استانهای همجوار و در صورت ضرورت استان های پذیرنده ارجاعات فوق تخصصی توسط معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۴- فراخوان عمومی از طریق هماهنگی با شوراییاری های محله ها برای مردم برای ثبت نام در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط ستاد اجرایی استان و شهرستان ها
- ۱۵- اطلاع رسانی فرآیند ثبت نام مردم و انتخاب پزشک بطور گسترده به پزشکان خانواده توسط ستاد اجرایی استان