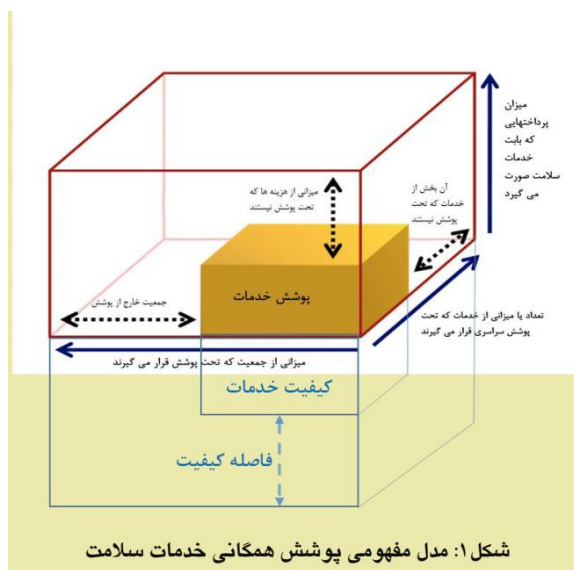




ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

دستورعمل استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری



مرداد ماه ۱۳۹۹

شناسنامه مستند

عنوان مستند	دستورعمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری
نوع مستند	دستورعمل
هدف از تهیه مستند	آگاهی ذی نقشان از سیاستهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت درخصوص چگونگی اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی و راهبردهای ماده ۷۶ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور
سفارش دهنده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مخاطبان	سازمان برنامه و بودجه، دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، سازمان های بیمه پایه سلامت، ارایه کنندگان خدمات سلامت، ...
واحد تهیه کننده	مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
زیر نظر	دکتر رئیسی: معاون بهداشت
تدوین کننده :	دکتر جعفر صادق تبریزی دکتر محمد آسایی، ، دکتر سعید تاملی، دکتر بابک فرخی، دکتر نگین طاهری نیلوفر مردفرد ، عصمت جمشیدیگی
همکاران:	دکتر رضا گلپیرا، دکتر عطیه صباغیان، ، دکتر موسی طباطبایی، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر آبتین حیدر زاده، دکتر جعفر جندقی، دکتر مجید کارآموز، دکتر قاسم اویس، سعید قلعه ای، دکتر محمد علی ادیب فر
فهرست ذی نقشان	دستگاه های اجرایی، نهادها، سازمان ها، موسسات دانشگاهی در بخش دولتی-عمومی غیردولتی-خصوصی-مردمی
اقدامات لازم	بررسی و تصویب در شورای معاونان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سطح دسترسی	آزاد
مشخصات ظاهری	دارای متن و جدول
کلیدواژه	برنامه عملیاتی- تهران
نسخه ویرایش	دوم
تاریخ تنظیم	مرداد ۱۳۹۹
ویرایش نهایی	
شناسه اثر:	
تماس برای جزییات بیشتر	تهران- میدان صنعت، خ سیمای ایران، ساختمان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A- طبقه ۱۲- مرکز مدیریت شبکه. شماره تلفن :

فهرست

صفحه	عنوان
	پیشگفتار وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	مقدمه معاون بهداشت و معاون درمانوزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	فصل اول: کلیات
	• مقدمه
	• تاریخچه
	• تفاوت نسخه حاضر با نسخه ۰۲ فارس و مازندران
	• الزامات سیاستی و قانونی
	• چشم انداز
	• اهداف کلی
	• اهداف اختصاصی
	• راهبرد اجرایی
	فصل دوم: واژه نامه
	• تعاریف
	فصل سوم: دستور عمل اجرایی
	• بسته خدمات
	• ساختار و سازمان دهی
	• ساختار مدیریت و ارائه خدمت در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
	• خرید راهبردی خدمت
	• نظام پرداخت
	• نظام پایش، نظارت و ارزشیابی
	فصل چهارم: بسته فرهنگی و اجتماعی
	فصل پنجم: بسته آموزشی، پژوهشی
	فصل ششم: پیوست ها و ضمیمه

مقدمه معاون بهداشت و معاون درمان

فصل اول: کلیات

مقدمه :

سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی ترین حق مردم نام می‌برند و حکومت‌ها، حفظ و ارتقای آن را جزو مهمترین وظایف خود محسوب می‌کنند. اکنون، سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم و مسوولان قلمداد می‌شود. اگرچه وظیفه اصلی هر نظام سلامت تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم (افزایش امید زندگی سالم) است، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای آن برشمرد از جمله: پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت) و همچنین حفاظت مالی و اجتماعی در برابر هزینه های خدمات سلامت .

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

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

ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی ایران با اولویت مناطق کم برخوردار است. در این راستا برای ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور، باتوجه به اسناد بالادستی، تمرکز بر برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، انجام برخی مداخلات

ضرورت دارد. قانون برنامه ششم نیز تاکید ویژه‌ای بر یکی از کارکردهای نظام سلامت یعنی «تدارک و ارائه خدمات مراقبتی» دارد. لذا انتخاب روش مناسب برای ارائه خدمات سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است.

در این میان **برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع** یکی از کارآمدترین نظام های تدارک و ارائه خدمات سلامت است که با تعدیل و همسویی سایر کارکردهای نظام سلامت شامل: تولید، تامین مالی و تدارک منابع انسانی، فیزیکی، اطلاعاتی، فرآورده های دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی می‌توان برای استقرار موفق آن اقدام نمود. در این راستا توجه به گروه‌های ارائه کننده و مراکز تدارک کننده خدمات، بسته های خدمات و سطوح آن برای ارایه خدمات و مراقبت های با کیفیت و کارا، تحقق عدالت در ابعاد مختلف و در نهایت ارتقای سلامت مردم و جامعه الزامیست.

برخی از چالش‌های بخش سلامت در کشور ایران عبارتند از:

- تغییر الگوی بیماری‌ها و گسترش رفتارهای تهدید کننده سلامت.
- نارسایی در سیاستگذاری و مدیریت سلامت.
- نامتعادل بودن توزیع خدمات سلامت با توجه به نیازهای جامعه.
- نارسایی در توسعه پایدار فرهنگ سلامت
- توجه ناکافی به سلامت روانی و اجتماعی شهروندان.
- ضعف در نظام یکپارچه ارائه خدمات سلامت.
- ضعف در سطح بندی خدمات و اجرای نظام ارجاع
- ناهماهنگی در نظام ثبت اطلاعات سلامت.
- کمبود سهم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی با توجه به نیازهای سلامت و مصرف ناکارآمد سهم تخصیص یافته
- پایین بودن هزینه – اثر بخشی اعتبارات صرف شده در بخش سلامت
- ناکافی بودن میزان رضایت مردم از خدمات ارائه شده
- پایین بودن سطح رضایت ارائه کنندگان خدمت (حذف شده بود)
- کمبود میزان مهارت ارائه کنندگان خدمات در برخی از بخش های ارائه خدمت
- نبود برنامه مدون برای سنجش کیفیت خدمات ارائه شده به ویژه در بخش سرپایی

تاریخچه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور:

از اواخر سال ۱۳۸۱ تیمی از تمامی سازمان‌های بیمه گر و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در نظام سلامت کشور تشکیل گردید و پس از مطالعه جامع درمورد نظام‌های مختلف سلامت در دنیا از جمله کانادا و انگلستان، الگویی آماده و تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. شهرستان قوچان در استان خراسان رضوی، شبستر در آذربایجان شرقی، فارس در چهارمحال و بختیاری و دشتی در بوشهر (اضافه شده) با هماهنگی سازمان‌های بیمه گر برای اجرای آزمایشی الگوی پزشکی خانواده و نظام ارجاع انتخاب شد. با وجود برآورد نیازهای مالی و انسانی در شهرستان‌های پایلوت و رسیدن به توافق جمعی میان مسوولان وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه وقت کشور و سازمانهای بیمه گر، و کسب تصویب نامه شماره ... مورخ برای تشکیل شورای عالی سلامت و اصلاحات نظام سلامت با اختیار ... برای ... به سبب اجرا نشدن تعهدات در نظر گرفته شده، برنامه اصلاحات در شهرستان‌های پایلوت اجرایی نشد.

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

در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس شورای اسلامی در اقدامی بی نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی وقت قرار دادند تا عملاً "مقدمات تشکیل صندوق مالی واحد در اجرای برنامه های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش برنامه به شهرها شد. تامین منابع مالی برنامه از مهمترین چالش‌های پیش رو بود که باید از طریق همکاری تمامی سازمانهای بیمه گر و در غیر اینصورت از محل اعتبارت مستقیم دولت رفع می‌شد.

پیرو تفاهم نامه ای که تیر ماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی منعقد شد، در آبان ماه همان سال نیز تفاهم نامه ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه های مذکور منعقد گردید. این تفاهم نامه با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تاکید هیات محترم دولت و مجلس محترم شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریعتر برنامه پزشک خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین شد. موضوع آن اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کلیه شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

در سال ۱۳۹۰ طرح آزمایشی پزشک امین در استان گیلان توسط سازمان تامین اجتماعی انجام شد که پس از گذشت ۴ ماه از اجرای آن، به دلیل موازی کاری با برنامه پزشک خانواده و مخالفت صریح وزارت بهداشت، متوقف شد.

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

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

همچنین، در این گزارش اعلام شد که وزارت بهداشت در نظر دارد تا پایان سال ۱۳۹۲ اقدام به تربیت پزشکان عمومی دارای گواهی نامه عالی بهداشت عمومی (MPH) در پزشک خانواده کرده و از این طریق پزشکان خانواده مورد نیاز در شهرهای بزرگ غیردانشگاهی را تامین نماید. در این گزارش اعلام شده بود که برای تحت پوشش قراردادن ۱۴ میلیون نفر از جمعیت کشور نیاز به تامین ۱۱۱۲۰ تومان سرانه اعتبار تملک دارایی و ۴۰۰۰۰ تومان سرانه جاری است.

بر خلاف آنچه در گزارش به سمع و نظر هیات محترم دولت وقت رسید، شخص مقام ریاست جمهوری وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ می بایست برنامه در کل کشور اجرا شود. در ادامه این تصمیم، هیات محترم وزیران در تاریخ ۱۳۹۱/۱/۱۶ بند ۲ مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی را این چنین مصوب کرد: "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف دو سال از تاریخ ابلاغ نسخه (۰۲) برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شرح پیوست که تأیید شده به مهر "دفتر هیئت دولت" است و اصلاحات بعدی آن که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، نسبت به توسعه برنامه مذکور در کلیه مناطق شهری اقدام نماید. همه وزارتخانه ها، سازمانها و دستگاههای مربوط موظف به تأمین زیر ساختها و همکاری لازم جهت استقرار برنامه یاد شده می باشند." از این طریق سعی شد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه تامین شود.

پس از ابلاغ تصمیم هیات محترم وزیران، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای نسخه ۰۲ برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد و روند اجرا در این دو استان پیگیرانه توسط ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد رصد قرار گرفت.

از سوی دیگر در ستاد اجرایی کشوری برنامه که هر هفته با تشکیل دو جلسه به ریاست رییس وقت مرکز مدیریت شبکه برگزار می شد، علاوه بر پاسخگویی به سوالات رایج استانهای مجری و غیر مجری برنامه و بررسی چالشهای پیش رو، فرآیند ثبت نام مردم، انتخاب پزشک و عقد قرارداد با پزشکان خانواده همچنین تدوین و تصویب آیین نامه اجرایی ارائه خدمات در سطح ۲ و ۳، آیین نامه نحوه مدیریت بیماران اورژانس، بیماریهای خاص و صعب العلاج و مسافران، نحوه پرداخت کارانه به پزشکان سطح ۲ و ۳ طرف قرارداد برنامه، نحوه ترغیب پزشکان عمومی و متخصصین به شرکت در برنامه، نحوه نشاندار شدن دفاتر بیمه جمعیت تحت پوشش، نحوه مدیریت و تغییر قراردادهای پیشین سازمانهای بیمه گر پایه در استانهای مجری، تدوین فرمت عقد قرارداد با انواع مراکز، نحوه همکاری با پیراپزشکان (مشاوره تغذیه، مشاوره روانشناسی و خدمات توانبخشی)، فرآیند ارجاع به سطوح بالاتر و نحوه الکترونیک کردن فرم ارجاع، نحوه ارائه خدمت پزشکان تک شیفت، تعیین تعرفه توافقی خدمات پاراکلینیک، سقف جمعیت تحت پوشش در شهرستانهایی که برای تامین پزشک با مشکل مواجه هستند و همچنین چک لیست افتتاح برنامه در سایر استانهای کشور مورد بررسی و تصویب قرار گرفت.

عوامل موثر در کاهش سرعت پیشرفت برنامه و بروز چالشهای اجرایی متعدد:

بررسی روند اجرای برنامه در دو استان فارس و مازندران و گسترش نیافتن آن به سایر استانهای کشور نشان می دهد که ورود به دوره اقتصاد مقاومتی متعاقب بروز مشکل اعمال تحریم های متعدد به صنایع نفتی و بانکی مهمترین عامل کاهش ظرفیت مالی کشور و تامین نشدن اعتبارات مورد نیاز برای گسترش و حتی اجرای صحیح برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری بود. مستندات و مدارک ارسال شده از سوی دانشگاههای علوم پزشکی کشور و درخواستهای متعدد آنان برای افتتاح برنامه و همچنین تعداد نیروهایی که بر روی سایت 1590.ir و همچنین سایر سایتهای در نظر گرفته شده توسط دانشگاههای علوم پزشکی تکمیل شد، حاکی از آن بود که در صورت تامین منابع مالی مورد نیاز، روند گسترش و اجرای برنامه می توانست از آنچه در واقعیت رخ داد بسیار متفاوت باشد.

یکی دیگر از مهمترین چالش های پیش روی دست اندرکاران اجرایی برنامه، تغییر مدیریت ارشد وزارتخانه های مجری برنامه و تغییر سیاستهای کلان اجرایی بود به نحوی که تقریباً به فاصله دو تا سه ماه پس از افتتاح برنامه در استان مازندران، تغییر مدیران ارشد وزارت متبوع موجب رها شدن استان مازندران و ارائه نشدن حمایتهای لازم، به این استان شد. از سوی دیگر تغییر چیدمان ستاد اجرایی کشوری برنامه موجب شد که علیرغم جایگاه قانونی ویژه این ستاد، امکان بررسی منطقی موضوعات و چالش های موجود و رسیدن به توافق میان وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گر از میان رفته و عملاً نهاد فنی حامی استانهای مجری، در وضعیت رکود و افول قرار گیرد.

از دیگر عوامل موثر در گسترش نیافتن برنامه به سایر استانهای کشور می توان به نبود اتفاق نظر، همزمانی و همدلی بین دولتمردان ارشد کشور، تمایل سیاستمداران و تصمیم سازان ارشد کشور به قرار نگرفتن در قالب محدودیتهای نظام ارجاع، پایین بودن میزان آگاهی مردم

در زمینه جزئیات برنامه و فواید اجرایی شدن آن، مشکلات در تامین و ماندگاری نیروهای انسانی و تفاوت توانمندی های پزشکان خانواده عمومی موجود نسبت به متخصص پزشک خانواده و در نتیجه کم شدن اقبال مردم به پزشکان عمومی، اشاره کرد.

تفاوت نسخه حاضر با نسخه فارس و مازندران:

- ❖ انعقاد قرارداد با مجتمع بجای انعقاد قرارداد با پزشک
- ❖ جمعیت تحت پوشش هر پزشک ۴۰۰۰ نفر
- ❖ ترکیب همکاری دو مراقب سلامت بازای هر پزشک
- ❖ برقراری امکان انجام خدمات غیر از بسته خدمت ابلاغی مرکز مدیریت شبکه در ساعات غیر موظفی
- ❖ برقراری امکان دریافت فرانشیز

الزامات سیاستی و قانونی:

الزامات سیاستی و قانونی زیر، دولت را به اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع موظف می کند:

- در بند ۹ اصل ۳ قانون اساسی تصریح شده است که برای نیل به اهداف اصل دوم قانون اساسی، دولت جمهوری اسلامی باید همه امکانات خود را برای رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه مردم در تمام زمینه های مادی و معنوی به کار برد.
- در اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از تامین اجتماعی از نظر نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و نیاز به مراقبت پزشکی بصورت بیمه و غیره حقی همگانی دانسته شده و دولت موظف شده از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های فوق را برای افراد کشور فراهم کند.
- سند چشم انداز جمهوری اسلامی در افق ۱۴۰۴ جامعه ایرانی را برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی و فرصت های برابر توصیف می کند.
- ماده ۸۹ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۸۹-۱۳۸۴)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می ساخت که از راه سطح بندی 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 تاکید شده بود باید سهم مشارکت مردم در هزینه های سلامت (که در آن زمان بیش از ۵۵ درصد بود) به حداکثر ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندکشان هزینه های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می شد به ۱ درصد تقلیل یابد.

- ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تاکید کرده بود.
- بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور کرده بود
- بند ج ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۹۵-۱۳۹۰) که در آن تاکید شده بود **سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت** مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره مندی مناطق کمتر توسعه یافته بویژه 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 تاکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس های پزشکی را تهیه و جهت تصویب به هیات محترم وزیران ارسال نماید.
- جزء ۱ و ۲ بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی و کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی را تکلیف کرده است.
- جزء ۱ و ۲ بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت نیز تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادت نصریح کرده است.
- بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق برنظام سطح بندی و ارجاع را تکلیف کرده است.
- بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری مبنی بر ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها

- بند ۵ ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵، بر تصویب برنامه اجرایی «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت و امنیت غذایی» در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تکلیف می کند.
- بند الف ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۴۰۰-۱۳۹۶) تکلیف کرده است: تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرائی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت، سازمان ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خطمشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات، تبعیت کنند.
- بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۴۰۰-۱۳۹۶) که در آن تصریح شده است "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار پرونده الکترونیکی سلامت و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با پرونده الکترونیکی سلامت ساماندهی نماید".
- 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 مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، بنحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند. سطح بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

بند ۳ سیاست های اجرایی برنامه ارایه شده وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر نمکی به مجلس

شورای اسلامی (زمستان ۱۳۹۷)، "تقویت و پیاده سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با تکیه بر برقراری نظام

ارجاع و برنامه پزشکی خانواده، مبتنی بر سطح بندی خدمات، استفاده معنادار از راهنماهای بالینی و جلب مشارکت بخش

غیردولتی" و مداخله اجرایی ۶ حوزه درمان و توانبخشی، "توسعه و ارتقای زیرساخت های حوزه درمان و افزایش دسترسی

عادلانه به سطح خدمات بیمارستانی در جهت اجرای نظام ارجاع با توسعه مراکز مراقبت های مشارکتی (Collaborative

Care Centers) همچون مراکز سلامت روان جامعه نگر را تعیین کرده است.

باعنایت به تکالیف سیاستی و قانونی فوق الذکر (اضافه شده) و در پی گذشت بیش از ۸ سال از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

در دو استان فارس و مازندران، اجرای برنامه تحول سلامت در بخش بهداشت و ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه نشین

و شهری بالای ۲۰ هزار نفر با توسعه پایگاه های سلامت از سال ۱۳۹۳ و تجربه راه اندازی مجتمع های سلامت منطقه در استان

آذربایجان شرقی با استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت و همچنین مدیریت سرانه ارائه خدمت در

سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح ۲، اکنون سیاستگذار بدنبال آن است که با بازنگری در نسخه ۰۲ برنامه پزشکی خانواده

و نظام ارجاع، الگویی را طراحی نماید که در عین پاسخگویی به چالش های عمده نظام سلامت و استفاده از توان واحدهای ارایه

خدمات سلامت در بخش غیردانشگاهی شامل خیریه، خصوصی، عمومی-غیردولتی، نظامی و انتظامی و ... بتواند در قالب اختیارات

قانونی که در تولید نظام سلامت و ستاد اجرایی کشوری دارد مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت (Universal

Health Coverage - UHC) شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و باکیفیت و حفاظت مالی با کاهش پرداخت

از جیب مردم را هموار کند.

چشم انداز: دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۱۴۰۴ از طریق استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

هدف نهایی: افزایش امید و کیفیت زندگی جامعه (اضافه شده)

اهداف کلی:

- (۱) افزایش پوشش فعال همه مردم جامعه
- (۲) افزایش خدمات هزینه-اثربخش، جامع و ادغام یافته سلامت
- (۳) افزایش حفاظت مالی از مردم
- (۴) افزایش بهره مندی از خدمات باکیفیت بالا
- (۵) ارتقای رضایتمندی و پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی مردم
- (۶) افزایش میزان مسولیت پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه

اهداف اختصاصی:

- (۱) افزایش پوشش موثر خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال به میزان حداقل ۹۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴
- (۲) افزایش توانمندی مردم در جهت رفع نیازهای بهداشتی درمانی خود با انجام مراقبت از خود (Self-care) به میزان ۷۰ درصد در طول دو سال اول از اجرای برنامه و جلب مشارکت‌های اجتماعی و سازمان یافته مردم با اجرای برنامه هرخانه یک پایگاه سلامت با درگیر نمودن سفیران سلامت، داوطلبین سلامت و سایر گروه‌های مردمی در بهبود نظام ارائه خدمات
- (۳) افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقه ای مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان حداقل ۹۰ درصد در طول دو سال از اجرای برنامه
- (۴) بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت تعریف شده با توجه به نیازهای سلامت مردم و امکان مدیریت و نظارت بر ارایه و با هدف اجتماعی سازی سلامت در سال اول اجرای برنامه
- (۵) افزایش دسترسی به بسته‌های خدمات سلامت مطلوب از طریق انتخاب پزشک خانواده به اختیار خانوارها اعم از پزشک دولتی، خیریه، عمومی و خصوصی به میزان ۹۰ درصد در طول دو سال از اجرای برنامه
- (۶) ارتقای مستمر کیفیت خدمات و مراقبت ها از طریق استقرار برنامه های ارزیابی و ارتقای کیفیت و اعتبار بخشی تا پایان سال ۱۴۰۴
- (۷) مدیریت و تجمیع منابع مالی در اختیار بخش سلامت کشور
- (۸) اصلاح روش‌های پرداخت

۹) مدیریت بهینه بیماری های واگیر و غیرواگیر

۱۰) مدیریت مصرف خدمات و کنترل تقاضاهای القایی

۱۱) تقویت نظام پایش و ارزشیابی ارائه خدمات

۱۲) تسهیل هماهنگی های بین بخشی از طریق تمرکززدایی

۱۳) اصلاح نظام ارائه خدمات از طریق طراحی ساختار جدید با توجه به مولفه های اجتماعی سلامت (حذف شده بود)

۱۴)

راهبرد اجرایی:

توسعه الگوی نوین برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با استفاده از مشارکت بخش های دولتی و غیردولتی (خصوصی) در ارائه خدمات سلامت و مدیریت منابع.

راهبرد اجرایی: اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب راه اندازی مرکز / مجتمع سلامت منطقه (Regional

Health Center/Complex-RHC) و استفاده از مشارکت بخش های دولتی و غیردولتی (خصوصی) در ارائه خدمات

سلامت و مدیریت منابع. (در جزوه قبلی این متن نوشته شده)

فصل دوم: واژه نامه

ماده (۱) تعاریف: در این دستورعمل اجرایی تعاریف زیر مبنای عمل قرار می گیرد.

(۱) خدمات سلامت:

- ❖ فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان، توانبخشی و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در انسان می‌شود.
- ❖ مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد، خانواده و جامعه فراهم می‌کند. خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشند^۱.
- ❖ ارائه خدمات همگانی سلامت به مفهوم ارائه خدمات سلامت بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب است. در ارائه خدمات همگانی سلامت سه عامل گیرنده خدمت، نوع و کیفیت خدمت و هزینه ارائه خدمت در نظر گرفته می‌شود.

(۲) مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، معتبر از نظر علمی و پذیرفتنی از نظر اجتماعی است که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها؛ و با هزینه قابل تحمل برای مردم در دسترس همگان قرار می‌گیرند. این مراقبت‌ها بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و کانون اصلی توجه دولت بوده و بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. مراقبت‌های اولیه سلامت اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به محل زندگی و کار مردم نزدیک کرده و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهند (بند ۶ اعلامیه آلماتا)^۲.

(۳) خدمات بهداشت عمومی:

^۱ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

^۲ شاد پور کامل، پيله رودی سيروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تندیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

خدمات سلامتی هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای.^۲

۴) ارجاع و سطح بندی نظام ارائه خدمات سلامت:

❖ تعریف ارجاع:

فرآیندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود. در این سازوکار ارائه خدمات سلامت متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده می دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت با مسوولیت پزشک خانواده/عمومی ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می گیرد. در صورت نیاز به خدمات کم تواتر و پیچیده تخصصی (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هماهنگ شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) یا به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک خانواده، متخصص، مراکز پاراکلینیک و بیمارستان) ارجاع داده می شود. مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده و سایر نیازها را به صورت بازخورد به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) منعکس می کند. بطوریکه در نهایت تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

❖ مبانی تصمیم گیری در مورد ارجاع:

در مورد ارجاع به سطح بالاتر یا به ارائه کننده هم سطح بر اساس محتویات بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه و راهنماهای بالینی ابلاغی معاونت درمان تصمیم گیری خواهد شد.

❖ نقشه ارجاع:

⁴ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html

مسیر ارجاع بیمار و دریافت بازخورد را از نخستین تماس فرد با نظام سلامت (سطح اول) تا سطح پایانی برای تمامی رشته های تخصصی و فوق تخصصی در کلیه بخش های ارایه دهنده خدمات بهداشتی، تشخیصی-درمانی و توانبخشی تعیین می کند.

❖ تعریف سطح بندی:

چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت برای ایجاد دسترسی مردم به مجموعه خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می گیرد^۴.

خدمات و مراقبت های سلامت در چهار سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

◀ **سطح پایه:** با توجه به اجرایی شدن برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت، سطح پایه شامل خانه افراد و جامعه می باشد که براساس آموزش های ارائه شده، دریافت خدمت از این سطح آغاز می شود.

◀ **سطح اول:** شامل خدمات و مراقبت های فردی و جمعی تعریف شده در بسته خدمات ابلاغی و مصوب مرکز مدیریت شبکه است که در واحدهای مراقبت های اولیه سلامت ارایه می شوند.

○ خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها براساس استانداردهای بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، و مدیریت افراد تحت پوشش.

○ خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و حرفه ای، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری های واگیر و غیرواگیر و آسیب ها و جراحات در اپیدمی ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است.

○ پایگاه سلامت (Health Post-HP): خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه سلامت ارائه می گردند که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور تعریف می شود. در ضمن، سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی، پاراکلینیک (آزمایش ها و تصویربرداری های پزشکی) نیز، در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه ها، آزمایشگاه ها و مراکز تصویربرداری ارائه می شوند.

○ پایگاه های سلامت به طور معمول در جایی با بیشترین دسترسی به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می افتد. این دسته از خدمات به شرط نبود بخش دولتی/دانشگاهی با اولویت

^۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰

برونسپاری و خرید خدمت از بخش غیر دولتی (خیریه، تعاونی، عمومی، خصوصی) فراهم و ارائه می‌گردد (خرید راهبردی خدمات) و در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات، باید از طریق بخش دولتی/دانشگاهی ارائه شود.

- مرکز خدمات جامع سلامت (Comprehensive Healthcare Center-CHC) پذیرای ارجاعات مربوط به مراقبت‌ها و بیماری‌های هدف (واگیر و غیرواگیر)، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی و بهداشت محیط و حرفه‌ای از پایگاه سلامت خواهد بود. علاوه بر آن مدیریت و نظارت بر سلامت منطقه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است. سایر خدمات از طریق ارجاع به سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد

◀ **سطح دوم:** شامل خدمات کم تواتر و پیچیده تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری تعریف شده در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات مشتمل بر خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند که نوع و استانداردهای آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعریف و ابلاغ می‌شود.

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

○ خدمات فوق در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی، خیریه، تعاونی، عمومی و خصوصی طرف تفاهم شکل می‌گیرند. ترجیح با دریافت خدمت از بخش دولتی است و اولویت انتخاب واحد به شرط رعایت تعرفه با گیرنده خدمات می‌باشد. (توسط معاونت درمان تکمیل شود)

(۵) شراکت بخش دولتی و خصوصی (PPP: Public Private Partnership):

باعنایت به ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و مواد ۲۴ و ۴۷ قانون تنظیم ۲ و آیین نامه اجرایی واگذاری خدمات، شراکت برد-برد در ارائه خدمات سلامت از طریق توسعه خیریه ها، تعاونی ها، بخش خصوصی، نهادها و موسسات عمومی-غیردولتی تعیین صلاحیت شده طرف قرارداد یا تفاهم و با نظارت و حمایت دولت با استفاده از شیوه های زیر انجام می شود:

- ❖ اعمال حمایت های لازم از بخش خیریه، تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف.
- ❖ خرید خدمات از بخش خیریه، تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی.
- ❖ اشخاص حقیقی طرف قرارداد
- ❖ سازمان های مردم نهاد (سمن)

۶) تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را با مسوولیت پزشک خانواده در اختیار افراد تحت پوشش قرار می دهند^۵. اعضای تیم سلامت شامل: رییس/سرپرست مرکز، مدیر اجرایی مرکز، پزشک خانواده؛ مراقب سلامت؛ مراقب ناظر، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای؛ کارشناس تغذیه؛ کارشناس سلامت روان؛ مددکار اجتماعی، پرستار/بهبود؛ کاردان/کارشناس پذیرش؛ کارشناس توانبخشی، پزشکان متخصص تعریف شده و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان، کارکنان آزمایشگاه/ نمونه گیری و داروخانه هستند. باتوجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی فردی، سازمانی و اجتماعی، جمعیت تحت پوشش و نمایندگان منتخب و آموزش دیده مردم و دستگاه های اجرایی، سازمان ها، نهادها و موسسات از جمله سفیران سلامت، رابطان سلامت، داوطلبان سلامت، دبیران کانون های سلامت، اعضای خانه مشارکت مردم در سلامت، پیام گزاران سلامت، دبیرخانه های سلامت و (اضافه شده) نیز همکار این گروه محسوب می شوند.

۷) بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

- به مجموعه یا گروه هایی از خدمات با سیاستگذاری های مشترک اطلاق می شوند و عمدتاً عبارتند از :
- خدمات پایه بهداشتی، درمانی، توانبخشی و دارای اولویت شامل مراقبت های بهداشتی برابر برنامه های کشوری سلامت (مجموعه پیوست) که توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت تهیه و توسط مرکز مدیریت شبکه مصوب و ابلاغ شده و حسب نیاز توسط کمیته های تدوین بسته سطوح سه گانه خدمات بازنگری و تکمیل می شود،
 - خدمات پزشکی شامل تمام اقدامات درمانی سرپایی عمومی/تخصصی، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیصی طبی، درخواست مشاوره و پیگیری مراقبت های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش و هم چنین خدمات توانبخشی

^۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲/۱۳۹۰ و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویب نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ /ت ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

پایه و دارای اولویت که باید توسط اعضای تیم سلامت ارایه یا فراهم شود و نیز کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت‌های پیش‌گیرانه و درمانی، قرار دارند.

۸) محصولات دانشی: (بجای راهنماهای بالینی استفاده شده)

به کلیه استانداردها، دستورعمل/پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی و راهنماهای تجویز محصولات دانشی اطلاق می‌شود که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور مدیریت یکپارچه مراقبت‌ها و بیماریها ابلاغ می‌شود.

۹) پرونده الکترونیک سلامت:

پرونده الکترونیک سلامت در برگیرنده پرونده خانوار می‌باشد که مبتنی بر شناسه (کد) ملی است و برای هر فرد تشکیل می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد. با استفاده از رمز عبور و الزامات و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک خانواده/عمومی معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد.^۶ پرونده اصلی در نزد مراقب سلامت آن خانوار است و فرم‌های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه‌های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود. به عنوان مثال اگر در خانوار، فرد سالمند وجود دارد باید اطلاعات مربوط به این برنامه برای آن فرد در پرونده تکمیل شود. براساس شرایط ارجاع افراد خانوار، فرم ارجاعی متناسب با نوع برنامه و دارای خلاصه‌ای از داده‌های موردنیاز پذیرنده ارجاع، توسط فرد ارجاع دهنده تکمیل می‌شود و به همراه فرد ارجاع شده به واحد پذیرش کننده ارجاع ارسال می‌گردد (ارجاع الکترونیک).

۱۰) نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی است که توسط تیم سلامت، در اختیار افراد یا جامعه قرار داده می‌شود.^۷

❖ **پرداخت سرانه (Capitation/Per Capita):** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارایه می‌کند، متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می‌گیرد. روشی است آینده‌نگر که در آن مبلغ ثابتی برای هر نفر جمعیت، برای دوره زمانی مشخص و ارایه بسته خدمتی تعریف شده پرداخت می‌گردد. بطوریکه مقدار کل سرانه پرداخت شده مستقل از تعداد و نوع خدمات و تعداد بار مراجعه می‌باشد.

۶- اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ /ت/ ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستور عمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۰۲. ۱۳۹۰

❖ **پرداخت کارانه (Fee For Service: FFS):** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت بازای خدمت ارائه شده به مراجعه‌کننده صورت می‌گیرد. یک روش پرداخت گذشته نگر است که در آن، مبلغ تعریف شده پس از ارائه کامل خدمت و براساس نوع و کمیت خدمت پرداخت می‌شود.

❖ **پاداش:** درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به پزشک خانواده و تیم سلامت و سایر سطوح ارائه خدمات تعلق می‌گیرد. روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که به صورت گذشته نگر (شش ماهه یا یکساله) و با هدف بهبود کمیت عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص‌های از پیش تعیین شده پرداخت می‌گردد (مازاد بر مبلغ سرانه یا کارانه).

❖ **جریمه:** درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین‌تر از حد مورد انتظار، از پزشک خانواده و تیم سلامت و سایر سطوح ارائه خدمات کسر می‌شود.

❖ **پرداخت موردی (Case payment):** پرداخت مبلغی مشخص که به ازای انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخیص بیماری های نادر، مسری، تهدیدکننده حیات در مراحل اولیه بیماری و ... مانند شناسایی، تشخیص، ردیابی تماس، پیگیری و درمان کامل هر مورد از بیماری سل) به به پزشک خانواده و تیم سلامت و سایر سطوح ارائه خدمات صورت می‌گیرد.

❖ **جبران خدمت پزشک خانواده :** پرداخت برای جبران خدمت پزشک خانواده به طور عمده به صورت «سرانه» است. سرانه مبلغی است که بازای هر بیمه شده به طور ماهانه در برابر ارائه بسته خدمت سلامت مطابق این دستور عمل پرداخت می‌شود. سرانه پرداخت شده به پزشک خانواده به تعداد، سن، جنس و... افرادی که تحت پوشش او قرار می‌گیرند بستگی دارد (Defined Population). در سال جاری این مبلغ به میزانی است که در ادامه این دستور عمل می‌آید و در آینده حسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی توسط ستاد اجرایی کشوری پیشنهاد و با تصویب شورای عالی بیمه سلامت به طور سالانه تعیین می‌شود. ممکن است هر سال یا هر چند سال یکبار تغییر کند (حذف شده)

❖ نظام پرداخت سطح ۲ و ۳ خدمات سلامت تا اطلاع ثانوی به صورت (کارانه) FFS می باشد

❖ -نظام بازتوزیع منابع : (تکمیل توسط معاونت درمان)

❖ **ریسک بیماری:** هر بیماری (و حتی هر درمان) مخاطرات خاص خود را دارد. در شرایط معمول مراکز و افراد ارائه کننده خدمات پزشکی ترجیح می‌دهند کسانی را در پوشش مراقبت خود بگیرند که خطر (ریسک) کمتر دارند. از پزشک خانواده انتظار می‌رود از

نظر ریسک بیماری میان افراد تحت پوشش خود تبعیض قائل نشود. برای برآورده شدن این انتظار، سازوکارهایی در نظر گرفته شده است. از جمله تفاوت در میزان سرانه گروه‌های سنی و جنسی مختلف.

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

(۱۱) هیات امضاء (Board of Trustees):

هیات یا شورایی است که به موجب قانون و مقررات یا به موجب اساسنامه مؤسسه یا سازمان بر اداره امور آن مؤسسه یا سازمان نظارت عالی دارد.

(۱۲) مراکز ارائه خدمات:

کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، تشخیصی و دارویی دولتی و غیر دولتی را شامل می‌شود.

(۱۳) مجتمع سلامت منطقه (Regional Health Complex: RHC):

یک مجموعه مدیریت سلامت، مسوولیت پذیر و پاسخگو است که خدمات فنی و پشتیبانی سلامت جامع، یکپارچه و ادغام یافته را در سطح یک خدمات سلامت در چارچوب سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده، با بهره‌گیری از توان بخش‌های دولتی، عمومی و خیریه، تعاونی و خصوصی به تمامی جمعیت سرشماری شده منطقه، در ازای سرانه معین و تحت نظارت شبکه بهداشت و درمان شهرستان بصورت فعال ارائه می‌دهد.

(۱۴) مرکز خدمات جامع سلامت (Comprehensive Healthcare Center: CHC):

واحد ارائه خدمتی تحت پوشش مجتمع سلامت منطقه می‌باشد که ارائه بسته خدمات سلامت معین شده را به جمعیت ساکن در منطقه جغرافیایی تعریف شده بر عهده دارد. این مرکز، وظیفه ارائه و مدیریت خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، پاراکلینیکی، دندانپزشکی، مشاوره تغذیه، مشاوره سلامت روان، سایر مشاوره‌ها، بهداشت محیط و حرفه‌ای و نظارت بر خدمات و مراقبت‌های انجام شده در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود، آموزش، پایش و ارزشیابی، ارتقای مستمر کیفیت خدمات و مراقبت‌ها و قبول ارجاعات انجام شده از پایگاه‌های سلامت را بر عهده دارد. در مراکز خدمات جامع سلامت می‌توان بر حسب ضرورت خدمات درمانی سطح ۲ را برای مراقبت مشارکتی (Collaborative Care) همچون خدمات سلامت روان جامعه نگر ارائه کرد. این مرکز با توجه به اقتضای شرایط موجود ارائه خدمات (دولتی و غیر دولتی) الزاماً در یک محل مستقر نمی‌باشد (پیشنهاد درمان- نامفهوم

است)

۱۵) پایگاه سلامت (Health Post):

واحدی تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت می‌باشد که ارائه خدمات سلامت تعیین شده را به جمعیت ساکن در منطقه جغرافیایی تعریف شده بر عهده دارد. این واحد در کل کشور وظیفه ارائه خدمات درمانی سطح یک و مراقبت‌های سلامتی مبتنی گروه‌های سنی موجود در بسته خدمات پایه سلامت را بر عهده دارد.

۱۶) کلینیک تخصصی:

واحد ارائه خدمات ۲ و ۳ سرپایی است که ... (توسط معاونت درمان تکمیل شود)

۱۷) دی کلینیک:

واحد ارائه خدمتی (توسط معاونت درمان تکمیل شود)

۱۸) دفاتر اریه خدمات پزشکی و پیراپزشکی:

واحد ارائه خدمات ... (توسط معاونت درمان تکمیل شود)

۱۹) بیمارستان:

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان بخشی جدایی ناپذیر از یک سازمان پزشکی و اجتماعی می‌باشد که وظیفه فراهم نمودن مراقبت کامل سلامت شامل اقدامات درمانی و پیشگیری در جمعیت را بر عهده دارد و در کنار این اقدامات، خدمات سرپایی جهت خانواده‌ها و محیط زندگی شان فراهم می‌سازد. همچنین مرکزی جهت آموزش کارکنان سلامت، پژوهش و تحقیق می‌باشد.

طبق "آیین نامه نحوه تاسیس بیمارستانهای وزارت بهداشت"، بیمارستان مؤسسه‌ای پزشکی است که با اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی و آموزشی و تحقیقاتی به منظور درمان و بهبود بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه روزی تاسیس می‌گردد.

۲۰) تفویض اختیار (تمرکز زدایی):

مسئولیت و اختیارات از دولت یا وزارت بهداشت به یک ساختار مجزا ولی دولتی و عمومی منتقل می‌شود. انتقال مسئولیت و اختیار از ادارات مرکزی وزارت بهداشت به ساختارهای مدیریتی مجزایی که هنوز تحت مدیریت های دولتی اداره می‌شوند (Delegation).

۲۱) خرید راهبردی (Strategic Purchasing):

عبارت است از جستجوی مستمر برای دستیابی به روش‌های تصمیم‌گیری در مورد پنج سوال اساسی: از چه کسی بخریم؟ چه بخریم؟ چگونه بخریم؟ برای چه کسی بخریم؟ و با چه قیمتی بخریم؟ این اقدامات خرید مراقبت‌ها را در جهت بهینه شدن عملکرد نظام سلامت هدایت می‌کند.

در خرید راهبردی باید به این ویژگی‌ها توجه ویژه نمود:

۱- در نظر داشتن اینکه چه کسانی از خرید منتفع می‌شوند؟ ۲- چه خدماتی خریداری می‌شوند؟ ۳- بسته‌ی پایه‌ی خدمات حداقلی را چه کسی تدارک می‌بیند؟ ۴- پرداخت به ارایه‌کنندگان با چه ساز و کاری صورت می‌گیرد؟ ۵- خدمات با چه قیمتی خریداری می‌شوند؟

۲۲) برونسپاری (Outsourcing):

◀ واگذاری برخی از وظایف و اهداف بخش‌های مختلف سازمان به افراد یا شرکت‌هایی خارج از آن گفته می‌شود که در صنعت مورد نظر از تخصص کافی برخوردار هستند و در مقایسه با نتیجه‌نهایی با هزینه کمتری وظایف مورد نظر را انجام می‌دهند. هنگامی که سازمان بر پایه یک قرارداد (پیمان تعهد شده)، برخی از فرآیندهای خود را به بیرون از سازمان واگذار می‌نماید، این عمل را «برون‌سپاری» می‌نامند.

◀ برون‌سپاری عبارتست از واگذاری تمام یا بخشی از مسئولیت انجام یک وظیفه سازمانی مشخص به یک فرد، گروه یا سازمان تخصصی تا ضمن کاهش هزینه‌ها امکان تحقق کیفیت‌های برتر نیز فراهم گردد.

◀ خدمات سرپایی سطوح ۲ و ۳ عمدتاً توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد و نیازی به برونسپاری این بخش از خدمات وجود ندارد

و در اصل طی برنامه از خدمات قابل ارائه آن‌ها استفاده خواهد شد.

۲۳) بیمار اورژانسی:

بیماری که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارائه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام نمود. برای بیمار اورژانسی سرعت عمل و زمان در ارائه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد (نظیر زایمان، MI، ضربه مغزی، شکستگی‌های باز، مسمومیت و ...). تشخیص وضعیت اورژانس با تصور شخص بیمار یا همراهان او قابل تعریف بوده و باید هر بیمار مراجعه‌کننده پذیرش و تحت مراقبت‌های اولیه قرار گیرد .

۲۴) بیمار غیر اورژانسی (Elective):

بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی ندارد و می‌تواند جهت دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه نماید .

فصل سوم: دستور عمل اجرایی

ماده ۲) بسته خدمات: مجتمع سلامت منطقه مسوولیت ارایه یا مدیریت بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت

بهداشت را به شرح زیر بر عهده دارد:

۱-۲) بسته خدمات در سطح اول:

الف: بسته مدیریتی

- ۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- ۲) بازننگری، سرشماری و شناسایی منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت (گروه های هدف)، اماکن، کارگاه ها و ...
- ۳) شناسایی منابع (واحدهای ارائه دهنده خدمت، نیروی انسانی، تجهیزات، ...) بخش دولتی، خیریه، عمومی و خصوصی در منطقه تحت پوشش
- ۴) شناسایی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش (نیازسنجی سلامت) به صورت دوره ای مطابق شیوه نامه ابلاغی
- ۵) ثبت داده ها و مدیریت اطلاعات سلامت جمعیت و منطقه تحت پوشش
- ۶) برنامه ریزی و جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت تحت پوشش، تحلیل آنها و ارسال به سطوح بالاتر
- ۷) تشکیل هیات امنای سلامت منطقه
- ۸) برنامه ریزی برای حل مشکلات سلامت منطقه از راه جلب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی و هماهنگی های درون بخشی
- ۹) پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت براساس دستورعمل های موجود
- ۱۰) همکاری در پروژه های تحقیقاتی
- ۱۱) مدیریت پرونده سلامت الکترونیک و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- ۱۲) همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر و آموزش سایر رشته های علوم پزشکی
- ۱۳) جلب مشارکت خیرین، جذب سفیران، رابطین و داوطلبین سلامت
- ۱۴) بهبود کیفیت و ارتقای مستمر فرآیندها، واحدهای تحت پوشش و برنامه های سلامت
- ۱۵) اجرای برنامه «هر خانه یک پایگاه سلامت» و «شهر سالم» با مشارکت مردم، سازمانهای ذینفع و مردم نهاد

ب: بسته خدمات سلامت

۱) آموزش و توانمند سازی مردم و کارکنان شامل:

۱. برنامه «هر خانه یک پایگاه سلامت» و خود مراقبتی
۲. آموزش همگانی و ترویج شیوه زندگی سالم
۳. برنامه «شهر سالم»
۴. جلب مشارکت مردم، رهبری گروه‌های اجتماعی فعال در زمینه سلامت و هماهنگی بین بخشی در زمینه سلامت
۵. تشکیل گروه‌های حمایتی در کانون های سلامت محله
۶. آموزش و توانمند سازی مستمر آرایه دهندگان خدمات

۲) آرایه خدمات سلامت مطابق بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت^۸

۳) انجام اعمال جراحی کوچک و مداخلات غیر تخصصی درمانی مبتنی بر کوریکولوم آموزشی پزشکی عمومی و استانداردهای خدمتی شامل خدمات غیر اورژانس که متضمن پرداخت تعرفه دولتی بوده^۹ (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمان‌های بیمه گر خواهد بود). این اعمال شامل موارد زیر است:

- ۱) ختنه
- ۲) کشیدن ناخن
- ۳) برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
- ۴) نمونه برداری از پوست و مخاط
- ۵) کاتتریزاسیون ادراری
- ۶) آتل بندی شکستگی‌ها
- ۷) شستشوی گوش
- ۸) خارج کردن جسم خارجی
- ۹) انجام احیاء قلبی ریوی
- ۱۰) لوله گذاری تراشه
- ۱۱) اقدامات اولیه در مسمومیت‌ها

^۸ شماره نامه ابلاغ

^۹ استانداردهای نظارت بر درمان، راهنماهای ملی سلامت

۱۲) اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی

۱۳) اقدامات اولیه در بیماران مصدوم

۱۴) اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان

۱۵) بخیه و دبریدمان زخم‌ها

۱۶) انجام خدمات پرستاری مطابق دستور عمل وزارت بهداشت

۱۷) رسیدگی به موارد اورژانس شامل تثبیت بیمار، هماهنگی با اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵) و پیگیری اعزام بیمار

ج: ارجاع مراجعین نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر (کاغذی یا الکترونیکی):

نظام ارجاع ترجیحاً بصورت الکترونیکی بوده و وظایف تیم سلامت در ارجاع الکترونیکی به ترتیب زیر است:

۱) نصب برنامه کاری متخصصین همکار برنامه (شاغل در پلی کلینیک‌های دانشگاهی، کلینیک‌ها و مطب‌های تخصصی بخشهای

دولتی، عمومی، خیریه، و خصوصی و متخصصین همکار در مرکز خدمات جامع سلامت) در معرض دید جمعیت تحت پوشش در

پایگاهها و مراکز خدمات جامع سلامت

۲) ثبت داده‌های ارجاع به سطوح بالاتر در پرونده الکترونیکی سلامت فرد

۳) اخذ نوبت و هماهنگی با سطوح بالاتر برای ارجاع بیماران از طریق سامانه

۴) پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع

۵) تنظیم و رایحه گزارش‌های مورد نیاز

۶) ارجاع الکترونیکی از طریق برقراری ارتباط میان سامانه الکترونیکی سلامت و سایر سامانه‌های نصب شده در مطب‌ها و کلینیک

های دولتی، عمومی و خصوصی طرف قرارداد

۲-۲) بسته خدمات در سطح دوم:

بسته خدمات سلامت قابل ارائه در سطح دوم در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور است و در حال حاضر

برابر با بسته خدمات بیمه پایه سلامت خواهد بود. بدیهی است بسته بیمه پایه سلامت باید متناسب با استقرار برنامه پزشکی خانواده

و نظام ارجاع برای عموم افراد کشور و به صورت یکسان تعریف و اجرا گردد. بسته خدمات قابل ارائه در نظام ارجاع می‌بایست تا سال

دوم اجرای برنامه تدوین گردد.

الف: خدمات مدیریتی

۱) پایش ارجاعات پزشکان خانواده، انجام راهنمایی‌های لازم برای بهبود فرآیند بیماریابی و ارجاع مبتنی بر راهنماهای بالینی و آموزش موارد ضروری به آنان

۲) مشارکت در جمع بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با تخصص خود و ارائه گزارش‌های مربوطه

۳) مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت‌ها

۴) آموزش راهنماهای بالینی به ارائه دهندگان خدمات

۵) ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه های دانشگاه علوم پزشکی

تبصره ۱) اجزای بسته خدمات تخصصی بتدریج توسط کمیته سیاستگذاری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع اعلام خواهد شد.

ب: خدمات تخصصی قابل ارائه در سطح دوم: خدمات تخصصی ارائه شده در سطح دوم شامل موارد ذیل خواهد بود که مراجعه کننده می تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

۱) ویزیت سرپایی و تجویز دارو، خدمات پاراکلینیک به همراه تکمیل برگه بازخورد.

۲) ویزیت سرپایی و ارجاع مراجعه کننده به خدمات تخصصی سایر متخصصین حسب مورد به همراه تکمیل برگه بازخورد.

۳) ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد به همراه تکمیل برگه بازخورد.

۴) ارائه خدمات دارویی و تحویل دارو و ملزومات پزشکی

۵) ارائه خدمات پاراکلینیکی سرپایی قابل ارائه در سطح دو (مطابق ضوابط ابلاغ شده توسط معاونت درمان)

۶) ارائه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح بندی و راهنماها و پروتکل‌های موجود و همچنین منابع بالینی، کلیه خدمات مجاز واجد پوشش بیمه پایه

۷) قبول مسوولیت و پاسخگویی در قبال تمام بیماران ارجاعی شامل تشکیل پرونده، درمان و مراقبت منظم برابر راهنماهای بالینی، ارائه پس‌خوراند، ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیاز با هماهنگی پزشک خانواده

۸) توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده

۹) پیگیری بیماران بستری شده در بیمارستان و هماهنگی با پزشکان معالج (در صورتیکه پزشک به غیر از خود متخصص باشد)

۱۰) راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده درباره بیماران ارجاعی

۱۱) ارائه خدمات در بستر ارجاع الکترونیک

تبصره یک: ارائه خدمات مجاز و خارج از بسته بیمه پایه سلامت توسط این مراکز با پرداخت هزینه خدمات توسط بیماران مقدور می‌باشد.

ج: خدمات اورژانس

کلیه افراد در صورتی که احساس کنند وضعیت اورژانس دارند می‌توانند با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرند و یا به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه کنند و این مراکز باید آنان را بپذیرند. در واقع فوریت‌ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند و مراجعه مستقیم افراد دچار فوریت به واحدهای اورژانس یا بیمارستان‌ها مانعی ندارد.

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

در صورتیکه بیمار نیازمند دریافت خدمات تخصصی دیگری (سطح دوم) باشد، فرم ارجاع به متخصص توسط پزشک عمومی مستقر در اورژانس و یا متخصص طب اورژانس، تکمیل خواهد شد. در این حالت متخصص مورد نظر مکلف است که در اورژانس بر بالین بیمار حاضر شده و خدمات لازم را ارائه نماید. بسته خدمات اورژانس نیز تابع پوشش بیمه پایه سلامت می‌باشد. اگر فرد مراجعه کننده به واحد اورژانس مجتمع/مرکز نیازمند خدمات اورژانسی نباشد، حداقل اقدامات درمانی برای او انجام و به پزشک خانواده خود هدایت می‌شود.

تبصره ۱) معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی / شبکه‌های بهداشت و درمان موظف هستند دسترسی به خدمات اورژانس، اعم از پیش بیمارستانی، بیمارستانی و را در تمام ساعات شبانه روز برابر نظام سطح بندی برای کلیه ساکنین هر شهرستان تأمین نمایند.

ساختار و سازمان دهی:

ساختار و سازمان دهی:

ماده ۳) ارکان اجرایی و شرح وظایف : برای اجرایی کردن برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب راه اندازی مجتمع سلامت منطقه، ارکان اجرایی و وظایف زیر در نظر گرفته شده است:

۱. ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع: **ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع** **جرایی** **کشوری** برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع **ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع** **ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع**
۲. ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۳. ستاد راهبردی استان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۴. ستاد اجرایی استان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۵. ستاد اجرایی شهرستان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

۱) ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع: (ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع)

الف) ترکیب اعضای ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

- ۱- رئیس جمهور (رئیس ستاد)
- ۲- معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
- ۳- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
- ۴- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۵- رئیس سازمان برنامه و بودجه
- ۶- وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
- ۷- معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
- ۸- معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رای) مسئول دبیرخانه ستاد ملی (این مورد حذف شده)
- ۹- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رای)

ب) وظایف ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

ب) وظایف ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۱. سیاست‌گذاری و تعیین راهبردهای مورد نیاز در اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
۲. تعیین راه‌کارهای مناسب به منظور تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه
۳. نظارت بر عملکرد سازمان‌های ذیربط و ستادهای استانی و شهرستانی در اجرای برنامه با تشکیل کمیته‌های نظارتی
۴. جلب حمایت‌های مورد نیاز قانونی و مدیریتی
۵. تصمیم‌گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی کشوری برنامه

۱) ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع: ۲) ستاد

۲) ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

الف) ترکیب اعضای ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۱. معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
 ۲. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جانشین رئیس ستاد) (رئیس ستاد) این مورد حذف شده
 ۳. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (دبیر ستاد)
 ۴. معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۵. معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی^{۱۰}
 ۶. رئیس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۷. معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی، سازمان برنامه و بودجه (معاون بودجه) حذف شده
 ۸. مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی
 ۹. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت
 ۱۰. مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح
 ۱۱. رئیس کل سازمان نظام پزشکی
 ۱۲. رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
 ۱۳. رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- ب) وظایف ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

۱. تعیین تعداد و عناوین کمیته‌های تخصصی مورد نیاز
۲. بازدید از عملیات اجرایی در استان‌ها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه‌های پایلوت
۳. نظارت بر طرح‌های پژوهشی مرتبط
۴. تصویب ترکیب اعضای کمیته‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه
۵. سفارش انجام بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف و استفاده از نتایج آن‌ها برای تدوین سیاست‌ها یا مداخله‌های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست‌ها یا مداخله‌ها به ستاد ملی
۶. تدوین گزارش‌های تحلیلی
۷. جلب همکاری صاحب‌نظران و ذی‌نفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته‌های فنی مربوط به هر مدیریت
۸. نظارت بر پیشرفت برنامه‌ها و عملیات
۹. ارزیابی فعالیت‌هایی که توسط مدیران برنامه‌های چهارگانه در سطح ملی یا در عرصه‌های پایلوت به اجرا گذارده می‌شود.
۱۰. ظرفیت‌سازی

۳) ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع: سسسسلف) اعضای ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۳) ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

الف) ترکیب اعضای ستاد اجرای کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

۱. رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد)
۲. مدیر گروه برنامه پزشک خانواده، مرکز مدیریت شبکه (دبیر ستاد)
۳. مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی
۴. معاون سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵. رئیس مرکز (مدیر کل دفتر) مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت
۷. رییس امور سلامت و رفاه اجتماعی، معاونت علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه (رییس امور اجتماعی معاون بودجه)
۸. رئیس امور ساختارهای سازمانی سازمان اداری و استخدامی کشور
۹. معاون سلامت سازمان بیمه سلامت
۱۰. معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
۱۱. معاون درمان (یا مدیرکل درمان غیرمستقیم/ مستقیم) سازمان تامین اجتماعی

ب) وظایف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

ب) وظایف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

۱. تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و دستورعمل‌های مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستانی
۲. تصویب ترکیب اعضا و شرح وظایف ستادهای استان و شهرستان
۳. تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته‌های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه (ترکیب اعضای کمیته‌ها متناسب با کمیته‌های ملی بوده و اختیار انتخاب درصدی از اعضا حسب نیاز به عهده استان گذاشته می‌شود)

۴) ستاد های راهبردی استان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

الف) ترکیب اعضای ستاد راهبردی در سطح استان:

استاندار (رییس ستاد)، رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (دبیر ستاد)، معاون بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، معاون درمان، معاون غذا و دارو^{۱۱} و معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، مدیرکل بیمه سلامت استان، مدیرکل تامین اجتماعی نیروهای مسلح استان، رئیس اداره درمان کمیته امام (ره)، رییس شورای هماهنگی (عالی) نظام های پزشکی استان، نماینده تام‌الاختیار شورای سلامت صدا و سیما استان، رئیس دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، رییس گروه تخصصی مدیریت توسعه شبکه مرکز بهداشت استان خواهد بود.

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

ب) وظایف ستاد راهبردی استان شامل موارد زیر است:

۱. هماهنگی اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورعمل‌های کشوری
۲. انجام هماهنگی‌های مورد نیاز (در قالب برنامه عملیاتی) برای اجرای سیاست‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
۳. تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسب‌تر برنامه
۴. بررسی چالش‌ها و پیشنهاد راه‌کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی کشوری

^{۱۱} با توجه به مصوبه ستاد اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در تاریخ ۹۱/۴/۱۹

۵. رایه پس خوراند به ستاد ملی

۵) ستاد اجرایی استان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

الف) ترکیب اعضای ستاد اجرایی در سطح استان:

رییس دانشگاه (رییس ستاد)، معاون بهداشت و رییس مرکز بهداشت استان (جانشین رییس و دبیر ستاد)، معاون درمان دانشگاه، معاون غذا و دارو دانشگاه^{۱۲}، رییس گروه تخصصی مدیریت شبکه استان، مدیرکل بیمه سلامت استان، مدیر درمان تأمین اجتماعی استان، مدیر درمان اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان، رییس اداره درمان کمیته امام (ره)، رییس شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان

تبصره ۱: در استان هایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد رییس و معاونین دانشگاه های غیر از مرکز استان عضو ستاد خواهند بود.

ب) وظایف ستاد اجرایی در سطح استان

۶) ستاد اجرایی شهرستان در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

الف) ترکیب اعضای ستاد اجرایی در سطح شهرستان:

فرماندار (رییس ستاد)، که بهداشت و درمان (جانشین رییس ستاد و دبیر ستاد)، رییس (شبکه جانشین و دبیر ستاد) مرکز بهداشت شهرستان، معاون درمان شبکه شهرستان (در شهرستان تک بیمارستانی رییس بیمارستان)، (نماینده هر یک از ماینده هر یک از سازمان های بیمه گر در شهرستان، کارشناس مسئول واحد مدیریت شبکه شهرستان

ب) وظایف ستاد اجرایی شهرستان شامل موارد زیر است:

۱. تحلیل وضعیت موجود:

- واحدهای رایه خدمت
- تعداد و نوع واحدها در بخش دولتی، عمومی و خصوصی
- نیروی انسانی موجود (ترکیب و تعداد) در بخش دولتی، عمومی و خصوصی
- تطبیق فضای فیزیکی و تجهیزات موجود بخش دولتی، عمومی و خصوصی برابر دستور عمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

^{۱۲} با توجه به مصوبه ستاد اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در تاریخ ۹۱/۴/۱۹

۲. سازماندهی لازم برای استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

- تعیین وظایف واحدهای مرتبط ستادی شهرستان در استقرار و ارایه خدمات تیم سلامت با توجه به مصوبات ستاد هماهنگی شهرستان
- برآورد و توزیع منابع مورد نیاز برای راهاندازی مجتمع های سلامت منطقه شامل فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای فعالیت های اجرایی نظام ارایه خدمات سلامت در شهرستان با بیشترین استفاده از امکانات موجود دولتی، عمومی و خصوصی
- مدیریت راهاندازی مجتمع های سلامت منطقه و استقرار تیم های سلامت

۳. تحلیل وضعیت سلامت شهرستان:

- ساختار جمعیت
- وضعیت سنی، جنسی، اشتغال، بیمه
- ترسیم وضعیت سلامت شهرستان
- ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات نظام سلامت در سطح شهرستان

۴. ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف گذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان

۵. تدوین برنامه عملیاتی شهرستان

۶. استقرار نظام پایش، نظارت و ارزشیابی

۷. هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی

- برقراری ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت آنان با استفاده از دستورعمل ها و متن هایی که واحد کشوری در اختیار می گذارد.
- آگاه سازی مردم از آرمان ها و اهداف نظام ارایه خدمات سلامت و پزشکان خانواده با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و سایر امکانات استانی و شهرستانی

۸. هماهنگی برای آموزش نیروی انسانی

- آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان های بیمه گر درباره آیین نامه براساس دستورعمل های ستاد اجرایی نظام ارایه خدمات سلامت و شورای استانی نظام ارایه خدمات سلامت
- برقراری ارتباط، اطلاع رسانی و بازآموزی پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی شهرستان درباره آرمان ها و هدف های نظام ارایه خدمات سلامت و نیز آموزش نحوه اجرای آیین نامه سطح بندی، نظام ارجاع و تبیین نقش جامعه پزشکی در این زمینه.

۹. اعلام آغاز طرح و شرایط همکاری مدیران عامل / موسسین مجتمع های سلامت منطقه با ستاد اجرایی شهرستان.

و فناوری اطلاعات، سازمان بیمه سلامت، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی فعالیت خواهد نمود.

ساختار مدیریت و ارائه خدمت در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

ماده ۶) مجتمع سلامت منطقه: هر مجتمع سلامت منطقه، جمعیتی در حدود ۴۰ الی ۱۲۰ هزار نفر (بطور متوسط ۸۰ هزار نفر) را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. این جمعیت براساس پراکندگی و دسترسی مردم قابل تغییر است.

تبصره ۱): در مناطقی که جمعیت زیر ۴۰ هزار نفر است باید حداقل یک مجتمع برای جمعیت فوق در نظر گرفته شود.

ماده ۷) هر مجتمع سلامت منطقه برای ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش از بخش‌های زیر تشکیل شده است:

۱. مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی

۲. پایگاه/پایگاههای سلامت شهری (ضمیمه/ غیر ضمیمه)

۳. مطب‌ها/دفاتر کار، کلینیک ویژه/ مراکز درمانگاه، داروخانه، مراکز تصویربرداری، مراکز آزمایشگاهی، مراکز توانبخشی

(دولتی/عمومی/خصوصی/خیریه/تعاونی) همکار

ماده ۸): مجتمع های سلامت منطقه با استانداردهایی که در این دستورعمل خواهد آمد توسط بخش دولتی، عمومی یا

خیریه/تعاونی/خصوصی ایجاد و اداره خواهند شد.

تبصره ۱) در صورت وجود مناطق شهرداری، منطقه جغرافیایی تحت پوشش هر مجتمع سلامت منطقه بهتر است منطبق بر بخشی یا تمام یک منطقه شهرداری باشد. استفاده از طرح گسترش و شناسه‌هایی مانند کدیستی می‌تواند به بلوک بندی منطقه کمک کند.

تبصره ۲) شبکه بهداشت و درمان شهرستان بایستی با مشارکت بخش دولتی/عمومی/خیریه، تعاونی، خصوصی نسبت به اعمال تغییرات جدید و راه اندازی مجتمع/مجتمع های سلامت منطقه اقدام نماید. بدیهی است در صورت وجود متقاضی از بخش عمومی و خصوصی ایجاد واحدهای دولتی جدید ممنوع است.

ماده ۹) مجتمع سلامت منطقه موظف است، تمامی خدمات تعریف شده در این دستورعمل را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه

نماید. بسته خدمات مورد نیاز جمعیت تحت پوشش الزاما از ارائه کنندگان موجود حتی در صورت عدم تمرکز در یک ساختمان، قابل

تامین می‌باشد.

تبصره ۱) برخی خدمات در صورت لزوم با هماهنگی و اخذ مجوز از شبکه های بهداشت و درمان، خارج از مجتمع قابل خرید خواهد بود.

ماده ۱۰) ساعات کاری روزانه مجتمع سلامت منطقه (مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای تابع آن) آن می بایست حداقل ۸ ساعت در دو شیفت صبح و عصر باشد.

تبصره ۱) تعیین ساعات شروع و پایان کار روزانه مجتمع سلامت منطقه و نحوه پیوستگی آن (مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت تابعه) به پیشنهاد ستاد اجرایی شهرستان و تصویب ستاد اجرایی استان/ دانشگاه است.

تبصره ۲) ساعات کاری مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت آن می بایست از طریق تارنما یا نصب بر روی دیوار این واحدها، به جمعیت تحت پوشش اطلاع رسانی شود.

ماده ۱۱) مجتمع سلامت منطقه موظف است در منطقه جغرافیایی تحت پوشش خود با توجه به استاندارد در نظر گرفته شده در طرح گسترش شبکه شهرستان، به همکاری با مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت موجود یا راه اندازی مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت مورد نیاز با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی در نظر گرفته شده در دستور عمل اجرایی استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع اقدام نمایند. این مرکز همان مرکز خدمات جامع سلامت ارتقاء یافته است.

ماده ۱۲) تکالیف مجتمع سلامت منطقه عبارت است از:

۱. راه اندازی یا همکاری با مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت ضمیمه و غیر ضمیمه ذیل آن و سایر مراکز ارائه خدمات سلامت موجود در منطقه برای ارائه خدمات در نظر گرفته شده در بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت
۲. تامین و یا تایید فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت و یا سایر واحدهای خدمات سلامت همکار تحت پوشش براساس استانداردهای ابلاغی در مورد مجتمع های سلامت منطقه خصوصی و عمومی
۳. تامین پزشک و مراقب سلامت جانشین و جایگزین
۴. تعیین تکلیف خدمات پاراکلینیک جمعیت تحت پوشش از طریق واحدهای پاراکلینیک موجود دولتی یا خرید خدمت از بخش عمومی یا خیریه/تعاونی/خصوصی با در نظر گرفتن دسترسی مردم. در مورد خدمات آزمایشگاهی برقراری امکان نمونه گیری در محل پایگاههای سلامت مجاز می باشد
۵. تعیین تکلیف خدمات دارویی جمعیت تحت پوشش از طریق داروخانه های دولتی یا خرید خدمت از بخش عمومی یا خیریه/تعاونی/خصوصی با در نظر گرفتن دسترسی مردم

۶. تعیین تکلیف خدمات توانبخشی جمعیت تحت پوشش از طریق داروخانه های دولتی یا خرید خدمت از بخش عمومی یا خیریه/ناعاونی/خصوصی با در نظر گرفتن دسترسی مردم

۷. تعیین تکلیف خدمات تخصصی و انعقاد قرارداد با متخصصین بر اساس ضوابط در نظر گرفته شده

۸. تعیین تکلیف ارائه خدمت در روزهای تعطیل و ساعات غیر موظفی از طریق در نظر گرفتن یک واحد ارائه خدمات شبانه روزی بازای هر ۳۰ تا ۵۰ هزارنفر (برابر نظر ستاد اجرایی شهرستان) و تا حد امکان استفاده از پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت یا پایگاههای سلامت تحت پوشش مجتمع برای پوشش شیفتهای این واحد

۹. تشکیل هیات امنای منطقه

۱۰. جلب همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم برای اجرای استراتژی های هر خانه یک پایگاه سلامت و شهر سالم و برنامه های آتی ابلاغی مرکز مدیریت شبکه

۱۱. همکاری با شبکه بهداشت و درمان شهرستان و سازمانهای بیمه گر پایه

۱۲. معرفی کلیه کارکنان خود برای طی کردن دوره آموزشی و دریافت گواهینامه صلاحیت حرفه ای مورد تایید به مرکز بهداشت شهرستان پیش از شروع کار.

با توجه به ضرورت گذراندن دوره های آموزشی اعلام شده از طرف مرکز بهداشت شهرستان، تغییر نیروهای آموزش دیده تنها با ارایه دلایل توجیهی و پس از تائید مرکز بهداشت شهرستان امکان پذیر است.

ماده ۱۳) مرکز خدمات جامع سلامت: باتوجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت، بازای هر ۳ تا ۸ پایگاه سلامت برای جمعیت ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر یک مرکز خدمات جامع سلامت در نظر گرفته می شود. برای شهرهای با جمعیت کمتر از ۴۰ هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است.

ماده ۱۴) وظایف مرکز خدمات جامع سلامت عبارت است از:

۱. مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه های سلامت)

✓ تشکیل هیئت امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها

✓ ساماندهی و جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاههای تحت پوشش و تحلیل آنها (در سامانه پرونده

الکترونیک سلامت)

✓ تدوین برنامه عملیاتی مرکز برای دستیابی به اهداف و کمک به برنامه ریزی عملیاتی پایگاه های سلامت

- ✓ پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه‌های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رییس مرکز، کارشناسان مراقب ناظر، کارشناسان بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، دندانپزشک و سایر کارکنان فنی شاغل در مرکز
- ✓
- ✓ ارائه بازخورد به پایگاه‌های سلامت
- ✓ جلب مشارکت خیرین
- ✓ اجرای برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت
- ✓ اجرای برنامه شهر سالم
- ✓ راه اندازی هیات امنای مجتمع سلامت منطقه
- ✓ برنامه ریزی برای جذب و آموزش سفیران و داوطلبین سلامت
- ✓ همکاری در طرح‌های تحقیقاتی ملی، استانی و منطقه ای
- ✓ مدیریت پرونده سلامت الکترونیک جمعیت تحت پوشش و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- ✓ آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

۲. خدمات ارجاعی و فنی برای کل جمعیت تحت پوشش (۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر):

- ✓ شناسایی مشکلات سلامت روان منطقه تحت پوشش و ارائه خدمات و مشاوره های سلامت روان مبتنی بر جامعه
- ✓ خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای و به روز رسانی آمار منطقه تحت پوشش را از نظر جمعیت، اماکن و کارگاه ها و ... به صورت مستمر مورد باز بینی قرار داده و نتایج آن را در سامانه ثبت کنند.
- ✓ شناسایی مشکلات تغذیه ای جمعیت تحت پوشش و آموزش اصول و الگوهای صحیح تغذیه ای به جمعیت های هدف
- ✓ خدمات و مراقبت های دندانپزشکی
- ✓ همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماری‌های تحت مراقبت، اپیدمی‌ها و حوادث غیرمترقبه و بلایا
- ✓ خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان توسط پزشک پایگاه سلامت ضمیمه انجام می‌شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه‌های وابسته به پزشک یا پزشکان پایگاه سلامت ضمیمه ارجاع داده می‌شوند)
- ✓ همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر و سایر گروه های علوم پزشکی.

۳. برقرار ارتباط و هماهنگی مرکز با سطح ۲ خدمات سلامت (سرپایی و بستری)

✓ امکان سنجی ارائه خدمات سطح دو

✓ تعامل با متولیان خدمات سطح دو

✓ انعقاد قرارداد با خدمات مورد نیاز سطح دو

✓ مشارکت در مدیریت (برنامه ریزی، نظارت و ...) خدمات سطح دو

ماده (۱۵) واحدهای موجود در مرکز خدمات جامع سلامت عبارتند از:

الف) مدیریت اجرایی: هر مرکز خدمات جامع سلامت دارای یک مدیر اجرایی خواهد بود که این فرد بایستی از بین دانش آموختگان رشته‌های دکترای تخصصی بالینی پزشک خانواده، دکترای پزشک عمومی، دکترای تخصصی بالینی پزشکی اجتماعی، دکترای تخصصی یا کارشناس ارشد و MPH یکی از رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاستگذاری سلامت و اقتصاد سلامت، مامایی و پرستاری دارای گواهینامه صلاحیت حرفه‌ای^{۱۶} انتخاب شود.

تبصره: مدیر اجرایی مرکز خدمات جامع سلامت می‌تواند به عنوان مدیر عامل مجتمع سلامت منطقه به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه گر و پزشکان خانواده همکار اقدام نماید.

تبصره ۱) مدیر اجرایی مرکز نمی‌تواند همزمان به کار بهداشتی و درمانی اشتغال داشته باشد. نوع قرارداد وی تمام وقتی بوده و می‌بایست در طول روز حداقل ۸ ساعت در منطقه تحت پوشش مرکز حضور داشته باشد.

تبصره ۲) در مراکز خدمات جامع سلامت که به صورت دولتی اداره می‌شود مدیر اجرایی مرکز با تایید مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می‌گردد.

تبصره ۳) وظایف مدیر اجرایی مرکز عبارت است از:

۱. نیازسنجی سلامت منطقه و حل مشکلات سلامت منطقه با مشارکت مردم و بخش‌های مرتبط با سلامت از طریق تشکیل هیات امنای مجتمع سلامت منطقه
۲. تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه‌های جاری مرکز
۳. پایش، نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
۴. تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
۵. پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات و لوازم مورد نیاز مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش

۶. هماهنگی با پزشکان خانواده /پزشکان پایگاههای سلامت برای برگزاری جلسات ادواری
 ۷. انجام هماهنگی های بین بخشی از جمله هماهنگی با سازمانهای بیمه گر در موارد مورد نیاز
 ۸. نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای کارکنان و جمعیت هدف
 ۹. فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاههای سلامت تحت پوشش
 ۱۰. تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
 ۱۱. تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی از طریق پیمانکار در صورت برونسپاری
 ۱۲. پیگیری تعمیر و بازسازی فضای فیزیکی مرکز در صورت نیاز
 ۱۳. تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
 ۱۴. مدیریت کلیه پرداختها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ...) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیتها و اعمال موازین انضباطی، و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
 ۱۵. مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (برای مراکز دولتی)
 ۱۶. مدیریت بودجه و اعتبارات براساس برنامه عملیاتی (در مراکز دولتی زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان انجام خواهد شد)، ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها (ارسال اسناد به مرکز بهداشت شهرستان برای مراکز دولتی)
 ۱۷. جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز برای ارائه خدمات مرکز.
 ۱۸. نظارت بر آمار ثبتی خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط کارکنان مرکز و پایگاههای تحت پوشش با هماهنگی مسوول پایگاهها
 ۱۹. تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال بازخورد
 ۲۰. اطمینان از کیفیت فرایند های خدمت و مراقبتها با مشارکت همه کارکنان و مردم
 ۲۱. پیگیری ارائه شدن مراقبتهایی که نیاز به خدمات مستمر دارد.
 ۲۲. جلب مشارکت بین بخشی و سازمان های مردم نهاد برای ارتقای سلامت منطقه
 ۲۳. جلب مشارکت مردم از طریق اجرای برنامه های هر خانه یک پایگاه سلامت و شهر سالم
- تبصره ۴) کارشناسان ناظر در مرکز خدمات جامع سلامت با رهبری مدیر اجرایی مرکز وظیفه پایش، نظارت و ارزشیابی، آموزش و توانمند سازی کارکنان، ارتباط فنی با مرکز بهداشت شهرستان، همکاری در آموزش داوطلبین و سفیران سلامت، مشارکت در ارزیابی

و محاسبه شاخص های سلامت و ارائه گزارش به پایگاه ها و مرکز بهداشت شهرستان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات را به عهده دارند.

ب) واحد سلامت دهان و دندان: واحدی که می تواند در محل مرکز خدمات جامع سلامت یا در محدوده جغرافیایی تحت پوشش مرکز، ارائه خدمت نماید. این واحد مسوول ارتقای سلامت دهان و دندان براساس بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می باشد.

تبصره ۵) در مراکز خدمات جامع سلامت دولتی، خدمات مذکور با اولویت دندانپزشکان دولتی یا دندانپزشکان خانواده مستقر در مرکز، ارایه خواهند شد.

ج) واحد مشاوره تغذیه: واحدی در مرکز خدمات جامع سلامت است که وظیفه شناسایی مشکلات تغذیه ای جمعیت تحت پوشش و آموزش اصول و الگوهای صحیح تغذیه ای به جمعیت های هدف و مشاوره رژیم شناسی برای بیماران ارجاعی از پایگاه های سلامت و ارسال بازخورد را برعهده دارد.

د) واحد مشاوره سلامت روان: واحدی در مرکز خدمات جامع سلامت است که وظیفه شناسایی مشکلات سلامت روان و اجتماعی جمعیت تحت پوشش و آموزش مهارت های زندگی، فرزند پروری و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و همچنین مشاوره برای بیماران ارجاعی از پایگاه های سلامت و ارسال بازخورد را برعهده دارد.

تبصره ۶) کارشناس تغذیه و رژیم شناسی و سلامت روان شاغل در مرکز تمام وقت بوده و اجازه تاسیس دفتر کار مشاوره تغذیه و روانشناسی در محدوده جغرافیایی مرکز خدمات جامع سلامت را ندارند.

ه) واحد بهداشت محیط و حرفه ای: واحدی در مرکز خدمات جامع سلامت است که وظیفه نظارت بر اماکن عمومی، اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی، صدور کارت صلاحیت بهداشتی و خدمات مرتبط با بهداشت محیط، نظارت بر انجام معاینات ادواری کارگران، نظارت بر کارگاه های زیر ۲۰ نفر کارگر، کنترل عوامل زیان آور و خدمات مرتبط با بهداشت حرفه ای را بر عهده دارد.

تبصره ۷) در صورت وجود دفاتر خدمات سلامت در منطقه از تعداد نیروی استاندارد بهداشت محیط و حرفه ای کاسته می شود و مرکز می تواند از آنها خرید خدمت نماید.

و) واحد تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش: واحدی در مرکز خدمات جامع سلامت با مسوولیت تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش است. فرد شاغل در این واحد می تواند دارای مدرک کارشناسی فناوری اطلاعات سلامت، آمار و مدارک پزشکی، نرم افزار و یا آمارحیاتی باشد که علاوه بر وظیفه پذیرش مراجعین، همکاری با مدیر اجرایی مرکز در جمع آوری آمار و اطلاعات مورد نیاز را

هم انجام می‌دهد. در صورت نبود این فرد، می‌توان از کاردان‌های علوم کامپیوتر بهره جست. وظایف این بخش به شرح زیر می‌باشد:

- ✓ هماهنگی لازم با پزشکان خانواده در خصوص تنظیم نوبت پذیرش برای خدمات قابل ارائه در مرکز خدمات جامع سلامت شامل خدمات دندانپزشکی، مشاوره تغذیه و مشاوره سلامت روان
 - ✓ مشخص نمودن نوع بیمه و اقدامات مربوط به پرداخت هزینه درمان
 - ✓ اجرای بخشنامه‌های سازمانهای بیمه گر در مورد تعرفه‌های ابلاغ شده با هماهنگی مدیر مرکز
 - ✓ تطبیق موجودی نقدی صندوق با آیتم صندوق روزانه در پایان هر روز کاری
 - ✓ بررسی دقیق تاریخ اعتبار دفترچه بیمه جمعیت پایگاههای سلامت تحت پوشش مرکز و راهنمایی بیماران در صورت نداشتن تاریخ اعتبار دفترچه
 - ✓ جمع آوری به موقع نسخ طبق خواسته سازمانهای بیمه گر و ارسال به ستاد شهرستان
 - ✓ واریز مبالغ نقدی به حساب بانکی
 - ✓ راهنمایی و هدایت بیماران پس از تشکیل پرونده به واحدهای گوناگون در صورت نیاز
 - ✓ تهیه و ارائه گزارش انجام فعالیت‌ها به سرپرست مربوطه واحدهای مرکز خدمات جامع سلامت
- تبصره ۸) در صورتی که کلینیک تخصصی در محل مرکز دایر شده باشد پذیرش بیماران سرپایی طبق برنامه کلینیک تخصصی بر عهده این واحد خواهد بود.

ماده ۱۶) استاندارد نیروی انسانی شاغل مورد انتظار در مرکز خدمات جامع سلامت به شرح جدول زیر است:

عنوان	شرایط احراز	استاندارد
مدیر اجرایی مرکز (مدیر عامل مجتمع سلامت)	متخصص پزشکی اجتماعی، متخصص پزشک خانواده، پزشک عمومی، دانش آموخته دکترا یا کارشناس ارشد یکی از رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاستگذاری سلامت و اقتصاد سلامت، مامایی و پرستاری	یک نفر بازای هر مجتمع سلامت منطقه

دستورعمل اجرایی استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (غیرقابل استناد)

عنوان	شرایط احراز	استاندارد
کارشناس بهداشت محیط	دارای گواهینامه/ دانشنامه مرتبط	یک نفر بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ واحد امکان فعال (با در نظر گرفتن وجود یا نبود دفاتر خدمات سلامت در منطقه)
کارشناس بهداشت حرفه ای	دارای گواهینامه/ دانشنامه مرتبط	یک نفر بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ واحد کارگاهی
دندانپزشک	دارای گواهینامه/ دانشنامه مرتبط	یک نفر بازای هر ۳۰ هزار نفر
مراقب سلامت دهان	دارای گواهینامه پرستاری دندانپزشکی، کاردان سلامت دهان، یا دیپلمه آموزش دیده در دوره های مورد تایید مرکز بهداشت استان	یک نفر بازای هر دندانپزشک
کارشناس تغذیه	دارای کارشناسی/کارشناسی ارشد تغذیه (در مورد کارشناسان ارشد حتما باید مدرک یکی از مقاطع رشته تغذیه باشد)	یک نفر بازای هر ۴۰ هزار نفر
کارشناس سلامت روان	دارای کارشناسی/کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (در مورد کارشناسان ارشد حتما باید مدرک یکی از مقاطع رشته روانشناسی بالینی باشد)	یک نفر بازای هر ۴۰ هزار نفر
کارشناس ناظر (ترجیحاً یک نفر مرد)	دارای گواهینامه/ دانشنامه تخصصی مامایی/بهداشت عمومی/مبارزه با بیماری ها/آموزش و ارتقای سلامت	دو تا سه نفر (هر سه پایگاه یک نفر)

ماده (۱۷) در کنار هر مرکز خدمات جامع سلامت باید یک پایگاه سلامت ضمیمه وجود داشته باشد.

ماده (۱۸) مجتمع های سلامت منطقه که در منطقه تحت پوشش آنها کلینیک یا مطب های تخصصی وجود ندارند، می توانند یک درمانگاه تخصصی مشتمل بر ۴ تخصص داخلی، کودکان، زنان، روانپزشکی در محل مرکز خدمات جامع سلامت راه اندازی نمایند. این

واحد، خدمات تشخیصی-درمانی تخصصی سرپایی را در اختیار ارجاع شدگان از پایگاه‌های سلامت قرار می‌دهد و پزشک ارجاع دهنده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. در وظایف متخصصین طرف قرارداد، قبول مسوولیت و درمان بیماران ارجاعی، ارایه بازخورد، مراقبت از بیماری‌های حاد و مزمن پیچیده و آموزش، پیش بینی شده است. مجتمع سلامت منطقه می‌تواند از بیمارستان، کلینیک‌های تخصصی و مطب‌های متخصصین داخلی، زنان، کودکان و روانپزشکی دولتی، عمومی و خیریه، تعاونی و خصوصی موجود در منطقه تحت پوشش یا سایر مناطق با اولویت کلینیک‌های دولتی دانشگاهی و بر حسب نیاز و با توجه به توافقنامه منعقد شده مابین مجتمع سلامت منطقه و متخصصین بالینی استفاده کنند.

ماده ۱۹) برای مجتمع سلامت منطقه که مجوز راه اندازی درمانگاه تخصصی در محل مرکز خدمات جامع سلامت را اخذ کرده باشند باید روز و ساعت کار روزانه برای متخصصین در مرکز خدمات جامع سلامت تعیین و اعلام شود.

ماده ۲۰) در مجتمع سلامت منطقه ارجاع به سایر تخصص‌های پزشکی در قالب تفاهم نامه امکان پذیر خواهد بود. اولویت عقد تفاهمنامه با متخصصینی است که با سامانه پرونده الکترونیک سلامت همکاری نمایند.

تبصره ۱) در صورتیکه تخصص مدنظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه کننده با راهنمایی پزشک خانواده و براساس نقشه ارجاع و مسیر حرکتی تسهیل شده (بعنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت تر صورت می‌گیرد) مستقیماً می‌تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

تبصره ۲) نشانی و ساعات کاری واحدهای تخصصی طرف قرارداد مراکز خدمات جامع سلامت باید از طریق تارنما و نصب بر روی دیوار مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش به جمعیت تحت پوشش اطلاع رسانی شود. دریافت نوبت توسط مراقب سلامت مربوطه (یا پذیرش) بصورت تلفنی و یا سامانه پس از استقرار ارجاع الکترونیک انجام می‌شود. علاوه بر این مجتمع سلامت منطقه ملزم است برنامه ساعت همکاری متخصصین و درمانگاه‌های تخصصی طرف قرارداد و تغییرات آن را ماهانه به پایگاه‌های سلامت و شبکه بهداشت و درمان شهرستان اعلام کند.

تبصره ۳) ترجیحا واحدهای مختلف در مرکز خدمات جامع سلامت باید در یک محل (فضای فیزیکی) تشکیل شوند.

ماده ۲۱) تمام ارایه دهندگان خدمت اعم از پزشکان خانواده، متخصصین و مراقبین سلامت باید تمام مراقبت‌ها و خدمات پزشکی شامل دارو، پاراکلینیک، مشاوره و سایر خدمات را فقط در پرونده سلامت موجود در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ثبت نمایند.

ماده ۲۲) پایگاه سلامت (پایگاه پزشک خانواده): پایگاه‌های سلامت شهری، محیطی‌ترین واحد ارایه خدمات تابع مجتمع سلامت منطقه هستند که بصورت فعال بسته‌ی خدمات اولیه بهداشتی درمانی مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت را ارائه

می دهند، شامل: واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک، باروری سالم، آموزش سلامت، بیماریابی، پیشگیری، خدمات درمانی سرپایی عمومی، مشاوره و سایر خدماتی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شود.

فعالیت‌های پایگاه سلامت با شناسایی و به‌روز رسانی جمعیت خانوارهای تحت پوشش، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام مراقبت دوره‌ای شروع می‌شود.

تبصره ۱) جمعیت تحت پوشش هر پایگاه سلامت شهری حدود ۱۲۰۰۰ (۴۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰) بوده و در آن چند تیم سلامت (پزشک خانواده + مراقب سلامت) با بلوک بندی مشخص جغرافیایی به ارایه خدمت می‌پردازند. جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده حدود ۴۰۰۰ نفر خواهد بود که بین دو مراقب سلامت همکار او تقسیم خواهد شد. به تدریج با پیشرفت برنامه به برای هر ۱۰ هزار نفر ۳ پزشک خانواده تخصیص داده شده و متوسط جمعیت تحت پوشش هر پزشک به حدود ۳۰۰۰ نفر کاهش پیدا خواهد کرد.

تبصره ۲) مجتمع سلامت منطقه بایستی در هنگام عقد قرارداد با پزشک خانواده و مراقب سلامت، نسبت به تعیین منطقه و جمعیت تحت پوشش تیم سلامت اقدام نماید.

تبصره ۳) داشتن پرونده فعال یعنی پرونده‌ای که بیش از سه ماه از آخرین نوبت مراقبت مورد نیاز براساس بسته خدمت نگذشته باشد. **ماده ۲۳)** هر یک از افراد تحت پوشش یکی از بیمه‌های پایه سلامت حق دارند پزشک خانواده خود را از بین یکی از پزشکان خانواده طرف قرارداد مجتمع سلامت منطقه نزدیک محل سکونت یا کار خود انتخاب و نزد وی ثبت نام کنند.

تبصره ۱) افراد می‌توانند تا دوبار در سال پزشک خانواده خود را تغییر دهند. فاصله دوبار تغییر پیاپی نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش می‌باشد.

تبصره ۲) کلیه پزشکان خانواده طرف قرارداد مجتمع سلامت منطقه، ترجیحاً موظف به ارائه خدمت در محل پایگاه‌های سلامت هستند.

تبصره ۳) مطب پزشکان در بخش خصوصی در صورت دارا بودن استانداردهای لازم پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده (فضا، نیروی انسانی، محتوای خدمت، تجهیزات و لوازم، ساعات کار و ...)، واجد شرایط ارائه خدمت خواهند بود. در این حالت بازاری هر پزشک می‌بایست دو نفر مراقب سلامت بکارگیری شوند.

تبصره ۴) پزشکان دارای مطب می‌توانند با استفاده از استراتژی تجمع در یک واحد ساختمانی، علاوه بر تسهیل در روند ارائه خدمات از طریق کاهش هزینه‌های جانبی و پوشش شیفتهایی که به دلایل موجه ناگزیر از عدم حضور در محل ارائه خدمت هستند، از مزایای افزایش سرانه پرداختی به میزان ۱۰ درصد نیز بهره‌مند شوند.

تبصره ۵) در صورت ارجاع بیمار توسط تیم سلامت به مرکز خدمات جامع سلامت و یا متخصصین طرف قرارداد، وظیفه تنظیم وقت ویزیت برای بیمار، با مراقب سلامت پایگاه سلامت مربوطه (یا پذیرش پایگاه) خواهد بود. با برقراری ارجاع الکترونیک نوبت گیری الکترونیک صورت می گیرد.

تبصره ۶) مسوول پایگاه سلامت یکی از پزشکان خانواده شاغل در پایگاه خواهد بود که این فرد با رعایت سابقه کار و توانمندی های فردی، توسط مدیرعامل مجتمع سلامت منطقه انتخاب می شود. مسوول پایگاه سلامت در واقع مسوول سلامت جمعیت منطقه تحت پوشش پایگاه خواهد بود و بابت انجام مسوولیت سلامت منطقه ۱۰ درصد سرانه بازای جمعیت تحت پوشش پایگاه دریافت خواهد کرد.

ماده ۲۴) مشخصات نیروی انسانی شاغل در پایگاه سلامت به شرح جدول زیر است:

عنوان	شرایط احراز	استاندارد
پزشک خانواده ^{۱۷}	دارای گواهینامه / دانشنامه پزشک عمومی یا تخصصی معتبر و مجوز فعالیت حرفه ای در کشور / یا تخصص پزشک خانواده (حذف شده)	بازای هر ۳۰۰۰ الی ۴۰۰۰ نفر ۱ نفر ^{۱۸}
مراقب سلامت/ماما مراقب	کاردان / کارشناس بهداشت خانواده، بهداشت عمومی، مامایی، پرستاری و مبارزه با بیماریها دوره دیده دارای صلاحیت حرفه ای در این برنامه	بازای هر ۱۵۰۰ الی ۲۰۰۰ نفر ۱ نفر (به ازای هر پزشک ۲ نفر) ^{۱۹}

^{۱۷} پزشکی است که حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز فعالیت حرفه پزشکی در ایران را داشته باشد. پزشکان عمومی، پزشکان متخصصان پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، داخلی، عفونی و کودکان با گذراندن موفق دوره کوتاه مدت بازآموزی تطبیقی که با نظر معاونت بهداشت طراحی و اجرا می شد می توانند در جایگاه پزشک خانواده خدمت کنند.

^{۱۸} این عدد بر اساس کارسنجی های انجام شده در سطح دانشگاههای علوم پزشکی تبریز، کردستان و البرز حدود ۳۰۰۰ نفر می باشد که در حال حاضر و با توجه به شرایط موجود عدد ۴۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده است

^{۱۹} این عدد بر اساس کارسنجی های انجام شده در سطح دانشگاههای علوم پزشکی تبریز، کردستان و البرز حدود ۱۵۰۰ نفر می باشد که در حال حاضر و با توجه به شرایط موجود عدد ۲۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده است

عنوان	شرایط احراز	استاندارد
واکسیناتور	دارای دانشنامه بهیاری، کاردان / کارشناس پرستاری	بازای هر پایگاه ۱ نفر
پذیرش	دیپلم/کاردان دوره دیده دارای صلاحیت حرفه ای در این برنامه	بازای هر پایگاه ۱ نفر

تبصره ۱) به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) مشاور سلامت روان و مشاور تغذیه می توانند یک یا دو روز در هفته در محل پایگاه سلامت مستقر باشد.

ماده ۲۵) پزشکان خانواده شاغل در پایگاه‌های سلامت باید بصورت دو شیفته در پایگاه‌های سلامت /مطب های تجمیع یافته استاندارد فعالیت کنند. با این وجود در موارد زیر به شرط کم شدن جمعیت تحت پوشش و مدیریت شیفت مقابل توسط سایر پزشکان طرف قرارداد، مجتمع سلامت منطقه می تواند با پزشکان تک شیفت هم عقد قرارداد نماید.

۱. شاغل بودن پزشک در شیفت صبح در سازمان های دولتی

۲. دارا بودن مشکل جسمی و نداشتن توان فعالیت در دو شیفت کاری

۳. نداشتن تمایل فردی به کار در دو شیفت به شرط عدم کمبود پزشک متقاضی قرارداد

تبصره ۱) به دلیل ضرورت پوشش داده شدن شیفت مقابل پزشکان تک شیفت، محل کار ایشان حتما باید در پایگاه‌های سلامت یا مطب های تجمیعی باشد.

ماده ۲۶) پزشکان خانواده طرف قرارداد با مجتمع سلامت منطقه مجاز نیستند که در سایر واحدهای دولتی یا غیردولتی به کار طبابت و سایر درمان‌ها (زیبایی، حجامت، لیزر، MMT، معاینه چشم، رژیم درمانی، ...) اشتغال داشته باشند.

تبصره ۱) اشتغال پزشک خانواده تک شیفت در اورژانس بیمارستان ها با شروط تعیین شده در نامه بلامانع است.

ماده ۲۷) پزشکان خانواده شاغل در پایگاه‌های سلامت نمی‌توانند در ساعت مقرر فعالیت پایگاه سلامت (روزانه ۸ ساعت با شروع و خاتمه تعیین شده توسط ستاد اجرایی استان یا شهرستان) به ارائه خدماتی بجز خدمات در نظر گرفته شده در بسته خدمت، اقدام نمایند.

تبصره ۱) انجام خدمات بجز بسته خدمت ابلاغی در خارج از ساعت موظف منوط به کسب مجوز از ستاد اجرایی کشوری می باشد. لیست این دسته از خدمات مجاز قابل ارائه منطبق بر دستور عمل های معاونت درمان خواهد بود.

ماده ۲۸) اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (NCD) و واگیردار هدف در جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت/پزشک خانواده، قبول ارجاعات از مراقبین سلامت و نظارت بر آنها می‌باشد. درکل باید تمام خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند. درضمن، پزشکان خانواده، وظیفه نظارت فنی بر کارکنان پایگاه سلامت را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت (بر اساس ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر کیفیت/عملکرد).

ماده ۲۹) حداقل ۳۰ درصد کارشناسان مراقب سلامت در هر پایگاه سلامت بایستی ماما مراقب و حداقل دارای مدرک کارشناسی مامایی باشند.

ماده ۳۰) در صورتیکه هیچ یک از مراقبین سلامت بکارگیری شده دانش آموخته رشته بهیاری/پرستاری نباشد، یکی از مراقبین سلامت مطب / پایگاه سلامت/ پایگاههای تجمیعی به شرط طی کردن دوره آموزشی مدون و اخذ گواهینامه و مجوز قانونی، مجاز به ارائه خدمات تزییقات در محدوده مجوز ارائه شده خواهند بود.

ماده ۳۱) چنانچه جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت/ماما مراقبین براساس بسته خدمت، بموقع به پایگاه مراجعه نکند، مراقبین سلامت/مامامراقبین موظف به اطلاع رسانی به وی و پیگیری، بترتیب از طریق تلفن، رابط سلامت محله، سفیر سلامت و یا مراجعه به درب منزل هستند.

ماده ۳۲) تیم‌های سلامت شاغل در پایگاه سلامت بایستی تا حداکثر ظرف دو سال، اولین مراقبت جمعیت تحت پوشش خود را به پایان برسانند. براین اساس حداقل در هر شش ماه، ویزیت پایه یک چهارم جمعیت بایستی به پایان رسیده باشد. بدیهی است بر اساس تاریخ های پیگیری ثبت شده در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت(سیب، سینا، ناب و ...)، باید نسبت به ارزیابی جامع چگونگی دریافت خدمت توسط جمعیت تحت پوشش، تکمیل و اصلاح مشخصات خانوارها و افراد، شناسایی افرادی که اصلا خدمت دریافت نکرده اند و ... نیز اقدام کنند.

تبصره ۱) پس از انجام ویزیت پایه، اعضای تیم های سلامت موظفند نسبت به انجام مراقبت ادواری گروه‌های سنی جمعیت تحت پوشش خود بر اساس برنامه زمانبندی در نظر گرفته شده در بسته خدمات مصوب و ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت اقدام کنند.

ماده ۳۳) اطلاعات مربوط به مراقبت‌های ادواری بایستی، در پرونده الکترونیک فرد ثبت شده و کلیه اعضای تیم های سلامت با توجه به اطلاعات موجود، نسبت به برنامه‌ریزی لازم برای انجام معاینات ادواری بعدی جمعیت، اقدام نمایند.

ماده ۳۴) هر تیم سلامت، مسوول معاینه و تکمیل کلیه فرم های مرتبط با گواهی سلامت جمعیت تحت پوشش خود است.

تبصره ۱) صدور گواهی‌های سلامت غیر تخصصی که نیاز به گذراندن دوره خاص آموزشی ندارد و متولی قانونی برای آن در نظر گرفته نشده، بر عهده پزشک خانواده مربوطه است.

ماده ۳۵) **تامین پزشک و مراقب سلامت جانشین و جایگزین:** در صورت استفاده از مرخصی توسط پزشکان خانواده و مراقبین سلامت، مجتمع سلامت منطقه موظف است برای جمعیت تحت پوشش آنان امکان دسترسی به سایر پزشکان و مراقبین سلامت واجد شرایط همان پایگاه سلامت یا همان مجتمع سلامت منطقه را فراهم کنند.

تبصره ۱) استفاده از پزشک و مراقب سلامت جانشین به طور مستمر نباید بیش از ۱۵ روز در هر ۶ ماه باشد.

تبصره ۲) در صورتی که به هر علت پزشک خانواده یا مراقب سلامت بیش از ۱۵ روز در محل کار خود حضور نداشته باشد، مجتمع سلامت منطقه موظف است از یک پزشک خانواده یا مراقب سلامت واجد شرایط به طور موقت به عنوان پزشک یا مراقب جایگزین استفاده کند.

تبصره ۳) مدت استفاده از پزشک خانواده یا مراقب سلامت جایگزین نباید بیش از دو ماه در سال باشد.

ماده ۳۶) **استاندارد فضای فیزیکی بخش‌های مختلف مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه سلامت:** استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با متوسط جمعیت تحت پوشش ۱۲۰۰۰ نفر حداقل ۲۵۰ متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

✓ فضای کار مراقب سلامت (۶ نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، بین مراقبین سلامت، حداقل پاراوان قرار داده شود (۳ فضای محصور ۱۶ متر مربعی و جمعاً ۴۸ متر مربع)

✓ فضای کار واکسیناسیون و تزریقات و پانسمان و نمونه‌گیری برای آزمایشگاه (یک اتاق بین ۱۲ تا ۱۶ متر مربع)

✓ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی، کلاس‌های آمادگی برای ازدواج و زایمان و... با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (۲۰ تا ۲۴ مترمربع).

✓ اتاق ارائه خدمات مامایی (دارای تخت ژنیکولوژی و فضایی برای معاینه مادر باردار مانند شنیدن صدای قلب جنین، اندازه‌گیری ارتفاع رحم، معاینه واژینال، معاینه پستان، و مشاوره و اخذ شرح حال درمورد HIV، رفتارهای پر خطر، بیماری‌ها و ... به منظور رعایت حریم خصوصی ۱۲ تا ۱۶ مترمربع)

✓ اتاق پزشک ۱۲ مترمربع (۳ اتاق ۱۲ مترمربع و جمعاً ۳۶ متر مربع)

✓ فضا برای استقرار کارشناسان تغذیه، روان، بهداشت محیط و حرفه‌ای در مراجعه به پایگاه سلامت (حدود ۲۴ مترمربع) (با توجه به ضرورت حفظ اسرار بیماران در حوزه سلامت روان، ترجیحاً اتاق کارشناس سلامت روان مستقل باشد).

- ✓ سالن انتظار و فضا برای پذیرش (۴۰ مترمربع)
 - ✓ فضای آبدارخانه (۶ مترمربع)
 - ✓ فضای سرویس بهداشتی (۱۲ مترمربع)
 - ✓ پیش بینی رمپ برای معلولین در ساختمانهایی که در ورودی پله وجود دارد و آسانسور برای ساختمان‌های دو طبقه و بالاتر
- تبصره ۱) فضای فیزیکی مورد نیاز پایگاه سلامت/پزشک خانواده برای جمعیت‌های تحت پوشش ۴۰۰۰ نفر (۸۰ تا ۱۰۰ متر)، ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر (۱۶۰ تا ۲۰۰ متر) می باشد.**

تبصره ۲) در ساختمان‌های دو طبقه باید محل استقرار پایگاه سلامت در طبقه همکف باشد.

ماده ۳۷) استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر (متوسط ۸۰ هزار نفر) حدود ۵۵۰ تا ۶۰۰ متر مربع می باشد (در صورت ضرورت می‌تواند در ۲ ساختمان همجوار یا در دو طبقه باشد که پایگاه سلامت ضمیمه باید در طبقه اول مستقر شود). به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند ۱، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد. در صورتیکه مرکز و پایگاه در یک طبقه و در یک ساختمان قرار داشته باشند باید ورودی مرکز از پایگاه جدا گردد.

- ✓ اتاق مدیر اجرایی مرکز یا مدیرعامل مجتمع سلامت (۱۲ مترمربع)
- ✓ فضای واحد بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (۳۶ مترمربع)
- ✓ فضای واحد مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی (۱۲ مترمربع)
- ✓ فضای واحد مشاوره سلامت روان (۱۲ مترمربع)
- ✓ فضا برای کارشناسان ناظر (حدود ۲۴ مترمربع)
- ✓ فضای سالن انتظار و پذیرش (حدود ۵۰ مترمربع)
- ✓ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه حدود ۵۰ مترمربع
- ✓ فضای واحد خدمات دهان و دندان (حدود ۳۰ مترمربع) حداقل ۲۰ مترمربع بازای هر یونیت
- ✓ فضای سرویس بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع، مشترک با پایگاه سلامت ضمیمه)
- ✓ فضای واحد پرستاری (یک اتاق ۱۲ متر مربع)
- ✓ فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)

✓ فضای درمانگاه تخصصی در صورت نبود مرکز ارائه خدمات تخصصی در منطقه تحت پوشش ۲ تا ۴ اتاق برای متخصصین

(حدود ۶۴ متر مربع)

✓ فضای ارائه خدمات دارویی و آزمایشگاهی در صورت نبود داروخانه در منطقه

✓ پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دو طبقه و بالاتر

تبصره ۱) برای جمعیت های ۲۰ هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی مورد نیاز به حدود ۳۰۰ متر کاهش می یابد. مشروط به اینکه از فضاهای ضروری که مانع ارائه خدمات می گردد کاسته نشود.

تبصره ۲) چنانچه فضای فیزیکی مطابق استاندارد در منطقه تحت پوشش به هیچ وجه وجود نداشته باشد و امکان راه اندازی واحد دولتی نیز وجود نداشته باشد، ستاد اجرایی شهرستان می تواند در مورد انتخاب فضای فیزیکی محل تصمیم گیری نهایی را انجام دهد.

ماده ۳۸) نحوه ارائه خدمت به مسافری و جمعیت غیرتحت پوشش به شرح زیر می باشد:

۱. مراجعه بیمه شده مسافر دارای پزشک خانواده به خارج از شهر محل زندگی: چنانچه بیمار به مرکز ارائه خدمت طرف قرارداد سازمان های بیمه گر مراجعه کند دو حالت اورژانس و الکتیو برای وی وجود خواهد داشت. در وضعیت اورژانس بیمار با مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان، خدمات دریافت نموده و اسناد به صورت سهم سازمان، توسط دفتر اسناد پزشکی پرداخت می گردد. در موارد الکتیو بیمار به پزشک و یا مرکز تشخیصی درمانی مراجعه و خدمت خود را دریافت می نماید و فرانشیز مربوطه را پرداخت می نماید و مرکز ارائه خدمت، اسناد بیمار دارای پزشک خانواده را جداگانه با اسناد هر ماه جهت دریافت سهم سازمان به دفتر اسناد پزشکی ارسال می نماید.

تبصره ۱) سازمان بیمه گر مجاز می باشد مبالغ پرداختی را از سرانه پزشک خانواده مربوطه کسر نماید. (در صورت وجود سرانه بستری در سرانه مجتمع سلامت منطقه و در غیر اینصورت مبلغی کسر نخواهد شد)

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمار به مرکز غیر طرف قرارداد سازمانهای بیمه گر، کلیه هزینه ها به عهده بیمار می باشد و مبلغی از طرف سازمان به بیمه شده و یا مرکز پرداخت نمی گردد.

۲. مراجعه بیمه شده مسافر فاقد پزشک خانواده به شهر دارای پزشک خانواده: در این حالت، بیماران با پرداخت فرانشیز مربوطه خدمت دریافت و پزشکان و مراکز نیز با ارسال نسخ این بیماران سهم سازمان را به صورت کارانه FFS دریافت می نمایند.

ماده ۳۹) رسیدگی به شکایات خانوار از نحوه ارائه خدمات: هر یک از افراد جمعیت تحت پوشش در صورت داشتن هرگونه شکایت از عملکرد یا برخورد نامناسب اعضای تیم سلامت می توانند به مدیر عامل مجتمع سلامت منطقه و در صورت عدم رسیدگی به شکایت توسط وی، از طریق سامانه ۱۹۰ به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه نمایند.

ماده ۴۰) پوشش بیمه ای جمعیت تحت پوشش: تمامی جمعیت ثبت نام کرده در مجتمع سلامت منطقه بایستی تحت پوشش سازمان های بیمه گر در استان (بیمه سلامت، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح) باشند. کسانی که فاقد بیمه درمانی هستند بایستی توسط مسئول پذیرش مرکز خدمات جامع سلامت، برای دریافت دفترچه بیمه به نزدیکترین کارگزاری بیمه راهنمایی و معرفی (شعب بیمه همگانی سلامت و دفاتر پیشخوان دولت) شوند.

ماده ۴۱) نحوه تامین اقلام و مواد مصرفی: مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار مجتمع سلامت منطقه گذاشته می شود:

۱) فرمت فرم ها و دفاتر مورد استفاده در واحدهای ارایه دهنده خدمت

۲) سامانه الکترونیک ارایه خدمات

۳) واکسن، ملزومات مورد نیاز ایمنسازی، سلامت باروری، داروهای مراقبت برخی بیماری ها و مکمل های دارویی

۴) بسته های آموزشی برنامه خود مراقبتی و آموزش همگانی

ماده ۴۲) تعرفه های در نظر گرفته شده برای خدمات ارائه شده در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شرح زیر است:

- ❖ آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت به صورت رایگان انجام می شوند.
- ❖ خدمات سلامت دهان و دندان برای گروه های هدف (کودکان زیر ۱۴ سال و مادر باردار و شیرده) رایگان و برای سایر گروه های جمعیتی با تعرفه دولتی مصوب قابل ارائه خواهد بود.
- ❖ خدمات دندانپزشکی سطح دو تحت پوشش بیمه با تعرفه دولتی قابل انجام است.
- ❖ در منطقه تحت پوشش مجتمع سلامت تعرفه خدمات ارائه شده بصورت تعرفه واحد خواهد بود.
- ❖ به شرط حرکت در مسیر ارجاع هزینه های ویزیت متخصص ۱۰ درصد فرانشیز تعرفه مصوب دولتی خواهد بود.
- ❖ در صورت مراجعه به متخصص خارج از مسیر ارجاع می بایست تعرفه آزاد پرداخت شود. (به شرط اخذ مصوبه هیات دولت)
- ❖ فرانشیز خدمات دارویی و پاراکلینیک سطح یک ۳۰ درصد خواهد بود.
- ❖ تعیین فرانشیز خدمات دارویی سطوح دو و سه بر عهده سازمان های بیمه گر خواهد بود.
- ❖ خدمات بیماران ناشی از تصادفات، رایگان می باشد.
- ❖ خدمات اورژانس ۱۱۵ رایگان می باشد
- ❖ مسافران می توانند برای دریافت خدمات از خدمات پزشکان خانواده یا کشیک تیم سلامت محل سفر استفاده نمایند که در این حالات ۳۰٪ فرانشیز را بیمار و ۷۰٪ آن را بیمه به پزشک خانواده مذکور پرداخت می نمایند.

خرید راهبردی خدمت

سیاستگذاری و برنامه ریزی و تامین زیر ساخت و تدارک اطلاعات و دانش لازم و همچنین نظارت و ارزیابی برنامه ها، عمدتاً توسط ساختار مربوطه در ستاد وزارت یا دانشگاهها صورت می پذیرد. ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستری در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع حسب مصوبات شورای عالی بیمه و قوانین مرتبط در چهارچوب مفاد قرار دادی انجام خواهد شد که به تصویب ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع خواهد رسید.

ماده ۴۳) نحوه خرید راهبردی / برونسپاری / واگذاری خدمات : شیوه خرید راهبردی / برونسپاری / واگذاری تمامی خدمات سلامت بصورت کامل خواهد بود و می بایست مجتمع سلامت منطقه به شکل دولتی کامل یا خصوصی کامل اداره شود و هر گونه تغییر در شیوه خرید راهبردی / برونسپاری / واگذاری با مجوز ستاد اجرایی کشوری امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۴۴) در مجتمع سلامت منطقه دولتی کسری نیروی انسانی از طریق عقد قرارداد با نیروی انسانی (خرید خدمت) توسط شرکتها امکان پذیر خواهد بود

ماده ۴۵) خرید راهبردی / برونسپاری / واگذاری خدمات به بخش خیریه، تعاونی، خصوصی به دو صورت ممکن خواهد بود:

۱. مناقصه تک مرحله ای

۲. مناقصه دو مرحله ای

تبصره ۱) مراحل انجام مناقصه تک مرحله ای شامل موارد زیر می باشد:

۱. اعلام فراخوان عمومی در سطح استان / شهرستان

۲. ابلاغ شرایط اختصاصی

۳. برگزاری مناقصه محدود/ترک تشریفات مناقصه توسط دانشگاه/دانشکده

۴. آموزش و توجیه برندگان مناقصه توسط ستاد اجرایی شهرستان

۵. موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن دوره آموزشی

۶. عقد قرارداد قرارداد ۳ تا ۵ ساله (بر اساس ماده ۴۸ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی کشور)

بدون حق توکیل به غیر توسط مرکز بهداشت شهرستان

تبصره ۲) مراحل انجام مناقصه دو مرحله ای به شرح زیر می باشد:

۱. اعلام فراخوان عمومی در سطح استان / شهرستان

۲. ابلاغ شرایط اختصاصی

۳. دریافت مدارک و مستندات متقاضیان و مذاکره با ایشان برای توجیه شرایط و ضوابط همکاری
۴. اعتبار سنجی و احراز صلاحیت فنی سازمان و انتخاب داوطلبان ارایه خدمات که معتبر شناخته شده اند
۵. برگزاری مناقصه محدود/ترک تشریفات مناقصه توسط دانشگاه/دانشکده
۶. آموزش و توجیه برندگان مناقصه توسط ستاد اجرایی شهرستان
۷. موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن دوره آموزشی
۸. عقد قرارداد قرارداد ۳ تا ۵ ساله (بر اساس ماده ۴۸ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی کشور) بدون حق توکیل به غیر توسط مرکز بهداشت شهرستان

تبصره ۳) شبکه بهداشت و درمان شهرستان می تواند براساس سیاستهای تشویقی و سازوکاری که ستاد اجرایی کشوری اعلام می

کند راه اندازی و مدیریت مجتمع سلامت منطقه را به شرکت های مادر تخصصی ارتقای سلامت^{۲۰} واگذار نماید.

ماده ۴۶) نحوه عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مجتمع سلامت منطقه منوط به تشکیل صندوق منابع مالی نظام سلامت شهرستان می باشد. شیوه نامه اجرایی تشکیل این صندوق متعاقباً توسط ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تهیه و ابلاغ خواهد شد.

تبصره ۱) در صورت عدم امکان تشکیل صندوق منابع مالی نظام سلامت شهرستان قرارداد با مجتمع سلامت منطقه بر اساس مصوبه ستاد اجرایی کشوری می باشد.

ماده ۴۷) تفویض اختیار مدیریتی به مدیرعامل مجتمع سلامت منطقه دولتی براساس ماده ۴۰ دستورعمل واگذاری خدمات سلامت موضوع نامه شماره ۱۰۵/۶۸۵/د - ۱۳۹۲/۰۲/۰۴ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

ماده ۴۸) رابطه اداری شاغلین مجتمع سلامت منطقه : تمامی کارکنانی که برای انجام موضوع قرارداد توسط مجتمع سلامت منطقه بکارگرفته می شوند، کارکنان مجتمع محسوب می گردند. مجتمع سلامت منطقه غیردولتی موظف به رعایت قوانین کار و تامین اجتماعی و انجام بیمه مسوولیت مدنی و حرفه ای شاغلین برای کارکنان خود بوده و تمامی مسوولیت های ناشی از قانون کار، بیمه شاغلین، حوادث غیرمترقبه و سایر موارد کارکنان بر عهده مجتمع طرف قرارداد است و شبکه بهداشت و درمان از هر گونه مسوولیت در این موارد، مبری می باشد.

تبصره ۱) در مجتمع های سلامت منطقه غیردولتی نظافت واحدها، تهیه لباس کار، غذا و امور رفاهی مربوطه طبق استانداردهای کشوری به عهده مجتمع است .

²⁰ Health Promotion Holdings Company

تبصره ۲) شاغلین کلیه مجتمع های سلامت منطقه موظفند در کلیه مراحل کار، کدهای پوشش (لباس کار متحدالشکل) حذف شده تعیین شده در دستورعمل اجرایی را رعایت کنند.

تبصره ۳) تمام افراد بکارگیری شده توسط مجتمع، بایستی فاقد سوء پیشینه و محکومیت از طرف مراجع انتظامی و قضایی باشند و بطور کتبی به شبکه بهداشت و درمان معرفی شوند.

تبصره ۴) اعضای سازمان نظام پزشکی که اجازه فعالیت در محدوده مجتمع سلامت منطقه را داشته باشند در صورتیکه شبکه بهداشت و درمان، فرد معرفی شده را تایید نکند، مجتمع حق بکارگیری فرد مذکور را نخواهد داشت.

تبصره ۵) مسوولیت حسن اخلاق و رفتار و رعایت شئون اداری تمامی کارکنان براساس کدهای اخلاقی و حرفه ای به عهده مجتمع سلامت منطقه بوده و در صورت تخلف یا درخواست شبکه بهداشت و درمان، مجتمع موظف است حداکثر ظرف مدت دو ماه نسبت به جایگزینی فرد خاطی اقدام نماید.

ماده ۴۹) حداقل های معیارهای بکارگیری نیروی انسانی توسط مجتمع سلامت منطقه عبارتند از:

❖ داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار بهداشتی درمانی

❖ خوش نام بودن و مورد قبول بودن از نظر سایر کارکنان مجموعه

❖ داشتن توانایی برقراری قوی ارتباطات میان فردی^{۲۱}

❖ داشتن توانایی برقراری قوی ارتباطات بین بخشی^{۲۲}

ماده ۵۰) شرایط نقض یا توقف در ارایه خدمات: مجتمع سلامت منطقه مسوول خسارات وارده و پیامدهای ناشی از هرگونه قصور، بی توجهی و نقص در ارایه بموقع و صحیح بسته خدمات سلامت مورد تعهد است و متعهد به جبران کلیه خسارات وارده از طرف وی و کارکنان تحت پوشش وی به شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد. این موضوع رافع مسوولیت پاسخگویی در برابر محاکم قانونی نیست.

تبصره ۱) مجتمع سلامت منطقه به هیچ عنوان حق توقف یا محدودیت در ارایه بسته خدمات را ندارد و در این صورت، ضمن جبران خسارات وارده، برابر شرایط فسخ با ایشان رفتار می گردد.

تبصره ۲) کمبود و خرابی دستگاه ها، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز و سایر موارد مربوط به کارکنان، رافع مسوولیت مجتمع سلامت منطقه نمی باشد.

²¹ Interpersonal communication competencies

²² Institutional communication competencies

نظام پرداخت

ماده (۵۱) روش پرداخت به مجتمع سلامت منطقه به صورت ترکیبی (MIXED) شامل سرانه (Percapita)، کارانه (FFS)،

تشویق (Bonus) و موردی (Case payment) خواهد بود.

الف) سرانه (Capitation): انواع خدمات قابل واگذاری به مجتمع سلامت منطقه بر مبنای بسته خدمات و سرانه تعریف شده، بشرح

زیر می باشد:

- ❖ ارتقای سلامت
- ❖ پیشگیری
- ❖ غربالگری
- ❖ بیماریابی و مراقبت فعال
- ❖ درمان سرپایی در سطوح یک و دو
- ❖ آموزش و مشاوره تخصصی
- ❖ خدمات دارویی
- ❖ آزمایشگاه
- ❖ تصویر برداری
- ❖ توانبخشی
- ❖ خدمات تعریف شده دندانپزشکی

تبصره ۱) مبلغ سرانه پس از انجام کار کارشناسی در کمیته خرید راهبردی، به ستاد اجرایی کشوری پیشنهاد و پس از تصویب در ستاد اجرایی کشوری، مبنای عقد قرارداد با مجتمع سلامت منطقه خواهد بود که ممکن است هر سال یا هرچند سال یکبار، تغییر کند.

تبصره ۲) با توجه به ضرورت پرداخت حقوق کارکنان، تامین فضای فیزیکی و تجهیزات مجتمع های سلامت منطقه دولتی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان، سرانه مجتمع های دولتی و خصوصی جداگانه محاسبه و ابلاغ می شود.

ب) پرداخت موردی (Case payment): در صورت انجام اقدامات خاص و خدمات ویژه در مورد جمعیت تحت پوشش (تشخیص بیماری‌های نادر، مسری، تهدید کننده حیات و ...)، پرداخت‌های موردی به مجتمع سلامت منطقه صورت می‌پذیرد. نوع و میزان پرداخت‌های موردی توسط ستاد اجرایی استان/دانشگاه پیشنهاد و در ستاد اجرایی کشوری تصویب و ابلاغ خواهد شد. فهرست خدمات پیشنهادی که شامل پرداخت موردی می‌شود در پیوست شماره ... دستورعمل آمده است.

ج) کارانه (FFS): هزینه خدماتی که مشمول سرانه نمی‌باشد، شامل خدمات بستری، توانبخشی، تسکینی و دندانپزشکی تعریف شده در نظام شبکه بهداشت و درمان، طبق مقررات جاری کشور توسط مجتمع سلامت منطقه از سازمان های بیمه گر و مراجعین دریافت خواهد شد.

تبصره ۳) خانوارهایی که قادر به پرداخت فرانشیز خدمات نمی‌باشند برای دریافت مساعدت مالی می‌بایست توسط مجتمع سلامت منطقه به سازمان‌های حمایتی معرفی شوند. در مورد خدمات اورژانسی، معرفی به سازمان‌های مذکور، پس از ارایه خدمات صورت خواهد گرفت. مجتمع سلامت منطقه می‌تواند از طریق هیات امنای نسبت به جذب خیرین برای کمک به این افراد نیز اقدام کند.

تبصره ۴) هرگونه دریافت، غیر از تعرفه‌ها و فرانشیزهای مصوب دولتی توسط واحدهای ارایه دهنده خدمات، ممنوع بوده و مشمول آیین نامه تخلفات و شکایات خواهد بود.

ماده ۵۲) مقررات مالی: اطلاعات موجود جمعیت سرشماری شده و ثبت شده در سامانه پرونده الکترونیک سلامت، مبنای محاسبه و پرداخت سه ماهه اول است و پرداخت در سه ماهه‌های بعدی براساس جمعیت ثبت شده در سامانه خواهد بود.

تبصره ۱) جمعیت تحت پوشش به جمعیتی اطلاق می‌شود که بعد از سرشماری و ثبت در سامانه، تحت پوشش یکی از تیم های سلامت قرار گرفته باشد.

تبصره ۲) تایید جمعیت تحت پوشش در سامانه بصورت سه ماهه و در پایان ماه سوم توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت خواهد گرفت.

تبصره ۳) مجتمع سلامت منطقه موظف است در پایان ۶ ماه اول ۳۰ درصد از جمعیت، پایان ۱۲ ماه ۶۰ درصد از جمعیت، پایان ۱۸ ماه ۸۰ درصد از جمعیت و پایان ۲۴ ماه ۱۰۰ (۹۰) درصد جمعیت را در سامانه ثبت کرده و برای آنها پرونده فعال تشکیل دهد.

تبصره ۴) شرایط مورد اشاره در مورد روند تشکیل پرونده الکترونیک سلامت شامل گروههای مادران باردار، کودکان زیر ۵ سال و سالمندان نمی‌باشد

تبصره ۵) ارایه خدمات واگذار شده توسط مجتمع سلامت منطقه به جمعیت تحت پوشش از لحاظ کمی و کیفی با چک لیست های پایش و ارزشیابی در مقاطع سه ماهه توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی خواهد شد و در صورت عدم ارایه خدمات موجود در بسته خدمات ابلاغی، براساس نتایج پایش از سرانه مربوطه کسر خواهد شد.

ماده ۵۳) پرداخت به مجتمع سلامت منطقه بصورت ماهانه خواهد بود بدین صورت که در ابتدای هر ماه، هفتاد درصد یک دوازدهم از مبلغ قرارداد پرداخت خواهد شد و در پایان سه ماهه پرداخت قطعی براساس نتایج ارزشیابی به مجتمع سلامت منطقه صورت می‌گیرد.

ماده ۵۴) در صورت واگذاری محل ارایه خدمات و تجهیزات و اموال دولتی توسط شبکه بهداشت و درمان به مجتمع سلامت منطقه، قرارداد اجاره نامه جداگانه براساس بند ۳ تبصره ماده ۵۵ آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه و از طریق کارشناس منتخب رییس دانشگاه میان طرفین منعقد می‌گردد.

ماده ۵۵) مجتمع سلامت منطقه غیردولتی موظف است برای تمامی کارکنان خود حکم یا فیش حقوقی سالانه مطابق ضوابط و مقررات قانون کار و تامین اجتماعی همان سال و باستناد دستورعمل اجرایی صادر کنند و به انضمام سایر مدارک تحویل شبکه های بهداشت و درمان شهرستان نمایند و مطابق حکم فوق الذکر، حقوق کارکنان را ماهانه به حساب بانکی آنها واریز و لیست‌های بانکی را تحویل شبکه بهداشت و درمان شهرستان دهند.

تبصره ۱) مجتمع سلامت منطقه غیردولتی مکلف است در پایان سال تسویه حساب کارکنان شامل پرداخت عیدی، حق سنوات و بازخرید مرخصی را براساس قانون کار انجام داده و فیش واریزی به حساب کارکنان و فرم تسویه حساب تائید شده توسط کارکنان را به شبکه بهداشت و درمان شهرستان تحویل دهد تا در پرونده کاری مجتمع سلامت منطقه نگهداری شود.

ماده ۵۶) در مجتمع سلامت منطقه دولتی پرداخت حقوق و مزایای مستمر بر عهده شبکه بهداشت و درمان و پرداخت مزایای غیرمستمر (اضافه کار، کارانه، پاداش و...) بر عهده مجتمع سلامت منطقه می‌باشد.

ماده ۵۷) در صورت عدم بکارگیری نیروی مورد نیاز براساس قرارداد، ضمن اخطار به طرف قرارداد، مبلغی معادل یک و نیم برابر هزینه محاسبه شده کارکنان مربوطه در سرانه، بازای هر نفر روز کسر می‌گردد.

ماده ۵۸) در مجتمع سلامت منطقه دولتی در صورت صرفه جویی در هزینه ها و داشتن اعتبار، پرداخت کلیه مزایای غیرمستمر کارکنان (به استثنای پاداش پایان خدمت و موارد یک نوبته) طبق قوانین و مقررات مربوطه بر عهده مجتمع می‌باشد.

تبصره ۱) حداکثر مزایای غیرمستمر دریافتی مدیرعامل مجتمع سلامت منطقه دولتی، مسوولین و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت در هر ماه معادل یک ماه حقوق و مزایای مستمر آنها پس از کسر کسور قانونی خواهد بود (با توجه به برنامه نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت).

ماده ۵۹) در مجتمع سلامت منطقه دولتی یک فقره حساب تحت سرفصل حساب‌های دولتی به عنوان حساب واحد مجری افتتاح و تمامی اعتبارات در قالب تفاهم نامه به حساب مذکور واریز می شود. عملیات دریافت، پرداخت و حسابداری مربوطه با دستور مدیر مجتمع انجام می‌گیرد. استفاده از حساب موضوع این بند با دو امضاء (مدیر عامل مجتمع سلامت و مسوول امور مالی شبکه بهداشت و درمان یا فرد مجاز از سوی هیات امنای مجتمع سلامت منطقه مجاز خواهد بود.

تبصره ۱) در مجتمع های سلامت منطقه دولتی تا پنجاه درصد درآمدهای نقدی و غیرنقدی واریز شده به حساب دستگاه اجرایی، در مقاطع سه ماهه به مجتمع مربوطه عودت داده خواهد شد.

ماده ۶۰) تمامی هزینه های جاری مجتمع سلامت منطقه (حامل‌های انرژی، تلفن، اینترنت، اجاره بها، اقلام و ملزومات مصرفی و ...) و پرداخت کلیه کسور قانونی قرارداد منعقد به عهده خود مجتمع است.

ماده ۶۱) ارایه خدمات به بیماران تصادفی با هماهنگی معاونت درمان رایگان بوده و هزینه های خدمات مورد توافق با معاونت درمان، پس از دریافت اسناد مربوطه توسط معاونت درمان دانشگاه به مجتمع سلامت منطقه پرداخت خواهد شد.

ماده ۶۲) بیمه های تکمیلی: منظور از بیمه تکمیلی، فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست. بدیهی است پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده خواهد بود. عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی و توانبخشی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع بر اساس مصوبه ماده ... قانون برنامه ششم و شرایط ذیل آن مجاز است.

(مدیر مرکز) و بابت این مسوولیت مبلغی تا ۱۰٪ حقوق به دریافتی وی اضافه

امور مالی سطح ۲ و ۳ :

در نسخه ی دریافتی از دکتر طباطبایی

نظام پایش و ارزشیابی

ماده ۶۳. پایش و نظارت بر عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت): مجتمع سلامت منطقه وظیفه پایش و نظارت بر عملکرد مرکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و کلیه واحدهای همکار ارائه دهنده خدمت به جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارند.

تبصره ۱) محور ارزشیابی در مجتمع سلامت منطقه، مردم هستند. تمامی خدمات ارائه شده توسط مجتمع سلامت بایستی به اطلاع جمعیت تحت پوشش برسد تا در مواقع نیاز و مراجعه، خدمات مورد نیاز را طلب کنند.

تبصره ۲) محتوای پایش، نظارت و ارزشیابی، شامل رضایت گیرنده خدمت، رضایت کارکنان، عملکرد زیست محیطی، کمیت و کیفیت خدمات تمام سطوح، مصرف دارو، استفاده از خدمات پاراکلینیک، رعایت راهنماهای بالینی، بار ارجاع و ... خواهد بود.

ماده ۶۴) مجتمع سلامت منطقه برابر چک لیست های پیوست این دستور عمل بشرح زیر مورد پایش، نظارت و ارزشیابی قرار می‌گیرند:

خودارزیابی: پایش عملکرد ماهانه، یکبار توسط خود ارائه دهندگان خدمات و مراقبت ها (پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت). توصیه می‌شود. به منظور آشنایی کارکنان با شاخص‌ها و روند پایش و برای ارتقای مستمر کیفیت خدمات، خودارزیابی توسط ارائه دهندگان خدمت بصورت ماهانه انجام شود تا فرآیند اجرا قبل از پایش فصلی، اصلاح گردد.

ارزشیابی داخلی: ارزشیابی خدمات ارائه شده در پایگاه‌های سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت هر سه ماه یکبار توسط مدیرعامل و مراقبین ناظر مجتمع سلامت منطقه انجام می‌شود.

ارزشیابی خارجی: ارزشیابی عملکرد مجتمع سلامت مشتمل بر مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت هر شش ماه یکبار توسط کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان و سازمانهای بیمه گر (بصورت مشترک) انجام می‌شود.

تبصره ۱) به منظور تضمین و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت و رعایت مفاد قرارداد از طرف ارائه دهندگان خدمت، لازم است استانداردهای خدمات و چک لیست‌های مربوطه براساس بسته های خدمات تعریف شده، تهیه و تدوین گردد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری مراکز/دفاتر تخصصی معاونت بهداشت و معاونت درمان نسبت به تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش خدمات براساس شرح وظیفه هر فرد، بانضمام بسته آموزشی مورد نیاز

آن برای سطوح دانشگاه و شهرستان اقدام نماید. تا زمان ابلاغ این چک لیست‌ها، دانشگاه/دانشکده باید از چک لیست‌های تهیه شده در آن دانشگاه/دانشکده برای پایش و نظارت و ارزشیابی استفاده کنند.

تبصره ۲) انجام پایش دوره‌ای از عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت هر سه ماه یکبار توسط تیم نظارتی شبکه بهداشت درمان شهرستان صورت خواهد گرفت. این پایش در پرداخت و ادامه همکاری طرف قرارداد موثر است.

ماده ۶۵) اعتباربخشی سالانه مجتمع سلامت منطقه براساس دستورعملی که مدیریت شبکه تهیه و ابلاغ می‌کند انجام خواهد شد.

ماده ۶۶) دانشگاه/دانشکده موظف است به منظور فراهم نمودن داده‌های پایه^{۳۳} شاخص‌های وضعیت سلامت و عوامل موثر بر آن و تکرار دوره‌ای آن در مناطق موردنظر، نسبت به پیمایش ارزیابی سریع در مناطق مذکور اقدام نماید. بدیهی است با توسعه نظام مدیریت اطلاعات سلامت، لازم است ارزشیابی‌های مستمر / دوره‌ای سلامت جمعیت این مناطق براساس داده‌های حاصل از نظام مذکور سالانه، صورت گیرد.

تبصره ۱) درمورد شاخص‌هایی که از طریق پیمایش‌ها قابل تولید هستند، ضرورت دارد مرکز مدیریت شبکه ضمن تدوین طرح پیمایش ارزیابی سریع سلامت و عوامل موثر بر آن در مناطق مختلف از جمله حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی و شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر، نسبت به طراحی بسته اجرایی و آموزشی مربوط اقدام نموده و با همکاری دانشگاه/دانشکده به صورت دوره‌ای (دوره ۳ تا ۵ ساله) اجرا کند.

ماده ۶۷) به منظور برنامه ریزی مناسب و ارزشیابی دوره‌ای کشوری و دانشگاهی "برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشکی خانواده برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری" ضرورت دارد شاخص‌های اصلی و استاندارد حوزه بهداشت که فهرست آنها در پیوست ارایه شده است برای هدفگذاری و ارزشیابی‌های برنامه حاضر مورد استفاده قرار گیرد.

تبصره ۱) منبع اطلاعاتی شاخص‌های تهیه شده نظام جاری اطلاعات سلامت و پیمایش‌های کشوری / دانشگاهی خواهد بود.

تبصره ۲) مدیریت امر به عهده کمیته پایش، نظارت و ارزشیابی (M&E)^{۲۵} مرکز مدیریت شبکه و اجرای آن بعهده کمیته پایش، نظارت و ارزشیابی کلان مناطق ۱۰ گانه خواهد بود که طی ابلاغ شماره ۳۰۰۵/۶۲۰۳ مورخه ۱۳۹۶/۴/۲۱ بر عهده معاون محترم

^{۳۳} Baseline data

^{۲۵} Monitoring and Evaluation

بهداشت کلان منطقه گذاشته شده است تا برابر آئین نامه اجرایی پایش، نظارت و ارزشیابی خدمات سلامت کشور (نسخه ۱) اقدام گردد.

ماده ۶۸) سطوح پایش، نظارت و ارزشیابی) چهار سطح برای پایش فرآیندها و ارزشیابی برنامه ها در نظر گرفته شده است:

۱) پایش و نظارت توسط مرکز خدمات جامع سلامت بر:

- ❖ پایگاه سلامت
- ❖ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت (سنجش دانش و مهارت کارکنان)
- ❖ گیرندگان خدمت سلامت (سنجش رضایتمندی مردم و نیازسنجی)

۲) پایش و نظارت توسط مرکز بهداشت شهرستان بر:

- ❖ مرکز خدمات جامع سلامت
- ❖ پایگاه سلامت
- ❖ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- ❖ گیرندگان خدمت سلامت

۳) پایش، نظارت و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت استان یا معاونت بهداشتی بر:

- ❖ مرکز بهداشت شهرستان
- ❖ مرکز خدمات جامع سلامت
- ❖ پایگاه سلامت
- ❖ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- ❖ گیرندگان خدمت سلامت

۴) پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه و مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان و کلان مناطق ۱۰گانه

آمایشی:

- ❖ مرکز بهداشت استان
- ❖ مرکز بهداشت شهرستان

❖ پایگاه سلامت

❖ مرکز خدمات جامع سلامت

❖ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

❖ گیرنده گان خدمت سلامت

ماده ۶۹) بسته های پایش، نظارت و ارزشیابی: سه بسته برای پایش، نظارت و ارزشیابی برنامه به ترتیب زیر وجود دارد:

۱) بسته کشوری (مرکز مدیریت شبکه/مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان / کلان مناطق ۱۰ گانه آمایشی)

۲) بسته دانشگاهی/ دانشکده

۳) بسته های مرکز بهداشت شهرستان / خودارزیابی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

ماده ... : فهرست ابزارهای پایش، نظارت و ارزشیابی (پیوست) عبارتند از:

❖ چک لیست اطلاعات عمومی واحدهای ارائه دهنده خدمت

❖ چک لیست مشاهده واحدهای ارائه دهنده خدمت

❖ چک لیست برقراری ارتباط موثر

❖ چک لیست مستندات واحدهای ارائه دهنده خدمت (بررسی مدارک ثبت شده)

❖ چک لیست مصاحبه با گیرندگان خدمت

❖ چک لیست های خودارزیابی

❖ چک لیست بررسی دفترچه های بیمه و نسخ بیماران براساس راهنماهای طراحی شده

✓ راهنماهای تشخیصی

✓ راهنماهای درمانی

❖ چک لیست بررسی شاخص های سلامت در حاشیه شهر

❖ چک لیست بررسی آموزش شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و جلب مشارکت فعالانه فرد، خانواده و جامعه

ماده ۷۰) اعضای تیم پایش، نظارت و ارزشیابی مرکز خدمات جامع سلامت) کارشناسان مرکز خدمات جامع سلامت شامل (مدیر

اجرایی مرکز؛ کارشناسان مراقب ناظر؛ کارشناسان مسول تغذیه، سلامت روان، آمار و فن آوری سلامت، بهداشت محیط، بهداشت حرفه

ای و کارشناس ارشد مامایی) می بایست عملکرد تیم سلامت پایگاههای سلامت را پایش کنند.

ماده (۷۱) اعضای تیم پایش، نظارت و ارزشیابی شهرستان: کارشناسان منتخب و آموزش دیده شبکه بهداشت و درمان شهرستان، عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت مجتمع سلامت منطقه را پایش می کنند. افراد فوق باید با نظر کمیته پایش، نظارت و ارزشیابی کلان منطقه مربوطه انتخاب و دوره تربیت ارزیاب را گذرانده باشند. نحوه عملکرد آنها توسط دانشگاه / دانشکده مربوطه و کمیته پایش و ارزشیابی کلان منطقه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

ماده (۷۲) توالی انجام پایش، نظارت و ارزشیابی به شرح جدول زیر انجام می شود:

ردیف	فرد / محل مورد نظر	انجام دهنده پایش	دوره زمانی
۱	خود ارزیابی	ارائه کننده خدمت	هر ماه
۲	پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت	تیم ناظر مجتمع سلامت منطقه	دو ماه یکبار
۳	مجتمع سلامت منطقه	تیم پایش شبکه بهداشت و درمان شهرستان	هر سه ماه یکبار
۴	شبکه بهداشت و درمان شهرستان	تیم پایش و ارزشیابی دانشگاه و کلان منطقه	هر شش ماه یکبار
۵	دانشگاه / دانشکده	تیم پایش و ارزشیابی مرکز مدیریت شبکه و مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان	هر سال یکبار

تبصره (۱) براساس نتایج پایش و ارزشیابی بعمل آمده توسط تیم شهرستان، علاوه بر انجام مداخله مناسب برای رفع مشکلات موجود، پرداخت نهایی به مراکز خدمات جامع سلامت صورت خواهد گرفت.

ماده (۷۳) نحوه تاثیر نتایج ارزشیابی خارجی در پرداخت به مجتمع سلامت منطقه به شرح زیر می باشد:

- ❖ در صورت کسب امتیاز بیش از ۹۰ بازای هر یک درصد افزایش، معادل ۲ درصد به ضریب عملکرد اضافه خواهد شد.
- ❖ در صورت کسب امتیاز ۹۰، صد در صد مبلغ قرارداد مربوط به بازه زمانی پایش (با ضریب عملکرد ۱)، پس از اعمال کسور قانونی به مجتمع پرداخت خواهد شد.
- ❖ در صورت کسب امتیاز ۷۰ تا ۹۰، بازای امتیاز کسب نشده نسبت به ۱۰۰ درصد از مبلغ قرارداد مربوط به بازه زمانی پایش، کسر خواهد شد.
- ❖ در صورت کسب امتیاز کمتر از ۷۰، در یک دوره موضوع تذکر کتبی به مجتمع/ مرکز اطلاع داده خواهد شد.

❖ در صورت کسب امتیاز کمتر از ۷۰، در دو دوره متوالی یا غیر متوالی قرارداد بصورت یکطرفه لغو خواهد شد. و مجتمع/ مرکز حق هیچگونه اعتراضی در این زمینه نخواهد داشت.

تبصره ۱) مجتمع سلامت منطقه و مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه های سلامت آن موظف به همکاری با کارشناسان بازدید کننده دانشگاه و شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشند.

فصل چهارم: بسته فرهنگی و اجتماعی

فصل پنجم: بسته آموزشی، پژوهشی

فصل ششم: پیوست ها و ضامم

- پیوست ۱: استاندارد فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز سازمان مدیریت منطقه
- پیوست ۲: بسته های خدمات و راهنمای بالینی بیماری ها
- پیوست ۳: شرح وظایف کارکنان سازمان مدیریت منطقه
- پیوست ۴: چک لیست پایش و ارزشیابی
- پیوست ۵: ضوابط پرداخت های موردی
- پیوست ۶: نمونه قرارداد واگذاری و شرایط اختصاصی
- پیوست ۷: تعرفه ها و مقادیر فرانشیز بخش های مختلف
- پیوست ۸: فلوچارت اقدامات عملیاتی برای راه اندازی برنامه
- پیوست ۹: فلوچارت راه اندازی یک سازمان مدیریت منطقه
- پیوست ۱۰: فلو چارت پرداخت به سازمان مدیریت منطقه توسط شبکه های جامع و همگانی سلامت