

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دستور العمل بر نامه

((پزشکی خانواده و نظام ارجاع))

در مناطق شهری (نسخه ۰۳)

الزامات و قوانین اجرای برنامه

▶ اسناد بالا دستی

- سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری
- قانون برنامه های پنج ساله
- پیوست حکم وزیر
- سند تحول دولت مردمی
- سند تعالی و سلامت وزارت
- اولویت های معاونت بهداشت
- سند تقویت شبکه

الزامات و قوانین اجرای برنامه

▶ سیاستهای کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری)

◦ مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.

◦ تدارک خدمات توسط ارائه کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.

◦ 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 بر نظام

سطح بندی و ارجاع از طریق:

◦ ... استقرار نظام سطح بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آنها در نظام آموزش علوم پزشکی

الزامات و قوانین اجرای برنامه

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

* ماده ۸۹ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می ساخت که از راه سطح بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی- درمانی را منطقی و عادلانه سازد.

* ماده ۹۰ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید 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 اندک شان هزینه های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می شد به ۱ درصد تقلیل یابد.

ادامه الزامات و قوانین اجرای برنامه

* بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره مندی مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.

* بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس های پزشکی را تهیه نموده، جهت تصویب به هیأت محترم وزیران ارسال نماید (طبق متن برنامه).

* ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید کرده بود.

ادامه الزامات و قوانین اجرای برنامه

* بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان 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.

* 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 مراقبتهای اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده، با به کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، 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، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، فرد فرد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

اولویت های
وزارت بهداشت
در برنامه های
بهداشتی

اولویت پیشگیری بر درمان

اولویت سرپایی بر بستری

اولویت روستا بر شهر

اولویت پزشک خانواده
و نظام ارجاع

اولویت مناطق محروم
بر مناطق برخوردار

چشم انداز

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

اهداف کلی

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه های سلامت
- افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت
- مدیریت منابع حوزه سلامت
- افزایش امید زندگی و کاهش بار بیماری ها

اهداف اختصاصی

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

الزامات اجرای برنامه

- * تصویب مدل اجرایی برنامه اصلاح نظام سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت به منظور پیاده سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در هیأت دولت و هماهنگی با سایر قوا برای ارتقای ضمانت اجرایی برنامه
- * فرهنگ سازی در جامعه، تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره گیری از تمام ظرفیت های موجود
- * الزام به تعهد تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی ترین شرط پیاده سازی برنامه
- * تقویت و توسعه همکاری های بین بخشی، مشارکت مردمی و خانواده محوری در تمامی فعالیتهای و برنامه ها و استفاده مناسب از ظرفیتهای در اجرای برنامه در سطوح مختلف حوزه حکمرانی

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

۱- نظام سلامت

نظام سلامت مجموع های است متشکل از مردم، سازمانها و منابعی که براساس سیاستها وقوانین ملی در کنار هم قرار می گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند.

۲- شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

مجموعه واحدهای ارائه خدمات سلامت مبتنی بر ساختار تعریف شده بر پایه سطح بندی و ارجاع با تأکید بر رعایت سطوح مختلف پیشگیری است. در ساختار این شبکه، بسته خدمات سلامت با رویکرد ادغام یافته فراهم شده و خدمات از فرد، خانواده و جامعه با تماس با نخستین سطح ارائه خدمت در مناطق روستایی و شهری با ارائه خدمات پیشگیری نخستین و اولیه آغاز شده، تا خدمات تخصصی و زیر تخصصی در مراکز ارائه خدمات بستری و توانبخشی با پیچیدگی های خاص آن مشتمل بر بخش دولتی و غیردولتی کامل می گردد.

۳- پزشکی خانواده

مجموعه فعالیت های به هم پیوسته مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت که توسط تیم پزشکی خانواده ارائه می گردد. این خدمات تعریف شده، از استانداردهای خاص خود برخوردار هستند و اعضای تیم پزشکی خانواده باید با آموزش بدو و حین خدمت از دانش و مهارت لازم برای انجام آن برخوردار گردند.

۴- پزشک خانواده

پزشک خانواده، مسئول تیم پزشکی خانواده در نخستین سطح ارائه خدمات بوده، عهده دار مدیریت، ارائه خدمت، تصمیم گیر، هدایت و رهبری تیم سلامت و برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش است. این فرد می تواند دانش آموخته پزشکی عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، کلیه دارندگان مدرک پزشکی عمومی و دکتری تخصصی طب ایرانی باشد که دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی بوده و همچنین باید در محل ارائه خدمت گواهینامه معتبر آموزشی جهت ارائه خدمات پزشکی خانواده را داشته باشد.

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد، خانواده و جامعه قرار می دهند. اعضاء تیم سلامت شامل: مسئول مرکز خدمات جامع سامت، پزشک خانواده، دندانپزشک، مراقب سلامت / مراقب سلامت ماما، مراقب ناظر، کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، پرستار/ بهیار، مراقب سلامت دهان، کارکنان آزمایشگاه / نمونه گیر، داروساز، متصدی داروخانه و پذیرش هستند.

۶- بسته خدمات سلامت (Health Services Package)

بسته خدمات پایه سلامت، مجموعه فعالیت های به هم پیوسته مبتنی بر برنامه های اولویت دار سلامت است که بر اساس نظام اولویت بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت تعریف می شود. بسته خدمات پایه، ابزار مؤثر و کارآمدی در راستای شاخص دسترسی و بهره مندی برای دستیابی به عدالت در سلامت به حساب می آید.

۷- نظام مراقبت

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

۸- شیوه های پرداخت به ارائه کنندگان خدمات

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.

* **حقوق:** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارائه می کنند متناسب با فعالیت فرد و بر اساس قوانین اداری-استخدامی پرداخت انجام می شود.

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

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

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

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

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

۹- خدمات سلامت

شامل تمام خدمات پیشگیری، تشخیصی درمانی و توان بخشی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت عرضه می شود.

۱۰- سطح بندی خدمات

سطح بندی: چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، باکمترین هزینه و بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی، قراردادی است و به مقتضای شرایط انجام می گیرد.

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

*** سطح اول:** شامل خدمات / مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است.

خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه پزشک خانواده تعریف می شود 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 ارائه می گردند.

سطح دوم: شامل خدمات تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می گردند.

سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی می شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می گردد.

۱۱- پرونده الکترونیک سلامت

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

• وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی است:

الف) تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به فردی گفته می شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارائه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام شود و سرعت عمل و زمان در ارائه خدمات درمانی به وی نقشی اساسی دارد (مانند زایمان، سکته قلبی، مولتیپل تروما، ضربه به سر، شکستگی های باز، مسمومیت و ...).

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

• **بیمار الکتیو:** بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توان بخشی ندارد و می تواند برای دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه کند. دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / شبکه بهداشت و درمان موظف هستند دسترسی به خدمات اورژانس (اعم از پیش بیمارستانی و...) را در تمام ساعات شبانه روز برابر نظام سطح بندی برای تمام ساکنین هر شهرستان تأمین کنند.

۱۳- مشاوره تلفنی

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

۱۴- مرکز هدایت و پاسخگویی برنامه پزشکی خانواده (Call Center)

این مرکز ۲۴ ساعته در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن منحصر به برنامه، ترجیحاً ۳ یا ۴ رقمی با تعداد خطوط و اپراتور کافی توسط دانشگاه/ شبکه بهداشت و درمان با هدف مدیریت، مشاوره و راهنمایی شهروندان از مراحل انتخاب پزشک خانواده، استفاده از خدمات اورژانس، حل مشکلات بیماران در ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت شکایت مردم و مسئولیت ارائه آن به واحد مربوطه و همچنین دریافت و ارائه پاسخ به شاکی راه اندازی می شود و نقش هماهنگ کننده را در مواردی که به هر دلیل بین ارائه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت، ناهماهنگی وجود دارد، به عهده خواهد داشت.

۱۵- پایگاه پزشکی خانواده

واحد ارائه کننده خدمات اعم از دولتی یا خصوصی که با حضور پزشک خانواده، ماما و مراقب سلامت و منشی به جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت ارائه می دهد.

۱۶- پایگاه تجمیعی

پایگاهی است متشکل از چند تیم پزشکی خانواده که در یک مکان واحد به ارائه خدمات می پردازند.

۱۷- مرکز خدمات جامع سلامت

مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که دارای سه بخش فعال می باشند:

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

(ب) بخش ارائه خدمات خاص به جمعیت تحت پوشش مانند: دندانپزشکی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، پرستاری، تغذیه، سلامت روان و ...

(ج) بخش ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در پایگاه سلامت شهری ضمیمه (پایگاه پزشکی خانواده) در صورت فقدان بیمارستان در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، ارائه خدمات اورژانسی و فوریت های پزشکی و اقامت کوتاه مدت (تحت نظر)، در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی قابل ارائه خواهد بود.

۱۸- سرانه جمعیت

مبلغ محاسب هشده برای ارائه کلیه خدمات تعريف شده سطح يك، دو و سه در برنامه پزشکی خانواده به ازای هر فرد گفته می شود.

۱۹- سرانه سطح يك

بخشی از سرانه جمعیت است که به منظور ارائه خدمات پیشگیری، مراقبتی و درمانی سطح يك اختصاص می یابد.

۲۰- سرانه تیم پزشکی خانواده

بخشی از سرانه سطح يك است که به منظور ارائه خدمات پزشک، ماما و مراقب سلامت در پایگاه پزشکی خانواده اختصاص می یابد.

۲۱- نظام ارجاع

مجموعه فرآیندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح دوگانه، برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می کند. این نظام از ارجاع بیمار با ذکر شرح حال بیماری و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته در سطح يك شروع شده و با انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده (بازخوراند ارجاع) در بستر سامانه های الکترونیک پایان می یابد.

۲۲- استحقاق درمان

افراد بیمه شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) به صورت رایگان و یا در برابر حق بیمه ای که ماهانه پرداخت می کنند، استحقاق برخوردار شدن از حمایت سازمان بیمه گر در درمان خویش یا دیگر مزیت های مربوطه را می یابند. استحقاق درمان، محدوده زمانی مشخصی دارد که در حال حاضر با تاریخ اعتبار سیستمی بیمه تعیین می شود.

۲۳- پزشک همپوشان

پزشک خانواده ای است که توسط پزشک خانواده شاغل در برنامه از همان محله و در شیفت مقابل به جهت ارائه خدمات درمانی ضروری به جمعیت تحت پوشش معرفی می شود.

۲۴- پزشک جانشین

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

۲۵- پزشک جایگزین

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

۲۶- فرانشیز

بخشی از هزینه های خدمات درمانی، که توسط بیمار به واحد ارائه کننده خدمت، پرداخت می شود.

۲۷- مراقب سلامت

فردی است که همراه پزشک خانواده در پایگاه پزشکی خانواده حضور دارد و ارائه بخشی از خدمات بسته مراقبتی و درمانی بر عهده اوست. این فرد، دانش آموخته یکی از رشته های بهداشت عمومی، پرستاری، مامایی، بهداشت خانواده یا مبارزه با بیماریها است و پس از گذراندن دوره آموزشی مشخص شده توسط معاونت بهداشت و دریافت گواهی مربوطه، می تواند مشغول به کار شود.

۲۸- کارشناس ناظر

فردی است که به همراه سایر اعضای تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت حضور دارد. این فرد دانش آموخته رشته های کارشناسی / کارشناسی ارشد بهداشت عمومی، مبارزه با بیماریها، آموزش سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی، کارشناس ارشد مامایی، کارشناس ارشد پرستاری جامعه نگر است که وظیفه نظارت فنی، ارزیابی و پیگیری چالش های اجرایی پایگاه های پزشکی خانواده و همچنین آن دسته از خدمات سطح یک که به لحاظ ماهیت اجرای کار در خارج از پایگاه های پزشکی خانواده تعریف شده است (بیماریابی و پیگیری بیماریهای واگیر، بهداشت مدارس، فعالیت های اجتماع محور، اپیدمی ها و بلایا و ...) را به عهده دارد.

۲۹- مشاوره درمانی

استفاده و بهره گیری پزشک خانواده از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است. برای مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی شود و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل شود.

۳۰- مشاوره جامعه نگر

موقعی است که به منظور بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، یا رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، به صورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می کند.

۳۱- محله، محدوده دسترسی

* **محله:** محدوده خاص جغرافیایی از شهر است که امکانات و توانمندی های حوزه سلامت (اعم از خصوصی، دولتی، عمومی و...) در آن برای ارائه خدمت در قالب پزشکی خانواده و نظام ارجاع حداقل در سطح یک کفایت کند.

* **محدوده دسترسی به پزشک خانواده:** هر فرد می تواند پزشک خانواده خود را ترجیحاً از بین پزشکانی که در نزدیکی محل زندگی یا کار آن ها مستقر هستند، انتخاب کنند.

* **محدوده دسترسی به خدمات سطح دو:** معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی شیوه نامه ای که به تصویب ستاد اجرایی کشوری م ی رسد، مسیر مشخصی که جهت دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو می باشد را طراحی و ارائه خواهد کرد.

۳۲- جمعیت تحت پوشش

افرادی که نزد تیم پزشکی خانواده (در قالب خانوار) ثبت نام می کنند، جمعیت تحت پوشش این تیم به حساب می آیند. تعداد جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده را ستاد اجرایی استان با مجوز ستاد اجرایی کشور تعیین می کند.

۳۳- نقشه ارجاع

سندی است که مسیر مشخصی را برای دسترسی حداکثری مردم به خدمات سطح دو و سه ارائه می نماید.

۳۴- کلینیک تخصصی

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

۳۵- برونسپاری

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

۳۶- دفاتر ارائه خدمات پزشکی و پیراپزشکی

واحدهای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی بخش غیردولتی هستند که در صورت نیاز از طریق ارجاع پزشک خانواده، خدمات مورد تعهد سازمانهای بیمه پایه را به بیماران ارائه می دهند (شنوای یسنجی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...).

بسترهای مورد نیاز قبل از شروع برنامه

▶ تقویت نظام شبکه بهداشت و درمان

- ▶ تامین منابع اجرای طرح از محل منابع پایدار
- ▶ همکاری و حمایت کامل مسئولین اجرایی
- ▶ همراهی مسئولین قانونگذار
- ▶ هماهنگی و همکاری بیمه های پایه

▶ فرهنگ سازی عمومی مردم

▶ تغییر نگرش در ارائه دهندگان خدمت

(اولویت ارائه خدمات مراقبتی و پیشگیری بر درمان)

▶ آمادگی سایر ذینفعان برای همکاری در بازنگری بسته های خدمات سلامت

▶ نظام الکترونیکی یکپارچه

(پرونده سلامت الکترونیک همراه با ویزیت جاری و ارجاع)

▶ استقرار نظام پایش و ارزشیابی

ساختارهای مدیریت در اجرای برنامه

- **ستاد ملی پزشکی خانواده**
- **ستاد هماهنگی کشوری (قرارگاه کشوری پزشکی خانواده)** [شامل ۹ کمیته: (کمیته آموزش عمومی و فرهنگ سازی، کمیته اطلاع رسانی، کمیته آمار و فناوری اطلاعات، کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع، کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی، کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش های کاربردی، کمیته پایش و نظارت، کمیته نظام ارجاع و کمیته بازنگری و بروزرسانی بسته خدمات)]
- **ستاد اجرایی کشور**
- **ستاد هماهنگی استان**
- **ستاد اجرایی استان** [شامل ۷ کمیته: (کمیته آموزش عمومی اطلاع رسانی و فرهنگ سازی، کمیته آمار و فناوری اطلاعات، کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع، کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی، کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش های کاربردی، کمیته پایش و نظارت، کمیته نظام ارجاع)]
- **ستاد اجرایی شهرستان** [شامل ۶ کمیته: (کمیته آموزش عمومی اطلاع رسانی و فرهنگ سازی، کمیته آمار و فناوری اطلاعات، کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع، کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش های کاربردی، کمیته پایش و نظارت، کمیته نظام ارجاع)]

اعضای ستاد هماهنگی استان

- استاندار (رئیس ستاد)
- معاون سیاسی امنیتی استاندار (جانشین رئیس ستاد)
- رئیس مجمع نمایندگان مجلس شورای اسلامی استان
- رئیس دانشگاه (دبیر ستاد)
- معاون بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)
- معاون توسعه مدیریت و منابع
- معاون درمان
- معاون غذا و دارو
- مدیرکل بیمه سلامت استان
- رئیس اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان
- رئیس نظام پزشکی استان
- رئیس سازمان صدا و سیما استان
- رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان
- مدیر درمان تأمین اجتماعی

شرح وظایف ستاد هماهنگی استان

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

اعضای ستاد اجرایی استان

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

کمیته های ستاد اجرایی استان

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

اعضای کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

رئیس کمیته : (مدیر روابط عمومی دانشگاه) دبیر : (رئیس گروه آموزش و ارتقاء سلامت معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

اعضای کمیته آمار و فناوری اطلاعات

رئیس: (مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه) دبیر: (رئیس گروه فناوری اطلاعات معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

اعضای کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع

رئیس: (معاون توسعه و مدیریت منابع انسانی دانشگاه)

دبیر: (معاون اجرایی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

اعضای کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

رئیس: (معاون آموزشی دانشگاه)

دبیر: (معاون اجرایی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

اعضای کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

رئیس: (معاون غذا و دارو دانشگاه)

دبیر: (مسوول امور دارویی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

- مدیرکل امور دارو معاونت غذا و دارو
- مدیرکل دفتر نظارت
- معاون اجرایی معاونت بهداشت

اعضای کمیته پایش و نظارت

رئیس: (معاون بهداشت دانشگاه)

دبیر: (معاون فنی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

اعضای کمیته نظام ارجاع

رئیس: (معاون درمان دانشگاه)

دبیر: (مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان)

سایر اعضای کمیته:

- مدیر تعالی بالینی معاونت درمان
- نماینده سازمان نظام پزشکی استان
- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
- رئیس گروه فناوری معاونت بهداشت
- رئیس اداره سلامت عمومی بیمه سلامت استان
- نماینده سازمان تامین اجتماعی استان

**شرح وظایف کمیته های اجرایی
ستاد اجرایی استان**

شرح وظایف کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

* فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و توانمندسازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه

* بهره مندی از رسانه های ارتباط جمعی (شبکه های اجتماعی، صدا و سیمای استان، رسانه های مکتوب، ...) در جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده سازی برنامه

* جلب حمایت ذینفعان در اجرای برنامه پزشکی خانواده

شرح وظایف کمیته آمار و فناوری اطلاعات

- * تأمین زیرساخت و مدیریت نگه داشت (سخت افزار و نرم افزار)
- * تحلیل داده ها و گزارشهای ثبت شده در سامانه ها و گزارشهای واسله از کمیته های متناظر شهرستانی
- * ارائه گزارش های مورد نیاز به ستاد اجرایی کشوری و استانی
- * پشتیبانی فنی شهرستان ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه های سطح یک و دو
- * بررسی عملکرد شبکه ها / مراکز بهداشت شهرستان / بیمارستانها در خصوص شاخص های عملکردی و ارائه اطلاعات به شهرستانها (مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان) و کمیته پایش و ارزشیابی
- * پاسخ گویی به نیازهای دفاتر و گروه های فنی ستادهای استانی از طریق سامانه های مرتبط
- * پیگیری مستمر در جهت اجرای تکالیف برنامه عملیاتی اجرای شیوه نامه پزشکی خانواده
- * تعیین و محاسبه شاخص های ارزیابی عملکرد

شرح وظایف کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع

* پیگیری منابع اعتباری مورد نیاز با ارائه شواهد و مستندات

* پیگیری تأمین نیروی انسانی مورد نیاز

* ترسیم فرآیند اجرایی و پیگیری مستمر منابع تخصیص یافته پزشکی خانواده و هزینه کرد به موقع و کامل در برنامه

* اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد

* فراهم سازی زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری ارائه خدمات

شرح وظایف کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

- * تأمین و تهیه محتواهای آموزشی در سطوح مختلف متناسب با بسته های خدمتی به تفکیک ارائه دهندگان خدمات
- * برنامه ریزی آموزشی و اجرای آن برای مدیران اجرایی شبکه های بهداشت و درمان و بیمارستان ها
- * برنامه ریزی آموزشی و اجرای آن برای ارائه دهندگان خدمات (نیروهای جدیدالورود و بازآموزیمداوم نیروهای موجود)

شرح وظایف کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

- * برنامه ریزی جهت تأمین و ایمنی دارو
- * برنامه ریزی جهت تجویز و مصرف منطقی دارو
- * بررسی عملکرد شبکه ها و بیمارستان ها در خصوص دارو

شرح وظایف کمیته پایش و نظارت

- * تدوین سیاست های دانشگاهی پایش و نظارت بر برنامه پزشکی خانواده
- * اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت کشوری
- * پشتیبانی و تأمین منابع مورد نیاز پایش و نظارت شهرستان ها
- * برنامه ریزی برای توانمندسازی تیم های پایش و نظارت شهرستانی
- * نظارت بر عملکرد شهرستان ها در خصوص پایش و نظارت
- * دیده بانی شاخص های دانشگاهی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشکی خانواده
- * تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی استانی پزشکی خانواده
- * رسیدگی و داوری شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
- * تعیین شاخص های الزامی و اختیاری ارزیابی عملکرد دانشگاه
- * نظارت بر عملکرد تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت

شرح وظایف کمیته نظام ارجاع

- * تهیه نقشه ارجاع سطوح مختلف ارائه خدمات و ابلاغ به شبکه های بهداشت و درمان و بیمارستان ها
- * برنامه ریزی برای ارائه به موقع خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی در قالب نقشه ارجاع
- * ابلاغ و اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- * نظارت بر اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- * اجرای نظام انگیزشی ارائه دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرآیندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
- * تحلیل داده های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
- * بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش های آن از طریق هماهنگی با کمیته فن آوری

اطلاعات

اعضای ستاد اجرایی شهرستان

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

کمیته های ستاد اجرایی شهرستان

- ❖ آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
- ❖ کمیته آمار و فناوری اطلاعات
- ❖ پشتیبانی و نیروی انسانی
- ❖ کمیته آموزش نیروی انسانی
- ❖ کمیته پایش و نظارت
- ❖ کمیته نظام ارجاع

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

شرح وظایف کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی شهرستان

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

شرح وظایف کمیته آمار و فناوری اطلاعات شهرستان

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

شرح وظایف کمیته پشتیبانی و نیروی انسانی شهرستان

- * پیگیری منابع اعتباری مورد نیاز با ارائه شواهد و مستندات
- * اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- * فراهم سازی زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری ارائه خدمات
- * آموزش نیروهای جدیدالورود (نیروهای ارائه دهنده خدمات سطوح سلامت)
- * بازآموزی مداوم نیروهای موجود (نیروهای ارائه دهنده خدمات در سطوح سلامت)

شرح وظایف کمیته پایش و نظارت شهرستان

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

واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت

- ۱- مرکز خدمات جامع سلامت
- ۲- پایگاه پزشکی خانواده
- ۳- کلینیک تخصصی
- ۴- بیمارستان سطح دو
- ۵- بیمارستان تخصصی سطح سه

۱ – مرکز خدمات جامع سلامت:

با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت، برای جمعیت ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفری، 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.

* نیروی انسانی شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت عبارتند از:

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

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت

الف: خدمات مدیریتی (مطابق با شرح وظایف مندرج در دستورالعمل ۰۳ پزشکی خانواده شهری)

ب: خدمات سلامت (مطابق با شرح وظایف مندرج در دستورالعمل ۰۳ پزشکی خانواده شهری)

ج: خدمات بهداشتی و درمانی در پایگاه پزشکی خانواده (مطابق با شرح وظایف مندرج در دستورالعمل ۰۳ پزشکی خانواده

شهری)

۲ – پایگاه پزشکی خانواده:

پایگاه پزشکی خانواده محیطی ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت است که به ازای هر ۳۰۰۰ نفر تشکیل شده، واجد استانداردهای لازم برای ارائه خدمات سطح یک می باشد و در یکی از سه قالب زیر فعالیت می نماید:

۱- خصوصی (مطب بخش خصوصی)

۲- دولتی (پایگاه های ضمیمه و غیرضمیمه دولتی)

۳- تجمیعی (چند پایگاه پزشکی خانواده در بخش دولتی یا خصوصی)

اعضای شاغل در پایگاه پزشکی خانواده:

۱- پزشک یک نفر

۲- مراقب سلامت دو نفر (الزاماً یک نفر از مراقبین، کارشناس مامایی است).

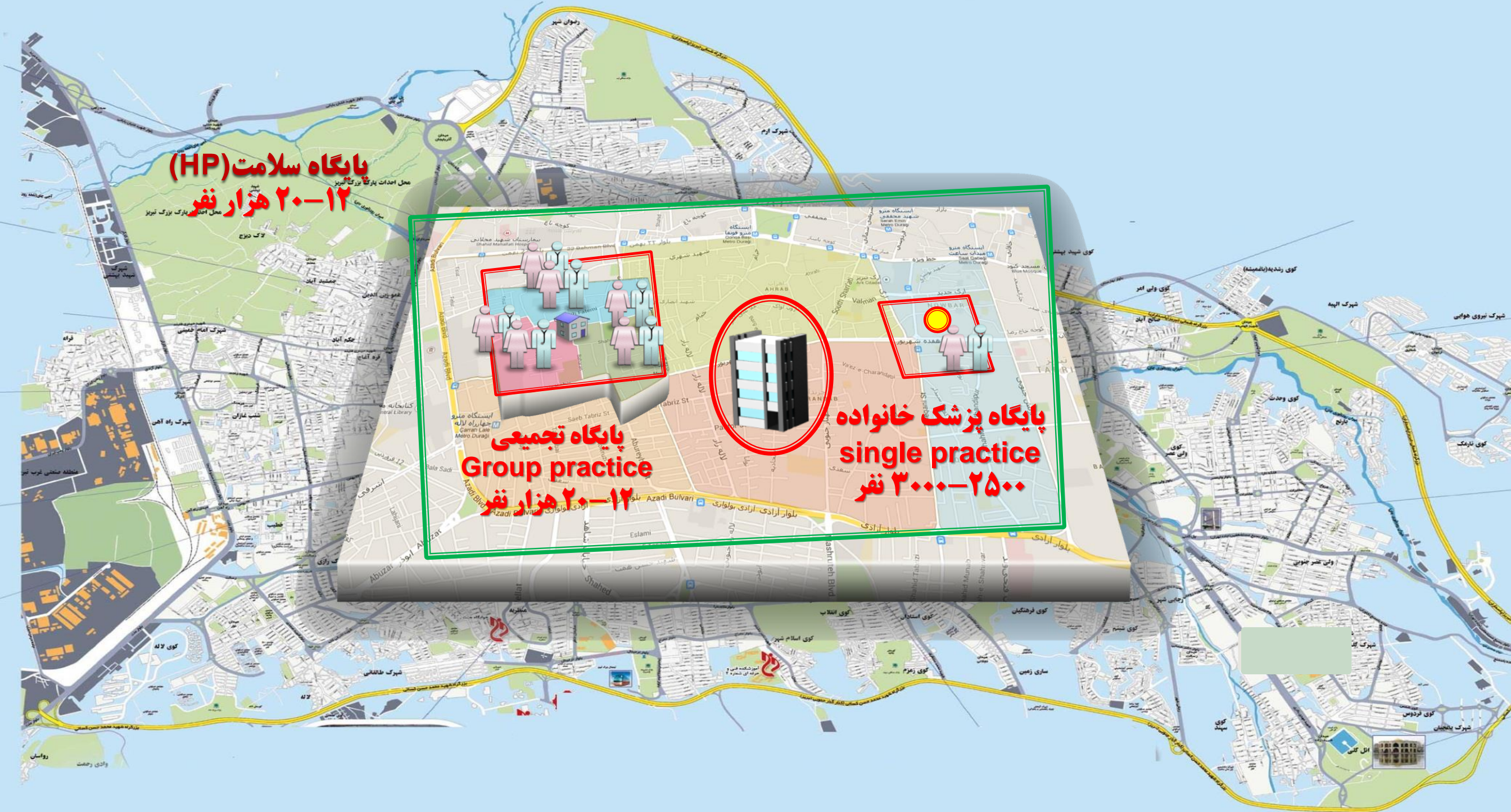
۳- منشی یک نفر

مدل ارائه خدمات بهداشتی درمانی

پایگاه سلامت (HP)
۱۲-۲۰ هزار نفر

پایگاه تجمعی
Group practice
۱۲-۲۰ هزار نفر

پایگاه پزشک خانواده
single practice
۲۵۰۰-۳۰۰۰ نفر



روش اجراء پزشکی خانواده شهری و نظام ارجاع

بسته خدمات

۱. بسته خدمات تیم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه های سنی و خدمات مراقبتی گروه های ویژه
۲. بسته خدمات سلامت سطح دوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه
۳. بسته خدمات سلامت سطح سوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه

گروه هدف بسته خدمات در سطح اول، تمامی افراد جمعیت تحت پوشش پایگاه/ تیم پزشکی خانواده و افراد مهمان حسب ضرورت می باشد و خدمات سلامت باید بر اساس گروه سنی، حیطه های سلامت فرد و خانواده و گروه های ویژه مطابق خدمات مراقبتی مصوب و ابلاغی ارائه گردد.

بدیهی است برنامه هایی که بر اساس نظام ادغام خدمات ابلاغ می گردد، لازم اجرا است.

الزامات بسته خدمات

الف) رویکرد بسته خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، غربالگری، مراقبت، مشاوره، درمان سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند
ب) حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارایه و دسترسی به بسته خدمت:

- گیرنده خدمت باید به کلیه خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که کلیه خدمات پیش‌بینی شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه پزشکی خانواده دولتی و غیر دولتی (مطب تطابق یافته با الزامات) بصورت کامل دریافت نماید.
- ارایه دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه گیرنده خدمت به واحد ارایه کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارایه نماید.
- توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه‌فایده بودن خدمات در بسته خدمت
- حفظ تداوم خدمات سطح دو و سه با خدمات سطح یک (با محوریت دبیرخانه شورای عالی بیمه) و ویرایش بسته خدمات بیمه پایه بر اساس اولویت سطح یک

الف) خدمات گروه سنی شامل

- گروه سنی کودکان مشتمل بر ۱۷ عنوان خدمتی
- گروه نوجوانان مشتمل بر ۲۳ عنوان خدمتی
- گروه جوانان مشتمل بر ۱۵ عنوان خدمتی
- گروه میانسالان مشتمل بر ۱۷ عنوان خدمتی
- گروه سالمندان مشتمل بر ۱۱ عنوان خدمتی
- گروه مادران باردار مشتمل بر ۷ عنوان خدمتی

ب) مراقبت های گروه ویژه شامل

- مراقبت و درمان بیماریهای واگیر شامل نظام مراقبت بیماریها

ج) درمان بیمار و تدبیر فوریت ها

- خدمت ویزیت

- انجام خدمات تزریقات، وصل سرم و پانسمان

- اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی

- فوریت ها

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

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

الف: خدمات درمانی

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

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

ب: خدمات مدیریتی

۱. گزارش دهی ارجاعات پزشکان خانواده (ارایه لیست ارجاعات به تفکیک پزشک خانواده) به سطح یک
۲. جمع بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با نیازهای نیروی انسانی تخصصی و تجهیزات و ارایه گزارش‌های مربوطه
۳. برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی جهت رفع چالش‌های نظام ارجاع الکترونیکی
۴. فراهم آوری امکانات جهت انجام مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت‌ها
۵. آموزش راهنماهای بالینی مرتبط با ارجاع به ارایه دهندگان خدمات
۶. ارایه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه‌های دانشگاه علوم پزشکی

فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارائه خدمت

- ۱ - تبیین الزامات قانونی، برنامه‌ریزی برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی
- ۲ - تشکیل ستاد های ملی، هماهنگی و اجرایی پزشکی خانواده
- ۳ - ارزیابی ظرفیت های اجرایی پیش از استقرار
- ۴ - آموزش و اطلاع رسانی به مردم
- ۵ - بکارگیری ارائه دهندگان خدمت
- ۶ - فراخوان مردم جهت انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام در برنامه
- ۷ - ارائه خدمات عمومی و تخصصی سرپایی با محوریت پرونده الکترونیک سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت توسط واحدهای ارائه دهنده خدمت
- ۸ - ساز و کار ارائه خدمات تیم سلامت
- ۹ - الزامی کردن ارجاع الکترونیک
- ۱۰ - تدوین و استقرار دستورعمل‌ها و راهنماهای سلامت
- ۱۱ - فراهم کردن دسترسی به درگاه خودارزیابی و خودمراقبتی بر اساس وضعیت سلامت فرد
- ۱۲ - نظام پرداخت
- ۱۳ - نظام پایش و ارزشیابی

نظام ارایه خدمات:

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

مراحل ثبت نام، به کارگیری و چگونگی فعالیت پزشکان خانواده

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

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

۱. پایگاه پزشکی خانواده دولتی: از تبدیل پایگاه های سلامت (غیرضمیمه و ضمیمه) با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی شامل اتاق پزشک (به ازای هر پزشک یک اتاق)، اتاق مراقب (به ازای هر مراقب یک اتاق)، اتاق تزریقات و خدمات جنبی (به ازای هر پایگاه سلامت یک اتاق با تفکیک جنسیتی)، فضای انتظار (به ازای هر پایگاه سلامت حداقل ۱۲ متر)

۲. پایگاه پزشکی خانواده خصوصی: حداقل این واحد می بایست به ازای هر تیم پزشکی خانواده حداقل از ۳ اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق ماما/مراقب، یک اتاق تزریقات و خدمات جنبی) با زیربنای حداقل ۶۰ مترمربع و ترجیحاً در طبقه همکف و در غیر اینصورت الزاماً دارای آسانسور باشد.

تبصره ۱: مکان پایگاه های پزشکی خانواده بخش خصوصی ترجیحاً می بایست با پراکندگی جمعیتی منطقه شهری متناسب بوده به گونه ای که حداکثر دسترسی به خدمات سلامت فراهم آید.

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

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

➤ الزامات نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده:

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

تبصره ۱: چنانچه پزشک خانواده مرد می باشد مراقب آن الزاما کارشناس / کارشناس ارشد مامایی باشد.

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

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

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

تبصره ۵: سازمانهای بیمه گر موظف به عقد قرار داد با پایگاه ها/ مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده برای خرید بسته خدمات تیم سلامت می باشند.

تبصره ۶: طبق یک بند مستقل در کلیه قراردادهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان مرکز استان) ناظر قرارداد (برابر روال تعیین شده در این دستورعمل و چک لیست های مصوب) و ارایه خدمات بوده و پرداختها برابر این دستورعمل به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است.

➤ نحوه عقد قرارداد با بخش خصوصی:

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

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

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

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

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

استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت

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

○ فضا برای مسوول فنی و رییس مرکز (۱۲ مترمربع)

○ فضا به ازای هر تیم پزشکی خانواده (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربع)

○ فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (۲۴ مترمربع)

○ فضا برای تغذیه (۱۲ مترمربع)

○ فضا مستقل برای ارائه خدمات سلامت روان (۱۲ مترمربع)

○ فضا برای سالن انتظار (حدود ۵۰ مترمربع)

○ فضا به ازای هر مراقب ناظر (حدود ۱۲ مترمربع)

○ فضا برای ارائه خدمات پرستاری (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربع)

○ فضا برای پذیرش و آمار (۱۲ مترمربع)

○ فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (۱۲ مترمربع) در صورت وجود

○ فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه، سفیران خانوار و رابطین سلامت محله درموضوع سواد سلامت، شیوه

زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (۵۰ مترمربع)

○ فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود ۳۰ مترمربع) حداقل ۲۰ مترمربع بازای هر یونیت

○ فضا برای سرویس‌های بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع)

○ فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)

○ پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دوطبقه و بالاتر

(*مراقبین ناظر ترجیحا مرد باشد.

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

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

ب - سطح دو و سه: کلیه پزشکان متخصص و فوق تخصص بخش دولتی باید پس از شرکت و اخذ گواهی آموزش

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک و ارسال بازخورد ارجاع به صورت

الکترونیک اقدام نمایند.

□ همه پزشکان متخصص و فوق تخصص شاغل در بخش خصوصی (مطب های خصوصی، کلینیک های خصوصی) و مراکز

درمانی عمومی غیردولتی و خیریه که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع پزشکی خانواده دارند، مشروط

به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان سازمان پزشکی، پس از شرکت در دوره آموزشی پزشکی خانواده و نظام ارجاع

می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک اقدام نموده و بازخورد

ارجاع را به صورت الکترونیک/کاغذی ارسال دارند.

□ کلیه دفاتر کار پروانه دار غیردانشگاهی (مامایی، شنوایی سنجی، بینای یسنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و ...)

می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر نسبت به پذیرش ارجاعات سطح یک، دو و سه و ارائه خدمت اقدام

نمایند.

ساعت کاری برنامه:

ساعت کاری موظف تیم پزشکی خانواده به صورت ۴۴ ساعت در هفته در شیفت صبح یا عصر به صورت جدول ذیل خواهد بود:

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

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

* ساعت کاری مراکز خدمات جامع سلامت طبق روال عادی است. دانشگاه می تواند از فضای فیزیکی این مراکز جهت راه اندازی تیم پزشکی خانواده دولتی و غیردولتی در شیفت کاری عصر استفاده کند. در شهرستانهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر فاقد بیمارستان، مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی علاوه بر خدمات بسته خدمت سطح یک در ساعات موظفی، با برنامه ریزی شبکه بهداشت درمان شهرستان، باید خدمات تشخیصی درمانی و فوریتهای پزشکی را به صورت شبانه روزی ارائه نمایند.

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

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

- در صورت عدم حضور پزشک خانواده و مراقب سامت/ماما کمتر از سه روز، تیم پزشکی خانواده همپوشان موظف به ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش در همان ساعت کاری ایشان و در محل کاری خود است.
- در صورت عدم حضور پزشک خانواده یا مراقب سلامت /ماما بیش از سه روز، پزشک یا مراقب /ماما مورد نظر موظف به معرفی پزشک یا مراقب جایگزین است.
- حداکثر روزهایی که پزشک خانواده می تواند از پزشک جایگزین استفاده کند، ۱۵ روز در طول شش ماه است.
- نحوه استفاده از مرخصی تیم پزشکی خانواده مطابق شیوه نامه های کشوری (مواد ۱۷ و ۲۲ قانون جوانی جمعیت)(مرخصی زایمان، شیفت های شب، کاهش سن بازنشستگی، مهد کودک و..)
- جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده ۳۰۰۰ نفر است. هر پزشک خانواده می تواند حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت را تحت پوشش قرار دهد. چنانچه در طی شش ماه بعد از عقد قرارداد موفق به ثبت نام حداقل جمعیت مورد نظر نگردید، نسبت به لغو قرارداد ایشان اقدام می شود.

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

◦ پزشک خانواده و مراقب سلامت/ماما باید دو ماه قبل از لغو قرارداد مراتب را به اطاع ستاد اجرایی شهرستان و جمعیت تحت پوشش خود برساند.

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

◦ اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تأیید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا بر طرف شدن نیاز بلامانع است.

ب - ثبت نام مردم و انتخاب پزشک خانواده:

* فراخوان مردم جهت انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام در برنامه

* انجام تمام مراحل اطلاع رسانی به بیمه شدگان برای انتخاب پزشک خانواده و نیز فراهم کردن امکانات و الزمات آن به عهده ستاد اجرایی شهرستان است.

* ثبت نام اولیه خانواده ها در درگاه اینترنتی اعلام شده پس از اعلام شروع برنامه توسط سرپرست خانوار انجام می پذیرد. بدیهی است درگاه اینترنتی مذکور امکان استحقاق سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه های موجود سازمانهای بیمه گر و استحقاق سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه های سطح یک را خواهد داشت.

* بیمه شدگان برای بهره مندی از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده در سطح شهرستان مختار هستند.

* انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد خانوار و از بین پزشکان طرف قرارداد، اختیاری است. در این میان تنها عامل محدودکننده، نام نویسی کافی افراد نزد پزشکی معین و پرشدن ظرفیت او خواهد بود.

* محل ورود خانواده ها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، شهرستان محل زندگی و سکونت خانواده است. برای افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی بین محل سکونت و محل کار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه، آزاد است

* ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه توسط تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت/ماما) با تشکیل یا تکمیل پرونده الکترونیک انجام می شود.

* بیمه شده حداکثر دو بار در سال در صورت نیاز، می تواند با مراجعه نزد پزشک خانواده خود، از جمعیت تحت پوشش وی خارج شود و نزد پزشک خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد.

نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول):

حق الزحمه تیم پزشکی خانواده به صورت سرانه و فرانشیز است. میزان سرانه پایه تیم پزشکی خانواده که بخشی از سرانه سطح یک است در ستاد اجرایی کشوری به تصویب رسیده و همراه با سایر تعرفه ها توسط هیأت دولت ابلاغ می گردد. این سرانه با توجه به پذیرش گروه های خاص سنی و جنسی و نیز برخی از خدماتی که در ادامه خواهد آمد افزایش می یابد.

واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت

محاسبه سرانه جمعیتی اجرای پزشک خانواده شهری برای ۱۱۷۱۲۵۳ نفر جمعیت ساکن شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش دانشگاه/دانشکده

ردیف	عنوان شغلی	شاخص	برآورد نیاز	تعداد نیروهای موجود شاغل در واحدهای بالای ۲۰ هزار نفر (استخدام رسمی یا پیمانی غیر ستادی)	تعداد مورد نیاز
۱	مسئول فنی	به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی	۴۸	۰	۴۸
۲	پزشک	هر ۳۰۰۰ نفر	۳۹۰	۲۶	۳۶۴
۳	دندانپزشک	هر ۱۵۰۰۰ نفر	۷۸	۸	۷۰
۴	مراقب سلامت	هر ۳۰۰۰ نفر	۳۹۰	۱۴۰	۲۵۰
۵	مراقب سلامت ماما	هر ۳۰۰۰ نفر	۳۹۰	۱۵۳	۲۳۷
۶	کارشناس فنی ناظر	هر ۲۰۰۰۰ نفر	۵۹	۲۴	۳۵
۷	کارشناس تغذیه	هر ۲۰۰۰۰ نفر	۵۹	۱۰	۴۹
۸	کارشناس سلامت روان	هر ۲۰۰۰۰ نفر	۵۹	۱۷	۴۲
۹	کارشناس محیط و حرفه ای	هر ۳۰۰ واحد صنفی یا صنعتی	۱۳۴	۸۱	۵۳
۱۰	پذیرش	به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی	۴۸	۱۹	۲۹

با تشکر از حسین توجه شما

