



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## دستور عمل برنامه

«پزشکی خانواده و نظام ارجاع»  
در مناطق شهری



پزشک خانواده

نسخه ۰۳

اللَّهُ أَكْبَرُ







## فهرست مطالب

### فصل اول: کلیات

مقدمه

تاریخچه

الزامات قانونی و تکالیف

چشم انداز

اهداف کلان

استراتژیهای کلان

اهداف اختصاصی

استراتژیهای اجرایی

### فصل دوم: واژه نامه

تعاریف

### فصل سوم: سازماندهی

ساختار سیاست گذاری و برنامه ریزی

واحدهای ارایه خدمت

مرکز خدمات جامع سلامت

پایگاه پزشکی خانواده

نیروی انسانی، شرح وظایف و شرایط احراز

### فصل چهارم: روش اجرا

بسته خدمت

فرآیند ارایه خدمت و نظام ارجاع

مدیریت اطلاعات سلامت

### فصل پنجم: تامین مالی

نظام تامین منابع

نظام پرداخت

### فصل ششم: پایش

نظام پایش و ارزشیابی

### فصل هفتم: پیوست ها و ضمیمه

۱) بسته فرهنگی و اجتماعی

۲) بسته خدمات جامع سلامت (سطح یک)

۳) بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان

## فصل اول: کلیات

## پیشگفتار

سلامت حقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را از مهم‌ترین وظایف خود می‌دانند.

اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت تامین، حفظ و ارتقای سلامت می باشد، ولی علاوه بر این وظایف، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد، از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین، محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری.

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

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

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

طبق قوانین و مقررات جاری، گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده است، به طوری که در قانون برنامه پنجم و ششم توسعه، اجرای برنامه پزشک خانواده برای تمام مردم شریف ایران، از تکالیف مهم بخش سلامت است.

بی‌تردید برای انجام چنین اقدام مهمی همراهی تمام اجزای نظام سلامت به خصوص سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از ضرورت تام برخوردار است. خوشبختانه در این مقطع از زمان همراهی فوق با مدیریت هماهنگ و هدفمند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در عالی‌ترین سطح خود و حول محور سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و قانون برنامه ششم توسعه کشور، شکل گرفته و نتیجه این تعامل و همکاری، تهیه دستورعمل حاضر بوده که امید است به یاری ایزد متعال و همکاری تمام دست‌اندرکاران نظام سلامت از سطح ستاد تا محیطی‌ترین واحدها و به ویژه پزشکان و تیم سلامت بتوانیم این برنامه ارزشمند و تکلیف قانونی را به نحو احسن اجرا کرده و بدین ترتیب گامی جدی در حل مشکلات و نارسائی‌هایی موجود برداریم.

برخود لازم می‌دانیم از تمام عزیزانی که با تلاش‌ها و تعاملات سازنده خود موجب شکل‌گیری این دستورعمل شده و زمینه را برای اجرای قانون فراهم کرده‌اند، سپاسگزاریم.



**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 کشور خود نام می برند و حکومت ها، حفظ و ارتقای آن را جزو مهمترین وظایف خود محسوب می کنند. اکنون، سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم و مسوولان قلمداد می شود. اگرچه وظیفه اصلی هر نظام سلامت تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم است، می توان وظایف دیگری را نیز برای نظام های سلامت برشمرد از جمله: افزایش امید زندگی سالم، پاسخدهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه های مرفه و نیازمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین حفاظت مالی در برابر هزینه های بیماری، توجه و مراقبت نسبت به سالخوردگی جمعیت و تبعات آن.

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

جامعه ای آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه ای است که می بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسوول و پاسخگو که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، باید اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان ها و نهادها، رویکرد سلامت را در همه سیاست ها اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره مندی مردم از مراقبت های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی بر اساس آموزه های دینی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت های سلامت بهره مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره مندی حداکثری از کلیه ظرفیت های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش های ذینفع)، علم و فناوری به روز، مناسب ترین تصمیم ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام بخش برای سایر کشورها می باشد.

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

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

## تاریخچه اجرای پزشکی خانواده:

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

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

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

در ادامه تیم کارشناسی و مدیریتی برنامه با بررسی مشکلات موجود و نتایج حاصل از اجرای نسخه ۰۱ برنامه در شهرهای منتخب سه استان مجری چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان در شهریور ماه سال ۱۳۹۰ اقدام به 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) گرایش پزشک خانواده کرده و از این طریق پزشکان خانواده مورد نیاز در شهرهای بزرگ غیردانشگاهی را تامین نماید.

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

### الزامات قانونی:

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

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

ماده ۹۰ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود باید سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت (که در آن زمان بیش از ۵۵ درصد بود) به حداکثر ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندکشان هزینه‌های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می‌شد به ۱ درصد تقلیل یابد.

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

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

بند ۱۶ سیاست‌های کلی برنامه پنج ساله هفتم توسعه با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت که در آن با افزایش نرخ باروری و موالید به حداقل ۲ و نیم طی پنج سال با حمایت همه‌جانبه از فرزندآوری و رفع موانع و ایجاد مشوق‌های مؤثر و اصلاح فرهنگی تأکید شده است.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تکالیف قانونی آن که مرتبط با نظام سطح‌بندی خدمات و شبکه است (پیشگیری و درمان ناباروری، پیشگیری از سقط جنین، ترویج و افزایش زایمان طبیعی و ...)

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

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

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

بند 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 بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق

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

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

### چشم انداز:

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

### هدف کلان:

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و 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

### الزامات 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 هیات 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 کلیه ظرفیتهای موجود
- الزام به تعهد به تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی ترین شرط پیاده سازی برنامه
- تقویت و توسعه همکاریهای بین بخشی، مشارکت مردمی و خانواده محوری در تمامی فعالیت ها و برنامه ها و استفاده مناسب از ظرفیتهای در اجرای برنامه در سطوح مختلف حوزه حکمرانی

### 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 کلی 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 ارایه 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 ارایه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال
- افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان ۱۰۰ درصد
- ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامه پزشکی خانواده به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان سال اول
- ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات در سطوح مختلف ارایه خدمت به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال

### راهبردهای اجرایی:

- فرهنگ سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، ایجاد تعهد در مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره گیری از کلیه ظرفیتهای موجود
- برنامه ریزی جهت تامین منابع مورد نیاز به منظور لحاظ نمودن در بودجه سالانه در مجلس شورای اسلامی و تعیین ضمانت اجرایی در تخصیص به موقع و کامل منابع مصوب
- اصلاح و به روز رسانی بسته خدمات سلامت وزارت بهداشت و الزامات و ساز و کارهای اجرایی آن
- فرهنگ سازی در جهت افزایش فرزندخواهی و فرزندآوری
- الزام واحدهای 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
- برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارایه خدمت

## فصل دوم: واژه‌نامه

## ۱- نظام سلامت

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

## ۲- شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

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

## ۳- پزشکی خانواده

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

## ۴- پزشک خانواده

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

## ۵- تیم سلامت

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



## ۶- بسته خدمات سلامت (Health Services Package)

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

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

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

## ۷- نظام مراقبت

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

## ۸- شیوه های پرداخت به ارایه کنندگان خدمات

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

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

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

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

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

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

### ۹- خدمات سلامت :

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

### ۱۰- سطح بندی خدمات

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

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

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

پایگاه‌های سلامت/ پایگاه‌های پزشکی خانواده به طور معمول در جایی با بیشترین دسترسی به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین سطح تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد.

مرکز خدمات جامع سلامت، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت‌ها و بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، ناباروری و سقط جنین، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه‌ای از پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه‌های تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارایه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

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

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

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

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

## ۱۱- پرونده الکترونیک سلامت

پرونده الکترونیک سلامت در برگزیده پرونده خانوار میباشد که مبتنی بر شماره ملی است و برای هر فرد تشکیل میشود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت میگردد. با استفاده از رمز عبور و الزامات و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، اعضای تیم سلامت و سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد. ثبت اطلاعات مرتبط با سلامت خانواده در سطح یک صرفاً در پرونده‌های الکترونیک سلامت تایید شده مجاز بوده و سایر سامانه‌های مجاز نظیر سامانه‌های ماده ۵۴ قانون جوانی جمعیت و ... صرفاً از طریق تبادل داده با سامانه پرونده الکترونیک سلامت میتوانند برابر با ضوابط به اطلاعات سلامت افراد و خانوار دسترسی داشته باشند.

## ۱۲- خدمات سلامتی اورژانس

وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی است:

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

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

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

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

### ۱۳- مشاوره تلفنی :

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

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

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

### ۱۵- پایگاه پزشکی خانواده : واحد ارایه کننده خدمت اعم از دولتی یا خصوصی که با حضور پزشک خانواده و مراقب

سلامت و منشی به جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت ارایه می‌دهد.

### ۱۶- مرکز خدمات جامع سلامت: مرکزی مستقر در منطقه شهری هستند که دارای سه بخش فعال می‌باشند:

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

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

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

- 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.

### ۱۷- سرانه جمعیت: مبلغ محاسبه شده برای ارایه کلیه خدمات تعریف شده سطح یک، دو و سه در برنامه پزشکی خانواده

به ازای هر فرد اطلاق می‌شود.

### ۱۸- سرانه سطح یک: بخشی از سرانه جمعیت است که به منظور ارایه خدمات پیشگیری، مراقبتی و درمانی سطح یک

اختصاص می‌یابد.

### ۱۹- سرانه تیم پزشکی خانواده: بخشی از سرانه سطح یک است که به منظور ارایه خدمات پزشک و مراقب سلامت در

پایگاه پزشکی خانواده اختصاص می‌یابد.

### ۲۰- نظام ارجاع: مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح دو گانه، برای دریافت خدمات

مورد نیاز به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین میکند. این نظام از ارجاع بیمار با ذکر شرح حال بیماری و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته در سطح یک شروع و با انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارایه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده (بازخوراند ارجاع) در بستر سامانه های الکترونیک پایان می‌یابد. اطلاعات بازخوراند باید

شامل تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که حیثاً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار باشد.

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

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

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

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

**۲۵- فرانشیز:** بخشی از هزینه های خدمات درمانی، که توسط بیمار به واحد ارایه کننده خدمت، پرداخت میشود.

**۲۶- پایگاه تجمعی:** پایگاهی است متشکل از چند تیم پزشکی خانواده که در یک مکان واحد به ارایه خدمت می‌پردازند.

**۲۷- مراقب سلامت:** فردی است که همراه پزشک خانواده در پایگاه پزشکی خانواده حضور دارد و ارایه بخشی از خدمات بسته مراقبتی و درمانی بر عهده وی می‌باشد. این فرد دانش آموخته رشته‌های 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، می‌تواند مشغول به کار شود.

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

**۲۹- مشاوره درمانی:** استفاده و بهره‌گیری پزشک خانواده از نقطه نظرات و ایده‌های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است. برای مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی‌شود و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل شود.

**۳۰- مشاوره پزشکی اجتماعی:** مواقعی است که به منظور بهبود شاخص‌های 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 می‌کند. این مشکلات می‌تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه‌ای و اصلاح شیوه‌های زندگی برای ارتقای شاخص‌های سلامتی، به‌سازی منابع آب، پژوهش‌های کاربردی و... باشد.

**۳۱- محله، محدوده دسترسی :**

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

محدوده دسترسی به پزشک خانواده: هر فرد می تواند پزشک خانواده خود را ترجیحا از بین پزشکانی که در نزدیکی محل زندگی یا کار آنها مستقر هستند، انتخاب کند .

محدوده دسترسی به خدمات سطح دو : معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دستورعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو می باشد را طراحی و ارایه خواهد کرد

**۳۲- جمعیت تحت پوشش:**

افرادى که نزد پزشک خانواده (در قالب خانوار) ثبت نام می‌کنند. جمعیت تحت پوشش وی به حساب می‌آیند. تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک را ستاد اجرایی استان با مجوز ستاد اجرایی کشور تعیین میکند.

**۳۳- نقشه ارجاع:**

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

**۳۴- کلینیک تخصصی:**

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

**۳۵- برونسپاری :**

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

**۳۶- دفاتر ارایه خدمات پزشکی و پیراپزشکی:**

واحدهای ارایه خدمات تشخیصی و درمانی بخش غیر دولتی بوده که در صورت نیاز از طریق ارجاع پزشک خانواده خدمات مورد تعهد سازمانهای بیمه پایه به بیماران ارایه میدهند. (شنوایی

سنجی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...)

## فصل سوم: ساختار و سازماندهی

## ساختارهای مدیریت

در اجرای برنامه فوق به شرح زیر خواهد بود:

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



## ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

اعضای آن به شرح زیر می باشد :

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

### وظایف ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

- سیاستگذاری و تعیین راهبردهای مورد نیاز در اجرای برنامه (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
- تعیین راهکارهای مناسب به منظور تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه
- نظارت بر عملکرد سازمانهای ذیربط و ستادهای استانی و شهرستانی در اجرای برنامه با تشکیل کمیته های نظارتی
- جلب حمایتهای مورد نیاز قانونی و مدیریتی
- تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی

### ستاد هماهنگی کشوری ( قرارگاه پزشکی خانواده):

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

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

### اعضای ستاد هماهنگی کشوری ( قرارگاه پزشکی خانواده):

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

### ستاد اجرایی کشوری:

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

**وظایف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:**

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

**اعضای ستاد اجرایی کشوری:**

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

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

### کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

- مدیر دفتر آموزش و ارتقاء سلامت: رئیس
- رئیس مرکز روابط عمومی: دبیر
- مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت
- رئیس شورای سیاست گذاری صدا و سیما
- معاون مطبوعات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- نماینده مجمع خیرین سلامت
- مدیر روابط عمومی نظام پزشکی
- مدیر کل دفتر جوانی جمعیت
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- رییس گروه پزشکی خانواده

### کمیته آمار و فناوری اطلاعات

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

### کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

- مدیر کل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت: رئیس
- معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- مشاور اجرایی معاون بهداشت
- مدیرکل بودجه بیمه سلامت
- مدیرکل درمان غیر مستقیم سازمان تامین اجتماعی
- مشاور معاون درمان در بودجه و اعتبارات
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
- معاون مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

**کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی**

- مدیر کل منابع انسانی: رئیس
- رئیس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- دبیر شورایی عالی برنامه ریزی علوم پزشکی معاونت آموزشی
- معاون مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- معاون آموزشی سازمان نظام پزشکی
- دبیر برد تخصصی پزشکی خانواده معاونت آموزشی
- مدیر کل دفتر جوانی جمعیت

**کمیته پایش و نظارت**

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

**کمیته نظام ارجاع**

- رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی : رئیس
- رئیس گروه پزشک خانواده : دبیر
- معاون مرکز آمار و فناوری اطلاعات
- نماینده سازمان نظام پزشکی
- رئیس گروه فناوری و آمار مرکز مدیریت شبکه
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- نماینده بیمه سلامت
- نماینده سازمان تامین اجتماعی
- مشاور فنی معاونت درمان
- رئیس گروه سطح بندی و تعالی خدمات بالینی
- معاون فنی دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
- معاون فنی مرکز نظارت و اعتباربخشی
- معاون فنی مرکز مدیریت پیوند و بیماری ها
- معاون فنی آزمایشگاه مرجع سلامت
- نماینده سازمان غذا و دارو
- معاون فنی دبیرخانه شورایی عالی بیمه سلامت

### کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات

- معاون بهداشت : رئیس
- رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت : دبیر
- مدیران کل دفاتر و مراکز معاونت بهداشت
- مدیرکل مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- مدیر گروه آمار و فناوری اطلاعات

### شرح وظایف کمیته ها:

#### کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی

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

#### کمیته آمار و فناوری اطلاعات

- برنامه ریزی در جهت تامین زیرساخت و مدیریت نگهداشت(سخت افزار و نرم افزار)
- تحلیل داده ها و گزارش های ثبت شده در سامانه ها و گزارش های واصله از کمیته های متناظر استانی
- ارائه گزارش های مورد نیاز به ستاد اجرایی
- پشتیبانی فنی دانشگاه ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه های سطح یک و دو
- بررسی عملکرد دانشگاه ها/ دانشکده در خصوص شاخص های عملکردی و ارائه اطلاعات به دانشگاه ها و کمیته پایش و ارزشیابی
- برنامه ریزی در جهت پاسخ گویی به نیازهای دفاتر و مراکز فنی ستاد وزارت از طریق سامانه های مرتبط
- پیگیری مستمر در جهت اجرای تکالیف برنامه عملیاتی اجرای دستورعمل پزشکی خانواده

### کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

- برآورد منطقی منابع اعتباری مورد نیاز بر اساس شواهد و مستندات
- تامین نیروی انسانی مورد نیاز از طریق مجوزهای استخدام، تبدیل وضعیت نیروهای موجود و خرید خدمت
- ترسیم فرآیند اجرایی، نشان دار نمودن و تخصیص به موقع و کامل منابع
- تامین اعتبارات اجرای طرح از محل منابع پایدار
- برنامه ریزی در خصوص بازنگری و اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- فراهم سازی زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری ارایه خدمات

### کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

- تهیه و تدوین محتوای آموزشی در سطوح مختلف متناسب با بسته های خدمتی به تفکیک ارایه دهندگان خدمات
- برنامه ریزی آموزشی برای مدیران اجرایی دانشگاه ها
- برنامه ریزی آموزشی برای ارایه دهندگان خدمات (نیروهای جدیدالورود و بازآموزی مداوم نیروهای موجود)

### وظایف کمیته پایش و نظارت کشوری

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

### کمیته نظام ارجاع

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

## ستاد هماهنگی استان

ستاد هماهنگی در سطح استان با ترکیب استاندار (رئیس ستاد)، معاون سیاسی امنیتی استاندار (جانشین رئیس ستاد)، رئیس مجمع نمایندگان مجلس شورای اسلامی استان، رئیس دانشگاه (دبیر ستاد)، معاونین بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان، غذا و دارو و توسعه دانشگاه، مدیرکل بیمه سلامت استان، رئیس اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان، رئیس نظام پزشکی استان، رئیس سازمان صدا و سیما استان، رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان، مدیر درمان تأمین اجتماعی خواهد بود.

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

وظایف ستاد هماهنگی استان شامل موارد زیر است:

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

## ستاد اجرایی استان

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

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



۱۵. نماینده پزشکان خانواده استان

۱۶. نماینده مراقبین سلامت استان

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

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

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

### **کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی**

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

### **کمیته آمار و فناوری اطلاعات**

- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه: رئیس
- رئیس گروه فناوری اطلاعات معاونت بهداشت: دبیر
- رئیس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان دانشگاه
- رئیس اداره آمار و فناوری اطلاعات اداره کل بیمه سلامت استان
- رییس اداره فناوری اطلاعات سازمان تامین اجتماعی استان

### **کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع**

- معاون توسعه و مدیریت منابع انسانی دانشگاه: رئیس
- معاون اجرایی معاونت بهداشت: دبیر
- نماینده سازمان برنامه و بودجه
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان

- رئیس اداره بیمه گری و درآمد بیمه سلامت استان
- مدیر درمان سازمان تامین اجتماعی
- مدیر اقتصاد سلامت معاونت درمان
- رئیس کمیته همسویی سازمانهای بیمه گر

### **کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی**

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

### **کمیته نظام ارجاع**

- معاون درمان دانشگاه: رییس
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت : دبیر
- مدیر تعالی بالینی معاونت درمان
- نماینده سازمان نظام پزشکی
- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
- رئیس گروه فناوری معاونت بهداشت
- رئیس اداره سلامت عمومی بیمه سلامت استان
- نماینده سازمان تامین اجتماعی استان

### **کمیته پایش و نظارت**

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

## شرح وظایف کمیته های استانی:

### کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی

- فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و توانمند سازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
- بهره مندی از رسانه های ارتباط جمعی (شبکه های اجتماعی، صدا و سیما 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

### کمیته آمار و فناوری اطلاعات

- تامین زیرساخت و مدیریت نگهداشت (سخت افزار و نرم افزار)
- تحلیل داده ها و گزارش های ثبت شده در سامانه ها و گزارش های واصله از کمیته های متناظر شهرستانی
- ارایه گزارش های مورد نیاز به ستاد اجرایی کشوری و استان
- پشتیبانی فنی شهرستان ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه های سطح یک و دو
- بررسی عملکرد شبکه ها/ مراکز بهداشت شهرستان/ بیمارستان ها در خصوص شاخص های عملکردی و ارایه اطلاعات به شهرستان ها (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 دستورعمل پزشکی خانواده
- تعیین و محاسبه شاخص های ارزیابی عملکرد

### کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

- پیگیری منابع اعتباری مورد نیاز با ارایه شواهد و مستندات
- پیگیری تامین 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 ارایه خدمات

### کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

- تامین و تهیه محتواهای آموزشی در سطوح مختلف متناسب با بسته های خدمتی به تفکیک ارایه 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 ارایه دهندگان خدمات (نیروهای جدیدالورود و بازآموزی مداوم نیروهای موجود)

### کمیته نظام ارجاع

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

### **کمیته پایش و نظارت:**

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

## ستاد اجرایی شهرستان

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

## کمیته های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آنها:

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

## کمیته آموزشی، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

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

## کمیته آمار و فناوری اطلاعات

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

## کمیته پشتیبانی و نیروی انسانی

- 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)

## کمیته پایش و نظارت

- اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت استانی
- پشتیبانی و تامین منابع مورد نیاز پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت

- دیده بانی شاخص های شهرستانی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- ساماندهی تیم های پایش و نظارت شهرستانی
- برنامه ریزی برای توانمندسازی تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- نظارت بر عملکرد تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- تهیه و ارایه گزارش برای ستاد اجرایی شهرستانی پزشک خانواده
- بررسی اولیه شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
- طراحی مداخلات لازم جهت رفع نواقص تا حصول نتیجه

### کمیته نظام ارجاع

- تهیه نقشه ارجاع از واحدهای محیطی ارایه خدمات ( مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی) تا سطوح ارایه خدمات تخصصی دو و سه و ابلاغ به واحدهای ارایه خدمات بیمارستان ها و نظارت بر اجرای آن
- اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت دهی، هدایت بیمار، ارایه خدمات، ارایه بازخورد
- نظارت بر اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت دهی، هدایت بیمار، ارایه خدمات، ارایه بازخورد
- اجرای نظام انگیزشی ارایه دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرآیندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
- تحلیل داده های مرتبط با نظام ارجاع و ارایه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
- بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش های آن از طریق هماهنگی با کمیته فناوری اطلاعات

**تبصره:** وجود ستادهای فوق، نافی وظایف هر یک از ارگانهای مسئول در اجرای برنامه نبوده و هر ارگان موظف است در سطح ملی، استانی و شهرستانی وظایف ذاتی خود را برابر مقررات و مصوبات این دستورعمل هماهنگ با سایر دستگاهها به انجام رساند. ستاد اجرایی کشوری حسب ضرورت میتواند وظایف ستادهای استانی و شهرستانی را اصلاح و تکمیل کند.

## واحدهای ارائه خدمت

- ۱- مرکز خدمات جامع سلامت
- ۲- پایگاه پزشکی خانواده
- ۳- کلینیک تخصصی
- ۴- بیمارستان

### ۱- مرکز خدمات جامع سلامت:

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

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

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

#### وظایف مرکز خدمات جامع سلامت عبارت است از:

##### الف: خدمات مدیریتی

- (۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- (۲) بازرگری، سرشماری و شناسایی منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت (گروه‌های هدف)، اماکن، کارگاه‌ها 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) پایش شاخص‌های جمعیتی منطقه (میزان TFR، ناباروری، زایمان طبیعی، سقط جنین، تک فرزندی، ...) و ارائه منظم آن به مرکز بهداشت شهرستان
- (۶) تدوین راهکارهای بومی برای حل مشکلات باروری منطقه و فرزندآوری با تاکید بر کاهش مهاجرت از مناطق روستایی و مرزی
- (۷) ارزیابی وضعیت سقط جنین (عمدی، خود به خودی) در جمعیت تحت پوشش و برنامه ریزی جهت اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
- (۸) ارزیابی وضعیت ناباروری در منطقه و راهکارهای پیشگیری، ارجاع جهت تشخیص به هنگام و درمان

۹) نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل ها و ابلاغیه های مرتبط با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مانند ارایه مشاوره فعال فرزندآوری، ممنوعیت ارایه رایگان اقلام جلوگیری از بارداری و توبکتومی، ممنوعیت انجام واکتومی، ممنوعیت ارایه مشاوره غربالگری ناهنجاری جنین و....)

- ۱۰) مدیریت بر الزامات پرونده سلامت الکترونیک و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- ۱۱) بررسی و تحلیل دوره ای داده های حاصل از ارایه خدمات و فعالیت های انجام و ثبت شده در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت تحت پوشش و طراحی مداخلات مورد نیاز
- ۱۲) تشکیل هیات امنای سلامت منطقه به منظور برنامه ریزی برای حل مشکلات سلامت منطقه (محل محوری) از راه جلب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی و هماهنگی های درون بخشی
- ۱۳) مدیریت فرآیند ارجاع (در سطوح مختلف)، پسخوراند و پیگیری های مورد نیاز خدمات تیم سلامت ( پایگاه های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل ها، ضروری است داشبورد مدیریت ارجاع در میزکار مسئول فنی مرکز قرار گیرد.
- ۱۴) همکاری در اجرای پروژه های تحقیقاتی
- ۱۵) همکاری در آموزش علوم پزشکی جامعه نگر ( نحوه فعالیت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی حسب تفاهم نامه ابلاغی اجرایی شود).
- ۱۶) مدیریت و نظارت بر جذب سفیران و رابطین سلامت در جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده، آموزش این افراد حسب ضرورت و نیاز پایگاه
- ۱۷) آموزش و توانمندسازی مستمر ارایه دهندگان خدمات
- ۱۸) شناسایی خیرین سلامت در منطقه جغرافیایی تحت پوشش به منظور هماهنگی و برنامه ریزی در بهره گیری از ظرفیت ایشان توسط مدیریت شهرستان
- ۱۹) پایش، نظارت و ارزیابی عملکرد خدمات تیم سلامت ( پایگاه های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل ها و چک لیست های موجود
- ۲۰) پایش، نظارت و ارزیابی فضای فیزیکی، تجهیزات و مکمل ها ( حسب مورد واکسن ) در پایگاه های پزشکی خانواده براساس دستورالعمل ها
- ۲۱) بهبود کیفیت و ارتقای مستمر فرآیندها در واحدهای تحت پوشش

### ب: خدمات سلامت

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



## ۲- پایگاه پزشکی خانواده:

پایگاه پزشکی خانواده محیطی ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت است که به ازای هر ۳۰۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر تشکیل شده و واجد استانداردهای لازم برای ارائه خدمات سطح یک می باشد و در سه شکل زیر فعالیت می نمایند:

- ۱) خصوصی (مطب بخش خصوصی)
- ۲) دولتی (پایگاه های ضمیمه و غیر ضمیمه 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 (الزاما یک نفر از مراقبین کارشناس مامایی می باشد).
  - ۳) منشی
- شرح وظایف و فرآیندهای ارائه خدمات در فصل شرح وظایف اشاره شده است.

## شرح وظایف اعضای تیم سلامت

### شرح وظایف مراقب سلامت / مراقب سلامت ماما در تیم پزشکی خانواده

- ۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس و از نظر داده های جمعیتی منطقه نظیر میزان مولید، میزان ازدواج و طلاق، میزان مهاجرت و ...
- ۳) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
- ۴) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
- ۵) تشکیل پرونده سلامت الکترونیک براساس شرح خدمات
- ۶) ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس بسته های خدمتی
- ۷) انجام واکسیناسیون روتین کشوری به جمعیت هدف
- ۸) رعایت زنجیره سرما
- ۹) شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
- ۱۰) آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه ها و دستورعمل های ابلاغی
- ۱۱) مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف (حضور / تلفنی)
- ۱۲) در صورت نیاز ، ارجاع مراجعه کننده به پزشک خانواده و کارشناسان مرکز و ارائه خدمات مورد نیاز برای وی براساس پس خوراند دریافتی از پزشک ، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه
- ۱۳) پیگیری موارد ارجاع شده به متخصصین
- ۱۴) ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرمها، دستورعمل ها و تکالیف محوله
- ۱۵) درخواست به موقع کالیبراسیون تجهیزات
- ۱۶) غربالگری افراد براساس شرح خدمات پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر (حضور / تلفنی)
- ۱۷) انجام تزریقات و پانسمان زیر نظر پزشک

- ۱۸) اجرای کلیه دستورعمل های ابلاغی مربوط به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
- آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش ناباروری، ارائه خدمات تشخیص به هنگام ناباروری
  - آموزش، مشاوره و حمایت در جهت کاهش سقط عمدی جنین
  - اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
  - آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی
  - ارائه مشاوره فعال فرزندآوری
  - ارائه مشاوره و ترغیب به ازدواج به هنگام و آسان
- ۱۹) پیگیری موارد ارجاع شده به پزشک/کارشناس سلامت روان، تغذیه برای انجام مراقبت های بعدی
- ۲۰) شناسایی مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر ۵ سال نیازمند حمایت تغذیه ای و بهداشتی
- ۲۱) شناسایی گروه های هدف برنامه های حمایتی
- ۲۲) هماهنگی و همکاری در اجرای مناسبت های خاص بهداشتی
- ۲۳) توانمندسازی مردم و داوطلبین سلامت (سفیران، رابطین) در برنامه ملی خودمراقبتی
- ۲۴) شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت
- ۲۵) در صورتی که مراقب سلامت دانش آموخته رشته مامایی نباشد کلیه تکالیف بسته خدمتی مادران باید توسط پزشک (زن) انجام شود.

### شرح وظایف کارشناس تغذیه در تیم سلامت

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ۳) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود بیماری های غیرواگیر و واگیر شایع در منطقه همچون چاقی، دیابت، پرفشاری خون، اختلالات چربی خون، سل و ... و شیوع آنها در منطقه و مقایسه با شاخص های دانشگاهی
- ۴) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کوتاه قدی، کم خونی، کمبود مصرف منابع کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن، نمک و چربی و ...)
- ۵) تدوین برنامه عملیاتی سالانه با همکاری کارشناس تغذیه ستاد شهرستان در راستای برنامه عملیاتی دانشگاه
- ۶) تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه و اجرای آن
- ۷) اندازه گیری شاخص های آنترپومتریک مراجعین و کنترل شاخص های مراقب
- ۸) ارزیابی تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
- ۹) ارزیابی امنیت غذایی
- ۱۰) اقدام به آموزش چهره به چهره و ثبت توضیحات در پرونده الکترونیک
- ۱۱) مشاوره تغذیه، تنظیم و ثبت برنامه غذایی در پرونده الکترونیک
- ۱۲) پیگیری مراقبتهای تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
- ۱۳) تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن، زینک، کلسیم و ...) در موارد لزوم برای گروه های خاص
- ۱۴) اجرای برنامه ها مطابق با بسته خدمت ابلاغی در موضوعات مربوطه
- ۱۵) اجرای برنامه های آموزش گروهی هدفمند برای مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت

- ۱۶) نظارت بر اجرای برنامه حمایت تغذیه ای گروه های آسیب پذیر و ارایه سبدهای غذایی حمایتی
- ۱۷) مشاوره و پیگیری وضعیت تغذیه بیماران با بیماری های فشار خون بالا، پیش فشار خون بالا، دیابت و پیش دیابت، اختلالات چربی خون، اضافه وزن و چاقی، سوء تغذیه، آنمی، کرونا و سایر موارد ارجاعی با درج در پرونده الکترونیک و ارایه پس خوراند
- ۱۸) نظارت بر اجرای آموزش و مکمل یاری و پایگاه های تغذیه سالم مدارس و تغذیه مهدهای کودک در منطقه تحت پوشش
- ۱۹) مشارکت در برنامه های آموزشی تغذیه مدارس
- ۲۰) مشارکت در فعالیتهای اجتماع محور (حمایت های تغذیه ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره ها، مشارکت در برگزاری مناسبت های مختلف و..)
- ۲۱) مشارکت در برنامه های آموزشی و آموزش تغذیه در فرهنگسرای محله، مساجد، ادارات و ..
- ۲۲) نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با تغذیه در پایگاه های پزشک خانواده تحت پوشش
- ۲۳) جلب همکاری های درون بخشی و برون بخشی، سازمان های حمایتی و خیرین ملی و محلی در اجرای برنامه های جامعه محور به منظور اجرای مداخلات تغذیه ای و بهبود وضعیت تغذیه ای جامعه تحت پوشش با تاکید بر گروه های آسیب پذیر
- ۲۴) تسلط بر شاخص های تغذیه ای منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر بلبورد اتاق
- ۲۵) همکاری با کارشناس تغذیه ستاد شهرستان برای آموزش تغذیه به مراقبین سلامت و پزشک خانواده
- ۲۶) نظارت بر ارایه مراقبت های تغذیه ای مراقب سلامت و ارجاع موارد نیازمند مشاوره تغذیه از سوی پزشک خانواده و مراقبین سلامت
- ۲۷) شرکت در برنامه های بازآموزی برنامه ریزی شده توسط ستاد دانشگاه
- ۲۸) تعامل و همکاری با پزشک خانواده، کارشناس سلامت روان و مراقبین سلامت در اجرای برنامه های مشترک در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه های پزشکی خانواده

### شرح وظایف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ۳) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش (مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خشونت خانگی، کودک آزاری و....) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
- ۴) شناسایی خانواده های آسیب پذیر (خانواده هایی که در آن سرپرست خانواده زندانی، معلول شدید جسمی یا روانی و...) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
- ۵) تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای اجتماعی شناسایی شده در منطقه در راستای سیاست های ابلاغ شده

- ۶) آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و
- ۷) مهارت های فرزندپروری و تقویت بنیان خانواده
- ۸) آموزش های روانشناختی در موارد ارجاع افراد مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (افسردگی و اضطراب) با تشخیص پزشک
- ۹) انجام مداخلات روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی با تشخیص پزشک
- ۱۰) پیگیری موارد ارجاع فوری افکار خودکشی برای مراجعه به پزشک
- ۱۱) ارائه مداخلات روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده از بیمارستان ها ارائه مداخلات روانشناسی برای بازماندگان خودکشی آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- ۱۲) آموزش مهارت های فرزندپروری با تاکید و تمرکز بر فواید تعدد فرزند و معایب و آسیب های تک و دو فرزندی
- ۱۳) آموزش مهارت های ارتباطی زوجین و تقویت بنیان خانواده
- ۱۴) غربالگری تکمیلی در افراد شناسایی شده با مصرف مواد، دخانیات و الکل
- ۱۵) غربالگری تکمیلی در افراد با عوامل خطر سلامت اجتماعی
- ۱۶) انجام مداخلات مختصر روانشناختی در مصرف کنندگان مواد، دخانیات و الکل و پیگیری آنها بر اساس بسته خدمتی ابلاغی
- ۱۷) آموزش های همگانی پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات و کاهش آسیب آن در مدارس، محیط های کاری و فرهنگی و ورزشی
- ۱۸) ارائه آموزش های فردی/گروهی به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
- ۱۹) عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
- ۲۰) ارائه حمایت های روانی - اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به بزرگسالان
- ۲۱) ارائه حمایت های روانی اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به کودکان
- ۲۲) نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با غربالگری سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد در پایگاه های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲۳) قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه های پزشکی خانواده تحت پوشش و ارائه پس خوراند
- ۲۴) ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک خانواده و ارائه بازخورد به تیم سلامت
- ۲۵) همکاری با سازمان های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان
- ۲۶) انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی

### شرح وظایف پزشک در تیم پزشکی خانواده:

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش به تفکیک سن و جنس
- ۳) تحلیل اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش و شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر داده های جمعیتی منطقه نظیر میزان مولید، میزان ازدواج و طلاق، میزان مهاجرت و ...
- ۴) مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

- ۵) آموزش و همکاری در مداخلات ارتقای سلامت
- ۶) هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
- ۷) مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارایه خدمات سلامت
- ۸) ویزیت و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت، درمان سرپایی و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر مطابق دستورعمل نظام ارجاع
- ۹) پذیرش و ثبت موارد ارجاعی در پرونده الکترونیک سلامت و ارایه پس‌خوراند مناسب
- ۱۰) درمان اولیه و اقدام فوریت‌ها
- ۱۱) ارجاع مناسب و بموقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
- ۱۲) انجام اقدامات موردنیاز براساس پس‌خوراند
- ۱۳) ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارایه خدمات در مواقع بحران
- ۱۴) نظارت بر عملکرد مراقب سلامت
- ۱۵) مراقبت از بیماران براساس دستورعمل‌ها و بسته خدمت
  - آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش ناباروری، ارایه خدمات تشخیص به هنگام ناباروری
  - آموزش، مشاوره و حمایت در جهت کاهش سقط عمدی جنین
  - اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
  - آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی
  - ارایه مشاوره فعال فرزندآوری
  - ارایه مشاوره و ترغیب به ازدواج به هنگام و آسان
- ۱۶) برنامه ریزی و ارزشیابی مداخلات سلامت در جمعیت تحت پوشش
- ۱۷) الزام به شرکت فعال در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش علمی و فنی
- ۱۸) انجام معاینات سلامت شغلی به شاغلین ارجاع شده
- ۱۹) نظارت بر آموزشهای مربوط به گروههای هدف

### شرح وظایف کارشناس ناظر (کارشناس ناظر بر بیماری‌ها)

- ۱) طراحی و اجرای برنامه‌های نظارت و پایش پایگاههای پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲) همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
- ۳) پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای مورد نیاز و پیگیری تأمین مکملهای غذایی مورد نیاز پایگاه‌ها...)
- ۴) شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری بیماریهای واگیر
- ۵) آموزش و اطلاع‌رسانی به تیم پزشکی خانواده در موارد تماس
- ۶) رصد و پایش تمام آمارهای جمعیتی (نرخ باروری، زنان در سن باروری، میزان زایمان طبیعی، میزان سقط جنین، نرخ ناباروری و...) و ارجاع‌های ناباروری، عوامل محیطی و بومی کاهنده باروری و فرزندآوری

- ۷) بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریهای هدف در منطقه تحت پوشش
- ۸) جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماریهای هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
- ۹) نظارت و کنترل زنجیره سرما
- ۱۰) همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی خارج از مرکز (نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
- ۱۱) تهیه پس‌خوراند و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده در سطح پائین‌تر
- ۱۲) طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر
- ۱۳) همکاری با مراقبین سلامت در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزشی برای داوطلبین سلامت، جمعیت تحت پوشش و گروههای اجتماعی
- ۱۴) تسلط بر شاخص‌های سلامت منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه‌ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر بیلبورد اتاق
- ۱۵) هماهنگی درون بخشی و بین بخشی برای اجرای بهتر برنامه‌های سلامت
- ۱۶) جلب مشارکت مردم، تشکل‌های مردمی، نهاد‌های مدنی و افراد ذی‌نفوذ برای توسعه و ارایه خدمات مطلوب
- ۱۷) پیگیری مستمرمراقبت بیماران واگیردار هدف مهم مثل HIV/AIDS، سل، سرخک، CCHF و ...، اجرای وظایف محوله در رابطه با مراقبت بیماری در هنگام همه‌گیری‌ها
- ۱۸) شرکت فعالانه در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش فنی
- ۱۹) تهیه آمار و اطلاعات خدمات سلامت ارایه شده بر اساس سامانه الکترونیک و ارایه آن به مرکز بهداشت شهرستان
- ۲۰) همکاری با مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه و روان در پیگیری در خارج از محدوده فضای پایگاه یا مرکز
- ۲۱) انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

### شرح وظیفه مسوول پذیرش/منشی پایگاه پزشکی خانواده:

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

**شرح وظیفه نمونه گیر:**

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

**شرح وظایف کارشناس بهداشت محیط در تیم سلامت:**

- ۱) نظارت بر آب آشامیدنی
- ۲) نمونه برداری از آب شرب و ارسال آن برای انجام آزمایش‌های باکتریولوژیکی شیمیایی در مناطق تحت پوشش بر اساس استانداردهای ملی (۱۰۱۱-۴۲۰۸)
- ۳) مشارکت در اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی
- ۴) پیشگیری و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب
- ۵) بازرسی از سامانه‌های تامین آب آشامیدنی
- ۶) اقدامات بهداشت آب و فاضلاب در شرایط اضطرار و کنترل طغیان بیماری
- ۷) ارسال فوری گزارش‌های موارد نقص موجود در سامانه تأمین آب و موارد صفر و نامطلوب کلر سنجی و ارجاع موارد مرتبط به سطح بالاتر و پیگیری
- ۸) شناسایی و ارزیابی عوامل محیطی کاهنده باروری
- ۹) بررسی علت آلودگی آب و پیگیری موارد نامطلوب
- ۱۰) نظارت بر بهداشت آب استخرهای شنا و شناگاه‌های طبیعی
- ۱۱) نظارت بر بهداشت فاضلاب و مشارکت در برنامه ایمنی فاضلاب
- ۱۲) کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب
- ۱۳) مدیریت بهداشت هوا و کنترل و پیشگیری از آلودگی هوا
- ۱۴) ارائه خدمات مرتبط با تعیین بار بیماری‌های منتسب به آلودگی هوا
- ۱۵) نظارت و بهره برداری از ایستگاه‌های سنجش ذرات معلق با مالکیت وزارت بهداشت
- ۱۶) اجرای برنامه سازگاری سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم بر اساس آئین نامه مقابله با تغییرات اقلیم
- ۱۷) نظارت بر تهویه و کیفیت هوای داخل اماکن عمومی
- ۱۸) نظارت بر موتورخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی
- ۱۹) برگزاری هفته هوای پاک و مناسبت‌های مرتبط با آلودگی هوا در منطقه تحت پوشش
- ۲۰) همکاری و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی و فرهنگ سازی در زمینه اثرات آلودگی هوا بر سلامت انسان

- (۲۱) اجرای برنامه های مرتبط با ابتکارات جامعه محور
- (۲۲) کنترل ناقلین بیماری ها
- (۲۳) کنترل الاینده های محیطی سموم و کنترل محیطی عوامل بیولوژیک
- (۲۴) پیگیری اخبار و شکایات (۱۹۰) و فوریت های سلامت محیط و کار
- (۲۵) کنترل، نظارت و پیگیری عوامل محیطی در بلایا و شرایط اضطرار
- (۲۶) رسیدگی به شکایات بهداشتی و ارجاع شده از سامانه ۱۹۰ و مردمی
- (۲۷) نظارت و کنترل بهداشت پرتوها
- (۲۸) کنترل و نظارت بر وضعیت بهداشتی و حفاظت پرتویی مراکز پرتوپزشکی دولتی و خصوصی
- (۲۹) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با پرتوهای منتشره از دستگاه های پرتوپزشکی، وسایل ارتباطات الکترونیکی، سیستم های مولد نور، برق های فشار قوی، رادیوگرافی های غیرپزشکی و ...)
- (۳۰) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی های منتشره از فرکانس های رادیویی و ماهواره های تجاری و نظامی
- (۳۱) کنترل و نظارت بر کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی های منتشره از خطوط، تاسیسات و تجهیزات برق فشار قوی
- (۳۲) مواجهه عموم مردم با گاز رادیواکتیو رادون
- (۳۳) معرفی پرتوهای فرابنفش خورشیدی و چگونگی حفاظت در مقابل آن ها
- (۳۴) نظارت، بازرسی و پیشگیری از آلاینده های محیطی خاک
- (۳۵) نظارت و همکاری در کنترل برنامه های مدیریت پسماند عادی
- (۳۶) بازدید و کنترل ایستگاه های انتقال و مراکز دفع و دفن و انجام اقدامات مداخله ای
- (۳۷) بازرسی از وضعیت پسماندهای عادی از نظر تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و نگهداری موقت، تصفیه، دفع
- (۳۸) شناسایی نقاط بحرانی و خطر زا از نظر پسماند در منطقه تحت پوشش و اقدام فوری در شرایط خطر برای سلامت
- (۳۹) نظارت بر مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی از نظر تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل، نگهداری موقت و تصفیه، دفع و بی خطر سازی و انجام اقدامات مداخله ای
- (۴۰) بازرسی از بهداشت محیط بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی
- (۴۱) نظارت بر دستگاه های بی خطر سازی در بیمارستان ها
- (۴۲) همکاری در ارزیابی و پیگیری اجرای آب، بهسازی، مدیریت پسماند و تسهیلات، بهداشت دست در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
- (۴۳) مدیریت بهداشتی فاضلاب و تصفیه خانه های فاضلاب بیمارستانی و مراکز بهداشتی درمانی
- (۴۴) کنترل و نظارت بر برنامه تمیز کردن و گندزدایی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی (IPC) در راستای کنترل عفونت های بیمارستانی
- (۴۵) نظارت بر اجرای خود اظهاری بهداشتی بیمارستان و مراکز جراحی محدود
- (۴۶) تشدید و نظارت بهداشت محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی در مواجهه با اپیدمی ها
- (۴۷) همکاری در پروژه های ملی و منطقه ای مدیریت پسماند پزشکی حسب مورد در ارتقا وضعیت بهداشتی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
- (۴۸) کنترل و نظارت بر اجرای پروتکل های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با اپیدمی ها از جمله کووید-۱۹



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

### شرح وظایف کارشناس بهداشت حرفه ای در تیم سلامت:

- ۱) شناسایی کلیه کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای حوزه تحت پوشش
- ۲) تهیه برنامه زمانبندی بازرسی از کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای تحت پوشش
- ۳) بازرسی مستمر از کارگاهها و صنایع و بیمارستانها بر اساس یک برنامه بازرسی اولویت بندی شده بر مبنای درجه بندی ریسک خطر کارگاهها
- ۴) ثبت اطلاعات بازرسی های انجام شده در سامانه سامح
- ۵) انجام بازرسی های ویژه (حوادث شیمیایی، رسیدگی به شکایات، مشاغل سخت و زیان آور، نظارت بر تشکیلات بهداشت حرفه ای و ...) و ثبت اطلاعات آن در سامانه سامح
- ۶) انجام بازرسی در خارج از ساعات اداری و ثبت اطلاعات در سامانه سامح (طرح تشدید بازرسی کرونایی و غیر کرونایی)
- ۷) انجام پیگیریهای لازم برای رفع نواقص بهداشتی موجود بر اساس مقررات جهت صدور اعلام نواقص، خطاریه بهداشتی و معرفی به دادگاه
- ۸) ارجاع به سطوح بالاتر برای پیگرد قانونی کارفرمایان متخلف از موازین بهداشت حرفه ای
- ۹) تکمیل فرم بهداشت حرفه ای در فرم معاینات سلامت شغلی و ثبت در سامانه سامح
- ۱۰) تکمیل فرمهای غربالگری و سنجش صدا
- ۱۱) نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل صدا در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۲) نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و اصلاح روشنایی موضعی و عمومی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۳) نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل استرسهای حرارتی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۴) نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل پرتوها در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۵) نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی به ویژه آزبست، سیلیس، جیوه و سرب در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۶) نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیک در ایستگاههای کاری موجود و مداخلات و اصلاحات ارگونومیک انجام شده در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
- ۱۷) نظارت و پیگیری و اجرای اقدامات لازم در مورد نظام هماهنگ برچسب گذاری مواد شیمیایی
- ۱۸) شناسایی کارگاههای مشمول برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی بر اساس برنامه عملیاتی (جدول TPQ) و تهیه جدول فهرست برداری از کارگاه ها
- ۱۹) اجرای برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی و تکمیل چک لیستهای مربوطه قبل و بعد از وقوع رخدادهای شیمیایی و درس آموزی برای ارایه به سطوح مافوق و ثبت آن در سامانه سامح
- ۲۰) مشارکت در اجرای طرح تدوین پروفایل ایمنی شیمیایی درمورد مواد شیمیایی مورد مصرف در منطقه
- ۲۱) نظارت بر کاهش آلایندههای شیمیایی مخاطره آمیز آلایندههای شیمیایی در صنعت ریخته گری
- ۲۲) نظارت بر کنترل عوامل زیان آور شیمیایی بر اساس تکنیک های سلسله مراتبی کنترلی
- ۲۳) نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتورهای شغلی مطابق کتاب حدود مجاز مواجهه شغلی

- ۲۴) پیگیری اجرای خود اظهاری کارفرمایان و نظارت و ارزیابی چک لیست های خود اظهاری تکمیل شده و ارسال گزارش به سطح بالاتر
- ۲۵) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت قالببافان
- ۲۶) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت کشاورزان و اجرای آیین نامه بهداشت کشاورزی
- ۲۷) نظارت بر ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
- ۲۸) نظارت بر عملکرد کارشناسان بهداشت حرفه‌ای بیمارستانها و تکمیل چک لیست پایش واحد بهداشت حرفه‌ای و طب کار در بیمارستانها
- ۲۹) آموزش و توجیه دستورالعملها و آیین نامه های صادره از سطوح بالا و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مربوطه
- ۳۰) نظارت بر اجرای مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به برنامه بهداشت حرفه‌ای کارگران ساختمانی و پیگیری از شهرداری به منظور اجرای مقررات ملی ساختمان در حوزه بهداشت حرفه‌ای
- ۳۱) بازدید اولیه و پیگیری و تهیه گزارش عملکرد مدیران اجرایی در برنامه سلامت، ایمنی و بهداشت شاغلین پسماندها و اعلام نواقص به مدیران مربوطه و تعیین مهلت مقرر برای رفع نواقص
- ۳۲) ارجاع کارفرمایان متخلف در خصوص پسماندها به مراجع قضایی
- ۳۳) نظارت بر عملکرد شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای
- ۳۴) اعلام موارد نمونه برداری ها و سنجشهای در حال انجام در منطقه تحت پوشش (در بخش دولتی و خصوصی) به معاونت بهداشتی
- ۳۵) نظارت بر نمونه برداری، سنجش و سایر خدمات شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای با حضور در محل انجام کار شرکت و ثبت اطلاعات و ارائه گزارش به مرکز
- ۳۶) نظارت و پیگیری ثبت خدمات انجام شده توسط شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای در سامانه سامح
- ۳۷) مشارکت فعال با آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه در برنامه کنترل کیفیت خدمات تخصصی بهداشت حرفه‌ای
- ۳۸) انجام سنجشها و نمونه برداری در بررسی های آنی و مقدماتی با استفاده از کیت بازرسی بهداشت حرفه‌ای در هنگام بازرسی (حداقل ۱۰٪ کل بازدیدهای کارگاهی)
- ۳۹) تنظیم گزارش سنجشها و نظارت بر خدمات تخصصی منطقه و ارسال به آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه
- ۴۰) شناسایی کارگاههای مشمول تشکیلات بهداشت حرفه‌ای و انجام اقدامات و پیگیری های لازم به منظور ایجاد و توسعه این تشکیلات در این کارگاهها بر اساس بعد شاغلین آنها
- ۴۱) مشارکت با معاونت بهداشتی دانشگاه در اعزام بهگران و بهداشتیاران کار به دوره های آموزشی و بازآموزی مربوطه
- ۴۲) ارزشیابی، نظارت و ارائه گزارش عملکرد بهگران، بهداشتیاران کار و کارشناسان بهداشت حرفه‌ای شاغل در کارگاه ها و واحدهای شغلی به مرکز خدمات جامع سلامت/ مرکز بهداشت شهرستان
- ۴۳) نظارت بر تشکیل کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاههای مشمول و بیمارستانها
- ۴۴) آموزش چهره به چهره در زمینه بهداشت حرفه‌ای و سلامت شاغلین

- ۴۵) مشارکت فعال در برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی مؤثر به کارفرمایان، مدیران اجرایی واحدهای شغلی، شاغلین، بهگران، بهداشتیاریان کار، کارشناسان بهداشت حرفه ای و ... در زمینه بهداشت حرفه ای و جلب مشارکت آنان در توسعه محیطهای کاری سالم
- ۴۶) فرهنگ سازی، هماهنگی و جلب مشارکت فعال در خصوص سلامت نیروی کار
- ۴۷) کسب فهرست شرکتهای ارایه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای و مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی از معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ذیربط
- ۴۸) اطلاع رسانی مناسب در منطقه برای دسترسی جامعه هدف (کارفرمایان، مدیران اجرایی، کارگران، کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کارگاه ها و واحدهای شغلی و ...) به خدمات تخصصی بهداشت حرفه ای و طب کار
- ۴۹) نظارت و پیگیری معاینات ادواری شاغلین مطابق با دستورالعمل های مربوطه و نظارت بر ثبت و اطلاعات معاینات انجام شده در سامانه سامح
- ۵۰) نظارت بر عملکرد مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی
- ۵۱) نظارت بر سلامت شاغلین مشاغل غیررسمی، خویش فرما و کارگاههای کوچک
- ۵۲) شناسایی و بازدید از جایگاه های بنزین برای نظارت بر حدود مجاز آلاینده های آلی فرار و نظارت بر اجرای طرح کهاب در جایگاههای سوخت
- ۵۳) نظارت بر اجرای برنامه بهداشت حرفه ای در معادن
- ۵۴) نظارت بر اجرای مقررات و آیین نامه های مربوط به برنامه بهداشت حرفه ای کارگران ساختمانی
- ۵۵) انجام تکالیف و وظایف محوله در برنامه مشاغل سخت و زیان آور
- ۵۶) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه ارایه خدمات پایه سلامت کارکنان دولت
- ۵۷) انجام ارزشیابی از برنامه های عملیاتی بهداشت حرفه ای
- ۵۸) پیگیری ارایه خدمات بهداشت حرفه ای به زندانیان و استقرار تشکیلات بهداشت حرفه ای در کارگاههای زندانها
- ۵۹) آموزش و نظارت بر تکمیل فرمهای ثبت حوادث و اقدامات درمانی به مصدومین حوادث ناشی از کار در نرم افزار برنامه احصای شاخص میزان بروز آسیبهای کشنده و غیر کشنده ناشی از کار به تفکیک نوع خدمات دریافتی از گروه شاخصهای عدالت در سلامت و انجام پیگیری های مربوط به این برنامه
- ۶۰) پیگیری و نظارت بر اجرای پروتکل های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با کووید-۱۹ در محل های کاری از جمله کارگاهها و صنایع، بیمارستانها، ادارات، سازمانها، بانکها و...

### شرح وظیفه دندان پزشک:

- ۱) شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز
- ۲) اطلاع از جمعیت تحت پوشش با اولویت گروه هدف مادر باردار، شیرده و کودک زیر ۱۴ سال
- ۳) پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت پوشش

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

#### شرح وظیفه مراقب سلامت دهان (دستیار دندان پزشک):

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

#### شرح وظیفه مسئول فنی مرکز خدمات جامع سلامت:

- ۱) شناسایی محدوده جغرافیایی مرکز و تهیه نقشه منطقه تحت پوشش
- ۲) پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش

- ۳) مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات بهداشتی کارکنان مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۴) تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه
- ۵) پایش و ارزشیابی فعالیت‌های مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- ۶) پیگیری تهیه فهرست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۷) نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای کارکنان
- ۸) شناسایی، ارزیابی آمار و شاخص‌های جمعیتی مانند نرخ باروری کلی، زنان در سن باروری، میزان زایمان طبیعی، میزان سقط جنین، نرخ ناباروری و... و برنامه ریزی بر اساس تحولات و تغییرات جمعیتی منطقه
- ۹) نظارت بر تامین کافی و توزیع مکمل‌های دوران بارداری و کودکی
- ۱۰) نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل‌های مرتبط با جمعیت و فرزندآوری بالاخص مشاوره فعال فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط جنین، کاهش هزینه‌های روحی و روانی دوران بارداری، عدم توصیه به انجام غربالگری، پرهیز از ایجاد هراس درباره بارداری یا زایمان طبیعی
- ۱۱) فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده‌های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۱۲) تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه‌های مختلف در زمان مقرر
- ۱۳) نظارت بر تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی
- ۱۴) پیگیری تعمیر و بازسازی تجهیزات و خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز
- ۱۵) نظارت بر تدوین فهرست تجهیزات موجود، تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
- ۱۶) مدیریت صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ...). تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
- ۱۷) مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه‌های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان ( برای مراکز دولتی)
- ۱۸) جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز
- ۱۹) نظارت بر داده‌های ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲۰) تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس‌خوراند به پایگاه‌های پزشکی خانواده
- ۲۱) ارتقای کیفیت فرآیند‌های خدمت و مراقبت‌ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
- ۲۲) مدیریت نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت منطقه از طریق تشکیل هیات امنای مرکز
- ۲۳) مدیریت مشارکت اجتماعی و همکاری‌های بین‌بخشی در توسعه سلامت منطقه تحت پوشش و کاهش مخاطرات محیطی سلامت
- ۲۴) نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی و ارتباطات سلامت
- ۲۵) هماهنگی و پیگیری تعامل سطح یک با سطح دو و سه

## فصل چهارم: روش اجرا

## بسته خدمات

بسته خدمات سلامت به شرح زیر است:

۱. بسته خدمات تیم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه های سنی و خدمات مراقبتی گروه های ویژه (پیوست)
  ۲. بسته خدمات سلامت سطح دوم (تخصصی): برابر با بسته خدمات بیمه پایه
  ۳. بسته خدمات سلامت سطح سوم (فوق تخصصی): 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 ارایه گردد.
- بدیهی است برنامه هایی که بر اساس نظام ادغام خدمات ابلاغ می گردد، لازم اجرا است.

## راهنمای بالینی ارایه خدمات استاندارد:

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

تفکیک مدیریت محصولات دانشی درمان در سطوح دو و سه با تعیین اولویت و موارد مشمول توسط کمیته درمان انجام می گردد.

## الزامات بسته خدمت:

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



## الف - خدمات گروه سنی

## گروه کودکان:

- ۱) ارزیابی اولیه شیرخوار (پزشک خانواده)
- ۲) ارزیابی شیرخوار از نظر علائم و نشانه های خطر (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۳) واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۴) ارزیابی وضعیت رشد (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۵) ارزیابی وضعیت تکامل (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۶) ارزیابی وضعیت تغذیه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۷) ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر زردی (پزشک خانواده)
- ۸) ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی مطابق دستورعمل (پزشک خانواده)
- ۹) ارزیابی بدرفتاری با کودکان (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۰) ارزیابی مصرف مکمل های دارویی (مراقب سلامت)
- ۱۱) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۲) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت)
- ۱۳) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
- ۱۴) ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید و ابتلا به فنیل کتونوری (مراقب سلامت)
- ۱۵) ارزیابی از نظر فشارخون (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۶) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۷) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۸) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت

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

- ۱) غربالگری تغذیه و پایش رشد (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری برای متاهلین (مراقب سلامت)
- ۳) ارزیابی قد و نمای توده ی بدنی (مراقب سلامت)
- ۴) واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت)
- ۵) مشاوره فرزندآوری زن متأهل (مراقب سلامت)
- ۶) بررسی از نظر اختلال خونی و هیپاتیت (پزشک خانواده)
- ۷) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۸) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۹) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
- ۱۰) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)

- ۱۱) معاینه و ارزیابی غده تیروئید (پزشک خانواده)
- ۱۲) ارزیابی رفتارهای پرخطر از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود (مراقب سلامت)
- ۱۳) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
- ۱۴) ارزیابی وضعیت پوست و مو از نظر پدیکلوز و گال (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۱۵) ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
- ۱۶) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۱۷) ارزیابی از نظر روند بلوغ (پزشک خانواده)
- ۱۸) ارزیابی از نظر مشکلات ادراری و تناسلی (پزشک خانواده)
- ۱۹) ارزیابی از نظر اختلالات اسکلتی (پزشک خانواده)
- ۲۰) ارزیابی از نظر هیپوتائوسپیلونومگالی (پزشک خانواده)
- ۲۱) ارزیابی از نظر ارگونومی دانش آموز (مراقب سلامت)
- ۲۲) ارزیابی از نظر بیماری قلبی و عروقی و فشارخون (پزشک خانواده)
- ۲۳) آموزش های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
- ۲۴) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

### گروه جوانان:

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

**گروه میانسالان:**

- ۱) مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
- ۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
- ۳) تن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه (مراقب سلامت)
- ۴) ارزیابی فعالیت بدنی (مراقب سلامت)
- ۵) خطرسنجی بیماری‌های قلبی و عروقی (مراقب سلامت)
- ۶) ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
- ۷) غربالگری سرطان‌های برست، کولورکتال (۵۰ تا ۶۰ سال)، سرویکس (مراقب سلامت)
- ۸) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
- ۹) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
- ۱۰) ارزیابی اولیه درگیری با دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
- ۱۱) ارزیابی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت)
- ۱۲) ایمن سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
- ۱۳) خونریزی غیر طبیعی واژینال (مراقب سلامت)
- ۱۴) ارزیابی وضعیت عفونت آمیزشی و ایدز (مراقب سلامت)
- ۱۵) تاریخچه باروری و یائسگی (مراقب سلامت)
- ۱۶) ارزیابی علائم و عوارض یائسگی (مراقب سلامت)
- ۱۷) آموزش‌های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
- ۱۸) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس دستورعمل‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

**گروه سالمندان:**

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

**مادران باردار**

- ۱) شرح حال اولیه بارداری (مراقب سلامت)
  - ۲) ایمن سازی بارداری (مراقب سلامت)
  - ۳) درخواست و ثبت آزمایش‌های معمول بارداری (مراقب سلامت)
  - ۴) درخواست و ثبت نتایج سونوگرافی در بارداری (مراقب سلامت)
  - ۵) ارزیابی‌های روتین بارداری (ملاقات) (مراقب سلامت)
  - ۶) ارزیابی تغذیه زن باردار (مراقب سلامت)
  - ۷) مراقبت‌های معمول پس از زایمان (مراقب سلامت)
  - ۸) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت
  - ۹) آموزش، تسهیل و ترغیب به زایمان طبیعی و پیشگیری از سقط عمدی جنین
- تبصره: خدمات زنان باردار توسط مراقبین سلامت با رشته تحصیلی مامایی/ پزشکی خانواده ارایه خواهد شد.

**ب - مراقبت‌های گروه‌های ویژه:**

هرگونه اختلال شناسایی شده یا مشکوک که برای تشخیص نهایی یا درمان نیاز به پیگیری، مراقبت، ارجاع به سطوح بالاتر باشد تحت عنوان مراقبت‌های گروه‌های ویژه (ناباروری و انواع سقط به ویژه سقط مکرر) در نظر گرفته می‌شود و تیم پزشکی خانواده ملزم به ارایه خدمات مراقبتی و ... بر اساس دستورعمل‌های مربوطه می‌باشد.

**مراقبت و درمان بیماری‌های واگیر:**

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

- کرونا ویروس ها (کووید ۱۹)
- آنفلوانزا
- فلج اطفال
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- اچ ای وی/ایدز
- بیماری‌های آمیزشی
- سل
- جذام
- مالاریا
- تب دانگی و بیماری‌های منتقله توسط پشه آئدس

- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- سیاه زخم
- کیست هیداتیک
- هیاتیت های ویروسی (B, C)
- مننژیت
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- سایر بیماری های منتقله از آب و غذا ( طغیان ها)
- بیماری های نوپدید
- مار و عقرب گزیدگی

### ج- درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها

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

#### ◀ خدمت ویزیت

- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
- معاینه (جسمی-روانی)
- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
- پیش بینی و اجرای برنامه های درمانی
- ثبت کلیه داده ها در پرونده الکترونیک
- تعیین تاریخ مراجعه یا پیگیری مجدد بیمار، حسب مورد

◀ انجام خدمات تزریقات و وصل سرم و پانسمان

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

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

#### فوریتهای

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

- انجام احیاء قلبی ریوی
  - لوله گذاری تراشه
  - اقدامات اولیه در مسمومیت ها
  - اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
  - اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
  - اقدامات اولیه در افراد دارای افکار خودکشی
  - اقدامات اولیه در مدیریت بیمار با بیش مصرفی مواد و الکل
  - اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
  - بخیه و دبریدمان زخمها
  - اقدامات اولیه در صورت بروز علائم زایمان قریب الوقوع و سقط جنین
- < در خصوص مراجعین اورژانس های اجتماعی پس از انجام اقدامات اولیه ، با اورژانس ۱۲۳ تماس حاصل گردد  
 < خدمات اختیاری صرفا به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ارایه خواهد شد.  
 < پزشک خانواده مجاز به انجام خدمات زیبایی پوست (تزییق ژل و بوتاکس و.....) در پایگاه پزشکی خانواده در ساعات کار موظف یا غیر موظف پزشکی خانواده نمی باشد.

## بسته خدمات سطح ۲ و ۳

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

### الف: خدمات درمانی

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

ارایه کنندگان خدمت در سطح ۲ و ۳ تمام بیماران ارجاعی را پذیرفته و نسبت به تشکیل پرونده، تشخیص و درمان برابر پروتکل های ابلاغ شده حاصل از راهنماهای بالینی، ارایه بازخورد، ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیاز و اطلاع رسانی به پزشک خانواده به صورت الکترونیک اقدام می نماید. مراجعه کننده می تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

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

- برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
- برنامه تشخیص به هنگام و درمان ناباروری
- ویزیت سرپایی، تجویز دارو و درخواست خدمات پاراکلینیک در صورت نیاز، و ارایه بازخورد الکترونیک
- ویزیت سرپایی و ارجاع مراجعه کننده به خدمات تخصصی سایر متخصصین حسب مورد و ارایه بازخورد الکترونیک/
- ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد و ارایه بازخورد الکترونیک
- ارایه خدمات دارویی و تحویل دارو و ملزومات پزشکی در قالب نسخه الکترونیک
- ارایه خدمات پاراکلینیکی سرپایی تشخیصی، درمانی (تصویربرداری، آزمایشگاهی، سایر پاراکلینیک ها)
- ارایه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح بندی و راهنماها و پروتکل های موجود (مرجع تعیین پروتکل ها، معاونت درمان می باشد و ارایه خدمات برای موارد فاقد پروتکل ها کمافی السابق عمل خواهد بود).
- توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده
- راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده درباره بیماران ارجاعی
- ارایه بازخورد در بستر الکترونیک توسط پزشک متخصص پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده و سایر نیازها و توصیه های لازم جهت مراقبت بیماری و تعیین زمان مراجعه مجدد (در صورت نیاز) را به صورت بازخورد به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایینتر) منعکس می کند. بطوریکه در نهایت تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، از طریق بازخورد به سطح یک (پزشک خانواده ارجاع دهنده) ارایه گردد.

تذکر: ارایه خدمات مجاز مطابق آیین نامه های ابلاغی مراکز تشخیصی درمانی خارج از بسته بیمه پایه توسط این مراکز با پرداخت هزینه خدمات توسط بیماران مقدور می باشد.

**ب: خدمات مدیریتی**

- ۱) گزارش‌دهی ارجاعات پزشکان خانواده (ارایه لیست ارجاعات به تفکیک پزشک خانواده) به سطح یک
- ۲) جمع‌بندی 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) فراهم‌آوری امکانات جهت انجام مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت‌ها
- ۵) آموزش راهنماهای بالینی مرتبط با ارجاع به ارایه‌دهندگان خدمات
- ۶) رایج‌سازی خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه‌های دانشگاه علوم پزشکی



## فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارایه خدمت

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

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

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

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

### ۳- ارزیابی ظرفیت‌های اجرایی پیش از استقرار

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

### ۴- آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم

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

## ۵ – بکارگیری ارایه دهندگان خدمت

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

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

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

## ۷ – ارایه خدمات عمومی و تخصصی سرپایی با محوریت پرونده الکترونیک سلامت در سطوح مختلف نظام

### ارایه خدمت توسط واحدهای ارایه دهنده خدمت

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

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

- شناسایی جمعیت
- مراقبت های پایه بر اساس بسته های خدمات
- ثبت مراقبت های انجام شده در سامانه سطح یک
- ارایه خدمات درمانی لازم
- ارجاع برای دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک
- ارجاع به متخصص مورد نیاز و نوبت گیری از سطح دو
- پیگیری بازخوراند و انجام اقدامات لازم بر اساس بازخوراند ارسال شده

**۹ - الزامی کردن ارجاع الکترونیک**

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

**۱۰ - تدوین و استقرار دستور عمل ها و راهنماهای سلامت**

- تعیین ضمانت های اجرایی دستور عمل های تشخیصی و درمان در تمامی سطوح
- جانمایی دستور عمل ها و پروتکل و راهنماهای بالینی در پرونده الکترونیک به منظور رعایت اقدامات طبق اندیکاسیون تجویز و ارجاع و جلوگیری از تقاضای القایی
- تعیین فهرست خدمات مشمول استفاده از پروتکل های و راهنماهای بالینی توسط کمیته نظام ارجاع

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

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

**۱۲ - نظام پرداخت**

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

**۱۳ - نظام پایش و ارزشیابی**

- طراحی مدل ارزیابی و ارتقای مستمر کیفیت فرآیندها در سطوح مدیریت و ارایه خدمت
- تدوین برنامه زمانبندی پایش حضوری دانشگاه/دانشکده
- تعیین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در اجرای بسته خدمات پایه تعریف شده در سطح شهرستان و استان
- تعیین شاخص‌های رصد و دیده بانی حاصل از عملکرد بسته خدمات پایه سلامت به منظور اولویت گذاری نیازهای جمعیت
- تعیین نشانگرهای ارزیابی برای حوزه حکمرانی در اجرای مفاد برنامه های پایش بینی شده
- ارزیابی هزینه اثربخشی اجرای پزشکی خانواده
- سنجش رضایت گیرندگان خدمت و راستی آزمایی خدمات سلامت
- سنجش رضایت ارایه دهندگان خدمت و مجریان برنامه
- طراحی برنامه مداخله‌ای با توجه به پایش انجام شده

**ضوابط اجرای برنامه:****نظام ارایه خدمات:**

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

## مراحل ثبت نام، 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)، اتاق مشاوره برنامه های جمعیت و فرزندآوری و... و 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 ۴ اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق مراقب سلامت/ مامامراقب ، یک اتاق تزریقات و خدمات جنبی، اتاق مشاوره برنامه های جمعیت و فرزندآوری و...) با زیربنای حداقل ۸۰ 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 (بیوست)

## ➤ الزامات نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده :

**الف - سطح یک:** پزشک خانواده از دارندگان مدارک پزشک عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، دکترای تخصصی طب ایرانی دارای پروانه دایم 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 الزاماً 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 ...)

**تبصره:** عقد قرارداد با بخش خصوص منطبق بر آیین نامه های مالی و معاملاتی مصوب و بر اساس فرمت ابلاغی از سوی ستاد اجرایی کشوری انجام می پذیرد. (در عقد قرارداد، متاهلین و افراد صاحب فرزند در اولویت باشند).

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 ارایه 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)
  - پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دوطبقه و بالاتر
- در صورت ارائه خدمات مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی می بایست این فضاها اضافه شود
- فضای اورژانس و بستری موقت خانم ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)
  - اتاق احیا با تجهیزات استاندارد
  - اتاق استراحت کارکنان

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

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

(\*)مراقبین ناظر ( کارشناس بیماری ها ) 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 پس از شرکت و اخذ گواهی آموزش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نسبت به پذیرش بیماتران ارجاعی از سطح یک و ارسال بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک اقدام نماید.

\_ کلیه پزشکان متخصص و فوق تخصص شاغل در بخش خصوصی (مطبهای خصوصی، کلینیکهای خصوصی) و مراکز درمانی عمومی غیردولتی و خیریه که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع پزشکی خانواده دارند، مشروط به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان، سازمان نظام 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 نمایند.

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

\_ خدمات سرپایی و بستری توسط پزشک متخصص به عنوان سطح دوم و خدمات سرپایی و بستری پزشک فوق تخصص به عنوان سطح سوم نظام ارجاع محسوب می شود و بازخورد آن تابع ضوابط و قوانین معاونت درمان است.

### ساعت کاری برنامه:

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

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

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

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



در شهرستان های 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، می بایست خدمات تشخیصی درمانی و فوریت های پزشکی را به صورت شبانه روزی ارائه نمایند.

**بدیهی است در ساعات کاری بایستی حقوق ویژه شاغلین مادر(پاس شیر و ...) توجه شود.**

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

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

- در صورت عدم حضور پزشک خانواده و مراقب سلامت کمتر از سه روز، تیم پزشکی خانواده همپوشان موظف به ارایه خدمات به جمعیت تحت پوشش در همان ساعت کاری ایشان و در محل کاری خود می باشد.
- در صورت عدم حضور پزشک خانواده یا مراقب سلامت بیش از سه روز ،پزشک یا مراقب مورد نظر موظف به معرفی پزشک یا مراقب جایگزین میباشد.
- حداکثر روزهایی که پزشک خانواده میتواند از پزشک جایگزین استفاده کند ۱۵ روز در طول شش ماه میباشد.
- نحوه استفاده از مرخصی تیم پزشکی خانواده مطابق دستورعمل های کشوری (مواد ۱۷ و ۲۲ قانون جوانی جمعیت) (مرخصی زایمان، شیفت های شب، کاهش سن بازنشستگی، مهدکودک و..)
- جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده ۲۵۰۰ نفر می باشد. هر پزشک خانواده می تواند حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت را تحت پوشش خود قرار دهد. چنانچه در طی شش ماه بعد از عقد قرارداد موفق به ثبت نام حداقل جمعیت مورد نظر 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 توانند نسبت به تغییر ساعات کار، تغییر جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده با ارایه پیشنهادات به ستاد اجرایی کشوری برای اخذ مجوز تغییرات مورد نظر اقدام نمایند.
- پزشک خانواده و مراقب سلامت بایستی دو ماه قبل از لغو قرارداد مراتب را به اطلاع ستاد اجرایی شهرستان و جمعیت تحت پوشش خود برساند.
- تصمیم گیری در خصوص فعالیت اعضای ستاد اجرایی کشوری، استانی و شهرستانی تحت عنوان پزشک خانواده در ستاد ملی اتخاذ گردد.
- اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تایید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا بر طرف شدن نیاز بلامانع است. بدیهی است پرداخت کشیک اورژانس FFS خواهد بود.
- تبصره: پزشکان متخصص که به عنوان پزشک خانواده قرارداد می بندند مجاز نخواهند بود بیماران را از خود (به عنوان پزشک سطح یک) به خود (به عنوان پزشک سطح دو) ارجاع دهند.
- پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، یک پزشک واجد شرایط را به عنوان هم پوشان برابر ضوابط این دستورعمل با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی میکند. نام و نشانی محل کار پزشک هم پوشان که توسط پزشک خانواده به صندوق بیمه

مربوطه و ستاد اجرایی شهرستان اعلام میشود باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد.

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

■ ارائه خدمات به مسافران:

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

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

## 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 الزامات آن به عهده ستاد اجرایی شهرستان می باشد.
- ثبت نام اولیه خانواده ها در درگاه اینترنتی اعلام شده پس از اعلام شروع برنامه توسط سرپرست خانوار انجام می پذیرد بدیهی است درگاه اینترنتی مذکور امکان استحقاق سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه های موجود سازمان های بیمه گر و استحقاق سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه های سطح یک را خواهد داشت.
- بیمه شدگان برای بهره مندی از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده در سطح شهرستان مختار هستند.
- انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد خانوار و از بین پزشکان طرف قرارداد، اختیاری است. در این میان تنها عامل محدودکننده، 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. بدیهی است در

صورت تغییر محدوده جغرافیایی محل زندگی و یا کار بیمه شده، امکان تعویض پزشک خانواده با انجام هماهنگی لازم با دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت.

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

■ بیمه شده حداکثر دو بار در سال در صورت نیاز، 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 ی دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است. تعویض پزشک خانواده در ابتدای ماه قابل انجام است. (با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض پزشک خانواده)

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

### نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول):

حق الزحمه تیم پزشکی خانواده به صورت سرانه و فرانشیز می باشد. 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 هیات دولت ابلاغ می گردد این سرانه با توجه به پذیرش گروه های خاص سنی و جنسی و نیز برخی از خدماتی که در ذیل خواهد آمد افزایش می یابد.

### نحوه پرداخت سرانه تیم پزشکی خانواده:

سرانه پایه تیم پزشکی خانواده مصوب سالانه بابت خدمات درمانی، مراقبتی و پشتیبانی، توسط هر کدام از سازمان های بیمه گر متناسب با تعداد بیمه شده تحت پوشش و سایر ضرایب تعریف شده به شرط رعایت استانداردهای خدمت پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی به طرف قرارداد پرداخت می شود. بدیهی است پرسنل شاغل در پایگاه های پزشکی خانواده ی بخش خصوصی هیچ گونه رابطه استخدامی با دانشگاه ها و سازمان های بیمه گر ندارند.

سرانه متخصصین پزشک خانواده و سایر متخصصین به کار گرفته شده در این برنامه (پزشکی اجتماعی) به میزان ۴۰ درصد بیشتر از سرانه پایه می باشد.

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

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

یادآور می شود پرداخت به نیروهای بکارگیری شده در تیم پزشکی خانواده که در استخدام مرکز بهداشت شهرستان و یا سایر واحدهای دولتی می باشند، به حساب مرکز بهداشت واریز و پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی / ..... و درصدی از سرانه (از طریق مصوبات ستاد اجرایی استان) بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگزار، مدارک پزشکی) به ذینفعان (پزشک و مراقب سلامت) پرداخت می شود. بدیهی است اگر این فرد حقوق بگیر باشد مبلغ حقوق ثابت در حکم کارگزینی، کسر و مابقی به ایشان پرداخت خواهد شد.

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

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

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

#### چگونگی پرداخت به پزشک خانواده:

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

#### تعیین سرانه پزشکی خانواده و ارزیابی عملکرد:

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

#### پرداخت های تشویقی:

چنانچه تیم پزشکی خانواده در بیماریابی بیماریهای مشمول دریافت تشویقی و پیگیری ویژه ی گروه های خاص که در پیوست دستورعمل آمده نقش موثر و به موقع داشته باشد، مشمول دریافت پرداخت تشویقی خواهد بود. محل پرداخت این تشویقی از تعدیلات حاصله از پایش عملکرد می باشد. براساس ماده ۴۶ قانون جوانی جمعیت کارانه پلکانی آموزش و مشاوره فرزندآوری منجر به تولد نوزاد براساس دستورعمل طرح رویش پرداخت می شود.

#### جرایم:

(۱) ثبت خدمات غیر واقعی (در صورت ثبت غیر واقعی خدمت، بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد.)

- ۲) نارضایتی گیرندگان خدمت (کاهش رضایتمندی کمتر از ۹۰ درصد، در مبلغ کارانه دریافتی اعمال خواهد شد).
- ۳) عدم دریافت خدمات یا کیفیت نامطلوب خدمات به گروه های مشمول خدمات ویژه که منجر به ایجاد عوارض ناشی از عدم تشخیص و اقدام به موقع شده است. بر اساس تحلیل ریشه‌های گزارشات کمیته‌های مرگ و میر بیمارستان و شبکه های بهداشت و شکایات منجر به صدور رای از سازمان نظام پزشکی و گزارش های ویژه بازدیدهای حضوری (بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای باردوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد).
- ۴) عدم ارایه خدمت به مراجعین تحت پوشش که جهت دریافت خدمات تصریح شده در بسته خدمات مراجعه نموده اند که پس از بررسی شکایت به تایید رسیده باشد. (برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای باردوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد)
- ۵) مبادرت یا مباشرت به سقط عمدی جنین طبق مواد ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۱ و ۷۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

#### سرانه پزشک خانواده و مدت مشارکت در برنامه:

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

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

پزشک خانواده باید در اسرع وقت با همکاری مراقب سلامت نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت اولیه و ارایه مراقبت های فعال مبتنی بر بسته‌های خدمات اقدام کند. ثبت نام کامل با اطلاعات دموگرافیک برای شروع پرداخت سرانه اجباری است و بدون آن سرانه قابل پرداخت نخواهد بود. تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت اولیه برای تک تک افراد الزامی است. با توجه به زمانبر بودن تشکیل پرونده، هر پزشک حداقل به ازای هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده حداکثر یک ماه فرصت برای ویزیت اولیه و تکمیل پرونده خواهد داشت. بدیهی است هرگاه طی این زمان پرونده تکمیل نشود بابت افرادی که پرونده سلامت آنان تکمیل نگردیده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هر ماه به این تأخیر ۱۰٪ دیگر از این ۶۰٪ سرانه تا شش ماه کاهش و بعد از آن در مورد ادامه همکاری ایشان با برنامه توسط ستاد شهرستانی تصمیم‌گیری می‌شود.

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

#### حق الزحمه سایر خدمات ارایه شده توسط پزشکان خانواده:

حق الزحمه خدمات خارج از بسته های خدمتی که در کوریکلوم پزشکی عمومی (بند ج بسته خدمت) بیان گردیده است. با تعرفه دولتی در خارج از ساعت کاری تیم پزشکی خانواده (در صورتی که در تعهدات سازمانهای بیمه گر باشد با اخذ ۳۰ درصد تعرفه و در صورتی که در تعهد سازمانهای بیمه گر نباشد ۱۰۰ درصد تعرفه دریافت خواهد شد)

**تبصره:** تزریقات و پانسمان جزء بسته خدمتی پزشک بوده و پزشک موظف است در ساعات کاری با اخذ فرانشیز مصوب اقدام نماید.

**حق الزحمه مشاوره :**

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

تبصره: خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان های بیمه گر خواهد بود.

**فرآیند های خدمات سطح دوم و سوم(نظام ارجاع):**

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

**الف- سطح یک:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ب-ارایه خدمات در سطوح دو و سه :

### ارایه خدمات در سطح ۲ و ۳ :

- ویزیت سرپایی و ارایه خدمات تشخیصی درمانی
- ویزیت سرپایی و ارجاع غیرفوری مراجعه کننده به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تخصصی/ فوق تخصصی و یا بازتوانی به صورت الکترونیک/کاغذی.
- درخواست یا انجام مشاوره با سایر پزشکان متخصص/ فوق تخصص حسب مورد به صورت الکترونیک/کاغذی

- اعزام فوری مراجعه کننده با شرایط اورژانسی به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تشخیصی، درمانی و یا فوق تخصصی به صورت الکترونیک/کاغذی
- صدور دستور بستری جهت ادامه خدمات تشخیصی درمانی در بیمارستان
- ارایه بازخورد الکترونیکی/کاغذی به تیم سلامت ارجاع دهنده

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

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

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

**تبصره ۴:** کلینیک های خارج از بیمارستان به عنوان کلینیک های وابسته به بیمارستان متبوع تلقی شده و تعامل گیرندگان خدمات و بیمه ها و مدیریت و قراردادهای جاری در آنها تابع شرایط بیمارستان مربوطه خواهد بود.

**تبصره ۵:** در صورتی که تخصص مدنظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه کننده با راهنمایی پزشک خانواده و بر اساس نقشه ارجاع و مسیر حرکتی تسهیل شده (بعنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت تر صورت می گیرد) مستقیماً می تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

### الزامات خدمات در سطح ۲ و ۳ :

- معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می بایست نقشه ارجاع در کلیه سطوح را ترسیم و برای تایید به ستاد اجرایی کشوری ارسال نمایند.
- نقشه ارجاع سه سطح در محدوده دانشگاه / دانشکده با در نظر گرفتن موارد زیر تعیین شود:
  - مسیر ارجاع از سطحی ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.
  - در سطح دوم و سوم مراکز بستری و سرپایی تفکیک شوند.
- تبصره ۵:** در صورت عدم کفایت خدمات تخصصی/ فوق تخصصی در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان، بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می توانند در نقشه ارجاع خدمات منظور شوند. در صورت تایید ستاد اجرایی کشوری، ادارات کل بیمه پایه سلامت استان ها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می باشند.
- ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان ها را طی مجموعه ای الکترونیک و قابل اشتراک با ادارات بیمه گر پایه استان تهیه و ارایه نماید.
- کلیه مراکز درمانی سرپایی و کلینیک های ویژه موظف به استفاده از سامانه های نوبت دهی الکترونیک دارای مجوز مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت می باشند.



- نوبت گیری از مرکز سطح دوم براساس نقشه ارجاع برای خدمت مورد نظر و اطلاع به بیمار برای مراجعه به مرکز سطح دوم مبتنی بر سامانه الکترونیک بر عهده مراکز سطح یک می باشد .
- کلیه مراکز ارایه خدمات سطح ۲ و ۳ سرپایی مکلف به استفاده از سامانه نوبت دهی و رعایت ضوابط مربوطه می باشد.
- پس از ورود بیمار به بیمارستان /درمانگاه و یا مطب ، اولین سطح تماس در بیماران الکتیو ؛ واحد پذیرش خواهد بود.متصدی پذیرش، مسئول کنترل نوبت تعیین شده و تطبیق موارد ثبت شده در فرم ارجاع و لیست موجود در پذیرش بوده که به مراجعه کننده زمان ویزیت و محل ارایه خدمات را اطلاع می دهد . پس از پرداخت تعرفه لازم، مراجعه کننده به محل ویزیت متخصص، هدایت شده و خدمت لازم را اخذ می نماید.
- در مرکز سرپایی مدیر داخلی و در بیمارستان ها سوپروایزر بیمارستان هماهنگی مدیریت ارجاع سطح ۲ و ۳ را با ابلاغ رئیس مرکز درمانی/ بیمارستان به عهده خواهند داشت.

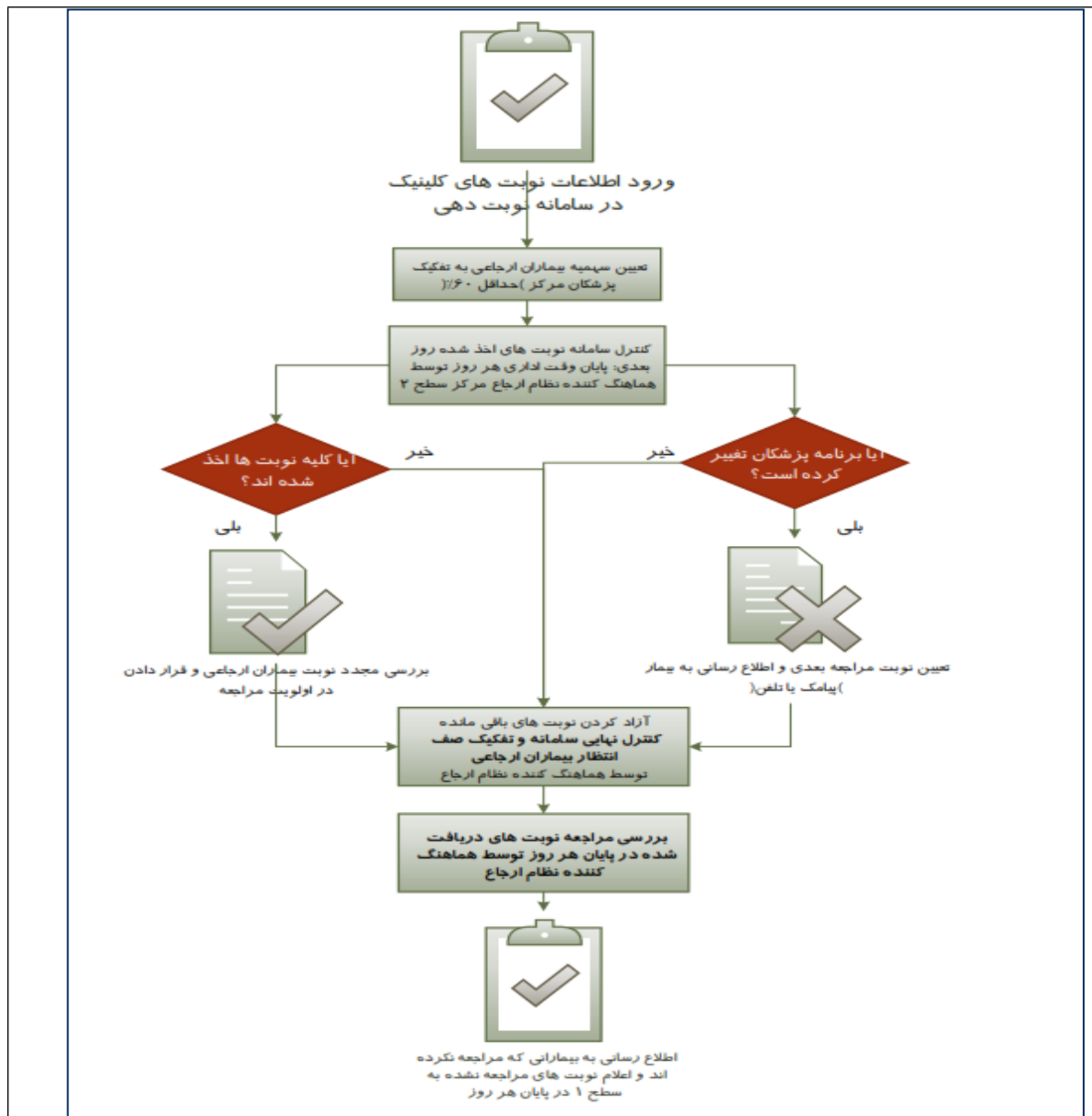
### مدیر فرآیند

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

### شرح وظایف مدیر فرآیند (رابط) ارجاع:

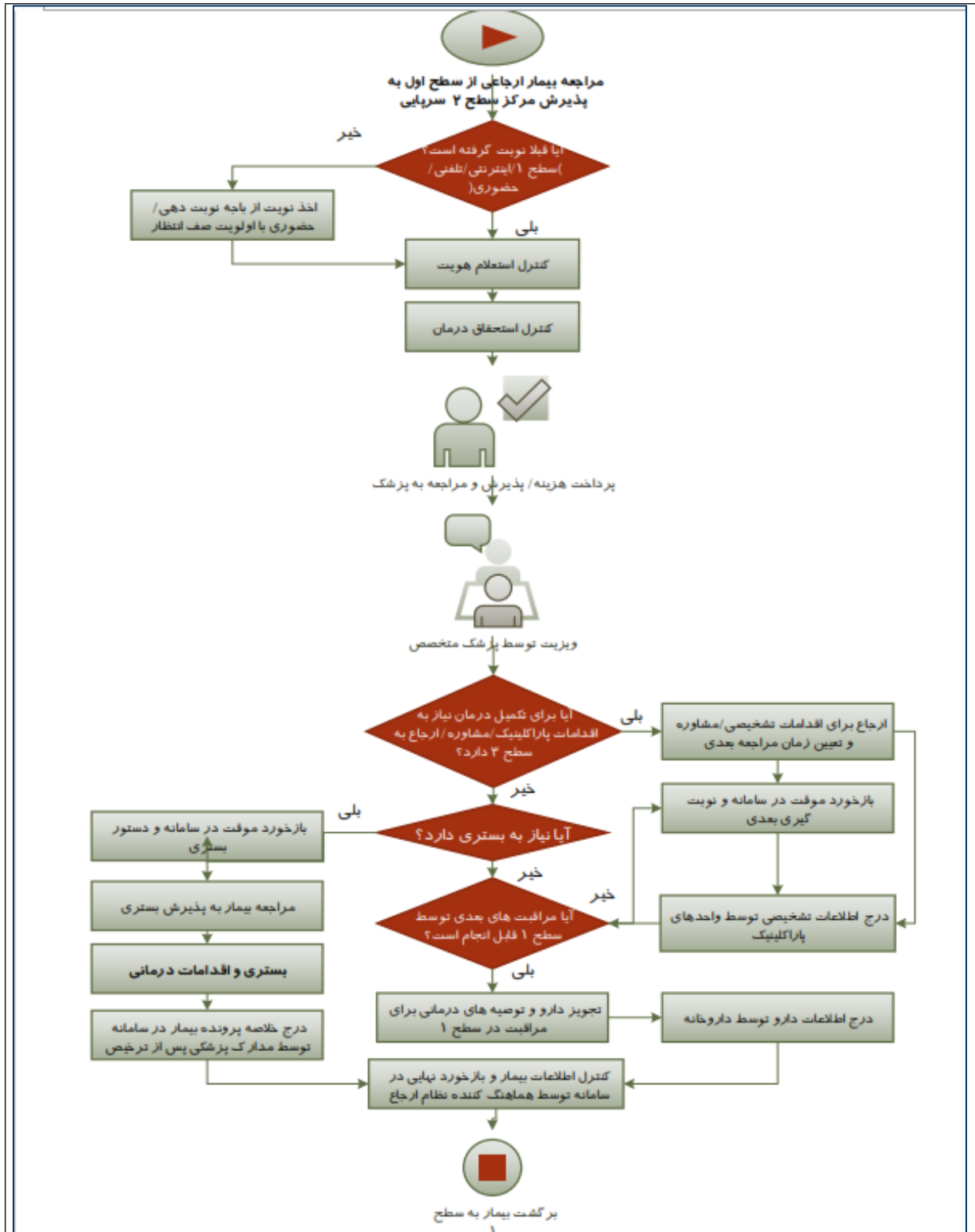
۱. مدیریت نوبت دهی
  - اطمینان از عملکرد سامانه نوبت دهی
  - تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و ثبت در سامانه نوبت دهی
  - تعیین سهم پذیرش بیماران ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاه ها
  - پایش مستمر بار مراجعین و ارایه گزارش به مدیر مرکز جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت دهی و اعمال در فرآیند پذیرش

- تبصره ۱:** حداقل ۶۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.
- تبصره ۲:** در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، ۲۴-۱۲ ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود.
- تبصره ۳:** در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت دهی در بازه زمانی تعیین شده، اطلاع رسانی به بیمار از طریق پیامک در سامانه نوبت دهی یا تماس تلفنی توسط پذیرش مرکز انجام می شود.



فرآیند نوبت دهی الکترونیک در مراکز سطح ۲ و ۳

۲. مدیریت پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول  
تبصره: اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی می باشد.
۳. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲ و ۳
۴. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع



فرآیند پذیرش و ارزیابی خدمات بیمار ارجاعی در سطح ۲ و ۳

۵. بررسی عملکرد متخصصین از نظر حضور در برنامه های درمانگاه /کلینیک های تخصصی، رعایت دستورعمل های

ارتقاء کیفی خدمات ویزیت و ارسال بازخورد و اعمال کیفیت عملکرد ارائه دهندگان خدمات در نظام پرداخت

۶. اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک/ کاغذی

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

فرم بایگانی	فرم بازخوراند از مرکز ارائه دهنده خدمات درمانی	فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده
کد ارجاع:	نام بیمارستان/درمانگاه:	علاقم برقی <input type="checkbox"/> قطع اینترنت <input type="checkbox"/> اختلال در سامانه بیمه
	نام و نام خانوادگ متخصص/فوق تخصص:	توضیحات:
	نوع تخصص:	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره نظام پزشکی:	نام مرکز خدمات جامع سلامت:
شکایت بیمار:	علائم بالینی:	شماره نظام پزشکی:
	یافته‌های بالینی:	
دلیل ارجاع:	تشخیص اولیه پزشک متخصص/فوق تخصص:	تاریخ تولد:
		شماره ملی:
نوع تخصص ارجاعی:	آزمایشات درخواستی:	یافته‌های بالینی:
محل ارجاع:	داروهای تجویزی:	شکایت اصلی بیمار:
تاریخ ارجاع:	سایر اقدامات:	فشار خون:
		تنبض:
		درجه حرارت:
		وزن:
		تعداد تنفس:
		بیماری زمینه‌ای:
		داروهای مصرفی:
	بی‌گیری لازم:	
	ارجاع به متخصص یا فوق تخصص <input type="checkbox"/> نوع تخصص:	سابقه خانوادگی:
	علت ارجاع/مشاوره:	تشخیص پزشک خانواده:
	ادامه درمان و کنترل توسط پزشک خانواده <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> توضیحات:	داروهای تجویزی:
		آزمایشات درخواستی:
		رادیولوژی:
		محل ارجاع:
	تشخیص نهایی پزشک متخصص/فوق تخصص:	نوع تخصص ارجاعی:
		محل ارجاع:
مهر و امضا پزشک خانواده:	مهر و امضا پزشک متخصص/فوق تخصص تاریخ:	تاریخ ارجاع:

### فرایند ارایه خدمات به بیماران خاص \_ صعب العلاج \_ پیوند و بیماران مشمول برنامه های ملی:

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

### ✓ الزامات ارجاع به پاراکلینیک

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

### ✓ الزامات در ارجاع به داروخانه

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

### دریافت خدمات اورژانس

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

خدمات در بخش اورژانس بیمارستانی مطابق دستورالعمل اجرایی ابلاغی معاونت درمان وزارت متبوع ارایه می شود.

### نظام پرداخت سطح دو و سه :

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

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

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

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

## مدیریت اطلاعات:

### الزامات سخت افزاری :

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

### ✓ سطح یک :

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

### ✓ سطح دو و سه :

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

### الزامات زیرساختی :

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

### ✓ سطح یک :

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

### ✓ سطح دو :

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

## الزامات نرم افزاری

- استقرار استانداردها، پروتکل ها ، راهنماهای بالینی و راهنماهای تجویز درمان سرپایی موجود در سطح یک و دو در قالب موتور قواعد الکترونیک توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافا،

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

- طراحی الگوی استاندارد طراحی پورتالهای ثبت نام پزشکان و انتساب جمعیت توسط معاونت بهداشت
- طراحی و پیاده سازی پورتال ثبت نام تیم سلامت و ثبت نام و انتساب جمعیت در سامانه های سطح یک توسط معاونت بهداشت
- استفاده کاربران در سطوح مختلف از سامانه های تأیید شده سطح یک و دو و سه جهت ثبت داده های خدمات ارایه شده .

### الزامات نیروی انسانی ( آموزش و توانمندی کاربری سامانه ها )

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

### الزامات ارجاع الکترونیک:

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



ماده ۷: سطح و فهرست خدمات

ردیف	تخصص‌ها و خدمات	سطح	تخصص‌ها و خدمات	سطح
۱	بخش ویژه (CCI و ICI و ...)	سطح ۲	فوق تخصصی جراحی اطفال	سطح ۳
۲	ENT (گوش و حلق و بینی)	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی	سطح ۳
۳	ارتوپدی	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی ارتوپدی	سطح ۳
۴	ارولوژی	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی ستون فقرات	سطح ۳
۵	اطفال	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی عروق	سطح ۳
۶	اورژانس بستری	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی فک و صورت	سطح ۳
۷	پوست	سطح ۲	فوق تخصصی - جراحی قلب	سطح ۳
۸	جراحی زنان و زایمان	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی روماتولوژی	سطح ۳
۹	جراحی عمومی	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی ریه	سطح ۳
۱۰	جراحی مغز و اعصاب	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی غدد ( اندو کراینولوژی )	سطح ۳
۱۱	چشم	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی کبد و گوارش	سطح ۳
۱۲	داخلی	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی کلیه ( نفرولوژی )	سطح ۳
۱۳	داخلی اعصاب ( نورولوژی )	سطح ۲	فوق تخصصی - داخلی هماتولوژی انکولوژی	سطح ۳
۱۴	روانپزشکی	سطح ۲	فوق تخصصی ایمنولوژی و آلرژی اطفال	سطح ۳
۱۵	سوختگی	سطح ۲	فوق تخصصی روانپزشکی اطفال	سطح ۳
۱۶	عفونی	سطح ۲	فوق تخصصی روماتولوژی اطفال	سطح ۳
۱۷	مسمومیت	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی عفونی اطفال	سطح ۳
۱۸	دیالیز	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی غدد اطفال	سطح ۳
۱۹	فیزیوتراپی	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی قلب اطفال	سطح ۳
۲۰	کاردرمانی	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی کلیه اطفال ( نفرولوژی )	سطح ۳
۲۱	اپتومتری	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی گوارش اطفال	سطح ۳
۲۲	اودیومتری	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی نورولوژی اطفال	سطح ۳
۲۳	گفتاردرمانی	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی نوزادان	سطح ۳
۲۴	ارتوز پروتز	سطح ۲ و ۳	فوق تخصصی هماتولوژی انکولوژی اطفال	سطح ۳
۲۵	ویزیت	سطح ۲ و ۳	ICU قلب باز	سطح ۳ رفرا
۲۶	مشاوره تخصصی	سطح ۲ و ۳	ICU سوختگی	سطح ۳ رفرا
۲۷	مشاوره تغذیه	سطح ۲ و ۳	POST آنژیوگرافی	سطح ۳ رفرا
۲۸	مشاوره روانشناسی	سطح ۲ و ۳	انکولوژی (رادپوتراپی)	سطح ۳ رفرا
۲۹	داروخانه	سطح ۲ و ۳	ایمونولوژی	سطح ۳ رفرا
۳۰	آزمایشگاه	سطح ۲ و ۳	پیوند چشم ( قرنیه و ... )	سطح ۳ رفرا

سطح ۳ رفرا	پیوند کبد	۷۱	سطح ۲ و ۳	تصویربرداری	۳۱
سطح ۳ رفرا	پیوند کلیه	۷۲	سطح ۲ و ۳	CT Scan	۳۲
سطح ۳ رفرا	پیوند گوش ( کاشت حلزون داخلی و ... )	۷۳	سطح ۲ و ۳	MRI	۳۳
سطح ۳ رفرا	پیوند مغز استخوان	۷۴	سطح ۲ و ۳	PET Scan	۳۴
سطح ۳ رفرا	طب هسته ای	۷۵	سطح ۲ و ۳	آنژیوگرافی قلبی	۳۵
سطح ۳ رفرا	نازایی	۷۶	سطح ۲ و ۳	آنژیوگرافی preferral	۳۶
سطح ۱ و ۲	طب ایرانی	۷۷	سطح ۳	ICU جراحی	۳۷
سطح ۳ رفرا	ژنتیک	۷۸	سطح ۳	NICU	۳۸
سطح ۳ رفرا	جنین شناسی	۷۹	سطح ۳	PICU	۳۹
			سطح ۳	بارداری نیازمند مراقبت بیشتر	۴۰

## قراردادها

■ ارایه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستری در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده حسب مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی / سلامت کشور و قوانین مرتبط در چهارچوب مفاد قراردادی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده خواهد رسید انجام خواهد پذیرفت.

■ طرفین قرارداد ملزم به رعایت کلیه مفاد مندرج در متن قرارداد منعقد خواهند بود.

هر متخصص و یا فوق تخصص می بایست بر اساس فراخوان داده شده و در موعد مقرر، نسبت به ثبت نام و ارایه مدارک مورد تقاضای برنامه اقدام نماید. این امر از دو طریق ورود به سامانه الکترونیک و یا بطور حضوری انجام پذیر است. سازمان های بیمه بعنوان طرف دوم قرارداد محسوب می گردند.

قرار داد متخصصین و فوق تخصص ها ی شاغل در مراکز درمانی دولتی اجباری است که این امر طی فرایند عقد قرارداد مراکز درمانی با سازمانهای بیمه صورت می گیرد.

در بخش خصوصی هر پزشک متخصص و یا فوق تخصص می تواند با برنامه قرار داد منعقد نماید.

در صورتیکه پزشک متخصص متقاضی فعالیت بعنوان پزشک خانواده باشد فقط می تواند در سطح 1 فعالیت نموده و قادر به ارجاع به خود و یا دریافت سایر ارجاعات نمی باشد.

تبصره: بر اساس دستورعمل نسخه ۰۳ فقط پزشکان متخصص پزشکی اجتماعی، پزشکی خانواده می توانند در سطح 1 فعالیت نمایند. در صورت دریافت تقاضاها از سایر رشته های تخصصی، موضوع در ستاد اجرایی کشوری قابل طرح می باشد.

**محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:** معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارایه نموده است.

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

- مسیر ارجاع از سطحی ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.

- مسیر حرکتی برای تمامی رشته ها در هر سطح مشخص شود.

- بین هر سطح تا سطح بعدی مسافت به کیلومتر درج شود.

- در صورتی که در سطح بعدی تخصص مورد نظر موجود نباشد مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح دارای تخصص مربوطه ترسیم گردد.

- تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و اطلاع رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است

**ارجاع از متخصص به فوق تخصص:** ارجاع مستقیم پزشک متخصص به پزشک فوق تخصص مقدور نبوده مگر با اعلام و موافقت (تلفنی) پزشک خانواده یا با بازگشت از ارجاع و اخذ موافقت حضوری پزشک خانواده. یادآور می شود در ارجاعات فوری و یا در ارجاع به مراکز دولتی و عمومی، بستری بیمار در بیمارستان به صورت اورژانس و الکتیو در مسیر ارجاع برابر این دستورالعمل مقدور خواهد بود

### خدمات سطح ۳:

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

## پایش و ارزشیابی

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

### نظارت در سطح ۲ و ۳ (درمانگاه های تخصصی/فوق تخصصی و بیمارستانها)

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه ریزی بیمارستان های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارایه خدمت به بیماران در قالب چک لیست های نظارتی و براساس سنجه های اعتباربخشی ابلاغی توسط دانشگاه/ دانشکده انجام می شود.

### پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک

مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط دانشگاه/ دانشکده براساس ضوابط ابلاغی این دستورعمل و چک لیست های پایش می باشد

## اهداف نظارت

- ۱- نظارت بر زیرساختها و الزامات اجرای فرآیندهای پشتیبان
- ۲- نظارت بر فرآیندهای ارایه خدمات در تمامی سطوح
- ۳- نظارت بر عملکرد ارایه دهندگان خدمات در تمامی سطوح
- ۴- نظارت بر فرآیندهای ارجاع افقی و عمودی
- ۵- نظارت بر فرآیندهای سطح ۲ و ۳ خدمات تخصصی و فوق تخصصی

## ارزیابی سلامت منطقه ای

### شاخصها

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

**فرآیندهای ارایه خدمات و عملکرد:** شامل برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور (پس از تأیید ستاد اجرایی استان) می باشد. این برنامه ها در هر سال قابل بازنگری توسط تیم های تخصصی

وزارت بهداشت بوده یا دانشگاههای علوم پزشکی کشور (پس از تأیید ستاد اجرایی استان) ابلاغ می گردد. شاخصهای مربوط به این فرآیندها به دو دسته الزامی و اختیاری تقسیم بندی می شوند. متناسب با شرایط منطقه ای هر دانشگاه علوم پزشکی (جمعیتی، جغرافیائی، بیماریهای شایع و ...) تعدادی از این شاخصهای اختیاری را انتخاب و سپس برای شاخص های انتخاب شده وزن دهی و محاسبه نهائی صورت خواهد گرفت. این کار توسط تیمهای کارشناسی تخصصی دانشگاههای علوم پزشکی صورت گرفته و پس از تصویب در ستاد اجرایی استان، لازم الاجراء می باشد (پیوست شماره ۲).

**ارجاعات:** شامل ارجاع افقی (از مراقب به پزشک و سایر اعضای تیم سلامت) و ارجاعات عمودی (از پزشک سطح ۱ به ۲ و سطح ۲ به ۳)، داروخانه و پاراکلینیک می باشد که می بایست در بستر الکترونیک انجام شود. این شاخصها نشان خواهند داد که ارایه خدمات توسط سطوح پائینتر بدون دلیل و خارج از راهنماهای بالینی و دستورالعملهای ابلاغی، توسط سطوح بالاتر انجام نگردد (پیوست شماره ۳). نتایج و تحلیل این شاخصها در هر فصل در ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان، و استان مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم گیری مناسب منطقه ای صورت خواهد گرفت.

**خدمات تخصصی سطوح ۲ و ۳.** شامل خدمات تشخیصی درمانی سرپائی، بستری و بازتوانی می باشد (پیوست شماره ۴). این شاخصها نشان خواهند داد که ارایه خدمات در سطوح تخصصی ۲ و ۳ با کمیت و کیفیت مناسب بر اساس راهنماهای بالینی و دستورالعملهای ابلاغی، انجام می گردد. نتایج و تحلیل این شاخصها در هر فصل در ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان، استان و هیات رئیسه دانشگاهها مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم گیری مناسب منطقه ای صورت خواهد گرفت.

**وضعیت سلامت منطقه ای:** شامل وضعیت کلی سطح سلامت منطقه (محله، شهر، شهرستان، دانشگاه، استان، قطب و کشور) در ابعاد مختلف وقایع حیاتی مانند زاد و ولد و باروری، بیماری، مرگ، عوامل خطر، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ... می باشد (پیوست ۵). این شاخصها می توانند بر اساس اطلاعات موجود و یا انجام پیمایشهای منطقه ای و یا کشوری، احصاء گردند. این پیمایشها می تواند بر اساس اولویتهای منطقه ای و پس از تصویب طرح اولیه آن در ستاد اجرایی پزشک خانواده استان و تامین اعتبار توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا خواهد بود.

- ساختار و شیوه اجراء.
- کمیته فنی پایش و نظارت مرکز
- کمیته فنی پایش و نظارت شهرستان
- کمیته فنی پایش و نظارت استان

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

## بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان

آموزش دانشگاهی و توانمندسازی مستمر ارایه دهندگان خدمات:

- بازنگری کوریکولوم های آموزشی دانشگاهی با محوریت برنامه در کلیه رشته های خدمات پزشکی خانواده در تمامی سطوح ارایه خدمت
- بازنگری، توسعه و الزام بر اجرای کامل دوره پودمانی مجازی پزشکی خانواده جهت همه پزشکان خانواده قبل و پس از ورود به سیستم بهداشتی درمانی
- گذراندن دوره های آموزشی بسته های رایج در بدو خدمت جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت
- آموزش مستمر و مداوم بسته های خدمتی در پزشکان خانواده و تیم سلامت
- تدوین، ایجاد، دسترسی و به روز رسانی راهنماهای بالینی و بسته های خدمت
- استفاده از ظرفیت متخصصین پزشکی خانواده در توانمندسازی ارایه دهندگان خدمت
- کلیه دوره های مذکور باید توسط معاونت آموزشی و سایر معاونت های ذیربط با محوریت مورد تخصصی پزشکی خانواده و دبیرخانه آموزش پزشک عمومی و تخصصی، طراحی گردد.

### روش آموزش :

- روش ترکیبی (حضور و مجازی) با توجه به محتوای آموزشی و مهارت موردنیاز طراحی گردد به طوریکه روش آموزش حضوری در بدو خدمت و روش ترکیبی برای حین خدمت برنامه ریزی گردد.
- پایش و ارزشیابی آموزش های ارایه شده
- به روزرسانی چک لیست جهت شیوه ارزشیابی آموزش های انجام شده
- استفاده از مدل های ارزشیابی استاندارد (مانند مدل کرک پاتریک و روش های مصاحبه و.....)، روش خود ارزیابی جهت ارزشیابی آموزش های داده شده
- ایجاد ارتباط بین پایش و ارزشیابی با آموزش با اعمال بازخورد جهت اصلاح فرآیند آموزشی و نیازسنجی آموزشی مبتنی بر نتایج بررسی ها توسط چک لیست های ارزشیابی موجود
- برگزاری مستمر پایش و ارزیابی های دوره ای از آموزش های انجام شده

### تیم ارزیاب:

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

## شیوه اجرای پایش و نظارت:

### قبل از استقرار:

قبل از استقرار برنامه یکی از مهمترین اقدامات شناسایی و تحلیل وضعیت موجود می باشد که شامل دو بخش می باشد.

شاخص های نشان دهنده وضعیت امکانات مورد نیاز برای اجرای برنامه پزشک خانواده ( جمعیت، تعداد پزشک، ماما، داروخانه و ...)

### شاخص بهداشتی منطقه

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

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

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

### بعد از استقرار

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

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

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

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

### شاخص های زیرساختی:

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

مربوط به شاخص های مذکور در سامانه اختصاصی وارد و به رویت تیم سلامت، گسترش شهرستان و سازمانهای بیمه گر پایه می رسد.

### شاخص های عملکردی:

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

## نحوه پایش شاخص های عملکردی

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

#### پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک

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

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

### آموزش و توانمندسازی کارکنان

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

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

مداخلات پیش بینی شده مبتنی بر برنامه ها و فعالیت های بسته خدمات خدمات پایه و وظائف متنوع در سطوح نظام ارایه خدمات باید باز تعریف شود، انتظار است با بازنگری وظائف حیطه های مهارتی و دانشی بر اساس فرآیند تعریف شده و مشخص مورد بازبینی قرار گیرد. همچنین انتظار می رود مهارت آموزی کلیه کارکنان بهداشتی و درمانی و اعضای محترم هیات علمی بر اساس سیاست های کلی جمعیت، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مورد بازبینی قرار گیرد.

ظرفیت های بالقوه موجود در حوزه آموزش و پژوهش میتواند برای ارتقای سطح مهارت و توانمندی دانش آموختگان مورد استفاده قرار گیرد و عملیاتی نمودن آن مستلزم اتخاذ استراتژی های اجرایی و سازوکارهایی است که زمینه همکاری و مداخلات اعضای محترم هیات علمی و گروه های آموزشی را بیش از گذشته فراهم آورده و از ضمانت اجرایی لازم برخوردار باشند.

بدون شک دستیابی به اهداف پیش بینی شده برای دستیابی به دانشگاه نسل سوم ، چهارم و پنجم نیازمند تقویت و توسعه مداخلات اجتماعی دانشگاهها براساس برنامه و فعالیت های اثر بخش در شناسایی مشکلات ، واکاوی درست علل و عوامل آنها می باشد ، هدایت ظرفیت و توان علمی اعضای محترم هیات علمی برای اتخاذ روش های کار آمد در حل مشکلات سلامتی و همچنین پیری جمعیت و لحاظ نمودن خدمات آنان بعنوان معیار های ارزشیابی سالانه و ارتقاء و حتی بازنگری در روش پرداخت و اثرگذاری آن در کارکرد متخصصین محترم در واحد های ارایه خدمات می باشد .

در واقع توسعه مراقبت های های سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره گیری از برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استراتژی اثر بخش برای ساماندهی و هدایت نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است ،

این اتفاق را باید بعنوان فرصتی ارزشمند برای اصلاح و هدایت برنامه ها دانست، با توجه به شرایط پیش رو باید متعهد شویم ضمانت اجرایی مورد نیاز را در حوزه آموزش و پژوهش برای مداخله و مشارکت اعضای محترم هیات علمی در حوزه سلامت را بعنوان یک ارزش مهم فراهم آوریم و در چارچوب ساختاری مشخص تدوین و به عنوان یکی از عوامل مهم کارکردی به دانشگاهها ابلاغ نماییم تا با نظارت درست میزان موفقیت آنها در دوره های زمانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

### اقدامات معاونت آموزشی در جهت آموزش و توانمندسازی کارکنان:

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

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