# C:\Users\H.Baghernezhad\Desktop\جمهوری اسلامی.png

# جمهوري اسلامي ايران

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**دستورعمل برنامه**

**«پزشكی خانواده و نظام ارجاع»**

**در مناطق شهري**

**نسخه 03**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**سال1401**

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 سیاست­گذاری 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 ضمائم

بسته فرهنگی و اجتماعی

بسته خدمات جامع سلامت (سطح یک)

بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان

فصل اول:

کلیات

پیشگفتار

سلامت حقی اساسي برای انسان‌ها و سرمايه‌ای ارزشمند براي تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از اين حق به عنوان اساسي‌ترين حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقاي آن را از مهم‌ترين وظایف خود می‌دانند.

اگرچه هدف اصلي هر نظام سلامت تامين، حفظ و ارتقای سلامت می باشد، ولي علاوه بر اين وظايف، مي‌توان وظايف ديگري را نيز براي نظام‌هاي سلامت برشمرد، از جمله: افزايش اميد به زندگي سالم، پاسخ‌دهي به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابري بين گروه‌هاي مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنين، محافظت مالي افراد در برابر هزينه‌هاي بيماري.

در جمهوري اسلامي ايران سلامت به عنوان يک حق شناخته شده است و در اصول متعددي در قانون اساسي بر اين مساله تاکيد شده است.

در کشور عزیز ما بعد از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تلاش‌هاي زيادي براي استقرار يک نظام سلامت مطلوب که بتواند به تمامي نيازهاي جامعه پاسخ دهد، انجام شده است. مهم‌ترين اين تلاش‌ها، طراحي و استقرار نظام شبکه‌هاي بهداشتي درماني کشور بوده است که در زمان خود انقلاب چشم‌گيري را در ارایه خدمات سلامت ايجاد كرد. اما با وجود تمام تلاش‌هايي که در راه بهبود ارايه خدمات سلامت و بهبود شاخص‌هاي مربوط به آن در زمينه‌هاي مختلف صورت گرفته است، ولي 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 ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند.

طبق قوانین و مقررات جاری، گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده است، به طوری‌که 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، سپاسگزاری کنیم.

مقدمه :‌

سلامت انسان ها به عنوان يک حق اساسي و دارايي و سرمايه ارزشمندي براي تمامي سطوح و طبقات اجتماع است. تمامي کشورها نيز از اين حق به عنوان اساسي­ترين حق مردم کشور خود نام می­برند و حکومت ها، حفظ و ارتقاي آن را جزو مهمترين وظایف خود محسوب می­کنند. اکنون، سلامت نه به عنوان يک نياز، بلکه به عنوان يک تقاضا از سوي جمع کثيري از مردم و مسوولان قلمداد می­شود. اگرچه وظیفه اصلي هر نظام سلامت تامين، حفظ و ارتقای سلامت مردم است، مي­توان وظايف ديگري را نيز براي نظام­هاي سلامت برشمرد ازجمله: افزايش اميد زندگي سالم، پاسخ­دهي به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابري بين گروه­هاي مرفه و نیازمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنين حفاظت مالي در برابر هزينه هاي بيماري، توجه و مراقبت نسبت به سالخوردگی جمعیت و تبعات آن.

مروری بر نظام­های سلامت کشورهای مختلف نشان می­دهد که نظام سلامت كارآمد، نظامي است كه بتواند ساختار و شرايط ارایه خدمت در درون سازمان را با تغييرات موجود در محيط 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.

جامعه‌ي آرماني ترسيم شده در سند چشم انداز سال 1404 کشور، جامعه ای است که مي‌بايست از حداكثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسوول و پاسخگو که ضمن فراهم سازي زمینه دستيابي به بالاترين سطح اميد به زندگي همراه با کيفيت براي آحاد مردم، باید اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمايت کليه سازمان‌ها و نهادها، رويکرد سلامت را در همه سياست‌ها اجرايي کند. اين نظام با اولويت دادن به ارتقاي سلامت و پيشگيري، به بهره مندي مردم از مراقبت‌هاي کاراي سلامت جسمي و رواني، توجه به سلامت اجتماعي و حرکت در مسير سلامت معنوي اهتمام دارد. در اين نظام، عدالت همه جانبه (در تامين، توزيع منابع و تحقق سلامت) با رعايت کامل اصول و اخلاق حرفه‌اي، اصل نخست است و تمامي افراد بر مبنای نياز خود از مراقبت‌هاي سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامين مالي خدمات مشارکت خواهند داشت. اين نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندي حداکثري از کليه ظرفيت‌هاي انساني (مشارکت مردم)، سازماني (همکاري همه بخش‌هاي ذينفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترين تصميم‌ها را براي پاسخگويي به نيازهاي واقعي سلامت مردم اتخاذ مي‌کند، و در تعامل با كشورهاي منطقه (بويژه کشورهاي اسلامي)، الگويي الهام‌بخش براي ساير كشور‌ها مي‌باشد.

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، تامين سلامت همه جانبه جسمي، رواني، اجتماعی و معنوی آحاد جمعيت ساكن در پهنه جغرافيايي جمهوري اسلامي با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتي به منظور ارتقای وضعيت سلامت مناطق مختلف كشور با توجه به اسناد بالادستی، ضرورت دارد. در این راستا، بند (ث) ماده 74 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 مراقبت­های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده و نیز گروه پرستاری جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (13) 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 می­اید. 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 تولیت می­توان برای استقرار آن اقدام نمود . در این راستا توجه به گروه­های 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 1381 تيمي از تمامي سازمان­هاي بيمه گر و کارشناسان بخش­هاي مختلف دخيل در سلامت تشکيل گرديد و پس از مطالعه جامع درمورد نظام­هاي مختلف سلامت در دنيا و الگو برداري از نظام­هاي سلامت در بعضي از اين کشورها ازجمله کانادا و انگلستان، تيم اجرايي اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرايي اين تيم تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذریایجان شرقی، چهار محال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و بوشهربه عنوان نقاط پايلوت در استقرار سيستم جديد سلامت مبتني بر پزشک خانواده با هماهنگي سازمانهاي بيمه گر بود. با این حال، با وجود برنامه ريزي هاي روشن، برآورد نيازهاي مالي و انساني در استانهاي پايلوت و رسيدن به توافق جمعي مسوولان وزارت بهداشت، سازمان مديريت و برنامه ريزي وقت کشور و سازمانهاي بيمه گر، به سبب اجرا نشدن تعهدات در نظر گرفته شده، هيچ گام عملي براي اجراي برنامه هاي مدون اصلاحات در استان هاي پايلوت برداشته نشد.

لازم به ذکر است که پیش نویس های آیین نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سالهای 1378 تا 1383 در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد. پس از وقوع زلزله فاجعه بار بم در سال 1382، 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 وتجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد.

در سال 1384نمايندگان مجلس در اقدامي بي نظير، تمامي اعتبارات درمان روستاييان را در اختيار سازمان بيمه خدمات درماني قرار دادند تا عملا" مقدمات تشکيل صندوق مالي واحد در اجراي برنامه هاي سلامت شکل گيرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه 1384 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 20 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 بیمه­ها و در غیر این­صورت از محل اعتبارت مستقیم دولت اجرایی می­شد. پیرو تفاهم نامه­ای که تیر ماه 1389 میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان سال تفاهم نامه­ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه­های مذکور منعقد گردید. این تفاهم­نامه با توجه به مفاد بند ب ماده 37 قانون بودجه سال 1388، ماده 91 قانون برنامه پنج­ساله چهارم و تاكيد هيات محترم دولت و مجلس محترم شوراي اسلامي وقت، مبني بر اجراي هر چه سريع­تر برنامه پزشك خانواده در شهرهاي بين 20 تا 50 هزار نفر تدوین شد و موضوع آن اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در كليه شهرهاي بين 20 تا 50 هزار نفر استان­هاي چهارمحال و بختياري، سيستان و بلوچستان و خوزستان بود.

در ادامه تیم کارشناسی و مدیریتی برنامه با بررسی مشکلات موجود و نتایج حاصل از اجرای نسخه 01 برنامه در شهرهای منتخب سه استان مجری چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان در شهریور ماه سال 1390 اقدام به ارایه 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:

تا پایان سال 1390 شهرهای زیر100 هزار نفر کشور

تا پایان سال 1391 همه شهرها بجز کلان شهرهای کشور

تا پایان سال 1392 همه کلان شهرهای کشور بجز تهران

تا پایان سال 1393 تمامی شهرهای کشور

همچنین، در این گزارش اعلام شد که وزارت بهداشت در نظر دارد تا پایان سال 1392 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 1392 می بایست برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامه این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ 26/1/91 اقدام به مصوب کردن دستور عمل اجرایی نسخه 02 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 26 فروردین 1391 و همچنین متعاقب مصوب شدن نسخه 02، از تابستان سال 1391 اجرای برنامه بر اساس نسخه 02 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 ارایه خدمات در سطح 1 و 2، آیین نامه نحوه مدیریت بیماران اورژانس، بیماریهای خاص و صعب العلاج و مسافران، نحوه پرداخت کارانه به پزشکان سطح 1 و 2 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 ارایه 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 می­کرد: بند 37 ماده واحده قانون بودجه سال 1388که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر 100 هزار نفر کشور کرده بود .

ماده 89 قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي را مكلف می­ساخت كه از راه سطح­بندي خدمات، دسترسي مردم به خدمات بهداشتي درماني را منطقي و عادلانه سازد.

ماده 90 قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور که در آن تاكيد شده بود بايد سهم مشاركت مردم در هزينه­هاي سلامت (كه در آن زمان بيش از 55 درصد بود) به حداكثر 30 درصد برسد و درصد خانوارهايي كه به سبب درآمد اندكشان هزينه­هاي سلامت براي آنان كمرشكن تلقي می­شد به 1 درصد تقلیل یابد.

ماده 91 قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي که بر استقرار بيمه سلامت با محوريت پزشك خانواده و نظام ارجاع تاكيد کرده بود.

سیاست های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه های سلامت، خانواده، جمعیت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بند ج ماده 32 قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور که در آن تاكيد شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت­های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی­گری با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره مندی مناطق کمتر توسعه یافته به­ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.

بند د ماده 32 قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور که در آن تاكيد شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس های پزشکی را تهیه و جهت تصویب به هیات محترم وزیران ارسال نماید (طبق متن برنامه).

بند الف ماده 74 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 16 سیاست های کلی برنامه هفتم توسعه (افزایش نرخ باروری و موالید به حداقل ۲ و نیم طی پنج سال با حمایت همه جانبه از فرزندآوری و رفع موانع و ایجاد مشوق‌های مؤثر و اصلاح فرهنگی) و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تکالیف قانونی آن که مرتبط با نظام سطح بندی خدمات و شبکه است (ناباروری، سقط جنین، زایمان طبیعی و ...)

بند ث ماده 74 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(13) 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 10 سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران و استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارایه خدمات سلامت و مدیریت سرانه ارایه خدمت در سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح 2 و همچنین، اجرای طرح تحول سلامت در بخش بهداشت و ارایه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه نشین و شهری بالای 20 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 ظرفیتها 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 80 درصد تا پایان سال اول برنامه
* افزایش پوشش خدمات اولویت دار پزشکی خانواده به جمعیت ثبت نام شده به میزان80 درصد تا پایان سال دوم
* ارتقای سطح کمی و کیفی پوشش بیمه همگانی برای آحاد مردم با تأکید بر ضمانت مناسب در پوشش رایگان گروههای آسیب پذیر و کم توان مالی
* افزایش نرخ باروری به حداقل 2.5 از طریق اجرای دستورعمل های جوانی جمعیت و فرزندآوری
* بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت با توجه به نیازهای سلامت مردم به میزان 100 درصد
* اصلاح الگوی مصرف دارو و خدمات سلامت به میزان حداقل 30درصد 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 2 سال بعد از شروع برنامه
* بهبود تجویز منطقی دارو به میزان 70 درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش 10 درصدی در هر سال
* ارتقای عملکرد کیفی واحدهای ارایه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی به میزان 50 درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش 15 درصدی در هر سال
* افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان 100درصد
* ارتقاي آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه براي مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامه پزشکی خانواده به میزان 30 درصد سال پایه تا پایان سال اول
* ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات در سطوح مختلف ارایه خدمت به میزان 50 درصد تا پایان سال اول و افزایش 15 درصدی در هرسال

**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
* برقرای نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارایه خدمت

فصل دوم:

واژه­نامه

1. **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.

1. **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 می­باشد. 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 می­گردد. در بین سطوح ارایه خدمت در این شبکه روابط پویا و دو سویه برقرار می­گردد تا وضعیت سلامتی فرد تعیین تکلیف شده و خدمات ارایه شده نیز قابل رصد و پیگیری باشد. داده­های 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 داده­ها و حریم خصوصی فرد برقرار می­گردد. 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 می­نمایند.

1. **پزشکی خانواده**

مجموعه فعالیتهای به هم پیوسته مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت که توسط تیم پزشکی خانواده ارایه می­گردد. 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.

1. **پزشك خانواده**

پزشک خانواده، مسئول تیم پزشکی خانواده در نخستین سطح ارایه خدمات عهده دار مدیریت، ارایه خدمت، تصمیم­گیر، هدایت و رهبری تیم سلامت و برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش می­باشد. این فرد می­تواند دانش­آموخته پزشکی عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، داخلی، اطفال، عفونی و دکتری تخصصی طب سنتی باشد که دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشكي بوده و در محل ارایه خدمت می­بایست گواهینامه معتبر آموزشی جهت ارایه خدمات پزشکی خانواده را دارا باشد. پزشك خانواده، در نخستين سطح خدمات، نقش دروازه­بانی و کنترل مدیریت و هدایت بیماران را در ارجاع به سطوح مختلف نظام ارایه خدمت عهده‌دار است.

1. **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. اعضاء تیم سلامت شامل :مسئول مرکزخدمات جامع سلامت ، پزشک خانواده، دندان پزشک، مراقب سلامت، مراقب ناظر، کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، پرستار/بهیار، مراقب سلامت دهان، کارکنان آزمایشگاه/نمونه گیر، متصدی داروخانه و پذیرش میباشند.

1. **بسته خدمات سلامت (Health Services Package)**

بسته خدمات پایه سلامت، مجموعه فعالیتهای به هم پیوسته مبتنی بر برنامه های اولویت دار سلامت می­باشد که بر اساس نظام اولویت بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارایه خدمات سلامت تعریف می­گردد. بسته خدمات پایه ابزار موثر و کارآمدی در راستای شاخص دسترسی و بهره مندی برای دستیابی به عدالت در سلامت می­باشد. در بسته خدمات پایه، فعالیتها در ذیل برنامه­ها برای سطوح مختلف نظام ارایه خدمت تعیین شده تا هر یک از مداخلات، مبتنی بر نظام ثبت و گزارش­دهی، 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 می­بایست ایفای نقش کارآمدی داشته باشند. یکی از ابزارهای مهم در ثبت داده­های حاصل از فعالیتهای پیش­بینی شده در بسته خدمات استفاده از پرونده الکترونیک سلامت می­باشد که با استقرار آن و داشبور مدیریت اطلاعات خدمات ارایه شده، امکان پایش و ارزشیابی و رصد فعالیتهای انجام شده فراهم می­گردد.

بسته خدمات پایه سلامت، در سطوح تخصصی در خدمات سرپایی و بستری، دارای ضوابط و استانداردهای تعریف شده­ای است که در چارچوب پروتکلهای حاصل از راهنماهای بالینی، برای اجرا ابلاغ می­گردد. در بسته خدمات پایه سلامت نکات قابل توجهی در رعایت موازین حقوقی و اخلاق حرفه­ای مورد توجه قرار می­گیرد 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 حوزه­های تأمین کننده منابع و سازمانهای بیمه گر، ملزم به متابعت از سیاستها و خط مشی­های پیش­بینی شده در پوشش بسته خدمات پایه خود مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت می­باشند.

1. **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.

1. **شیوه های پرداخت به ارایه‌كنندگان خدمات**

شيوه خريد يا جبران مالي خدمات‌ و مراقبت‌هايي كه تيم‌هاي سلامت در اختيار جمعيت يا جامعه مي‌گذارند.

**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:** روشي از شيوه خريد خدمت است كه در آن برای جبران خدماتي كه تيم سلامت ارایه می‌کند، متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم يا بيمار، صورت مي‌گيرد.

**پرداخت كارانه:** روشي از شيوه خريد خدمت است كه در آن پرداخت به ازاي خدمت ارایه شده به مراجعه‌كنندگان صورت مي‌گیرد.

**پرداخت تشویقی:** درصدی از مبلغ سرانه است كه مازاد بر سرانه به سبب رسيدن به كيفيتي خاص در ارزشيابي به اعضای تیم سلامت تعلق مي‌گيرد.

**جریمه:** کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین‌تر از حد مورد انتظار، به اعضای تيم سلامت تحمیل می‌شود.

**پرداخت موردي:** پرداخت مبلغي مشخص که به ازای انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ويژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخيص بيماري‌هاي نادر، مسري، تهديد‌کننده حيات در مراحل اوليه بيماري و ... مانند شناسايي، تشخيص، پی‌گيري و درمان كامل هر مورد از بيماري سل) به تيم سلامت صورت مي‌گیرد.

1. **خدمات سلامت :**

شامل تمام خدمات پيشگيري، درماني و توان‌بخشي مورد تاييد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي است كه درسطوح مختلف نظام ارایه خدمت عرضه مي‌شود.

1. **سطح‌بندي خدمات**

**سطح بندی:** چيدمان خاص واحدهاي ارایه دهنده خدمات و مراقبت هاي سلامت براي آنكه دسترسي مردم به مجموعه ي خدمات موردنیاز تا جايي كه ممكن است سهل، سريع، عادلانه، با كمترين هزينه و با بيشترين كيفيت باشد. سطح بندي قراردادي است و به مقتضاي شرايط انجام می گیرد.

خدمات و مراقبت‌هاي سلامت در دو سطح در اختيار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته مي‌شود:

**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 و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها، پیشگیری و تشخیص به هنگام و ارجاع برای درمان ناباروری، ارائه 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 بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت، کاهش بار روانی و هزینه های 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 تعريف می شود که با استاندارد نيروي انساني، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشيه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبكه بهداشت و درمان كشور ارایه می‌گردند. در ضمن، سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش ها و تصویربرداری های ‌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 می شوند و فهرست آنها در پیوست آمده است).

پایگاه های سلامت/ پایگاه های پزشکی خانواده به طور معمول در جايي با بیشترین دسترسی به محل زندگي گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستين سطح تماس فرد با نظام سلامت از طريق تیم سلامت اتفاق مي‌افتد.

مرکز خدمات جامع سلامت، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت ها و بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه ای از پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه های 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 تخصصي و فوق تخصصی می‌شود كه توسط واحدهاي سرپايي تخصصی و فوق تخصصی و واحدهای بستری 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.

اين دسته از خدمات در اختيار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار مي‌گيرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارایه بازخورد، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتيجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت كار مطلع سازد.

1. **پرونده الکترونیک سلامت**

پرونده الکترونیک سلامت در برگیرنده 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.

1. **خدمات سلامتی اورژانس**

وضعيت اورژانس: داراي دو تعريف عمومي و باليني است:

تعريف باليني بيمار اورژانسي: به فردی گفته مي‌شود كه بايد بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممكن نسبت به ارايه خدمات تشخيصي درماني براي او اقدام شود و براي ایشان سرعت عمل و زمان در ارایه خدمات درماني نقشي اساسي دارد نظير زايمان، سکته قلبی ، ضربه مغزي، شكستگي‌هاي باز، مسموميت و.....

تعريف عمومي بيمار اورژانسي: هر وضعيتي كه باعث شود تا بيمار شخصاً و يا توسط افراد ديگر به بخش اورژانس مراجعه کند. بنابراين تعريف، وضعيت اورژانس با تصور شخص بيمار يا همراهان او قابل تعريف بوده و بايد هر بيمار مراجعه‌كننده پذيرش و تحت مراقبت‌هاي اوليه قرار گيرد.

بيمار الكتيو: بيماري كه فوريت زماني براي دريافت خدمات تشخيصي، درماني و توان‌بخشي ندارد و مي‌تواند برای دريافت 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.

1. **مشاوره تلفنی :**

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

1. **مرکز هدایت و پاسخگویی برنامه پزشکی خانواده(CALL CENTER):**

این مرکز 24 ساعته در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن منحصر به برنامه ، ترجیحا 3 یا 4 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 می شود 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.

1. **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 می دهد.
2. **مرکزخدمات جامع سلامت:** مرکزی مستقر در منطقه شهری هستند که دارای سه بخش فعال می باشند:
3. بخش ارایه خدمات مدیریتی، نظارتی بر واحدهای تابعه (پایگاه های سلامت شهری یا روستایی، خانه های بهداشت و پایگاه های پزشک خانواده تحت پوشش)
4. بخش ارایه خدمات خاص به جمعیت تحت پوشش مانند: دندانپزشکی؛ بهداشت محیط؛ بهداشت حرفه ای؛ پرستاری؛ تغذیه؛ سلامت روان؛ و ...
5. بخش ارایه خدمات بهداشتی و درمانی درپایگاه سلامت شهری ضمیمه(پایگاه پزشکی خانواده)
6. 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 می شود.
7. سرانه سطح یک: بخشی از سرانه جمعیت است که به منظور ارایه خدمات پیشگیری، مراقبتی و درمانی سطح یک اختصاص می یابد.
8. سرانه تیم پزشکی خانواده:بخشی از سرانه سطح یک است که به منظور ارایه خدمات پزشک و مراقب سلامت در پایگاه پزشکی خانواده اختصاص می یابد.
9. نظام ارجاع: مجموعه فرايندهايي است كه مسير حركت و ارتباط فرد را در سطوح دو گانه، براي دريافت خدمات مورد نياز به منظور تامين جامعيت و تداوم خدمات سلامت تعيين ميكند. 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 پيگيري بيمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده **(بازخوراند ارجاع)** در بستر سامانه های الکترونیک پایان می یابد. اطلاعات بازخوراند باید شامل تشخیص، داروهاي تجويز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراكلينيكي انجام شده و مورد نياز، اقداماتي كه احياناً پزشك خانواده بايد انجام دهد، نحوه پيگيري، تعيين تاريخ مراجعه مجدد بيمار باشد.
10. **استحقاق درمان:** افراد بيمه شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) در برابر حق بيمه اي كه ماهانه پرداخت مي­کنند، استحقاق برخوردار شدن از حمايت سازمان بيمه­گر در درمان خويش يا ديگر مزيتهاي مربوط را مي يابند. استحقاق درمان محدوده زماني مشخصي دارد كه در حال حاضر با تاريخ اعتبار سیستمی بيمه تعيين ميشود.
11. **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.
12. **پزشک جانشین:** در صورت عدم حضور پزشک خانواده کمتر از سه روز با کسب موافقت دبیرخانه ستاد اجرايي شهرستان از بین پزشکان خانواده همان محله در شیفت کاری مربوطه به منظور ارایه خدمات بهداشتی ، درمانی توسط پزشک خانواده معرفی می گردد.
13. **پزشک جایگزین :** در صورت عدم حضور پزشک خانواده بیشتر از سه روز با کسب موافقت دبیرخانه ستاد اجرايي شهرستان در شیفت کاری مربوطه به منظور ارایه خدمات بهداشتی ، درمانی در محل کار وی حضور می یابد.
14. **فرانشیز:** بخشي از هزينه های خدمات درماني، که توسط بيمار به واحد ارایه كننده خدمت، پرداخت ميشود.
15. **پایگاه تجمیعی:** پایگاهی است متشکل از چند تیم پزشکی خانواده که در یک مکان واحد به ارایه خدمت می پردازند.
16. **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 می باشد. این فرد دانش­آموخته 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.
17. **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 نگراست 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.
18. **مشاورة درماني:** استفاده و بهره‌گيري پزشك خانواده از نقطه ‌نظرات و ايده‌هاي تخصصي يا فوق‌تخصصي يك يا چند متخصص ديگر طي فرآيند تشخيص، درمان و بازتواني بيمار است. برای مشاوره لزوماً بيمار ارجاع نمي‌شود و شايد فقط اطلاعات بيمار مورد نظر به پزشك مشاور منتقل ‌شود.
19. **مشاورة پزشكي اجتماعي:** مواقعي است كه به منظور بهبود شاخص‌هاي سلامت اجتماعي، يا رفع مشكل سلامت عمومي، پزشك خانواده موضوع را به پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصي، به صورت حضوري يا غيرحضوري استفاده مي‌کند. اين مشكلات مي‌تواند مثل اقدامات لازم در كنترل يك اپيدمي، تغيير عادات تغذيه‌اي و اصلاح شيوه‌هاي زندگي براي ارتقای شاخص‌هاي سلامتي، به‌سازي منابع آب، پژوهش‌هاي كاربردي و... باشد.
20. **محله، محدوده دسترسی :**

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

محدوده دسترسي به پزشک خانواده: هرفرد می تواند پزشک خانواده خود را ترجیحا از بین پزشکانی که در نزدیکی محل زندگی یا کار آن‌ها مستقر هستند، انتخاب کنند .

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 كرد

1. **جمعيت تحت‌پوشش:** افرادی كه نزد پزشك خانواده(در قالب خانوار) ثبت نام مي‌كنند. جمعيت تحت پوشش وی به حساب مي‌آيند. تعداد جمعيت تحت‌پوشش هر پزشك را ستاد اجرایی استان با مجوز ستاد اجرایی کشور تعیین میکند.
2. **نقشه ارجاع:** سندی است که مسير مشخصي را براي دسترسي حداكثري مردم به منظور دسترسی به خدمات سطح دو و سه ارایه می نماید.
3. **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.
4. **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.
5. **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 ...)
6. **هیات امناء:**

فصل سوم:

ساختار و سازماندهی

ساختارهاي مديريت

در اجراي برنامه فوق به شرح زير خواهد بود:

* ستاد ملی پزشکی خانواده
* ستاد هماهنگی کشوری
* ستاد اجرایی کشور
  + کمیته نظام ارجاع
  + کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات
  + کميته آموزش و مديريت نيروي انساني
  + کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی
  + کميته آمار و فنآوري اطلاعات
  + کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع
  + کميته پايش و نظارت
* ستاد هماهنگی استان
* ستاد اجرایی استان
  + کميته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی
  + کميته آمار و فنآوري اطلاعات
  + کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع
  + کميته آموزش و مديريت نيروي انساني
  + کميته پايش و نظارت
  + کمیته استقرار و هماهنگی نظام ارجاع
* ستاد اجرایی شهرستان
  + کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع
  + کميته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
  + کميته آمار و فناوري اطلاعات
  + کميته آموزش نيروي انساني
  + کمیته استقرار و هماهنگی نظام ارجاع
  + کميته پايش و نظارت

**ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:**

اعضای آن به شرح زیر می باشد :

1. رئیس جمهور (رئیس ستاد)
2. معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
3. وزير بهداشت، درمان و آموزش پزشكي (دبیر ستاد)
4. رئیس کمسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
5. وزیر کشور
6. وزیر ارتباطات و فن آوری اطلاعات
7. وزیر امور اقتصادی و دارایی
8. وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
9. وزير تعاون، كار و رفاه اجتماعي
10. وزير دفاع و پشتيباني نيرو هاي مسلح
11. رئیس کل سازمان نظام پزشکی
12. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
13. رئیس سازمان صدا و سیما
14. رییس سازمان برنامه و بودجه
15. رئیس سازمان بهزیستی
16. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت
17. رئیس شورای اسلامی استانها

حسب مورد برخی وزرا و مسئولین مربوطه دعوت خواهند شد.

**وظايف ستاد ملي برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع** به شرح زير ميباشد:

* سياستگذاري و تعيين راهبردهاي مورد نياز در اجراي برنامه (فني، اجرايي و پشتيباني و ...)
* تعيين راهكارهاي مناسب به منظور تأمين و تخصيص منابع مورد نياز براي اجراي مناسب برنامه
* نظارت بر عملكرد سازمانهاي ذيربط و ستادهاي استاني و شهرستانی در اجراي برنامه با تشكيل كميته هاي نظارتي
* جلب حمايتهاي مورد نياز قانوني و مديريتي
* تصميم گيري در موارد ارجاعي از طرف ستاد اجرايي

**ستاد هماهنگی کشوری:**

در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست وزیر بهداشت با ماموریت تدوین سیاستهای مورد نیازجهت سهولت در فرایند تصمیم گیری بر اساس گزارشات ستاد اجرایی کشوری میباشد. برای سهولت در فرایند تصمیم­گیری می­بایست 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.

**اعضاي ستاد هماهنگی کشوری:**

1. وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
2. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جانشین رئیس و دبیر ستاد)
3. معاون امور علمی ، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
4. معاون سیاسی امنیتی وزارت کشور
5. مدیر عامل سازمان بیمه سلامت
6. مديرعامل سازمان تامین اجتماعی
7. مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درماني نيروهاي مسلح
8. معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت
9. معاون درمان وزارت بهداشت
10. معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون ،کار و رفاه اجتماعی
11. معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات
12. رییس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي
13. رییس شورای سیاستگذاری سلامت صدا وسیما
14. دبیر ستاد ملی جمعیت
15. معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی
16. معاون آموزش وزارت بهداشت
17. رييس مركز مديريت شبكه وزارت بهداشت(رئیس دبیرخانه)
18. رییس مرکز مدیریت فناوری و اطلاعات وزارت بهداشت
19. مدیر روابط عمومی وزارت بهداشت

**ستاد اجرایی کشوری:**

این ستاد در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست معاون بهداشت برای تدوين ضوابط و مقررات و الزامات اجرايي مورد نياز (تعيين سرانه، چارچوب قرارداد، نظام ثبت و گزارش دهي با بهره گيري از فناوري اطلاعات، برنامه پايش و نظارت و نظام پرداخت) و همچنین تعیین ساز و کار مناسب در بهره­گیری از ظرفیت موجود فضای فیزیکی و نیروی انسانی در بخش دولتی و غیردولتی در برنامه پزشكي خانواده و ابلاغ به استانها در فاز استقرار به صورت هفتگی و سپس ماهانه برگزار میگردد.

**وظايف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع**

* 1. تهيه و تدوين فرايندهاي اجرايي و دستورعملهاي مربوطه در سطح ملي، استاني و شهرستان
  2. تعيين تركيب اعضا و شرح وظايف كميته هاي استاني و شهرستاني مورد نياز براي اجراي برنامه
  3. تعيين تعداد و عناوين كميته هاي تخصصي مورد نياز
  4. اعلام شروع مرحله استقرار پس از بررسی فرایند آمادگی
  5. بازديد از عمليات اجرايي در استانها و شهرستانها و حفظ ارتباط پيوسته با عرصه هاي اجرایی
  6. نظارت بر طرحهاي پژوهشي مرتبط
  7. تصويب تركيب اعضاي كميته هاي مورد نياز براي اجراي برنامه
  8. سفارش انجام بررسيها و مطالعه هاي مختلف و استفاده از نتايج آنها براي تدوين سياستها يا مداخله اي مورد نياز و پيشنهاد اين سياستها يا مداخله ها به ستاد ملي
  9. تدوين گزارشهاي تحليلي
  10. جلب همكاري صاحبنظران و ذينفعان برنامه از طريق اعضاي واحد كشوري يا كميته هاي فني
  11. نظارت بر پيشرفت برنامه ها و عمليات
  12. ظرفيت سازي

**اعضاي ستاد اجرایی کشوری:**

1. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رییس ستاد)
2. رييس مركز مديريت شبكه وزارت بهداشت(جانشین و دبیر ستاد)
3. رییس امور سلامت و رفاهی اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
4. معاون سلامت سازمان بیمه سلامت
5. معاون درمان سازمان تامین اجتماعی
6. معاون درمان سازمان بیمه خدمات درماني نيروهاي مسلح
7. مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
8. مدیرکل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت
9. مدیرکل امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
10. مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
11. رییس دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت
12. رییس اداره پزشک خانواده سازمان نظام پزشکی
13. معاون مرکز مدیریت فناوری و اطلاعات وزارت بهداشت
14. رییس گروه پزشک خانواده وزارت بهداشت(مسئول دبیرخانه)
15. روسای دانشگاههای منتخب ستاد ملی پزشکی خانواده(سه نفر)

**كميته هاي اجرايي پيشنهادي ستاد اجرایی کشوری به شرح زير است:**

**کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی**

رئیس کمیته : مدیر دفتر آموزش و ارتقاء سلامت دبیر : رئیس مرکز روابط عمومی )

سایر اعضای کمیته:

* مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت
* رئیس شورای سیاستگذاری صدا و سیما
* معاون مطبوعات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
* نماینده مجمع خیرین سلامت
* مدیر روابط عمومی نظام پزشکی
* معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
* رییس گروه پزشکی خانواده

**کميته آمار و فناوري اطلاعات**

( رئیس:رئیس مرکز فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، دبیر: رئیس گروه آمار و فناوری مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

* 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 سیاستگذاری بیمه های سلامت

**کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع**

(رئیس: مدیر کل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت، دبیر: معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

* 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

**کميته آموزش و مديريت نيروي انساني**

( رئیس: مدیر کل منابع انسانی دبیر: رئیس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

* دبیر شورایعالی برنامه ریزی علوم پزشکی معاونت آموزشی
* معاون مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
* معاون آموزشی سازمان نظام پزشکی
* دبیر بورد تخصصی پزشکی خانواده معاونت آموزشی

**کميته پايش و نظارت**

( رئیس: رئیس مرکز مدیریت شبکه دبیر: معاون فنی مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

* معاون مرکز [نظارت و اعتباربخشی](https://treatment.sbmu.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=62&pageid=58317&siteid=62) معاونت درمان
* رییس گروه پایش و نظارت مرکز مدیریت شبکه
* معاون مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
* مدیران کل دفاتر و روسای مراکز بهداشت
* مدیرکل آزمایشگاه مرجع سلامت
* رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت

**کمیته نظام ارجاع**

(رئیس: مدیر کل مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی دبیر: رئیس گروه پزشک خانواده)

سایر اعضای کمیته:

* 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
* معاون فنی مرکز بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
* 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 شورایعالی بیمه سلامت

**کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات**

( رئیس: معاون بهداشت دبیر:رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت)

* 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 رسانه‌های ارتباط جمعی (شبکه‌های اجتماعی، صدا و سیما، رسانه‌های مکتوب، ...) در جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده سازی برنامه**
* **جلب حمایت ذینفعان در اجرای برنامه پزشکی خانواده**

**کميته آمار و فناوري اطلاعات**

**کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع**

**کميته آموزش و مديريت نيروي انساني**

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 برعملکرد دانشگاهها در خصوص پایش و نظارت
* دیده بانی شاخص های سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
* تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده

**کمیته نظام ارجاع**

**ستاد هماهنگی استان**

ستاد هماهنگی در سطح استان با تركيب استاندار (رييس ستاد)، معاون سیاسی امنیتی استاندار (جانشین رئیس ستاد)، رئیس مجمع نمایندگان مجلس شورای اسلامی استان، رييس دانشگاه (دبير ستاد)، معاونين بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان، غذا و دارو و توسعه دانشگاه، مديركل بیمه سلامت استان، رئيس اداره بيمه خدمات درماني نيروهاي مسلح استان، رييس نظام پزشكي استان، رئیس سازمان صدا و سيماي استان، رييس گروه توسعه شبكه مركز بهداشت استان، مدیر درمان تامین اجتماعی خواهد بود.

* + تبصره: در استانهايي كه بيش از يك دانشگاه علوم پزشكي وجود دارد رييس و معاونین دانشگاه‌هاي غير از مركز استان عضو ستاد خواهند بود.

وظايف ستاد هماهنگی استان شامل موارد زير است:

* هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورعملهای کشوری
* انجام هماهنگیهای مورد نياز (در قالب برنامه عملياتي) براي اجراي سياستهاي ابلاغي از سوي ستاد ملي (فني، اجرايي و پشتيباني و ...)
* تسهیل در تأمين و تخصيص منابع مورد نياز براي کمک به اجراي مناسبتر برنامه
* بررسي چالشها و پیشنهاد راهكارهاي مناسب براي برطرف كردن مشكلات به ستاد ملی
* ارایه گزارش مراحل استقرار و پیشرفت اجرای برنامه به ستاد ملي

**ستاد اجرایی استان**

بر اساس سياست هاي ابلاغي ستاد هماهنگی تشکیل می­شود. ستاد اجرايي استان مي­تواند با ارزيابي متغيرهاي (عرضه و تقاضا، تعادل بازار سلامت، شاخص دسترسي، ضريب محروميت، وضعيت بخش خصوصي و دولتي) روش هاي اجرا را بر اساس سیاستهای ابلاغی ستاد اجرایی کشوری پیاده نمايد.تركيب ستاد اجرايي استان شامل:

1. رييس دانشگاه (رييس ستاد)
2. معاون بهداشت و رييس مركز بهداشت استان (جانشین رئیس و دبير ستاد)
3. مدیرکل امور اجتماعی استانداری
4. معاون درمان دانشگاه
5. معاون غذا و دارو دانشگاه
6. معاون آموزشی دانشگاه
7. معاون توسعه و منابع و برنامه ریزی دانشگاه
8. مدیر توسعه و ارتقاء سلامت استان
9. مدیرکل بيمه سلامت استان
10. مدير درمان تأمين اجتماعي استان
11. رئیس شعبه بیمه خدمات درماني نيروهاي مسلح استان
12. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان
13. مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
14. دو نفر از روسای شبکه های بهداشت و درمان تابعه
15. نماینده پزشکان خانواده استان
16. نماینده مراقبین سلامت استان

تبصره1 : در استانهايي كه بيش از يك دانشگاه علوم پزشكي وجود دارد رييس و معاونين دانشگاههاي غير از مركز استان عضو ستاد خواهند بود.

**كميته‌ هاي اجرايي پيشنهادي در سطح استانها به شرح زير است:**

* آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
* کميته آمار و فناوري اطلاعات
* کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع
* کميته آموزش و مديريت نيروي انساني(نیروهای ارایه دهنده خدمات در سه سطح)
* کميته پايش و نظارت
* کمیته مدیریت فرآیندها
* کمیته نظام ارجاع

**کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی**

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

سایر اعضای کمیته:

* مدیر روابط عمومی نظام پزشکی استان
* نماینده صدا و سیمای 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

**کميته آمار و فناوري اطلاعات**

( رئیس:مدیرآمار و فناوری اطلاعات دانشگاه ، دبیر: رئیس گروه فناوری اطلاعات معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

* رئیس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان دانشگاه
* رئیس اداره امار و فناوری اطلاعات اداره کل بیمه سلامت استان
* رییس اداره فناوری اطلاعات سازمان تامین اجتماعی استان

**کميته ساماندهي تامين و توزيع منابع**

(رئیس: معاون توسعه و مدیریت منابع انسانی دانشگاه، دبیر: معاون اجرایی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

**کميته آموزش و مديريت نيروي انساني**

( رئیس: مدیر منابع انسانی دانشگاه ، دبیر: معاون اجرایی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

**کمیته نظام ارجاع**

(رییس: معاون درمان دانشگاه دبیر: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان)

سایر اعضای کمیته:

* نماینده سازمان نظام پزشکی
* مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
* رئیس گروه فناوری معاونت بهداشت
* مدیر کلینیک های ویژه
* رئیس اداره سلامت عمومی بیمه سلامت استان
* نماینده سازمان تامین اجتماعی استان

**کميته پايش و نظارت**

( رئیس: معاون بهداشت دانشگاه دبیر: معاون فنی معاونت بهداشت)

سایر اعضای کمیته:

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

.

**وظایف 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 برعملکرد شهرستانها در خصوص پایش و نظارت
* دیده بانی شاخص های دانشگاهی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
* تهیه و ارائه 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

شرح وظایف کلیه کمیته های استانی

کلیه کمیته های استانی در مرحله استقرار به صورت ماهانه تشکیل خواهد شد

**کمیته مدیریت فرآیندها**

( اعضا و وظایف توسط معاونت درمان تعیین گردد)

**ستاد اجرایی شهرستان**

اعضای ستاد:

1. فرماندار (رييس ستاد)،
2. مدیر شبكه بهداشت و درمان شهرستان (دبير ستاد)،
3. رئيس مركز بهداشت شهرستان
4. معاون درمان شبکه شهرستان
5. روسای بیمارستان های واقع در شهرستان
6. نماينده هر يک از سازمان هاي بيمه گر شهرستان
7. مسئول واحد توسعه شبكه شهرستان
8. رئیس نظام پزشکی شهرستان
9. معاون غذا و داروی شهرستان

-در شهرستان های مرکز استان رئیس یکی از مراکز بهداشت شهرستان به انتخاب معاون بهداشت دبیر ستاد میباشد.

**كميته‌هاي اجرايي پيشنهادي و شرح وظايف آنها:**

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

**کميته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی**

* تدوين برنامه‌هاي آموزشي عموم مردم
* هماهنگي با شورا های شهر و روستا و بخشداریها
* هماهنگي با سازمانهای مردم نهاد
* آگاه سازي جامعه و شناسایی طرح به مردم

**کميته آمار و فناوري اطلاعات**

* فراهم آوري زيرساخت و مدیریت نگهداشت(سخت افزار و نرم افزار)
* تحليل داده ها و گزارشهای ثبت شده در سامانه ها
* ارایه گزارشهای مورد نياز به ستاد اجرايي شهرستان
* پشتيباني فنی(پاسخگویی به سوالات) کاربران سامانه ها

**کميته آموزش نيروي انساني**

* آموزش نيروهاي جديدالورود(نیروهای ارایه دهنده خدمات سطوح سلامت)
* بازآموزي مداوم نيروهاي موجود (نیروهای ارایه دهنده خدمات در سطوح سلامت)

**کميته پايش 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 ارائه گزارش برای ستاد اجرایی شهرستانی پزشک خانواده
* بررسی اولیه شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
* طراحی مداخلات لازم جهت رفع نواقص تا حصول نتیجه

**کمیته ارجاع**

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 ارایه خدمت

**مرکز خدمات جامع سلامت:**

با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت، برای جمعیت40 تا 120 هزار نفر یک مرکز خدمات جامع سلامت در نظر گرفته می­شود. برای شهرهای با جمعیت کمتر از 40 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
* متصدی پذیرش

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

**الف: خدمات مدیریتی**

1) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت

2) بازنگری، سرشماری و شناسایی منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت ( گروه های هدف)، اماکن، کارگاه ها و ...

3) شناسایی منابع (واحدهای ارایه دهنده خدمت، نیروی انسانی، تجهیزات، ...) بخش دولتی، خیریه، عمومی و خصوصی در منطقه تحت پوشش

4) شناسایی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش (نیازسنجی سلامت) به صورت دوره ای مطابق شیوه نامه ابلاغی

5) مدیریت بر الزامات پرونده سلامت الکترونیک و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده

6) 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

7) تشکیل هیات امنای سلامت منطقه به منظور برنامه ریزی برای حل مشکلات سلامت منطقه (محله محور) از راه جلب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی و هماهنگی های درون بخشی

8) 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.

9) همکاری در اجرای پروژه های تحقیقاتی

10) همکاری در آموزش علوم پزشکی جامعه نگر ( نحوه فعالیت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی حسب تفاهم نامه ابلاغی اجرایی شود.)

11) 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

12) آموزش و توانمندسازی مستمر ارایه دهندگان خدمات

13) شناسایی خیرین سلامت در منطقه جغرافیایی تحت پوشش به منظور هماهنگی و برنامه ریزی در بهره گیری از ظرفیت ایشان توسط مدیریت شهرستان

14) پایش، نظارت و ارزیابی عملکرد خدمات تیم سلامت ( پایگاه های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل ها و چک لیست های موجود

15) پایش، نظارت و ارزیابی فضای فیزیکی، تجهیزات و مکمل ها ( حسب مورد واکسن ) در پایگاه های پزشکی خانواده براساس دستورالعمل ها

16) بهبود کیفیت و ارتقای مستمر فرآیندها در واحدهای تحت پوشش

**ب: خدمات سلامت**

1. ارایه خدمات سلامت دهان و دندان به جمعیت تحت پوشش
2. پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس سلامت روان و ارایه خدمات مربوطه بر اساس شرح وظایف کارشناس سلامت روان و بسته های خدمات
3. پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس تغذیه و ارایه خدمات مربوطه بر اساس شرح وظایف کارشناس تغذیه و بسته های خدمات
4. 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
5. شناسایی و پذیرش کارگران مشمول معاینات سلامت شغلی (شاغلین کارگاه های زیر 20 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
6. همکاری و مشارکت در پیشگیری وکنترل بیماریهای تحت مراقبت، اپیدمیها و حوادث غیرمترقبه و بلایا

**ج: خدمات بهداشتی و درمانی درپایگاه سلامت شهری ضمیمه(پایگاه پزشکی خانواده)**

**شرح وظایف اعضای تیم سلامت**

## **شرح وظايف مراقب سلامت در تیم پزشکی خانواده***:*

1. شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. شناسايي عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
4. شناسايي جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
5. تشکیل پرونده سلامت الکترونیک براساس شرح خدمات
6. ارایه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس بسته های خدمتی
7. انجام واکسیناسیون روتین کشوری به جمعیت هدف
8. رعایت زنجیره سرما
9. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
10. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه‌ها و دستورعمل‌های ابلاغی
11. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته‌های خدمت گروه‌های هدف(حضوری/ تلفنی)
12. در صورت نیاز ، ارجاع مراجعه کننده به پزشک خانواده و کارشناسان مرکز و ارایه خدمات مورد نياز براي وی براساس پس خوراند دريافتي از پزشک ، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه
13. پیگیری موارد ارجاع شده به متخصصین
14. ثبت و گزارش‌دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم‌ها، دستورعمل‌ها و تکالیف محوله
15. درخواست به موقع کالیبراسیون تجهیزات
16. غربالگری افراد براساس شرح خدمات پيگيري و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر(حضوری/ تلفنی)
17. انجام تزریقات و پانسمان زیر نظر پزشک
18. اجرای کلیه دستورعمل های ابلاغی مربوط به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
19. پیگیری موارد ارجاع شده به پزشك/کارشناس سلامت روان، تغذيه برای انجام مراقبت هاي بعدي
20. شناسایی گروه­های هدف برنامه های حمایتی
21. هماهنگی و همکاری در اجرای مناسبت‌های خاص بهداشتی
22. توانمندسازي مردم و داوطلبین سلامت(سفیران، رابطین) در برنامه ملی خودمراقبتي
23. شناسایی امکانات محلی، بسيج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامي سلامت

درصورتی که مراقب سلامت دانش آموخته رشته مامایی نباشد کلیه تکالیف بسته خدمتی مادران باید توسط پزشک (زن) انجام شود.

**شرح وظايف کارشناس تغذیه در تیم سلامت**

1. شناسايي منطقه جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. شناسايي 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
4. شناسايي عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقي، لاغري،کوتاه قدی، كم خوني ، کمبود مصرف منابع کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن ، نمک و چربی و ....)
5. تدوين برنامه عملياتي سالانه با همکاری کارشناس تغذیه ستاد شهرستان در راستای برنامه عملیاتی دانشگاه
6. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه و اجرای آن
7. اندازه گیری شاخص های آنتروپومتریک مراجعین و کنترل شاخص های مراقب
8. ارزیابی تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
9. ارزیابی امنیت غذایی
10. اقدام به آموزش چهره به چهره و ثبت توضیحات در پرونده الکترونیک
11. مشاوره تغذیه، تنظیم و ثبت برنامه غذایی در پرونده الکترونیک
12. پیگیری مراقبتهای تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
13. تجويز مكمل‌هاي غذایی (اسيد فوليك، مولتي ويتامين، آهن، زینک ، کلسیم و ...) در موارد لزوم برای گروه‌های خاص
14. اجرای برنامه ها مطابق با بسته خدمت ابلاغی در موضوعات مربوطه
15. اجرای برنامه‌های آموزش گروهی هدفمند برای مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت
16. نظارت بر اجرای برنامه حمایت تغذیه ای گروه های آسیب پذیر و ارائه سبدهای غذایی حمایتی
17. 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 ارائه پس خوراند
18. نظارت بر اجرای آموزش و مکمل یاری و پایگاه های تغذیه سالم مدارس و تغذیه مهدهای کودک در منطقه تحت پوشش
19. مشارکت در برنامه‌های آموزشی تغذیه مدارس
20. مشارکت در فعالیت‌های اجتماع محور (حمایت‌های تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره‌ها، مشارکت در برگزاری مناسبت‌های مختلف و..)
21. مشارکت در برنامه های آموزشی و آموزش تغذیه در فرهنگسرای محله، مساجد، ادارات و ..
22. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با تغذیه در پایگاه های پزشک خانواده تحت پوشش
23. جلب همکاري‌هاي درون بخشی و برون بخشی، سازمان های حمایتی و خیرین ملی و محلی در اجرای برنامه های جامعه محور به منظور اجراي مداخلات تغذيه اي و بهبود وضعيت تغذيه اي جامعه تحت پوشش با تاکید بر گروه های آسیب پذیر
24. تسلط بر شاخص هاي تغذيه اي منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر بیلبورد اتاق
25. همکاري با کارشناس تغذیه ستاد شهرستان برای آموزش تغذيه به مراقبین سلامت و پزشک خانواده
26. نظارت بر ارائه مراقبت های تغذیه ای مراقب سلامت و ارجاع موارد نیازمند مشاوره تغذیه از سوی پزشک خانواده و مراقبین سلامت
27. شرکت در برنامه های بازآموزی برنامه ریزی شده توسط ستاد دانشگاه
28. 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 وظايف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت**

1. شناسايي منطقه جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. شناسايي 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
4. شناسایی خانواده های آسیب پذیر (خانواده هایی که در آن سرپرست خانواده زندانی ،معلول شدید جسمی یا روانی و...) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
5. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای اجتماعی شناسایی شده در منطقه درراستای سیاست های ابلاغ شده
6. آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت رواني، اجتماعي و پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات
7. اجرای برنامه های توانمندسازی روانی اجتماعی (مهارت های فرزندپروری و مهارت های زندگی، نوجوان سالم من و تقویت بنیان خانواده)
8. آموزش­های روانشناختي در موارد ارجاع افراد مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (افسردگی و اضطراب) با تشخیص پزشک
9. انجام مداخلات روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی با تشخیص پزشک
10. پیگیری موارد ارجاع فوری افکار خودکشی برای مراجعه به پزشک
11. ارائه مداخلات روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده از بیمارستان ها
12. ارائه مداخلات روانشناسی برای بازماندگان خودکشی
13. آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت رواني، اجتماعي و اعتیاد
14. آموزش مهارت های فرزندپروری
15. غربالگری تکمیلی در افراد شناسایی شده با مصرف مواد، دخانیات و الکل
16. غربالگری تکمیلی در افراد با عوامل خطر سلامت اجتماعی
17. انجام مداخلات مختصر روانشناختی در مصرف کنندگان مواد، دخانیات و الکل و پیگیری آنها بر اساس بسته خدمتی ابلاغی
18. آموزش های همگانی پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات و کاهش آسیب آن در مدارس، محیط های کاری ف فرهنگی و ورزشی
19. ارائه آموزشهای فردی/گروهی به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
20. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
21. ارایه حمایت­های روانی –اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به بزرگسالان
22. ارایه حمایت­های روانی اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به کودکان
23. 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
24. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه­های پزشکی خانواده تحت پوشش و ارایه پس خوراند
25. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک خانواده و ارائه بازخورد به تیم سلامت
26. همکاری با سازمان­های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان
27. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی

**شرح وظايف پزشک در تیم پزشکی خانواده:**

1. شناسايي منطقه جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش به تفکيک سن و جنس
3. تحلیل اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش
4. مديريت سلامت در جمعيت تحت پوشش
5. آموزش و همکاری در مداخلات ارتقاي سلامت
6. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
7. مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجراي برنامه‌هاي سلامت تدوين و ابلاغ شده در نظام ارایه خدمات سلامت
8. ویزیت و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت، درمان سرپایی و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر مطابق دستورعمل نظام ارجاع
9. پذيرش و ثبت موارد ارجاعي در پرونده الکترونیک سلامت و ارایه پس‌خوراند مناسب
10. درمان اوليه و اقدام فوريت­ها
11. ارجاع مناسب و بموقع، پيگيري موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دريافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
12. انجام اقدامات موردنياز براساس پس‌خوراند
13. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارایه خدمات در مواقع بحران
14. نظارت بر عملکرد مراقب سلامت
15. مراقبت از بیماران براساس دستورعمل ها و بسته خدمت
16. برنامه ریزی و ارزشیابی مداخلات سلامت در جمعیت تحت پوشش
17. الزام به شرکت فعال در دوره هاي آموزشي و بازآموزي در جهت ارتقاي دانش علمی و فني
18. انجام معاینات سلامت شغلی به شاغلین ارجاع شده
19. نظارت بر آموزشهای مربوط به گروههای هدف

**شرح وظايف مراقب سلامت ناظر**

1. طراحی و اجرای برنامه‌های نظارت و پایش پایگاههای پزشکی خانواده تحت پوشش
2. همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
3. پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای مورد نیاز و پیگیری تامین مکملهای غذایی مورد نیاز پایگاه ها...)
4. شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری بیماریهای واگیر
5. آموزش و اطلاع‌رسانی به تیم پزشکی خانواده در موارد تماس
6. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریهای هدف در منطقه تحت پوشش
7. جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماریهای هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
8. نظارت و کنترل زنجیره سرما
9. همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی خارج از مرکز (نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
10. تهیه پس‌خوراند و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده در سطح پائین‌تر
11. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر
12. همکاری با مراقبین سلامت در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزشی برای داوطلبین سلامت، جمعیت تحت پوشش و گروههای اجتماعی
13. تسلط بر شاخص هاي سلامت منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر بیلبورد اتاق
14. هماهنگي درون بخشي و بين بخشي براي اجراي بهتر برنامه هاي سلامت
15. جلب مشاركت مردم، تشکل های مردمی ، نهاد های مدنی و افراد ذی نفوذ براي توسعه و ارائه خدمات مطلوب
16. پيگيري مستمرمراقبت بيماران واگيردار هدف مهم مثل HIV/AIDS ، سل، سرخك، CCHF و ...، اجراي وظايف محوله در رابطه با مراقبت بيماري در هنگام همه گيري­ها
17. شركت فعالانه در دوره هاي آموزشي و بازآموزي در جهت ارتقاي دانش فني
18. تهيه آمار و اطلاعات خدمات سلامت ارائه شده بر اساس سامانه الکترونیک و ارایه آن به مركز بهداشت شهرستان
19. همکاری با مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه و روان در پیگیری در خارج از محدوده فضای پایگاه یا مرکز
20. انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

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

1. هماهنگي لازم با پزشک/پزشكان و واحدهای ارایه خدمت در مورد تنظيم نوبت دهی بيماران
2. مدیریت صندوق مرکز به صورت روزانه و ماهانه و واریز مبالغ نقدی به حساب بانکی
3. بررسی تاریخ اعتبار دفاتر بیمه، هماهنگی با اداره کل بیمه سلامت برای بیمه شدن افراد فاقد پوشش بیمه
4. جمع آوری بهنگام نسخ طبق خواسته سازمان­های بیمه گر و ارسال به ستاد مرکز بهداشت شهرستان
5. ثبت دقيق و كامل اطلاعات هويتي مراجعین در سامانه
6. پذیرش و نوبت دهی در سامانه های مربوطه
7. آگاهی از واحدهای ارایه خدمت (مطب ها، کلینیک ها و مراکز پاراکلینیک موجود در منطقه تحت پوشش مرکز/پایگاه پزشکی خانواده) برای هدایت مراجعین
8. انجام سایر امور محوله

**شرح وظیفه نمونه گیر:**

1. 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)
2. انتقال اطلاعات اولیه در مورد شرایط آزمایش­های مختلف به بیمار (حسب مورد و در انواع مختلف آزمایش)
3. توضیح دادن در مورد نحوه صحیح گرفتن نمونه های آزمایش­های مدفوع، ادرار و کشت ادرار
4. پیگیری ارسال نمونه ها به آزمایشگاه
5. پیگیری ارسال نمونه های پاپ اسمیر/ HPV به مرکز بهداشت شهرستان در مهلت مقرر براساس دستورعمل (به منظور تحویل به پست)

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

1. نظارت بر آب آشامیدنی
2. نمونه برداری از آب شرب و ارسال آن براي انجام آزمایش هاي باکتریولوژیکي شيميايي در مناطق تحت پوشش بر اساس استانداردهای ملی (1011-4208 )
3. مشارکت در اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی
4. پیشگیری و کنترل طغیان بیماری های منتقله از آب
5. بازرسی از سامانه های تامین آب آشامیدنی
6. اقدامات بهداشت آب و فاضلاب در شرايط اضطرار و کنترل طغیان بیماری
7. ارسال فوري گزارش هاي موارد نقص موجود در سامانه تأمين آب و موارد صفر و نامطلوب كلر سنجي و ارجاع موارد مرتبط به سطح بالاتر و پیگیری
8. بررسي علت آلودگي آب و پيگيري موارد نامطلوب
9. نظارت بر بهداشت آب استخرهای شنا و شناگاه های طبیعی
10. نظارت بر بهداشت فاضلاب و مشارکت در برنامه ایمنی فاضلاب
11. کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب
12. مدیریت بهداشت هوا و کنترل و پیشگیری از آلودگی هوا
13. ارایه خدمات مرتبط با تعیین بار بیماری های منتسب به آلودگی هوا
14. نظارت و بهره برداری از ایستگاه های سنجش ذرات معلق با مالکیت وزارت بهداشت
15. اجرای برنامه سازگاری سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم بر اساس آئین نامه مقابله با تغییرات اقلیم
16. نظارت بر تهویه و کیفیت هوای داخل اماکن عمومی
17. نظارت بر موتورخانه های مراکز بهداشتی درمانی
18. برگزاری هفته هوای پاک و مناسبت های مرتبط با آلودگی هوا در منطقه تحت پوشش
19. همکاری و اجرای برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی و فرهنگ سازی در زمینه اثرات آلودگی هوا بر سلامت انسان
20. اجرای برنامه های مرتبط با ابتکارات جامعه محور
21. کنترل ناقلین بیماری ها
22. کنترل الاینده های محیطی سموم و کنترل محیطی عوامل بیولوژیک
23. پیگیری اخبار و شکایات (190) و فوریت‌های سلامت محیط و کار
24. كنترل، نظارت و پیگیری عوامل محيطي در بلايا و شرايط اضطرار
25. رسیدگی به شکایات بهداشتی و ارجاع شده از سامانه 190 و مردمی
26. نظارت و کنترل بهداشت پرتوها
27. كنترل و نظارت بر وضعيت بهداشتي و حفاظت پرتويي مراكز پرتوپزشكي دولتي و خصوصي
28. كنترل 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 .... )
29. كنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژي هاي منتشره از فركانس هاي راديويي و ماهواره هاي تجاري و نظامي
30. كنترل و نظارت بر كنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژي هاي منتشره از خطوط، تاسيسات و تجهيزات برق فشار قوي
31. مواجهه عموم مردم با گاز راديواكتيو رادون
32. معرفي پرتوهاي فرابنفش خورشيدي و چگونگي حفاظت در مقابل آن ها
33. نظارت ، بازرسی و پیشگیری از آلاینده های محیطی خاک
34. نظارت و همکاری در کنترل برنامه های مديريت پسماند عادی
35. بازدید وکنترل ايستگاه هاي انتقال و مراکز دفع و دفن و انجام اقدامات مداخله ای
36. بازرسی از وضعيت پسماندهاي عادی از نظر تفكيك، جمع آوري، حمل و نقل و نگهداري موقت ، تصفيه، دفع
37. شناسايي نقاط بحراني و خطر زا از نظر پسماند در منطقه تحت پوشش و اقدام فوری در شرایط خطر برای سلامت
38. نظارت بر مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی از نظر تفكيك، جمع آوري، حمل و نقل ، نگهداري موقت و تصفيه، دفع و بي خطرسازي و انجام اقدامات مداخله ای
39. بازرسی از بهداشت محیط بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی
40. نظارت بر دستگاه های بی خطر سازی در بیمارستان ها
41. همکاری در ارزیابی و پیگیری اجرای آب، بهسازی، مدیریت پسماند و تسهیلات، بهداشت دست در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
42. مدیریت بهداشتی فاضلاب و تصفیه خانه های فاضلاب بیمارستانی و مراکز بهداشتی درمانی
43. کنترل و نظارت بر برنامه تمیز کردن و گندزدایی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی (IPC ( در راستای کنترل عفونت های بیمارستانی
44. نظارت براجرای خود اظهاری بهداشتی بیمارستان و مراکز جراحی محدود
45. تشدید و نظارت بهداشت محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی در مواجهه با اپیدمی ها
46. همکاری در پروژه های ملی و منطقه ای مدیریت پسماند پزشکی حسب مورد در ارتقا وضعیت بهداشتی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
47. کنترل و نظارت بر اجرای پروتکل های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با اپیدمی ها از جمله کووید -19
48. 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
49. اجرا و پیگیری برنامه های بهسازی محیط
50. همکاری در پروژه های توسعه و تقویت برنامه پیوست سلامت
51. نظارت بر تغسیل ،تکفین و تشییع و تدفین در شرایط اپیدمی و گزارش بیماری های خاص از جمله کرونا
52. کنترل و بازرسی مراکز تهیه و توزیع و فروش موادغذایی و اماکن عمومی(اجرای قانون اصلاح ماده 13 )
53. بازرسی بهداشتي از مراكز تهيه، توزيع، نگهداري و فروش مواد غذايي و اماکن عمومی
54. اقدام مداخله ای و اعمال قوانین بر اساس آیین نامه آجرای ماده 13 قانون مواد خوردني، آشاميدني، آرايشي و بهداشتي و گردش کار (اخطار تعطیلی ، پلمب ، فک پلمب بر اساس تفویض اختیار )
55. توقیف و لاک و مهر محموله های مواد غذایی تا تعیین تکلیف مقامات قضایی بر ابر مقررات بر اساس تفویض اختیار
56. نظارت بر اجرای خودکنترلی وخوداظهاری بهداشتی مراکز واماکن عمومی
57. اجرای برنامه های کنترل و کاهش مصرف دخانیات
58. نظارت بر اجرای ساماندهی مراکز و اماکن فروش محصولات دخانی و عرضه قلیان
59. شناسایی افراد مصرف کننده محصولات دخانی
60. نظارت بر اجرای ممنوعیت وتابلو های هشدار وتبلیغات
61. كنترل و نظارت بر عوامل محیطی موثر بر بیماری های منتقله از غذا
62. پایش و کنترل مشاغل خانگی مرتبط با مواد غذایی
63. نمونه برداری و سنجش مواد غذایی( آزمایشگاهی و پرتابل )
64. نظارت بر نحوه صحیح استقرا ر سیستم بهداشت و ایمنی مواد غذایی(HACCP) در مراکز عرضه مواد غذایی دارای گواهی فوق
65. 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
66. رتبه بندی بهداشتی مراکز تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی
67. همکاری در استقرار نظام مراقبت سلامت محصولات کشاورزی و محصولات گلخانه ای به منظور کاهش میزان آفلاتوکسین، سموم آفات نباتی
68. تشدید نظارت های بهداشتی از مراکز عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی و بازرسی بهداشت محیطی در ساعات غیر اداری و ایام خاص
69. کنترل و بازرسی بهداشت محیطی از جمله بهداشت آب ، فاضلاب و پسماند کارگاهی ، تولیدی ، خدماتی و صنعتی
70. 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
71. انجام سایر وظایف محوله در حیطه شغلی و تخصصی
72. بازدید، نظارت، کنترل و همکاری آلودگي هوای فضاهای آزاد شهری، فضای بسته حاشیه شهرها و پدیده ریزگردها

**شرح وظايف کارشناس بهداشت حرفه ای در تیم سلامت:**

1. شناسایی کلیه کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای حوزه تحت پوشش
2. تهیه برنامه زمانبندی بازرسی از کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای تحت پوشش
3. بازرسی مستمر از کارگاهها و صنایع و بیمارستانها بر اساس یک برنامه بازرسی اولویت بندی شده بر مبنای درجه بندی ریسک خطر کارگاهها
4. ثبت اطلاعات بازرسی های انجام شده در سامانه سامح
5. 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
6. انجام بازرسی در خارج از ساعات اداری و ثبت اطلاعات در سامانه سامح (طرح تشدید بازرسی کرونایی و غیر کرونایی)
7. انجام پیگیریهای لازم برای رفع نواقص بهداشتی موجود بر اساس مقررات جهت صدور اعلام نواقص، اخطاریه بهداشتی و معرفی به دادگاه
8. ارجاع به سطوح بالاتر برای پیگرد قانونی کارفرمایان متخلف از موازین بهداشت حرفه‌ای
9. تکمیل فرم بهداشت حرفه ای در فرم معاینات سلامت شغلی و ثبت در سامانه سامح
10. تکمیل فرمهای غربالگری و سنجش صدا
11. نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل صدا در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
12. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و اصلاح روشنایی موضعی و عمومی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
13. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل استرسهای حرارتی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
14. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل پرتوها در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
15. نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی به ویژه آزبست ، سیلیس، جیوه و سرب در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
16. نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتور های ارگونومیک در ایستگاههای کاری موجود و مداخلات و اصلاحات ارگونومیک انجام شده در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
17. نظارت و پيگيري و اجرای اقدامات لازم در مورد نظام هماهنگ برچسب­گذاري مواد شيميايي
18. شناسایی کارگاههای مشمول برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی بر اساس برنامه عملیاتی (جدول TPQ) و تهیه جدول فهرست برداری از کارگاه ها
19. اجرای برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی و تكميل چك ليست­هاي مربوطه قبل و بعد از وقوع رخدادهای شيميايي و درس آموزی براي ارائه به سطوح مافوق و ثبت آن در سامانه سامح
20. مشارکت در اجرای طرح تدوین پروفایل ایمنی شیمیایی درمورد مواد شیمیایی مورد مصرف در منطقه
21. نظارت بر کاهش آلاینده­های شیمیایی مخاطره­آمیز آلاینده­های شیمیایی در صنعت ریخته­گری
22. نظارت بر کنترل عوامل زیان آور شیمیایی بر اساس تکنیک های سلسله مراتبی کنترلی
23. نظارت بر ارزيابي ريسك فاكتورهاي شغلي مطابق كتاب حدود مجاز مواجهه شغلي
24. پیگیری اجرای خود اظهاری کارفرمایان و نظارت و ارزیابی چک لیست های خود اظهاری تکمیل شده و ارسال گزارش به سطح بالاتر
25. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت قالیبافان
26. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت کشاورزان و اجرای آیین نامه بهداشت کشاورزی
27. نظارت بر ارائه خدمات بهداشت حرفه­اي در بيمارستان­ها و مراكز بهداشتي درماني
28. نظارت بر عملکرد کارشناسان بهداشت حرفه‌ای بیمارستانها و تکمیل چک لیست پایش واحد بهداشت حرفه ای و طب کار در بیمارستانها
29. آموزش و توجیه دستورالعملها و آیین نامه های صادره از سطوح بالا و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مربوطه
30. 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 حرفه ای
31. 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
32. ارجاع کارفرمایان متخلف در خصوص پسماندها به مراجع قضایی
33. نظارت بر عملکرد شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای
34. اعلام موارد نمونه برداری ها و سنجشهای در حال انجام در منطقه تحت پوشش (در بخش دولتی و خصوصی) به معاونت بهداشتی
35. نظارت بر نمونه برداری، سنجش و سایر خدمات شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای با حضور درمحل انجام کار شرکت و ثبت اطلاعات و ارائه گزارش به مرکز
36. نظارت و پیگیری ثبت خدمات انجام شده توسط شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای در سامانه سامح
37. مشارکت فعال با آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه در برنامه کنترل کیفیت خدمات تخصصی بهداشت حرفه ای
38. انجام سنجش‌ها و نمونه برداری در بررسی های آنی و مقدماتی با استفاده از کیت بازرسی بهداشت حرفه ای در هنگام بازرسی (حداقل 10% کل بازدیدهای کارگاهی)
39. تنظیم گزارش سنجش ها و نظارت بر خدمات تخصصی منطقه و ارسال به آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه
40. 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
41. مشارکت با معاونت بهداشتی دانشگاه در اعزام بهگران و بهداشتیاران کار به دوره های آموزشی و بازآموزی مربوطه
42. 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
43. نظارت بر تشکیل کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه­های مشمول و بیمارستان­ها
44. آموزش چهره به چهره در زمینه بهداشت حرفه­ای و سلامت شاغلین
45. مشارکت فعال در برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی مؤثر به کارفرمایان، مدیران اجرایی واحدهای شغلی، شاغلین، بهگران، بهداشتیاران کار، کارشناسان بهداشت حرفه ای و ... در زمینه بهداشت حرفه ای و جلب مشارکت آنان در توسعه محیطهای کاری سالم
46. فرهنگ ­سازی، هماهنگی و جلب مشارکت فعال در خصوص سلامت نیروی کار
47. کسب فهرست شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای و مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی از معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ذیربط
48. 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
49. نظارت و پیگیری معاینات ادواری شاغلین مطابق با دستورالعمل های مربوطه و نظارت بر ثبت و اطلاعات معاینات انجام شده در سامانه سامح
50. نظارت بر عملکرد مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی
51. نظارت بر سلامت شاغلین مشاغل غیررسمی، خویش فرما و کارگاه­های کوچک
52. 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
53. نظارت بر اجرای برنامه بهداشت حرفه ای در معادن
54. نظارت بر اجرای مقررات و آیین نامه های مربوط به برنامه بهداشت حرفه ای کارگران ساختمانی
55. انجام تکالیف و وظایف محوله در برنامه مشاغل سخت و زیان آور
56. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه ارائه خدمات پایه سلامت کارکنان دولت
57. انجام ارزشیابی از برنامه­های عملیاتی بهداشت حرفه ای
58. پیگیری ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به زندانیان و استقرار تشکیلات بهداشت حرفه ای در کارگاههای زندانها
59. آموزش و نظارت بر تکمیل فرمهای ثبت حوادث و اقدامات درمانی به مصدومین حوادث ناشی از کار در نرم افزار برنامه احصاي 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
60. پیگیری و نظارت بر اجرای پروتکل­های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با کووید -19 در محل­هاي كاري از جمله کارگاه­ها و صنایع، بیمارستانها، ادارات، سازمان­ها، بانک­ها و...

**شرح وظیفه دندان پزشک:**

1. شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز
2. اطلاع از جمعیت تحت پوشش با اولویت گروه هدف
3. پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت پوشش
4. قبول ارجاع از پایگاه پزشکی خانواده
5. آموزش بهداشت دهان و دندان چهره به چهره
6. آموزش مدیران و معلمین و مربیان بهداشت و مراقب سلامت در منطقه تحت پوشش
7. جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش به منظور اجرای برنامه وارنیش فلوراید و نظارت بر اجرای صحیح آن
8. برگزاری کلاس­های آموزشی برای کارکنان بهداشتی تحت پوشش
9. ارایه خدمات دندان پزشکی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروه هدف (بسته های ابلاغی)
10. ارایه برنامه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر 14سال (ترمیم، جرم گیری، فلوراید تراپی، فیشورسیلانت، پالپوتومی و پالپ زنده)
11. ارایه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز به زنان باردار و مادران شیرده
12. ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
13. ثبت کلیه خدمات ارایه شده در سامانه های سطح یک
14. رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز
15. حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندان پزشکی
16. پیش بینی مواد و تجهیزات دندان پزشکی مورد نیاز و تعمیرات و اعلام به موقع آن به مسئول مرکز
17. مشارکت در طرح ها و تحقیقات استانی و کشوری
18. تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

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

1. انجام رادیوگرافی دندان
2. کنترل تمام وسایل و چراغ ها ( دستگاه کمپرسور، یونیت، تهویه و ...)
3. آماده کردن و در دسترس قرار دادن وسایل کار دندانپزشک و بیمار
4. در دسترس قرار دادن داروها و تجهیزات اورژانس
5. کنترل مشخصات و سوابق پزشکی بیمار
6. ترکیب مواد مطابق با دستور کارخانه و بودن در کنار دندانپزشک و بیمار
7. ضدعفونی تمامی کلیدهای کنترل یونیت و چراغ پس از پایان کار
8. انتقال وسایل به اتاق استریل
9. بررسی فهرست روزانه نیازهای ویژه (مواد و وسایل و ...)
10. راهنمایی بیماران
11. توجه به نظم و تمیزی واحد دندانپزشکی مرکز

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

1. شناسایی محدوده جغرافیایی مرکز و تهیه نقشه منطقه تحت پوشش
2. پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش
3. مسوولیت نظارت بر چگونگی ارایه خدمات بهداشتی کارکنان مرکز و پایگاه­های پزشکی خانواده تحت پوشش
4. تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه
5. پایش و ارزشیابی فعالیت­های مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
6. پیگیری تهیه فهرست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل­های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه­های پزشکی خانواده تحت پوشش
7. نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای کارکنان
8. فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه­های پزشکی خانواده تحت پوشش
9. تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
10. نظارت بر تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی
11. پیگیری تعمیر و بازسازی تجهیزات و خرابی­های فضای فیزیکی مرکز
12. نظارت بر تدوین فهرست تجهیزات موجود، تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
13. مدیریت صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) تقسیم و تنظیم فعالیت­ها و اعمال موازین انضباطی و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
14. مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان ( برای مراکز دولتی)
15. جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز
16. نظارت بر داده های ثبتی خدمات بهداشتی ارایه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه­های پزشکی خانواده تحت پوشش
17. تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس خوراند به پایگاههای پزشکی خانواده
18. ارتقای کیفیت فرآیند های خدمت و مراقبت­ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
19. مدیریت نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت منطقه از طریق تشکیل هیات امنا مرکز
20. مدیریت مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی در توسعه سلامت منطقه تحت پوشش و کاهش مخاطرات محیطی سلامت
21. نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی و ارتباطات سلامت
22. هماهنگی و پیگیری تعامل سطح یک با سطح دو و سه
23. اطمینان از کفایت نقشه ارجاع در سطح دو و سه
24. اطمینان از تکمیل بودن فرایند ارجاع در سطوح دو و سه

**فصل چهارم**

**روش اجرا**

بسته خدمات

بسته خدمات سلامت به شرح زیر است:

* 1. بسته خدمات تيم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه های سنی و خدمات مراقبتی گروه های ویژه (پیوست)
  2. بسته خدمات سلامت سطح دوم: برابر با بسته خدمات بيمه پايه
  3. بسته خدمات سلامت سطح سوم: برابر با بسته خدمات بيمه پايه

گروه هدف بسته خدمات در سطح اول، تمامي افراد جمعيت تحت پوشش پایگاه/ تیم پزشکی خانواده و افراد مهمان حسب ضرورت می­باشد و خدمات سلامت بايد بر اساس گروه سنی، حيطه‌هاي سلامت فرد و خانواده و گروه­هاي 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.

## [**راهنماي باليني ارایه خدمات استاندارد**](file:///D:\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Users\Jafari\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\Local%20Settings\Temporary%20Internet%20Files\D\salamat\shabakeh\guidline\طپش%20قلب.docx)**:**

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.

**الزامات بسته خدمت:**

* رويكرد بسته خدمت: آموزش، پيشگيري اوليه، غربالگري، مراقبت، مشاوره، درمان سرپايي عمومي، ارجاع و دريافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نياز بر اساس پس‌خوراند
* حفظ جامعيت و يكپارچگي خدمات در ارایه و دسترسي به بسته خدمت:
  + - گيرنده خدمت بايد به كليه خدمات (به جز خدمات پاراكلينيك و داروخانه) به گونه‌اي دسترسي داشته باشد كه کلیه خدمات پيش‌بيني شده سطح یک را در حداقل زمان ممكن در پایگاه پزشکی خانواده دولتی و غیر دولتی (مطب تطابق یافته با الزامات) بصورت كامل دريافت نمايد.
    - ارایه دهنده خدمت بايد قابليت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعيت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پيش‌بيني شده را با حداقل مراجعه گيرنده خدمت به واحد ارایه كننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارایه نمايد.
    - توجه خاص بر هزينه‌اثربخشي و هزينه‌فايده بودن خدمات در بسته خدمت
    - حفظ تداوم خدمات سطح دو و سه با خدمات سطح یک (با محوریت دبیرخانه شورای عالی بیمه) و ویرایش بسته خدمات بیمه پایه بر اساس اولویت سطح یک

**الف - خدمات گروه سنی**

**گروه کودکان :**

1. ارزیابی اولیه شیرخوار (پزشک خانواده)
2. ارزیابی شیرخوار از نظر علایم و نشانه های خطر (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
3. واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
4. ارزیابی وضعیت رشد (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
5. ارزیابی وضعیت تکامل (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
6. ارزیابی وضعیت تغذیه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
7. ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر زردی (پزشک خانواده)
8. ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی مطابق دستورعمل (پزشک خانواده)
9. ارزیابی بدرفتاری با کودکان (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
10. ارزیابی مصرف مکمل های دارویی (مراقب سلامت)
11. ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
12. ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت)
13. ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
14. ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید و ابتلا به فنیل کتونوری (مراقب سلامت)
15. ارزیابی از نظر فشارخون (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
16. ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
17. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)

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

1. غربالگری تغذیه و پایش رشد (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
2. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری برای متاهلین (مراقب سلامت)
3. ارزیابی قد و نمای توده­ی بدنی (مراقب سلامت)
4. واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت)
5. مشاوره فرزندآوری زن متأهل (مراقب سلامت)
6. بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت (پزشک خانواده)
7. ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
8. ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
9. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
10. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
11. معاینه و ارزیابی غده تیروئید (پزشک خانواده)
12. ارزیابی رفتارهای پرخطر از نظر مصرف دخانیات و مواجه با دود (مراقب سلامت)
13. ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
14. ارزیابی وضعیت پوست و مو از نظر پدیکلوز و گال (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
15. ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
16. ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
17. ارزیابی از نظر روند بلوغ (پزشک خانواده)
18. ارزیابی از نظر مشکلات ادراری و تناسلی (پزشک خانواده)
19. ارزیابی از نظر اختلالات اسکلتی (پزشک خانواده)
20. ارزیابی از نظر هپاتواسپلونومگالی (پزشک خانواده)
21. ارزیابی از نظر ارگونومی دانش آموز (مراقب سلامت)
22. ارزیابی از نظر بیماری قلبی و عروقی و فشارخون (پزشک خانواده)
23. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

**گروه جوانان:**

1. مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
2. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
3. ارزیابی قد و نمای توده­ی بدنی (مراقب سلامت)
4. ارزیابی و شناسایی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
5. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
6. شرح حال روانپزشکی ( پزشک خانواده)
7. ارزیابی از نظر خطر ابتلا به فشارخون بالا (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
8. ارزیابی از نظر وضعیت واکسیناسیون (مراقب سلامت)
9. ارزیابی از نظر وضعیت دهان و دندان(مراقب سلامت)
10. ارزیابی از نظر هپاتیت جوانان (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
11. ارزیابی اولیه از نظر درگیری به دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
12. ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
13. ارزیابی از نظر اختلالات خونی و فقرآهن (پزشک خانواده)
14. ارزیابی اختلالات تیروئید (پزشک خانواده)
15. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

**گروه میانسالان:**

1. مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
2. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
3. تن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه (مراقب سلامت)
4. ارزیابی فعالیت بدنی (مراقب سلامت)
5. خطرسنجی بیماری­های قلبی و عروقی (مراقب سلامت)
6. ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
7. غربالگری سرطان های برست، کولورکتال( 50 تا 60 سال)، سرویکس (مراقب سلامت)
8. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
9. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
10. ارزیابی اولیه درگیری با دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
11. ارزیابی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت)
12. ایمن سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
13. خونریزی غیر طبیعی واژینال (مراقب سلامت)
14. ارزیابی وضعیت عفونت آمیزشی و ایدز(مراقب سلامت)
15. تاریخچه باروری و یائسگی (مراقب سلامت)
16. ارزیابی علائم و عوارض یائسگی (مراقب سلامت)
17. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

**گروه سالمندان:**

1. غربالگری تغذیه (مراقب سلامت)
2. شناسایی و طبقه بندی خطرپذیری سالمندان (مراقب سلامت)
3. غربالگری افسردگی (مراقب سلامت)
4. ارزیابی خطر سقوط و عدم تعادل (مراقب سلامت)
5. خطرسنجی بیماری­های قلبی و عروقی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
6. ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
7. غربالگری سرطان های برست، کولورکتال( 60 تا 70 سال) (مراقب سلامت)
8. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
9. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
10. ایمن سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
11. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

**مادران باردار**

1. شرح حال اولیه بارداری(مراقب سلامت)
2. ایمن سازی بارداری (مراقب سلامت)
3. درخواست و ثبت آزمایش­های معمول بارداری (مراقب سلامت)
4. درخواست و ثبت نتایج سونوگرافی در بارداری (مراقب سلامت)
5. ارزیابی­های روتین بارداری (ملاقات) (مراقب سلامت)
6. ارزیابی تغذیه زن باردار (مراقب سلامت)
7. مراقبت های معمول پس از زایمان (مراقب سلامت)

تبصره: خدمات زنان باردار توسط مراقبین سلامت با رشته تحصیلی مامایی/ پزشک خانواده ارائه خواهد شد.

**ب - مراقبت های 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 در نظر گرفته می­شود و تیم پزشکی خانواده ملزم به ارایه خدمات مراقبتی و ... بر اساس دستورعمل­های مربوطه می­باشد.

**مراقبت و درمان بيماري­هاي واگیر:**

لزوم پيشگيري از اين بيماريها و ابتلا به آنها، ارتباطي با سن افراد ندارد و اولويت و شيوع بيماري در منطقه باید مورد توجه قرار گیرد. اقدامات مورد نظر در مراقبت و درمان بیماری های واگیر (لیست زیر) عبارت است از:

آموزش افراد جامعه براي شناخت بيماري و راه­هاي پيشگيري از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخيص به موقع بر اساس نظام سندرمیک و دستورعمل­هاي موجود، ارجاع موارد مورد نياز، پيگيري نتيجه ارجاع

* + کرونا ویروس ها (کووید 19)
  + آنفلوانزا
  + فلج اطفال
  + سرخك
  + سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادي
  + ديفتري
  + سياه سرفه
  + اچ ای وی/ایدز
  + بیماری های آمیزشی
  + سل
  + جذام
  + مالاريا
  + تب دانگی و بیماری های منتقله توسط پشه آئدس
  + هاری
  + كالاآزار (ليشمانيوز احشايي)
  + تب خونريزي دهنده ويروسي كنگو كريمه (CCHF)
  + سالك (ليشمانيوز جلدي)
  + تب مالت
  + سیاه زخم
  + کیست هیداتیک
  + هپاتيت های ویروسی ( B, C)
  + مننژيت
  + وبا
  + تيفوييد
  + اسهال خوني
  + بوتوليسم
  + سایر بیماری های منتقله از آب و غذا ( طغیان ها)
  + بیماری­های نوپدید
  + مار و عقرب گزیدگی

### ج- درمان بیمار و تدبير فوريت­ها

(در مواردي كه راهنماي باليني درمان تدوين شده، ارایه خدمات بر اساس راهنما می باشد و در مواردي كه راهنماي باليني تهيه و ابلاغ نشده است، ملاك تشخيص، درمان و نياز به ارجاع، نظر پزشك خانواده است.)

* **خدمت ويزيت** 
  + مصاحبه با بيمار و گرفتن شرح حال
  + معاينه (جسمي\_رواني)
  + ارزيابي علائم و نشانه ها و طراحي مسير تشخيص
  + پیش بینی و اجراي برنامه های درماني
  + ثبت كليه داده ها در پرونده الکترونیک
  + تعیین تاریخ مراجعه یا پیگیری مجدد بیمار، حسب مورد
* انجام خدمات تزريقات و وصل سرم و پانسمان
* اقدامات و مداخلات ساده جراحي و باليني: 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 تمايل پزشك خانواده به صورت اختیاری به شرح زير انجام مي‌شود.(فهرست اين خدمات مطابق فهرست سازمان­هاي بيمه خواهد بود)
  + كشيدن ناخن
  + برداشتن خال و ليپوم و زگيل (در موارد غير زيبايي)
  + نمونه برداري از پوست و مخاط
  + كاتتريزاسيون ادراري
  + ختنه
  + آتل بندي شكستگي ها
  + شستشوي گوش
  + خارج كردن جسم خارجي
  + كار گذاشتن لوله معده و ركتوم
  + 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)
* فوريتها

در صورت مراجعه بیمار در شرایط اورژانسی به پایگاه پزشک خانواده، پزشک خانواده باید اقدامات اولیه را انجام و به اورژانس 115اطلاع رسانی نماید.

* + انجام احياء قلبي ريوي
  + لوله گذاري تراشه
  + اقدامات اوليه در مسموميت ها
  + اقدامات اوليه در اورژانسهاي تنفسي
  + اقدامات اوليه در بيماران مصدوم
  + اقدامات اولیه در افراد دارای افکار خودکشی
  + اقدامات اولیه در مدیریت بیمار با بیش مصرفی مواد و الکل
  + اقدامات اوليه در بيماران اورژانسي و هماهنگي براي انتقال مجروح به سطوح بالاتر براي ادامه درمان
  + بخيه و دبريدمان زخم‌ها
* در خصوص مراجعین اورژانس های اجتماعی پس ازانجام اقدامات اولیه ، با اورژانس 123 تماس حاصل گردد
* خدمات اختیاری صرفا به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ارایه خواهد شد.
* پزشک خانواده مجاز به انجام خدمات زیبایی پوست (تزریق ژل و بوتاکس و.......)در پایگاه پزشکی خانواده در ساعات کار موظف یا غیر موظف پرشکی خانواده نمی باشد.

بسته خدمات سطح 2 و 3

بسته خدمات سلامت قابل ارایه در سطوح 2 و 3 نظام ارجاع و پزشکی خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورایعالی بیمه سلامت كشور خواهد بود. بدیهی است بسته بیمه پایه سلامت باید متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده برای عموم افراد كشور و به صورت یکسان تعریف و اجرا گردد. هر گونه دریافت خدمت بیمار خارج از نظام ارجاع در دانشگاههایی كه نظام ارجاع با تایید ستاد مستقر شده است، فاقد هر گونه پوشش بیمه ای است.

**الف: خدمات درمانی**

بسته خدمات سلامت قابل ارایه در سطوح 2 و 3 نظام ارجاع و پزشک خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شوراي عالی بیمه خدمات درمانی/ سلامت کشور و در حال حاضر برابر با بسته خدمات بيمه پايه خواهد بود (سرپایی، بستری، اورژانس).

ارایه کنندگان خدمت در سطح 2 در قبال تمام بیماران ارجاعی مسوولیت داشته و پاسخگو خواهند بود. روال ارایه خدمت در این سطح، تشکیل پرونده، درمان و مراقبت منظم برابر پروتکلهای ابلاغ شده حاصل از راهنماهای بالینی، ارایه پسخوراند، ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیازو اطلاع رسانی به پزشک خانواده به صورت الکترونیک و خودکار می باشد. مراجعه کننده می تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

- ویزیت سرپایی، تجویز دارو و درخواست خدمات پاراکلینیک در صورت نیاز، و ارایهبازخورد 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

- ارایه خدمات پاراکلینیکی سرپایی تشخیصی، درمانی (تصویربرداری، آزمایشگاهی، سایر پاراکلینیک­ها )

- ارایه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح بندی و راهنماها و پروتکل های موجود و همچنین منابع بالینی (مرجع تعیین پروتکل ها، معاونت درمان می باشد و ارائه 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**

1.گزارش­دهی ارجاعات پزشکان خانواده (ارایه لیست ارجاعات به تفکیک پزشک خانواده) به سطح یک

2.جمع بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با نیازهای نیروی انسانی تخصصی و تجهیزات و ارایه گزارش­های مربوطه

3.برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی جهت رفع چالش های نظام ارجاع الکترونیکی

4. فراهم آوری امکانات جهت انجام مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت ها

5.آموزش راهنماهای بالینی مرتبط با ارجاع به ارایه دهندگان خدمات

6.ارایه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه های دانشگاه علوم پزشکی

فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارایه خدمت

**1 - تبیین الزامات قانونی، برنامه­ریزی برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی**

* بررسی وضعیت موجود و چالش های اجرایی پزشکی خانواده در دو استان فارس و مازندران
* تبیین وظایف وزارت بهداشت، سایر وزارتخانه­ها و سازمان ها در طراحی و اجرای برنامه
* شناسایی و سازمان­دهی منابع موجود برای تأمین زیر ساخت­های مورد نیاز ( تجهیزات، نیروی انسانی، زیر ساخت فیزیکی و ...)
* طراحی مدل اجرایی برنامه
* برآورد و برنامه ریزی برای تأمین منابع

**2 - 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

**3 - ارزیابی ظرفیت های 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

**4 - آموزش و اطلاع رسانی به مردم**

* ارتقاي آگاهی عمومی و ترویج برنامه پزشکی خانواده
* افزایش مسؤولیت­پذیری، مشاركت فرد، خانواده و جامعه در برنامه پزشکی خانواده
* ارتقای همکاری بین­بخشی برای استفاده بهینه از ظرفیت مراكز ارایه خدمات بهداشتي- درماني دولتي، خيريه و خصوصي و سازمان­های فرهنگی، آموزشی و رسانه­ای کشور برای ترویج برنامه پزشکی خانواده
* اطلاع رسانی مراحل اجرایی و فرآیند ثبت نام به مردم و ارایه دهندگان

**5 - بکارگیری ارایه دهندگان خدمت**

* فراخوان ارایه دهندگان
* بررسی الزامات و شرایط مورد نیاز
* آموزش ضوابط و الزامات اجرایی
* عقد قرارداد و تبیین وظایف
* ایجاد امکان ثبت و اتصال سامانه های مدیریت اطلاعات برای تمامی مراکز طرف قرارداد

**6 - 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)

**7 - 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 نقطه­ی ارایه مراقبت POC
* ثبت اطلاعات و اقدامات در پرونده الکترونیک
* فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک و ارسال بازخوراند
* فراهم آوری امکان اتصال داده­های پاراکلینیک (LIS,OIS,CIS) به سامانه­های سطح یک
* نسخه نویسی الکترونیک
* فراهم آوردن ارایه خدمات دوراپزشکی برای مناطقی که بر اساس نظام سطح بندی امکان تامین نیروی انسانی متخصص 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 مسوولیت­های حوزه های مربوطه
* تعیین الزامات مورد نیاز در سطح بندی دسترسی و مدیریت اطلاعات در سطوح مختلف با رعایت محرمانگی و امنیت داده­ها
* استانداردسازی سامانه­های سطوح یک و دو به منظور امکان تبادل داده
* استانداردسازی نسخه­نویسی الکترونیک و یکسان­سازی کدینگ
* طراحی و اجرای داشبوردهای مدیریتی و سامانه­های گزارش­ساز
* برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت داده ها

**8 - ساز و کار ارایه خدمات تیم سلامت**

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

**9 - الزامی کردن ارجاع الکترونیک**

* تدوین و ارایه نظام و نقشه ارجاع منطبق با نظام سطح بندی خدمات سلامت
* بازتعریف سطوح خدمتی و فرآیندهای ارجاع و نقش ارایه دهندگان خدمت و حدود صلاحیت­ها 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 به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک (پیشنهاد بازنگری تعرفه ارایه خدمات در بستر پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شورای عالی بیمه)

**10 - تدوین و استقرار دستورعمل­ها و راهنماهای سلامت**

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

**11- 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

**12 - نظام پرداخت**

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

**13 - نظام پایش و ارزشیابی**

* طراحی مدل ارزیابی و ارتقای مستمر کیفیت فرآیندها در سطوح مدیریت و ارایه خدمت
* تدوین برنامه زمانبندی پایش حضوری
* 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 پیش 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:**

* پزشك خانواده (برابر تعریف صدر این دستورعمل) محور ارایه­ي خدمات بهداشت و درمان به جمعيت­هاي معين است و مسووليتهاي زير را برعهده دارد:
* تامين جامعيت خدمات، تداوم خدمات، مديريت سلامت، تحقيق، و هماهنگي با ساير بخشها.
* پزشك خانواده مسووليت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته­ي خدمات تعريف شده؛ بدون تبعيض سني، جنسي، ويژگيهاي اقتصادي- اجتماعي و ريسك بيماري در اختيار فرد، خانواده، جمعيت و جامعه­ي تحت پوشش خود قرار دهد. پزشك خانواده ميتواند براي حفظ و ارتقاي سلامت، برابر این دستورعمل از ارجاع فرد به سایر ارایه کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده كند، ولي مسووليت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشك خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد مراقب سلامت تحت سرپرستی خود است.

**مراحل ثبت نام، به­کارگیری و چگونگی فعالیت پزشکان خانواده :**

1. 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:
  1. پایگاه پزشکی خانواده دولتی: از تبدیل پایگاه های سلامت (غیرضمیمه و ضمیمه) با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی شامل اتاق پزشک (به ازای هر پزشک یک اتاق)، اتاق مراقب (به ازای هر مراقب یک اتاق)، اتاق تزریقات و خدمات جنبی (به ازای هر پایگاه سلامت یک اتاق با تفکیک جنسیتی)، فضای انتظار ( به ازای هر پایگاه سلامت حداقل 12 متر)
  2. پایگاه پزشکی خانواده خصوصی : حداقل این واحد می بایست به ازای هر تیم پزشکی خانواده حداقل از 3 اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق ماما/مراقب، یک اتاق تزریقات و خدمات جنبی) با زیربنای حداقل 60 مترمربع و ترجیحاٌ در طبقه همکف و در غیر اینصورت الزاماٌ دارای آسانسور باشد.

تبصره1 : مکان پایگاه­های پزشکی خانواده بخش خصوصی ترجیحاٌ می بایست با پراکندگی جمعیتی منطقه شهری متناسب بوده به گونه ای که حداکثر دسترسی به خدمات سلامت فراهم آید.

تبصره 2: رعایت استانداردهای فضای فیزیکی بر اساس دستورعمل­های مرکز سلامت محیط و کار

* تجهیزات پایگاه پزشکی خانواده: تجهیزات پزشکی مطابق آخرین استانداردهای ابلاغ شده پایگاه سلامت شهری (پیوست)
* الزامات نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده :

الف - سطح یک: پزشک خانواده از دارندگان مدارک پزشک عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، متخصص داخلی، متخصص اطفال، متخصص عفونی، دکترای تخصصی طب ایرانی دارای پروانه دایم و مجوز معتبر كار 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)

تبصره1: چنانچه پزشک خانواده مرد می باشد مراقب آن الزاما کارشناس/ کارشناس ارشد مامایی باشد.

تبصره 2: 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 3: 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 4:** تداوم همكاري با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعايت استاندارد هاي اعلام شده می باشد و درصورت 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 5:** 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 6:** 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 تأئید ایشان قابل انجام است.

* نحوه عقد قرارداد با بخش خصوصی:

1. قرارداد مستقیم سازمانهای بیمه پایه با اعضا تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت)
2. 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
3. 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 نامه­های مالی و معاملاتی مصوب و بر اساس فرمت ابلاغی از سوی ستاد اجرایی کشوری انجام می پذیرد.

کلیه درمانگاه­های غیردانشگاهی می توانند در قالب پایگاه­های تجمیعی پزشکی خانواده از طریق عقد قرارداد با سازمان­های بیمه­گر 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 40 هزار نفر حدود 300 تا 400 متر مربع می باشد
  + فضا برای مسوول فنی و رییس مرکز (12 مترمربع)
  + فضا به ازای هر تیم پزشکی خانواده (24 متر، 2 اتاق 12 مترمربع)
  + فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (24 مترمربع)
  + فضا برای تغذیه (12 مترمربع)
  + فضا مستقل برای ارائه خدمات سلامت روان (12 مترمربع)
  + فضا برای سالن انتظار (حدود 50 مترمربع)
  + فضا به ازای هر مراقب ناظر (حدود 12 مترمربع)
  + فضا برای ارایه خدمات پرستاری ( 24 متر، 2 اتاق 12 مترمربع)
  + فضا برای پذیرش و آمار (12 مترمربع)
  + فضا برای ارایه خدمات مشاوره شیردهی (12 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 (50 مترمربع)
  + فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود 30 مترمربع) حداقل 20 مترمربع بازای هر یونیت
  + فضا برای سرویس­های بهداشتی و آبدارخانه (حدود 12 مترمربع)
  + فضای اورژانس و بستری موقت خانم­ها و آقایان (حدود 60 مترمربع)
  + پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان­های دوطبقه و بالاتر

استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش متوسط 40 هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند 1 این ماده، به قرار زیر می باشد:

* پزشک مسوول فنی یک نفر
* دندانپزشک بازای 30 تا 40 هزار نفر یک نفر
* مراقب ناظر بازای هر مرکز حداقل یک نفر و به ازای هر 20 هزار نفر یک نفر اضافه شود
* کارشناس بهداشت محیط بازای هر 300 پرونده / واحد / امکنه عمومی یک نفر
* کارشناس بهداشت حرفه ای بازای هر 300 واحد کارگاهی/ صنعتی یک نفر
* مراقب سلامت دهان بازای هر دندانپزشک با یونیت فعال یک نفر
* کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه بازای هر 20 هزار نفر یک نفر
* کارشناس/ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بازای هر 20 هزار نفر یک نفر
* پذیرش یک نفر
* مشاوره ازدواج / شیردهی/ ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص) 2 نفر
* خرید خدمت حجمی برای نظافت
* خرید خدمت حجمی برای نقلیه
* نمونه گیر بر حسب ضرورت یک نفر

**(\*)مراقبین ناظر ترجیحا مرد باشد.**

**تبصره 1:** 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 ارایه خدمات در مکان مورد نظر در قالب نظام ارجاع می باشند.

**تبصره 2:** در صورت عدم ارایه 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 ارایه خدمات فوق در بخش غیردانشگاهی دانشگاه موظف به خرید خدمت از این واحدها می باشد.

ب – سطح دو : کلیه پزشکان متخصص بخش دولتی پس از اخذ گواهی آموزش پزشکی خانواده و نظام ارجاع ملزم به پذیرش ارجاعات الکترونیک سطح یک و ارسال بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک می باشند.

* + - کلیه متخصصین بخش خصوصی (مطب­های خصوصی، کلینیک­های خصوصی، مراکز درمانی عمومی غیردولتی و خیریه) که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع پزشکی خانواده هستند مشروط به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان، سازمان نظام پزشکی، پس از اخذ گواهی آموزش پزشکی خانواده و نظام ارجاع می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه­گر نسبت به پذیرش ارجاعات الکترونیک سطح یک اقدام نموده و بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک ارسال نمایند.
    - کلیه دفاتر کار پروانه دار غیردانشگاهی (شنوایی سنجی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی ...) می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه­گر نسبت به پذیرش ارجاعات سطح یک و دو و سه و ارایه خدمت اقدام نمایند.

ساعت کاری برنامه:

ساعت کاری موظف تیم پزشکی خانواده به صورت 44 ساعت در هفته در شیفت صبح یا عصر به صورت جدول ذیل می باشد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | شیفت صبح | شیفت عصر |
| شنبه تا چهارشنبه | 7 صبح تا 14:30 | 14:30 تا 22 |
| روزهای پنج شنبه | 7 صبح تا 13:30 | 13:30 تا 20 |

بسته های خدمتی در قالب خدمات مراقبتی و درمانی به جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده الزاماٌ توسط تیم پزشکی خانواده فرد ارایه می­شود. بدیهی است پزشک هم پوشان موظف به ارایه خدمات درمانی جمعیت تحت پوشش شیفت مقابل، حسب ضرورت می باشد. ترجیحا پزشکان هم پوشان در یک مکان فیزیکی ارایه 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.

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

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 15 روز در طول شش ماه میباشد.

- نحوه استفاده از مرخصی تیم پزشکی خانواده مطابق دستورعمل های کشوری

- جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده 2500 نفر می باشد. هر پزشک خانواده می تواند حداقل 500 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 می­شود.

- 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 پزشكان خانواده در موارد خاص با تشخيص ستاد اجرایی شهرستان و تایید ستاد استان به منظور رفع نياز اورژانس بيمارستان و مراكز شبانه‌روزي شهرستان محل خدمت، براي مدت محدود تا بر طرف شدن نياز بلامانع است. بدیهی است پرداخت کشیک اورژانس FFS خواهد بود.

- پزشكان متخصص اطفال و داخلي و پزشکي اجتماعي و عفونی در صورت علاقه­مندي و به شرط عدم فعالیت در سطح دو مي­توانند با همان تعرفه و نقش­هاي تعريف شده براي پزشك خانواده یا پزشک خانواده مسوول در اجراي فعاليت­هاي این دستورالعمل مشاركت كنند.

تبصره: پزشكان متخصص كه به عنوان پزشك خانواده قرارداد مي­بندند مجاز نخواهند بود بيماران را از خود (به عنوان پزشك سطح يك) به خود (به عنوان پزشك سطح دو) ارجاع دهند.

* + - پزشك خانواده در هنگام عقد قرارداد، يك پزشك واجد شرايط را به عنوان هم پوشان برابر ضوابط این دستورعمل با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی میکند. نام و نشاني محل كار پزشك هم پوشان كه توسط پزشك خانواده به صندوق بیمه مربوطه و ستاد اجرايي شهرستان اعلام ميشود بايد در جايي مناسب نصب شود و به صورتي مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد.

- در صورتيكه پزشك به هر دليل نتواند به طور موقت در محل كار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بیمه مربوطه، پزشك هم پوشان و از طریق مسوول مرکز به ستاد اجرايي شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن مسوول مرکز و پزشک هم پوشان كفايت ميکند. مسوول مرکز، موضوع را به بیمه و ستاد اجرايي شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشك خانواده در طول قرارداد خويش، ناگزير از ترك دايم محل باشد به منظور رعايت حال جمعيتي كه در پوشش خود دارد بايد در فاصله زماني دو تا سه ماهه ستاد اجرايي شهرستان را از تصميم خود مطلع سازد. درصورت خروج یکی از پزشکان خانواده یا درصورت بروز حوادثی که مانع ارایه خدمت پزشک باشد، بیمه ها با هماهنگی ستاد شهرستان باید برای جلوگیری ار بروز وقفه در خدماتی که به مردم ارایه می شود، هرچه زودتر با پزشک خانواده دیگری قرارداد ببندند.

- ارایه 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 می­کند 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.

یادآور می­شود 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.

**ب - ثبت نام مردم و انتخاب پزشک خانواده :**

* فراخوان مردم جهت انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام در برنامه
* انجام تمام مراحل اطلاع‌رسانی به بیمه‌شدگان برای انتخاب پزشک خانواده و نیز فراهم کردن امکانات و الزمات آن به عهده ستاد اجرايي 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.
* بيمه شدگان براي بهره مندي از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده در سطح شهرستان مختار هستند.
* انتخاب پزشك خانواده از سوي افراد خانوار و از بين پزشکان طرف قرارداد، اختياري است. در اين ميان تنها عامل محدودكننده، نام‌نويسي كافي افراد نزد پزشكي معين و پرشدن ظرفيت او خواهد بود.
* محل ورود خانواده ها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دريافت خدمات در سطح اول، شهرستان محل زندگي و سكونت خانواده است. براي افرادي كه به هر دليل مانند اشتغال ادواري يا خوابگاهي بين محل سكونت و محل كار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سكونت يا كار براي ورود به برنامه، آزاد است. بدیهی است در صورت تغيير محدوده جغرافيايي محل زندگي و يا كار بيمه شده، امكان تعويض پزشك خانواده با انجام هماهنگی لازم با دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان بدون هرگونه محدوديتي 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.
* بيمه شده حداكثر دو بار در سال در صورت نیاز، مي­تواند با مراجعه نزد پزشک خانواده خود، از جمعیت تحت پوشش وی خارج شود و نزد پزشك خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت نام نزد پزشك خانواده و اولين تغيير و فاصله­ي دو تغيير نبايد كمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است. تعويض پزشك خانواده در ابتدای ماه قابل انجام است. (با رعايت ضوابط اعلام شده در خصوص تعويض پزشك خانواده)

**تبصره2:** در مورد كساني كه بيمه شده هستند اما شماره ملي ندارند (تبعه ايران نيستند)، به جاي شماره ملي از شماره گذرنامه/ کارت اقامت استفاده مي­شود كه مي­توان آن را به عنوان جايگزين شماره ملي براي اينگونه افراد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفت.( در هر حال شماره بیمه آنها ملاک عمل خواهد بود)

**نظام پرداخت به پزشك خانواده (سطح اول):**

حق الزحمه تیم پزشکی خانواده به­صورت سرانه و فرانشیز می­باشد. ميزان 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 گروه‌های خاص سنی و جنسی و نیز برخی از خدماتی که در ذیل خواهد آمد افزایش می­یابد.

**نحوه پرداخت سرانه تیم پزشكی 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 ماليات و ساير کسورات قانوني به طرف قرارداد پرداخت می شود. بدیهی است پرسنل شاغل در پایگاه های پزشکی خانواده­ی بخش خصوصی هیچ­گونه رابطه استخدامی با دانشگاه­ها و سازمان­های بیمه­گر ندارند.

سرانه متخصصین پزشک خانواده و سایر متخصصین به­کار گرفته شده در این برنامه ( داخلی، اطفال، پزشکي اجتماعي و عفونی) به میزان 40 درصد بیشتر از سرانه پایه می­باشد.

میزان دریافتی پزشک مسوول فنی مرکز معادل سرانه پایه 2500 نفر همراه با افزایش تا سقف 40 درصد سرانه پایه به عنوان حق مدیریت بر اساس تعداد پایگاه های تحت پوشش مبتنی بر عملکرد مدیریتی می­باشد. (به­ازای هر پایگاه پزشکی خانواده 25/1 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 می­شود، 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 می­باشند، به حساب مرکز بهداشت واریز و پس از کسر ماليات و ساير کسورات قانوني / ..... و حداکثر **10 درصد** بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگزار، مدارک پزشکی) به­ذینفعان(پزشک و مراقب سلامت) پرداخت می­شود. بدیهی است اگر این فرد حقوق بگیر باشد مبلغ حقوق ثابت در حکم کارگزینی، کسر و مابقی به ایشان پرداخت خواهد شد.

**تبصره 1:** پرداخت حقوق و حق الزحمه مراقبین سلامت ناظر، كاردان يا کارشناس بهداشت محيط و حرفه اي، 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 2:** فرانشیز خدمات ویزیت، دارو و پاراکلینیکی ارایه شده در سطح یک برنامه پزشکی خانواده به بيمه شده در قالب بسته خدمتي تعريف شده ، بر اساس ابلاغیه سالانه­ی هیات دولت می باشد.

**تبصره 3:** تمام پرداخت­ها طبق این دستورعمل، هر سال توسط ستاد اجرایی کشوری به شورای عالی بیمه پیشنهاد می گردد و بر مبناي رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و ساير پارامترهاي تاثيرگذار بازبيني خواهد شد.

**چگونگي پرداخت به پزشک خانواده:**

80% سرانه جمعيت تحت پوشش پزشک خانواده به­صورت ماهيانه با اعلام ليست اسامي ثبت نام شدگان به ستاد اجرایی استاني پزشک خانواده و نظام ارجاع به­صورت علي­الحساب در پایان هر ماه پرداخت شده و20% مابقي پس از پايش و بازخورد که توسط تیم مشترک بیمه و شبکه بهداشت و درمان انجام خواهد شد، پرداخت مي شود (در پایان هر فصل).

**تعيين سرانه پزشکی خانواده و ارزيابي عملکرد:**

20 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 ویژه­ی 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 می­باشد.

**جرایم:**

1. ثبت خدمات غیر واقعی (درصورت ثبت غیرواقعی خدمت، بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول 10 تا 20 درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد.برای باردوم 30 تا 50 درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد.)
2. نارضایتی گیرندگان خدمت (کاهش رضایتمندی کمتر از 90درصد، در مبلغ کارانه دریافتی اعمال خواهد شد.)
3. 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 ریشه­ای 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 10 تا 20 درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد.برای باردوم 30 تا 50 درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد.)
4. عدم ارائه 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 10 تا 20 درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد.برای باردوم 30 تا 50 درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد)

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

به ازاي هر سال سابقه کاری مشارکت در برنامه به ميزان 1% به سرانه­ي پرداختي تا سقف 10 درصد افزوده مي­شود.

**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 500 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، صرفا 60% سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هر ماه به این تأخیر 10% دیگر از این 60% سرانه تا شش ماه کاهش و بعد از آن در مورد ادامه همکاری ایشان با برنامه توسط ستاد شهرستانی تصمیم­گیری می­شود.

یادآور می شود 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 درخارج از ساعت کاری تیم پزشکی خانواده(درصورتی که در تعهدات سازمانهای بیمه گر باشد با اخذ 30درصد تعرفه و در صورتی که در تعهد سازمانهای بیمه گر نباشد 100درصد 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 حرف مشاوره تغذیه، روانشناس بالینی(در صورتی که مرکز مربوطه فاقد نیروی کارشناس تغذیه و روانشناس باشد )، بينايي سنجي؛ شنوايي سنجي،فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی در صورت ارجاع از طرف پزشک خانواده برابر تعرفه هاي مصوب هيئت دولت در بخش دولتي و يا خصوصي و به شرط ارسال بازخورد، در صورت قرار گرفتن در تعهدات سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت مي باشد

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

**نظام ارجاع :**

نظام ارجاع، فرایند مشخصی در ارائه 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 فرایند 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 دستورعملهای 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 کارتخوان های متصل به حسابهای درآمدی بیمارستانها
* 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

**تبصره1:**ارجاع مستقیم از سطح یک به سه صرفا برای بیماران شناخته شده که نیازمند خدمات فوق تخصصی میباشند امکانپذیر است.

**تبصره2:**پزشکان خانواده موظف به رعایت سقف حداکثر 15 درصد ارجاع بیماران مراجعه کننده خود به سطح دوم/ سوم هستند.

**تبصره3:** هرگونه ارجاع بیماران به سطح دو و سه صرفا از طریق پزشک خانواده به سطوح تخصصی طرف قرارداد برنامه پزشکی خانواده انجام می شود.

**تبصره4:** در صورتی که پزشک خانواده تصمیم به ارجاع به سطوح 2 و 3 را داشته باشد می بایست نوع رشته تخصصی موردنظر را براي بیمار شرح و تعداد متخصصین و یا فوق تخصص هاي موجود را بر اساس نقشه ارجاع به اطلاع وي برساند.بدیهی است انتخاب رشته تخصصی با پزشک خانواده و انتخاب متخصص آن رشته با بیمار خواهد بود.

**تبصره 5:** 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 براي بیمار به­عمل 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 6:** 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 در این حالت پزشک خانواده تکلیفی ندارد.

**تبصره7:** 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 بعدي را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

**تبصره 8 :** 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 می­کند 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.

یادآور می­شود 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 9:** 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 پذیرش شوند.

**تبصره10:**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.

**تبصره11:** لازم به ذکر است پزشک خانواده می­تواند بیمار را در صورت درج برنامه درمان در پرونده (پس از ویزیت متخصص/ فوق تخصص) براي انجام خدمات بازتوانی مستقیماً ارجاع نماید.

ب-سطوح دو و سه :

* تعیین نقشه ارجاع سه سطح در محدوده دانشگاه
* تعیین رابط ارجاع در درمانگاهها و کلینیک های سطح دو و سه به منظور هدایت و تسهیل و تسریع فرایند ارجاع

کلیه کلینیک­های ویژه و درمانگاه های سرپایی بیمارستانی/ خارج بیمارستانی موظفند بر اساس تعداد پزشکان و پذیرش مرکز، حداقل یک کارشناس آموزش دیده را در هر شیفت فعال مرکز سطح 2 به منظور مدیریت ارجاع (هماهنگی نوبت دهی- هدایت بیمار برای دریافت خدمت- تعیین و پایش سقف پذیرش ارجاعی به تفکیک پزشکان- پیگیری پذیرش بیماران - اطمینان از تکمیل بازخورد) بیماران تعیین کنند.

**شرح وظایف رابط ارجاع :**

1. هماهنگی نوبت دهی الکترونیک به بیماران ارجاعی
2. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح 2
3. تعیین سهم پذیرش ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاهها و پایش مستمر بار مراجعین و ارائه گزارش به مدیر بیمارستان جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت دهی و اعمال در فرآیند پذیرش
4. پیگیری پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول
5. اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک
6. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ...؛ بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع 7 -پیگیری بستری مراجعینی که بنا به تشخیص پزشک متخصص دستور بستری دارند، از طریق هماهنگی با bed manager

* تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاري آنها در هر مرکز و اطلاع رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی
* حداقل 60% از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

**تبصره:** در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، 24 -12ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود.

**تبصره:** درصورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت دهی در بازه زمانی تعیین شده، به ستاد هدایت مدیریت ارجاع دانشگاه، اطلاع داده شود. اطلاع رسانی به بیمار از طریق سامانه پیامکی یا تماس تلفنی انجام می شود.

**تبصره:** اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی می باشد.

* اطمینان از عملکرد سامانه نوبت دهی
* پذیرش بیماران و ارائه خدمات تخصصی
* در صورت نیاز ارجاع الکترونیک افقی به حداکثر دو تخصص و ارجاع الکترونیک عمودی به فوق تخصص
* ثبت الکترونیک بازخوراند ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص،داروهاي تجويز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراكلينيكي انجام شده و مورد نياز، اقداماتي كه احياناً پزشك خانواده بايد انجام دهد، نحوه پيگيري، تعيين تاريخ مراجعه مجدد بيمار

**تبصره:** ارجاع افقی به میزان حداکثر 15 درصد از بیماران ویزیت شده توسط هر پزشک متخصص (جهت انجام مشاوره یا ادامه درمان) به سایرمتخصصین/ فوق تخصص و اخذ بازخورد ارجاع امکان پذیر است.

* در صورت ارائه خدمات بستري ، اطلاعات خلاصه پرونده بستري بیمار به عنوان بازخوراند در نظر گرفته شده که میبایست به صورت الکترونیک به پرونده سطح یک انتقال یابد.
* در صورت مراجعه بیمار به اورژانس بدون ارجاع در موارد سرپایی، پزشک اورژانس موظف به بازخوراند الکترونیک اقدامات انجام شده به پزشک خانواده میباشد.
* ارایه بازخوراند از سطح 3 به 1 همانند مکانیسم ارایه بازخوراند از سطح 2 به 1 می باشد .
* بررسی عملکرد متخصصین از نظر حضور در برنامه های درمانگاه /کلینیکهای تخصصی، رعایت دستورعمل های ارتقاء کیفی خدمات ویزیت و ارسال بازخورد و اعمال کیفیت عملکرد ارائه دهندگان خدمات در نظام پرداخت
* ارجاع مراجعان نیازمند ویزیت خدمات تخصصی/خدمات تشخیصی،درمانی (دفاتر کار خدمات تخصصی)مطابق با دستورعملهای مربوطه

**تبصره:** 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 براي تمامی رشته ها در هر سطح مشخص شود.
* بین هر سطح تا سطح بعدي مسافت به کیلومتر درج شود.
* درصورتی که در سطح بعدي تخصص مورد نظر موجود نباشد مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح داراي تخصص مربوطه ترسیم گردد.

**سطح دو**:

شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/ نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانسی، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده­های مربوطه، خدمات تشخیصی از جمله آزمایشگاهی و تصویربرداری میباشد، كه توسط واحدهاي سرپايي و بستری فعال در نظام سلامت ارایه می‌گردد.

اين دسته از خدمات با ارجاع از طریق پزشک خانواده و تشخیص و تجویز پزشکان متخصص در اختيار ارجاع شدگان قرار مي‌گيرد. سطح دو موظف است با ارایه بازخورد الکترونیکی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتيجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت كار مطلع سازد.

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

خدمات سطح دو و محل استقرار واحد ارایه خدمت و شرايط فيزيكي محل ارایه خدمت و تجهيزات و نيروي انساني مورد نياز در سطح دو برابر مقررات وضع شده مربوط به صدور پروانه ها و برابر مقررات وضع شده در برنامه مديريت منابع ساختاري درمان بستري كشور (سطح بندي خدمات درمان بستري) می باشد.

**تبصره1 :** 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.

**فرایند ارایه خدمات به بیماران خاص – صعب العلاج – پیوند و بیماران مشمول برنامه های ملی:**

بیماران مزمن و نیازمند ارجاع مکرر مطابق لیست پیوست این شیوه نامه، همانند بیماران خاص در مدت زمان تعریف شده نیازمند ارجاع مکرر نمی­باشند. پذیرش این بیماران 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.

**سطح سه**:

واحدي فوق تخصصي در نظام سلامت كه خدمات درماني و توانبخشي فوق تخصصي سرپايي يا بستري را در اختيار ارجاع شدگان از سطح يك/ دو قرار مي دهد. این خدمات شامل خدمات درماني و توانبخشي فوق تخصصي سرپايي يا بستري، تأمين دارو و ديگر اقلام پزشكي و خدمات پاراكلينيك مي باشد. بازخورد خدمات اين سطح در اختيار سطح 2 ارجاع كننده و پزشك خانواده وي قرار مي گيرد.

**تبصره1:** چنانچه تشخیص و تجویز در سطوح تخصصی مستلزم دریافت گزارشات پاراکلینیک باشد، پزشک متخصص می بایست صبر نموده و بازخوراند را پس از رویت نتایج پاراکلینیک ارسال نماید.درصورتیکه بیمار به­همراه نتایج مربوطه، طی مدت زمان معین پس از آماده شدن نتایج، (مدت یک هفته) به متخصص مراجعه ننماید، پزشک متخصص می­تواند گزارش بازخوراند به صورت الکترونیک را به پزشک خانواده جهت پیگیري موضوع ارسال نماید. بدیهی است حق ویزیت متخصص/فوق تخصص در مراجعه بعدي بیمار جهت بررسی نتایج پاراکلینیک، مطابق مقررات جاری معاونت درمان می باشد.

**تبصره2:** در زمانی که پزشک متخصص، به­دلیل نداشتن امکان تجهیزاتی مورد نیاز و یا نداشتن گواهی معتبر براي انجام آن خدمت نتواند خدمت مورد نیاز مراجعه کننده در مرکز درمانی، درمانگاه و یا مطب را ارایه نماید، می­تواند به پزشک هم رشته خود در همان شهرستان و یا شهرستان دیگر ارجاع نماید. بدیهی است که در صورت بوجود آمدن چنین شرایطی می بایست قبل از هرگونه اقدام ناقصی، ارجاع افقی به صورت زیر انجام گیرد.

* ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد به صورت الکترونیک

**تبصره :** ویزیت متخصصین بیهوشی در بیمارستان نیز مشمول این مورد می باشد. پاسخ مشاوره بعنوان بازخوراند محسوب می گردد.

* ویزیت سرپایی و صدور دستور بستري جهت ادامه خدمات تشخیصی درمانی در بیمارستان ضمن ارسال بازخوراند الکترونیک
* ویزیت سرپایی و ارجاع غیر فوري مراجعه کننده به مراکز سطح 3 جهت انجام خدمات فوق تخصصی و یا بازتوانی.

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

* ویزیت سرپایی و اعزام فوري مراجعه کننده با شرایط اورژانسی به مراکز سطح 3 جهت انجام خدمات تشخیصی، درمانی و یا فوق تخصصی.

**تبصره**: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 بعدي را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد .

**تبصره**: ارایه خدمات بستری توسط متخصصین تابع ضوابط سطح بندی است. مراکز دولتی در فاز اول برنامه و کلیه مراکز ارایه خدمات بستری در سایر مراحل برنامه مشمول این برنامه می باشند

**الزامات خدمات در سطح 2 و 3 :**

* معاونت بهداشتي دانشگاه/ دانشکده با همکاري معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشكي 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- در صورت عدم کفايت خدمات تخصصی/ فوق تخصصی در بخش دولتي دانشگاهي محدوده شهرستان، بخش عمومي غيردولتي، خصوصي و خيريه می توانند در نقشه ارجاع خدمات منظور شوند. در صورت تایید ستاد اجرایی کشوری، ادارات کل بيمه پایه سلامت استان ها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومي غيردولتي، خصوصي و خيريه مي باشند.

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 ارائه خدمات سطح 2 و 3 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.متصدي 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 ، 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 2 و 3 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 2 و 3 می باشد.

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

1. مدیریت نوبت دهی

* اطمینان از عملکرد سامانه نوبت دهی
* تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاري 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 ارائه 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 1:** حداقل 60% از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

**تبصره 2:** در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، 24 -12ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود.

**تبصره 3:** درصورت 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.

|  |
| --- |
|  |
| **شکل شماره ... – فرآیند نوبت دهی الکترونیک در مراکز سطح 2 و3** |

1. مدیریت پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول

**تبصره**: اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی می باشد.

1. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح 2 و 3
2. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع

|  |
| --- |
|  |
| **شکل شماره ... – فرآیند پذیرش و ارائه خدمات بیمار ارجاعی در سطح 2 و 3** |

1. 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
2. اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک/ کاغذی

* ثبت الکترونیک/کاغذی بازخورد ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص،داروهاي تجويز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراكلينيكي انجام شده و مورد نياز، اقداماتي كه احياناً پزشك خانواده بايد انجام دهد، نحوه پيگيري، تعيين تاريخ مراجعه مجدد بيمار
* در صورت ارائه خدمات بستري، اطلاعات خلاصه پرونده بستري 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 3 به 1 همانند مکانیسم ارایه بازخوراند از سطح 2 به 1 می باشد .

تبصره- درصورت قطعی سیستم های الکترونیک به هردلیلی، از فرم بازخورد کاغذی استفاده شود.



**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 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 پاراکلینک از سطح یک مطابق بسته های خدمات سطح یک و پروتکلهای 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 2 و 3 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 به صورت الکترونیک صورت می­گیرد و بیمار مستقیما به مراکز (دولتی یا غیر دولتی ) موجود در شهرستان محل سکونت و در صورت عدم وجود امکانات به سایر مراکز ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک مطابق نقشه ارجاع مراجعه می­کند.
* در صورتی که فاصله پایگاه پزشکی خانواده از آزمایشگاههای تشخصی 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 هاي 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 بازخوراند به صورت الکترونیک ثبت گردد.
* **الزامات در ارجاع به داروخانه**
* فهرست دارویی بر مبنای تعهدات سازمانهای بیمه گر می­باشد 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 ارائه خدمات دارویی اقدام نمایند.

دریافت خدمات اورژانس

كليه افراد در صورتي كه احساس كنند وضعيت اورژانس دارند ميتوانند به پزشك خانواده خود و يا بدون رعايت نظام ارجاع به مراكز اورژانس مراجعه نمایند و اين مراكز بايد آنان را بپذيرند. در واقع فوريت ها از قاعده الزام ارجاع مستثني هستند و مراجعه مستقيم افراد دچار فوريت به واحدهاي اورژانس يا بيمارستان ها مانعي ندارد.

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

**نظام پرداخت سطح دو و سه :**

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

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

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

مراجعه بیمار براساس نظام ارجاع به بخش خصوصی طرف قرارداد نظام ارجاع و پزشک خانواده

1.در صورت مراجعه بیمار به مطب ها و یا درمانگاه هاي تخصصی و فوق تخصصی و دریافت خدمت ویزیت توسط پزشک معالج، مبناي پرداخت در چهارچوب نظام FFS و برابر تعرفه مصوب خصوصی به اضافه یک تعرفه مصوب خصوصی ( درصورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع خواهد بود. سهم فرانشیز بیماردر این صورت معادل 30 درصد یک ویزیت خصوصی می باشد.

2.در صورت مراجعه بیمار به مطب ها و یا درمانگاههاي تخصصی و فوق تخصصی و دریافت سایر خدمات و پروسیجرهاي درمانی سرپایی، مبناي پرداخت در چهارچوب نظام FFS و درصورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع و با نظر ستاد استان تا 5/1 برابر حق الزحمه پزشک در بخش دولتی به اضافه حق الزحمه پزشک در بخش خصوصی خواهد بود. سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل سهم فعلی در هر بخش خواهد بود.

3.سهم فرانشیز بیمار درصورت دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک در بخش خصوصی معادل 30 درصد تعرفه هاي مصوب در همان بخش و سهم سازمانهاي بیمه گر پایه معادل 70 درصد تعرفه خصوصی مصوب خواهد بود.

تبصره1- در صورت دریافت هرگونه خدمات مشاوره افقی یا عمودي توسط بیمار در بخش سرپایی، مبناي پرداخت برابر تعرفه مصوب خصوصی به اضافه یک تعرفه مصوب دولتی (درصورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع خواهد بود. در این صورت سهم فرانشیز بیمارمعادل 10 درصد یک ویزیت دولتی و سهم سازمان بیمه گر پایه 90 درصد یک ویزیت خصوصی بعلاوه یک ویزیت کامل دولتی می باشد.

تبصره2-: در صورت دریافت هرگونه پروسیجرهاي درمانی (بستري یا سرپایی) توسط بیمار که داراي تعرفه مصوب نمی باشند، تا قبل از ابلاغ تعرفه هاي مذکور از سوي هیات محترم وزیران، مبناي پرداخت درچهارچوب نظام FFS و تعرفه هاي مصوب هیات امناي دانشگاههاي علوم پزشکی خواهند بود و پرداخت کل هزینه هاي درمانی بر عهده بیمار خواهد بود.

مراجعه بیمار خارج از چارچوب نظام ارجاع به مراکز تشخیصی درمانی بخش غیر دولتی (خصوصی)

در صورت مراجعه بیمار خارج از چارچوب نظام ارجاع و پزشک خانواده به مراکز تشخیصی درمانی بخش خصوصی، تمامی هزینه هاي مربوطه مشتمل بر ویزیت، خدمات تشخیصی درمانی سرپایی و بستري، دارویی، تجهیزات پزشکی مستقیماً بر عهده بیمار خواهد بود.

**شرايط بازپرداخت هزينه دارو و پاراكلينيك**

شرایط باز پرداخت دارو و پاراکلینیک در سطح دو و سه بر اساس گزارشات سامانه های مدیریت اطلاعات بیمارستانی (اج ای اس) و نسخه نویسی الکترونیک و مدیریت اطلاعات پاراکلینیک خواهد بود.

-**سهم بیماران در مراجعات اورژانس :**

•خدمات بیماران ناشی از تصادفات، مطابق دستورالعمل های ابلاغی رایگان می باشد .

•خدمات اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ در چارچوب خدمات مصوب ابلاغی، رايگان می باشد.

•مراجعه بیمار به مرکز اورژانس و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک، منوط به عدم نیاز به مراقبت تحت نظر (بنا به تشخیص پزشک بخش اورژانس) سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل 30 درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه 70 درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

•در صورت نیاز به مراقبت در بخش اورژانس زیر شش ساعت و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک و پروسیجرهاي مورد نیاز، سهم فرانشیز بیمار معادل 10 درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه 90 درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

•در صورت نیاز به مراقبت بالاي شش ساعت در بخش اورژانس (بستري) و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک و پروسیجرهاي مورد نیازسهم فرانشیز بیمار معادل 5 درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه 95 درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

**-سهم بیماران در نقل و انتقال بین بیمارستانی:**

در صورت ضرورت نقل و انتقال بیمار از بیمارستانی به بیمارستان دانشگاهی دیگر یا به سایر مراکز تشخیصی (بدلیل عدم وجود وجود امکانات درمانی و تشخیصی) و پذیرش بیمار در بخش بستري بیمارستان در مسیر ارجاع، توسط آمبولانس بیمارستانی و یا خصوصی (غیر از 115) پرداخت هزینه نقل و انتقال برابر تعرفه هاي مصوب بر عهده بیمارستان اعزام کننده خواهد بود.

**جبران هزینه مراکز و ارایه کنندگان خدمات برای اجرای برنامه نظام ارجاع (مشوق ها):**

تامین هزینه های ناشی از اجرای برنامه در قالب مشوق های مندرج در جدول زیر خواهد بود:

ردیف عنوان شرح توضیحات

* + 1. مشوق ویزیت پزشکان متخصص بخش دولتی (30% کل) اعمال مشوق معادل یک ویزیت بخش خصوصی
    2. مشوق ویزیت پزشکان متخصص بخش خصوصی(70%کل) اعمال مشوق معادل یک ویزیت بخش خصوصی
    3. مشوق خدمات بستری برای مراکز اعمال مشوق معادل 100 هزار تومان به ازای خدمات بستری
    4. مشوق ویزیت پزشکان عمومی مراکز اورژانس بیمارستانی اعمال مشوق معادل یک ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی
    5. مشوق برای کلینیک های ویژه تخصصی اعمال مشوق معادل 10 هزار تومان برای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی
    6. مشوق کاهش فرانشیز بخش غیر ویزیت اعمال مشوق معادل 20 هزارتومان کاهش فرانشیز بیماران (افزایش سهم بیمه از 70% به 90%)

**دریافت خدمات اورژانس**

**كليه افراد در صورتي كه احساس كنند وضعيت اورژانس دارند مي­توانند به پزشك خانواده خود و يا بدون رعايت نظام ارجاع به مراكز اورژانس مراجعه و اين مراكز بايد آنان را بپذيرند. در واقع فوريت ها از قاعده الزام ارجاع مستثني هستند و مراجعه مستقيم افراد دچار فوريت به واحدهاي اورژانس يا بيمارستان ها مانعي ندارد.**

**در زمان ارایه خدمات در وضعیت اورژانسی واحد تریاژ به­عنوان اولین سطح تماس با مراجعه کننده ملزم به راهنمایی و هدایت وي تا زمان دریافت خدمت از پزشک عمومی مستقر در اورژانس یا پزشک متخصص طب اورژانس می باشد. در صورتیکه مشکل بیمار به­عنوان اورژانس تشخیص داده شود و اقدامات انجام شده در اورژانس مشکل او را رفع نماید، (چه به­صورت سرپایی و چه به­صورت بستري موقت) بیمار بدون نیاز به ویزیت سایر تخصص هاي موجود ، خدمات درمانی را دریافت نموده و نهایتاً ترخیص خواهد شد.**

تذکر: **معاونت هاي درمان دانشگاه/ شبكه موظف هستند دسترسي به خدمات اورژانس، اعم از پيش بيمارستاني، بیمارستانی و .... را در تمام ساعات شبانه روز برابر نظام سطح بندي براي كليه ساكنين هر شهرستان تأمين نمايند.**

**بسته خدمات اورژانس:** خدمات در این بخش نیز تابع پوشش بیمه پایه می باشد. ارایه خدمات خارج از پوشش بیمه پایه با تامین هزینه توسط بیماران مقدور می باشد.

**مصادیقی از مراجعات اورژانس**

1. سوختگی ها
2. مسمومیت ها
3. تصادفات، سوانح، حوادث و ضربات (تروماها)
4. حملات عروقی قلبی ؛ مغزي و سایر اندامها
5. فوریتهاي مامایی و زنان و زایمان
6. بیماران اغمایی و با اختلالات هوشیاري
7. بیماران نیازمند مراقبت هاي ویژه
8. سایر مواردي که اورژانس پزشکی در هر رشته محسوب می شوند.

**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 ، کارآیی و تعدیل هزینه های پروژه شمس توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت

* **سطح یک :**

کلیه واحدهای ارائه خدمت سطح یک که دارای بیش از 5 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 وکلینیک های سطح دو ( خصوصی و دولتی ، ) لازم است اززیرساخت 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 ودو به سیستم نوبت دهی مرکز مافای وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی
* تعیین حداقل داده مرتبط با ارجاع از سطح یک به سطح 2 و3 و بازطراحی بخش دریافت ارجاع در سامانه های سطح 2 و3 توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* تعیین حداقل داده مرتبط با بازخورد ارجاع از سطح 2 و3 به سطح یک و بازطراحی بخش ثبت بازخورد در سامانه های سطح1و 2 و3 معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* بازطراحی بخش دریافت بازخورد ارجاع در سطح یک توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* طراحی وپیاده 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 وسه به HealthHUB توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* پیاده سازی و استقرار سامانه سکوی مشترک نوبت دهی ( مارال ) جهت خدمات بالینی و پاراکلینیک توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت ، دانشگاههای علوم پزشکی
* طراحی نقشه نظام ارجاع بین سطوح یک ، دو وسه 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 ، ارائه 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 ارائه خدمت توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* یکپارچه سازی داده های سامانه های سطوح مختلف ارائه خدمت و طراحی داشبوردهای مدیریتی وسامانه های گزارش ساز توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
* تدوین واجرای برنامه استاندارد سازی پرونده الکترونیک سلامت توسط معاونت درمان , معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت

یکسان سازی کدینگ علت مراجعه ، تشخیص ، دارو، پارکلینیک 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 ودستورالعمل اجرایی پزشکی از راه دور درسطح 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 برضوابط 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 سطحوح مختلف از سامانه های تائید شده سطح یک و دو وسه جهت ثبت داده های خدمات ارائه شده .

الزامات نیروی انسانی ( آموزش و توانمندی کاربری سامانه ها )

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

الزامات ارجاع الکترونیک :

بسته آموزشی ارجاع الکترونیک ویژه سطوح مختلف ارائه خدمت بایستی تهیه شده و افراد پس از آموزش و کسب مهارتهای لازم نسبت به ارائه 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 ارائه 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 ارائه دهنده خدمت سطوح 2 و3 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 ارائه خدمت سطح یک ، بر اساس کد ملی و شناسه ارجاع در سطح 2 و3 قابل فراخوانی است .

دسترسی اقتضایی پزشک معالج در سطح 2 و3 ، به داده های پرونده سلامت بیمار، با اذن بیمار و از طریق اخذ کد تائیدیه پیامکی فراهم می شود . ثبت بازخورد ارجاع مبتنی بر استاندارد تعریف شده در سامانه های سطح 2 و3 الزامی است.

ماده 7 : سطح و فهرست خدمات

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **تخصص‌ها و خدمات** | **سطح** | **40** | **بارداری پرخطر** | **سطح ۳** |
| 1 | بخش ویژه (ICI‌ و CCU‌ و ...) | سطح ۲ | 41 | فوق تخحصي جراحي اطفال | سطح ۳ |
| 2 | ENT(گوش و حلق و بيني) | سطح ۲ | 42 | فوق تخصصي ـ جراحي | سطح ۳ |
| 3 | ارتوپدي | سطح ۲ | 43 | فوق تخصصي ـ جراحي ارتوپدی | سطح ۳ |
| 4 | ارولوژي | سطح ۲ | 44 | فوق تخصصي ـ جراحي ستون فقرات | سطح ۳ |
| 5 | اطفال | سطح ۲ | 45 | فوق تخصصي ـ جراحي عروق | سطح ۳ |
| 6 | اورژانس بستري | سطح ۲ | 46 | فوق تخصصي ـ جراحي فك و صورت | سطح ۳ |
| 7 | پوست | سطح ۲ | 47 | فوق تخصصي ـ جراحي قلب | سطح ۳ |
| 8 | جراحي زنان و زايمان | سطح ۲ | 48 | فوق تخصصي ـ داخلي روماتولوژي | سطح ۳ |
| 9 | جراحي عمومي | سطح ۲ | 49 | فوق تخصصي ـ داخلي ريه | سطح ۳ |
| 10 | جراحي مغز و اعصاب | سطح ۲ | 50 | فوق تخصصي ـ داخلي غدد ( اندو كراينولوژي ) | سطح ۳ |
| 11 | چشم | سطح ۲ | 51 | فوق تخصصي ـ داخلي كبد و گوارش | سطح ۳ |
| 12 | داخلي | سطح ۲ | 52 | فوق تخصصي ـ داخلي كليه ( نفرولوژي ) | سطح ۳ |
| 13 | داخلي اعصاب ( نورولوژي ) | سطح ۲ | 53 | فوق تخصصي ـ داخلي هماتولوژي انكلوژي | سطح ۳ |
| 14 | روانپزشکي | سطح ۲ | 54 | فوق تخصصي ايمنولوژي و آلرژي اطفال | سطح ۳ |
| 15 | سوختگي | سطح ۲ | 55 | فوق تخصصي روانپزشكي اطفال | سطح ۳ |
| 16 | عفوني | سطح ۲ | 56 | فوق تخصصي روماتولوژي اطفال | سطح ۳ |
| 17 | مسموميت | سطح ۲ و ۳ | 57 | فوق تخصصي عفوني اطفال | سطح ۳ |
| 18 | دیالیز | سطح ۲ و ۳ | 58 | فوق تخصصي غدد اطفال | سطح ۳ |
| 19 | فیزیوتراپی | سطح ۲ و ۳ | 59 | فوق تخصصي قلبـ اطفال | سطح ۳ |
| 20 | کاردرمانی | سطح ۲ و ۳ | 60 | فوق تخصصي كليه اطفال ( نفرولوژي ) | سطح ۳ |
| 21 | اپتومتری | سطح ۲ و ۳ | 61 | فوق تخصصي گوارش اطفال | سطح ۳ |
| 22 | اودیومتری | سطح ۲ و ۳ | 62 | فوق تخصصي نورولوژي اطفال | سطح ۳ |
| 23 | گفتاردرمانی | سطح ۲ و ۳ | 63 | فوق تخصصي نوزادان | سطح ۳ |
| 24 | ارتوزپروتز | سطح ۲ و ۳ | 64 | فوق تخصصي هماتولوژي انكولوژي اطفال | سطح ۳ |
| 25 | ویزیت | سطح ۲ و ۳ | 65 | ICU قلب باز | سطح ۳ رفرال |
| 26 | مشاوره تخصصی | سطح ۲ و ۳ | 66 | ICUسوختگي | سطح ۳ رفرال |
| 27 | مشاوره تغذیه | سطح ۲ و ۳ | 67 | POST آنژيوگرافي | سطح ۳ رفرال |
| 28 | مشاوره روانشناسی | سطح ۲ و ۳ | 68 | انکولوژي(راديوتراپي) | سطح ۳ رفرال |
| 29 | داروخانه | سطح ۲ و ۳ | 69 | ايمونولوژي | سطح ۳ رفرال |
| 30 | آزمایشگاه | سطح ۲ و ۳ | 70 | پيوند چشم ( قرنيه و ..... ) | سطح ۳ رفرال |
| 31 | تصویربرداری | سطح ۲ و ۳ | 71 | پيوند كبد | سطح ۳ رفرال |
| 32 | CT Scan | سطح ۲ و ۳ | 72 | پيوند كليه | سطح ۳ رفرال |
| 33 | MRI | سطح ۲ و ۳ | 73 | پيوند گوش ( كاشت حلزون داخلي و .... ) | سطح ۳ رفرال |
| 34 | PET Scan | سطح ۲ و ۳ | 74 | پيوند مغز استخوان | سطح ۳ رفرال |
| 35 | آنژیوگرافی قلبی | سطح ۲ و ۳ | 75 | طب هسته اي | سطح ۳ رفرال |
| 36 | آنژیوگرافی preferral | سطح ۲ و ۳ |  |  |  |
| 37 | ICU جراحي | سطح ۳ |  |  |  |
| 38 | NICU | سطح ۳ |  |  |  |
| 39 | PICU | سطح ۳ |  |  |  |
| 40 | بارداری پرخطر | سطح ۳ |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**قرارداد ها**

* ارایه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستري در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده حسب مصوبات شوراي عالی بیمه خدمات درمانی/ سلامت کشورو قوانین مرتبط درچهارچوب مفاد قرادادي که به تصویب ستاد اجرایی کشوري پزشک خانواده خواهد رسید انجام خواهد پذیرفت.
* طرفین قرارداد ملزم به رعایت کلیه مفاد مندرج در متن قرارداد منعقده 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 مدارك مورد تقاضاي برنامه اقدام نماید. این امر از دو طریق ورود به سامانه الکترونیک و یا بطور حضوري انجام پذیر است . سازمان هاي بیمه بعنوان طرف دوم قرارداد محسوب می گردند .

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

در بخش خصوصی هر پزشک متخصص و یا فوق تخصص می­تواند با برنامه قرار داد منعقد نماید . چنانچه مایل به عقد قرارداد در این زمینه نباشد از حمایت بیمه اي برخوردار نبوده و نسخ صادره وي در دفترچه بیمه براي درخواستهاي دارویی، پاراکلینیک و ... برای افراد بیمه شده بدون اعتبار خواهد بود. در این حالت سطح بعدي ارجاع در صورتیکه متخصص و یا فوق تخصص هم­رشته مورد نظر در آن شهرستان موجود باشد به آن فرد ارجاع و در غیر اینصورت به شهرستان مجاور مطابق با مسیر ارجاع معرفی خواهد شد .

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 03 فقط پزشکان متخصص داخلی، اطفال، پزشکی اجتماعی، پزشکی خانواده و عفونی می­توانند در سطح 1 فعالیت نمایند . در صورت دریافت تقاضاها از سایر رشته هاي تخصصی، موضوع در ستاد اجرایی کشوري قابل طرح می باشد .

**محدوده دسترسي به خدمات سطح دو و سه:** معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي طي دستورالعملي كه به تصويب ستاد اجرايي كشوري مي رسد، مسير مشخصي براي دسترسي حداكثري مردم براي ارجاع به سطح دو و سه را طراحي و ارایه نموده است.

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

* مسیر ارجاع از سطحی­ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.
* مسیر حرکتی براي تمامی رشته ها در هر سطح مشخص شود.
* بین هر سطح تا سطح بعدي مسافت به کیلومتر درج شود.
* در صورتی که در سطح بعدي تخصص مورد نظر موجود نباشد مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح داراي تخصص مربوطه ترسیم گردد.
* تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاري آنها در هر مرکز و اطلاع رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است

**ارجاع از متخصص به فوق تخصص**: ارجاع مستقيم پزشك متخصص به پزشك فوق تخصص مقدور نبوده مگر با اعلام و موافقت (تلفني) پزشك خانواده يا با بازگشت از ارجاع و اخذ موافقت حضوري پزشك خانواده. يادآور مي شود در ارجاعات فوري و يا در ارجاع به مراكز دولتي و عمومي، بستري بيمار در بيمارستان به صورت اورژانس و الكتيو در مسير ارجاع برابر اين دستورالعمل مقدور خواهد بود

**خدمات سطح 3** :

فهرست این خدمات مانند خدمات سطح 2 میباشد که با توچه 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.

تعاریف پایش و ارزیابی و ارزشیابی

پایش: نظارت بر ورودیها (منابع انسانی، تجهیزاتی، زیرساختها)، و نحوه ارائه خدمات فرآیندها مطابق با استانداردهای ارائه خدمات.

ارزیابی: نظارت بر خروجیهای ابتدائی (Output)، واسط (Outcome) و در صورت لزوم نهائی (Impact)

ارزشیابی: نظارت بر دستیابی به استانداردها و اهداف تعیین، تعریف و ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های بیمه گر پایه

شاخص:

سنجه های تعریف شده و قابل اندازه گیری که به ارزیابی ساختار، فرایندها یا پیامدهای یک یا مجموعه ای از اقدامات کمک می کند.

نشانگری که از بیش از یک سری از داده ها و اطلاعات استفاده نموده تا نمائی از شیوه اجرای یک فرآیند را تبیین نماید.

اهداف نظارت

1. نظارت بر زیرساختها و الزامات اجرای فرآیندهای پشتیبان
2. نظارت بر فرایندهای ارائه خدمات در تمامی سطوح
3. نظارت بر عملکرد ارائه دهندگان خدمات در تمامی سطوح
4. نظارت بر فرایندهای ارجاع افقی و عمودی
5. نظارت بر فرایندهای سطح 2 و 3 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 ارائه خدمات توسط ارائه 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 ارائه خدمت میبایست از نظام ارائه خدمات خارج گردد. لیست این شاخصها و حداقل سطح انتظار تعریف شده در پیوست شماره 1 آمده است.

فرآیندهای ارائه خدمات و عملکرد: شامل برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور (پس از تائید 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 تائید 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 اجرائی استان، لازم الاجراء می باشد (پیوست شماره 2).

شاخص های ارزیابی عملکرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع نشان خواهند داد که ارائه خدمات هر سطح، بدون دلیل و خارج از راهنماهای بالینی و دستورالعملهای ابلاغی، به سطح دیگر انجام نگردد (پیوست شماره 3). نتایج و تحلیل این شاخصها در هر فصل در ستاد اجرائی پزشک خانواده شهرستان، و استان 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 5). 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 اجرائی پزشک خانواده استان و تامین اعتبار توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجراء خواهد بود.

**سامانه و داشبورد:** داده های مورد نیاز برای کلیه این شاخصها از 3 منبع، سامانه های موجود، بازدیدهای میدانی ( بر اساس شیوه نامه پیوست شماره 6) و پیمایشهای انجام شده تهیه می شود. اطلاعات حاصله، از طریق داشبوردهای مناسب به اطلاع ذینفعان کلیه سطوح خواهد رسید.

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 3 تا 10 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 موالید، 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 شمار7) ....

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 1: 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 2: 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 3: هر 5 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... شماره1)، 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... شماره2)، 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 8) 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 آیتم 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 پیش بینی شده در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره2) 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 شماره2) وارد می گردد.

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

در هر پایش حداقل به تعداد پیش بینی شده در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره2) 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 1، ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم و ثبت نتایج پسخوراند، ارائه آموزش های لازم و ... بررسی شده و حاصل آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره2) 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 (90 روز) می باشد.

محل انجام پایش ها پایگاه پزشک خانواده شهری و/یا محل سکونت و/یا محل کار و/یا سطوح 2 و3 ارائه خدمت بوده و مطابق پیوست شماره 8 انجام خواهد شد

تبصره: عملکرد پایشگران محیطی، 20 درصد سالانه توسط تیم پایشگر ستاد شهرستان و 5 درصد توسط پایشگران استانی مورد ممیزی قرار می گیرد

### *نظارت در سطح 2 و 3 (درمانگاههاي تخصصی و بیمارستا نها)*

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه ریزي بیمارستان هاي 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*

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

پایش و ارزیابی برنامه بر اساس شاخصهاي پایش تعیین شده از محیطی ترین قسمت یعنی بخشهاي درمانگاه تخصصی و اورژانس، پذیرش و تمامی بخشهاي موجود در بیمارستان سطح 2 شروع و تا انتهائی ترین بخش بیمارستانهاي سطح 3 ادامه می یابد

**آموزش و توانمندسازی کارکنان**

فلسفه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در مسئولیت پذیری وپاسخگویی برای ایفای نقش کارآمدتر در جهت بهره گیری اثربخش از یافته های آموزشی وفرآیند 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 وهمگانی سلامت لازم است تا با بازخوانی ماموریت ونقش 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 وفعالیت های بسته خدمات خدمات پایه وظائف متنوع در سطوح نظام ارائه خدمات باید باز تعریف شود، انتظار است با بازنگری وظائف حیطه های مهارتی ودانشی بر اساس فرآیند تعریف شده ومشخص مورد بازبینی قرار گیرد.

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

بدون شک دستیابی به اهداف پیش بینی شده برای دستیابی به دانشگاه نسل سوم ، چهارم وپنجم نیازمند تقویت وتوسعه مداخلات اجتماعی دانشگاهها براساس برنامه وفعالیت های اثر بخش در شناسایی مشکلات ، واکاوی درست علل وعوامل آنها می باشد ، هدایت ظرفیت وتوان علمی اعضای محترم هیات علمی برای اتخاذ روش های کار آمد در حل مشکلات سلامتی ولحاظ نمودن خدمات آنان بعنوان معیار های ارزشیابی سالانه وارتقاء وحتی بازنگری در روش پرداخت واثرگذاری آن در کارکرد متخصصین محترم در واحد های ارائه خدمات می باشد .

در واقع توسعه مراقبت های های سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع وهمگانی سلامت با بهره گیری از برنامه پزشکی خانواده ونظام ارجاع استراتژی اثر بخش برای ساماندهی وهدایت نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است ، این اتفاق را باید بعنوان فرصتی ارزشمند برای اصلاح وهدایت برنامه ها دانست، با توجه به شرایط پیش رو باید متعهد شویم ضمانت اجرایی مورد نیاز را در حوزه آموزش وپژوهش برای مداخله ومشارکت اعضای محترم هیات علمی در حوزه سلامت را بعنوان یک ارزش مهم فراهم آوریم و در چارچوب ساختاری مشخص تدوین وبه 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 وانعقاد 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 Physicion Bridging Porogram ، 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 وحسب هماهنگی های مورد نیاز از جمله بورد تخصصی پزشکی خانواده، دبیرخانه های آموزش پزشک عمومی و تخصصی وهمکاری مرکز توسعه آموزش پزشکی طراحی گردد.
* فراهم نمودن جلب مشارکت معاونت درمان وغذا ودارو
* اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع پزشکی عمومی وتحصیلات پایه با تاکید بر بومی گزینی
* اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی وهدفمند نمودن تربیت نیروی متخصص براساس نیازهای نظام سلامت
* اصلاح وبازنگری جدی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای ارتقای سطح توانمندی و ایفای نقش موثر در نظام ارائه خدمات
* حمایت از برنامه های پایان نامه دانشجویانی که برای شناسایی وحل مشکلات سلامت ارائه طریق دارند
* تقویت وتوسعه واستحکام فرآیندهای ضروری ومورد نیاز برای بهره گیری درست از ظرفیت مراکز آموزش بهورزی بعنوان مرکز آموزش وبازآموزی پرسنل نظام ارائه خدمات استان وجامع نگرترین مرکز آموزشی ، باید از طریق تعامل وهماهنگی 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