

ختم  
بنام





# شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

در مناطق شهری

نسخه ۰۳



## شیوه‌نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع



در مناطق شهری

نسخه ۰۳

ناشر: انتشارات میرماه

تهیه شده در: دبیرخانه قراگاه پزشکی خانواده

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

لیتوگرافی و چاپ: نقش جوهر / صحافی: محمد / نوبت و سال انتشار: نخست - ۱۴۰۱ / شمارگان: ۱۰۰۰ جلد  
قیمت: ۱۵۰۰۰۰ تومان / شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۵۲۱-۹

تمام حقوق اثر محفوظ است.

تهران، نیاوران (شهید باهنر)، خیابان مژده (مقدسی)، پلاک ۶۴، طبقه ۵، واحد ۱۳  
کدپستی: ۱۹۷۱۸۱۵۱۶۶  
تلفن: ۰۲۲۷۲۲۹۰۱-۲۲۷۵۹۲۰۳-۲۲۷۵۹۲۰۴ تلفاکس: ۰۲۲۷۲۲۹۰۲





# شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

نسخه ۰۳

تهیه شده در:

دیپارتمان قرارگاه پزشکی خانواده  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





## مقدمه ریاست محترم جمهور

### بسم الله الرحمن الرحيم

ایجاد پوشش همگانی سلامتی یکی از اهداف مهم توسعه در کشور است. در طول سال‌های گذشته شاهد رشد قابل توجهی در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی بوده‌ایم. در تداوم چنین رشدی به طور قطع می‌بایست موضوع توسعه برنامه پزشکی خانواده را به عنوان گامی اساسی و گریزناپذیر مدنظر قرار دهیم. تحقق چنین موضوعی نیازمند رعایت الزاماتی است. نخستین الزام، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. لازم است در این مرحله از شواهد علمی و تجربه‌های جهانی و ظرفیت‌های بومی و نظرات کارشناسان و نخبگان استفاده نمود. موضوع دیگر، ضرورت استفاده از استانداردهای دقیق برای اعمال حاکمیت و تنظیم در بازار سلامت است. نظام سلامت در این زمینه باید به نحوی عمل نماید که زیرساخت‌های لازم برای اعتباربخشی و انجام فرآیندهای استاندارد را فراهم آورد. موضوع دیگری که باید با دقت و جدیت مورد پیگیری قرار گیرد، اعمال رهبری موثر به نحوی است که در آن تمامی عوامل تأثیرگذار و نهادهای مرتبط و ذینفعان به شکل هم‌راستا در جهت ارتقای سطح سلامت گام بردارند. بی‌تردید اجرای برنامه پزشکی خانواده بدون مشارکت و هم‌راستایی نهادهای خارج از بخش سلامت و بدون جلب حمایت کلیه ذینفعان قابل تحقق نخواهد بود. تأمین مالی پایدار برای اجرای برنامه پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین ارکان برای استقرار، پایداری و توسعه برنامه خواهد بود. در این راستا باید سازوکارهای مناسب برای پشتیبانی اقتصادی از بخش سلامت در قالب توسعه نظام‌های بیمه‌ای و تخصیص منابع عمومی نظیر مالیات‌ها تحقق یابد. جمع‌آوری منابع اقتصادی برای بخش سلامت می‌بایست شرایطی را فراهم آورد تا افرادی که نیاز بالاتری به خدمات دارند از آنها بیشتر بهره‌مند گردند.

در کنار تأمین مالی، خلق سایر منابع برای توسعه برنامه پزشکی خانواده موضوع مهم دیگری خواهد بود که ضروری است مورد توجه قرار گیرد.

نخستین راهبرد برای خلق منابع، توسعه پژوهش و آموزش و تربیت منابع انسانی است. توسعه صنایع دارو و تجهیزات و همچنین ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزاتی و شبکه‌های ارتباطی اقدام دیگر خواهد بود.

تمامی عوامل فوق می‌بایست در کنار یکدیگر تحقق یابند تا نظام سلامت بتواند خدمات را به شکلی مناسب ارائه دهد، اما راهبرد خدمات در برنامه پزشکی خانواده باید چه مبنایی داشته باشد؟ پاسخ روشن است، خدمات می‌بایست مبتنی بر اولویت‌های جامعه و با رویکرد تقدم پیشگیری بر درمان ارائه شوند. ضرورت دارد در رویکرد ارائه خدمات همواره به ارتقای سواد سلامت جامعه و توانمندسازی آحاد مردم برای حفظ و ارتقای سطح سلامت توجه داشت. همچنین لازم است ساختار ارائه خدمات پزشکی خانواده بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت فرد و جامعه تمرکز نموده، آنها را در محور توجه خود قرار دهد.

امید است تلاش همکاران اینجانب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در قالب نسخه جدید از برنامه پزشکی خانواده ارائه شده است، با رعایت کلیه قواعد و الزامات قرین موفقیت گردد. توفیق یکایک همکاران ارجمند را از درگاه ایزد منان مسئلت دارم.

سید ابراهیم رئیسی

رئیس جمهور

۱۴۰۱ هجری شمسی





## مقدمه مقام محترم وزارت

### به نام آن که جان را فکرت آموخت

برنامه‌های توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی و پزشکی خانواده در حال حاضر از مهم‌ترین برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند. اگر اکثریت مساعی خود را مصروف توسعه این دو برنامه نماییم، بی‌تردید اقدامی صحیح در راستای توسعه، کارایی و عدالت برای جامعه خود انجام داده‌ایم؛ چرا که ارتقای سطح سلامت جامعه بیش از هر چیز تحت تأثیر اقدامات ارائه‌دهندگان خدمات اولیه سلامت و پزشکان خواهد بود. امروز برای همگان روشن شده است که راهبرد پزشکی خانواده راهبردی بنیادی برای تضمین سلامت و حقوق در جامعه است. برای آنکه در مجموعه اقدامات خود برای بنیاد نهادن برنامه پزشکی خانواده توفیق لازم را به دست آوریم، باید به معیارهای اصلی این برنامه توجه ویژه نمود. نخستین معیارها ایجاد زمینه‌های ارتباط پیوسته و مداوم افراد و خانواده‌ها با ارائه‌دهندگان خدمات است. بدیهی است این ارتباط پیوسته می‌بایست در نخستین سطح تماس و از طریق تیم ارائه خدمات تحقق یابد. در این تیم مراقبین سلامت، به‌ررزان و پزشکان از اهمیت ویژه‌ای در نخستین سطح تماس برخوردارند.

ویژگی دیگری که باید در برنامه پزشکی خانواده به آن توجه شود، فراگیری خدمات است؛ بایستی تلاش نمود تا طیف کامل خدمات از آموزش و پیشگیری تا تشخیص و درمان و بازتوانی قابلیت ارائه منسجم در برنامه را داشته باشند. خدمات پزشکی خانواده باید با رویکردی جامعه‌نگر و خانواده‌محور ارائه گردند. مفهوم خانواده‌نگری در برنامه پزشکی خانواده این است که باید به سلامت افراد و همچنین تأثیر بیماری آنها بر وضعیت خانواده به طور متقابل توجه شود.

موضوع آخری کہ باید در برنامه پزشکی خانواده مدنظر قرار داد این است کہ پزشکان و اعضای تیم سلامت می‌بایست به تأثیر باورها، ہنجارها و فرهنگ‌های مختلف بر وضعیت سلامت توجہ کافی نمایند. با رعایت اصول و قواعد فوق چنین انتظار می‌رود تا با چینش ویژه‌ای کہ از اعضای تیم سلامت به عمل می‌آید نظام ارائه خدمات پزشکی خانواده بتواند با موثرترین شیوہ‌های ممکن اقدام به ارائه خدمات نماید. امید است آنچه کہ توسط همکاران گرامی در حوزہ‌های مختلف وزارت بہداشت در نسخہ جدید برنامه پزشکی خانواده فراہم شدہ است، با مدنظر قراردادن تمام ویژگی‌های موردنظر برای تحقق برنامه پزشکی خانواده، منجر بہ حصول نتایجی ارزشمند در خدمت‌رسانی بہ مردم شود.

**دکتر بہرام عین‌اللہی**

وزیر بہداشت، درمان و آموزش پزشکی

اسفندماہ ۱۴۰۱



## به نام خدا

تحلیل وضعیت نظام سلامت حکایت از آن دارد که در طول چهار دهه، علی‌رغم گسترش قابل توجه در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی و بهبود بارز شاخص‌های سلامت هنوز تحولات قابل توجهی در راستای توسعه پوشش همگانی سلامت مورد نیاز است. برخی شواهد بازگو شده در این راستا عبارتند از:

- نظام ارائه خدمات به ویژه در بخش خصوصی از یکپارچگی‌های مطلوب مورد لزوم برخوردار نیست و فرصت‌های مشارکت مشتریان و کاربران در بازار ارائه خدمات به نحو عادلانه و مطلوبی شکل‌دهی نشده است.
- تاکید عمده بر خدمات تشخیصی و درمانی و افزایش سرسام‌آور هزینه‌های درمانی، دلالت بر این دارد که چنانچه بازار خدمات با راهبردهای مناسب تنظیم نشود، شاهد گسترش نارسایی‌ها در آن خواهیم بود.
- شواهد نشان از آن دارد که تمرکز بر خدمات پیشگیری و همچنین بازتوانی در قیاس با خدمات درمانی دچار ضعف است و قسمت قابل توجهی از منابع سلامت کشور صرف ارائه مراقبت‌های ثانویه می‌شود.
- همچنین شواهد حکایت از آن دارد که ارائه‌دهندگان خدمات مختلف به ویژه در بخش خصوصی با یکدیگر به شکل هماهنگ شده‌ای تعامل نمی‌نمایند و این موضوع باعث کاهش پاسخگویی به نیازهای مردم می‌شود.
- ارتباط مالی مستقیم ارائه‌دهندگان خدمات با مشتریان، موجب توسعه رویکردهای تجاری در نظام ارائه خدمات می‌گردد.

بی‌تردید با در نظر گرفتن شرایط فوق، تلاش بیش از پیش در استقرار و توسعه برنامه پزشکی خانواده و گام نهادن با تمام توان و ظرفیت در این برنامه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به نظر می‌رسد آنچه که موجب رشد و تمایز قابل توجه در نظام ارائه خدمات کشور خواهد شد، روشن نمودن نقش و جایگاه برنامه پزشکی خانواده و توسعه مراقبت‌های مدیریت شده در قالب نظام ارجاع است.

اکنون زمان آن رسیده تا با گام نهادن جدی و عمیق در برنامه پزشکی خانواده، تعریفی جدید از خدمات را در نظام سلامت متجلی نماییم، تا اعضای تیم سلامت بتوانند با ارائه مراقبت‌های فراگیر و جامع و مبتنی بر خانواده به شکلی کاملاً هماهنگ شده، دسترسی‌های جدیدی در عرصه خدمات برای مردم ایجاد نمایند. تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت و سایر معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، که اقدام به تدوین نسخه جدید شیوه‌نامه برنامه پزشکی خانواده نموده‌اند گامی راهبردی در این راستا است که امید می‌رود با ایجاد سایر زمینه‌های مورد لزوم و همت تمامی ذینفعان و حمایت نهادهای بالادستی منجر به موفقیت گردد.

#### **دکتر حسین فرشیدی**

معاون بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۴۰۱ شمسی

# فهرست

۱۷	..... کلیات
۱۷	..... مقدمه
۱۸	..... تاریخچه اجرای پزشکی خانواده
۲۱	..... الزامات قانونی
۲۳	..... چشم‌انداز
۲۳	..... اهداف کلان
۲۴	..... اهداف اختصاصی
۲۵	..... الزامات اجرای برنامه
۲۵	..... راهبردهای اجرایی
۲۷	..... واژه نامه
۲۷	..... ۱- نظام سلامت
۲۷	..... ۲- شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت
۲۸	..... ۳- پزشکی خانواده
۲۸	..... ۴- پزشک خانواده
۲۸	..... ۵- تیم سلامت
۲۸	..... ۶- بسته خدمات سلامت (Health Services Package)
۲۹	..... ۷- نظام مراقبت
۲۹	..... ۸- شیوه‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات
۳۰	..... ۹- خدمات سلامت
۳۰	..... ۱۰- سطح‌بندی خدمات
۳۲	..... ۱۱- پرونده الکترونیک سلامت
۳۳	..... ۱۲- خدمات سلامتی اورژانس
۳۳	..... ۱۳- مشاوره تلفنی
۳۳	..... ۱۴- مرکز هدایت و پاسخگویی برنامه پزشکی خانواده (Call Center)
۳۴	..... ۱۵- پایگاه پزشکی خانواده

۳۴	۱۶- پایگاه تجمیعی
۳۴	۱۷- مرکز خدمات جامع سلامت
۳۴	۱۸- سرانه جمعیت
۳۴	۱۹- سرانه سطح یک
۳۵	۲۰- سرانه تیم پزشکی خانواده
۳۵	۲۱- نظام ارجاع
۳۵	۲۲- استحقاق درمان
۳۵	۲۳- پزشک همپوشان
۳۵	۲۴- پزشک جانشین
۳۶	۲۵- پزشک جایگزین
۳۶	۲۶- فرانشیز
۳۶	۲۷- مراقب سلامت
۳۶	۲۸- کارشناس ناظر
۳۶	۲۹- مشاوره درمانی
۳۷	۳۰- مشاوره جامعه‌نگر
۳۷	۳۱- محله، محدوده دسترسی
۳۷	۳۲- جمعیت تحت پوشش
۳۷	۳۳- نقشه ارجاع
۳۸	۳۴- کلینیک تخصصی
۳۸	۳۵- برونسپاری
۳۸	۳۶- دفاتر ارائه خدمات پزشکی و پیراپزشکی

### ۳۹ ساختار و سازماندهی

۳۹	ساختارهای مدیریتی
۴۰	ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۴۱	ستاد هماهنگی کشوری (قرارگاه پزشکی خانواده)
۴۳	ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه پزشکی خانواده)
۵۱	ستاد هماهنگی استان
۵۷	ستاد اجرایی شهرستان
۶۰	واحدهای ارائه خدمت
۶۳	شرح وظایف اعضای تیم سلامت

۸۳ ..... روش اجرا

۸۳ ..... بسته خدمات

۸۴ ..... الف - خدمات گروه سنی

۸۸ ..... ب - مراقبت‌های گروه‌های ویژه

۹۰ ..... ج- درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها

۹۲ ..... بسته خدمات سطح ۲ و ۳

۹۳ ..... فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارائه خدمت

۹۸ ..... ضوابط اجرای برنامه

۹۸ ..... مراحل ثبت نام، به‌کارگیری و چگونگی فعالیت پزشکان خانواده

۱۰۱ ..... استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت

۱۰۶ ..... ب - ثبت نام مردم و انتخاب پزشک خانواده

۱۰۷ ..... نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول)

۱۲۴ ..... مدیریت اطلاعات

۱۳۱ ..... پایش و ارزشیابی

۱۳۶ ..... نحوه پایش شاخص‌های عملکردی

۱۳۹ ..... آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱۳۹ ..... آموزش و توانمندسازی کارکنان

۱۴۳ ..... منابع







# کلیات

## ۱

### مقدمه

سلامت، اساسی ترین حق و ارزشمندترین سرمایه برای همه اقشار و طبقات اجتماع است. مروری بر نظام های سلامت کشورهای مختلف نشان می دهد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد و خدمتی با کیفیت مطلوب را در نزدیک ترین محل به زندگی و کار مردم با هزینه ای مناسب و قابل پرداخت توسط آنها ارائه نماید.

جامعه آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴، جامعه ای است که باید از حداکثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسئول و پاسخگو که ضمن فراهم آوردن زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، باید اعتماد کامل مردم را جلب نماید و با کسب حمایت همه سازمان ها و نهادها، رویکرد سلامت را در تمامی سیاست ها اجرایی سازد. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره مندی مردم از مراقبت های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی بر اساس آموزه های دینی اهتمام دارد. در چنین نظامی، عدالت همه جانبه (در تأمین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت های سلامت بهره مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تأمین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلّاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره مندی حداکثری از تمامی ظرفیت های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه



بخش‌های ذینفع) و علم و فن‌آوری روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (به ویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای آنان است.

از آنجا که، مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام برخی مداخلات به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی، ضرورت دارد. در این راستا، بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تکالیفی را مشخص کرده است که برنامه‌ریزی 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 پزشکی خانواده و نظام ارجاع با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده و نیز گروه پرستاری جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.»

چنانکه ملاحظه می‌شود، قانون برنامه ششم تأکید ویژه‌ای بر یکی از کارکردهای نظام‌های سلامت یعنی «تدارک و ارائه خدمات مراقبتی» دارد، لذا انتخاب روش مناسب برای ارائه خدمات سلامت از مهم‌ترین ویژگی‌های این نظام به شمار می‌آید. در این میان، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع یکی از کارآمدترین نظام‌های تدارک و ارائه خدمات سلامت است که با تعدیل سایر کارکردهای نظام سلامت از جمله تأمین مالی، تدارک منابع و تولید می‌توان برای استقرار آن اقدام نمود. در این راستا، توجه به گروه‌های ارائه‌کننده و مراکز تدارک‌کننده خدمات، بسته‌های خدمات و سطوح آن برای ارائه خدمات و مراقبت‌های با کیفیت و کارآ، تحقق عدالت در ابعاد مختلف و در نهایت ارتقای سلامت مردم و جامعه الزامیست.

## تاریخچه اجرای پزشکی خانواده

از اواخر سال ۱۳۸۱ تیمی از تمامی سازمان‌های بیمه‌گر و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه جامع درمورد نظام‌های مختلف سلامت در دنیا و الگوبرداری از

نظام‌های سلامت در بعضی از این کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرایی این تیم تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان نقاط پایلوت در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده با هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر بود. با این حال، با وجود برنامه‌ریزی‌های روشن، برآورد نیازهای مالی و انسانی در استان‌های پایلوت و رسیدن به توافق جمعی مسئولان وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت کشور و سازمان‌های بیمه‌گر، به سبب اجرا نشدن تعهدات در نظر گرفته شده، هیچ‌گونه گام عملی برای اجرای برنامه‌های مدون اصلاحات در استان‌های پایلوت برداشته نشد.

لازم به ذکر است که پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. پس از وقوع زلزله فاجعه‌بار بم در سال ۱۳۸۲، نسخه‌نهایی این آیین‌نامه برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز گسترش شبکه معاونت سلامت و با همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، عملیاتی شد. این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادهای بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود یافت.

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی‌نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.

تأمین منابع مالی برنامه از مهم‌ترین اقدامات اجرایی پیش‌رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه‌ها و در غیر این صورت از محل اعتبارات مستقیم دولت اجرایی می‌شد. پیرو تفاهم‌نامه‌ای که در تیرماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان سال تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور منعقد گردید. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم و تأکید هیأت محترم دولت و مجلس محترم شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریع‌تر برنامه پزشک خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین

گردید، اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

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

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

همچنین، در این گزارش اعلام شد که وزارت بهداشت در نظر دارد تا پایان سال ۱۳۹۲ اقدام به تربیت پزشکان عمومی دارای گواهی‌نامه عالی بهداشت عمومی (MPH) با گرایش پزشک خانواده کرده، از این طریق پزشکان خانواده مورد نیاز در شهرهای بزرگ غیردانشگاهی را تأمین نماید. برخلاف آنچه در گزارش پیش گفت به سمع و نظر هیأت محترم دولت وقت رسید، ریاست جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامه این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ ۹۱/۱/۲۶ اقدام به مصوب کردن شیوه‌نامه اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیأت محترم وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاستگذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید.

پس از تصمیم هیأت محترم دولت مبنی بر اجرای برنامه، طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین متعاقب مصوب شدن نسخه ۰۲، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه ۰۲ شیوه‌نامه 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 رئیس وقت مرکز مدیریت شبکه برگزار شد، علاوه بر پاسخگویی به سؤالات رایج استان‌های مجری و غیرمجری برنامه و بررسی چالش‌های پیش‌رو، فرآیند ثبت نام مردم، انتخاب پزشک و عقد قرارداد با پزشکان خانواده، همچنین تدوین و تصویب آیین‌نامه اجرایی ارائه خدمات در سطح ۱ و ۲، آیین‌نامه نحوه مدیریت بیماران اورژانس،

بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و مسافران، نحوه پرداخت کارانه به پزشکان سطح ۱ و ۲ طرف قرارداد برنامه، نحوه ترغیب پزشکان عمومی و متخصصین به شرکت در برنامه، نحوه نشاندارشدن دفاتر بیمه جمعیت تحت پوشش، نحوه مدیریت و تغییر قراردادهای پیشین سازمان‌های بیمه‌گر پایه در استان‌های مجری، تدوین فرمت عقد قرارداد با انواع مراکز، نحوه همکاری با پیراپزشکان (مشاوره تغذیه، مشاوره روانشناسی و خدمات توانبخشی)، فرآیند ارجاع به سطوح بالاتر و نحوه الکترونیک کردن فرم ارجاع، نحوه ارائه خدمت پزشکان تک شیفت، تعیین تعرفه توافقی خدمات پاراکلینیک، سقف جمعیت تحت پوشش در شهرستان‌هایی که برای تأمین پزشک با مشکل مواجه هستند و همچنین چک لیست افتتاح برنامه در سایر استان‌های کشور مورد بررسی و تصویب قرار گرفت.

### الزامات قانونی:

- الزامات قانونی زیر، دولت را به اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع موظف می‌کند:
- بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور کرده بود.
  - ماده ۸۹ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می‌ساخت که از راه سطح‌بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی- درمانی را منطقی و عادلانه سازد.
  - ماده ۹۰ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود باید سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت (که در آن زمان بیش از ۵۵ درصد بود) به حداکثر ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندک‌شان هزینه‌های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می‌شد به ۱ درصد تقلیل یابد.
  - ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید کرده بود.
  - سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه‌های سلامت، خانواده، جمعیت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.
  - بند ۱۶ سیاست‌های کلی برنامه پنج ساله هفتم توسعه با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت که در آن بر افزایش نرخ باروری و موالید به حداقل دو و نیم طی پنج سال با حمایت همه جانبه از فرزندآوری و رفع موانع و ایجاد مشوق‌های مؤثر و اصلاح فرهنگی تأکید شده است.

- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تکالیف قانونی آن که مرتبط با نظام سطح‌بندی خدمات و شبکه است (پیشگیری و درمان ناباروری، پیشگیری از سقط جنین، ترویج و افزایش زایمان طبیعی و ...)
- بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.
- بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی را تهیه نموده، جهت تصویب به هیأت محترم وزیران ارسال نماید (طبق متن برنامه).
- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت 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 فن‌آوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.
- بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده، با به کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک

سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، فرد فرد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

- راهبرد یکی از چرخش‌های تحول‌آفرین در حوزه سلامت سند تحول دولت مردمی: اجرای طرح‌های پیشگیرانه نظیر پزشکی خانواده به بیمه‌های پایه، در راستای حفظ و ارتقای سلامت با محوریت خانواده

و اینک پس از گذشت ده سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران و استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت و مدیریت سرانه ارائه خدمت در سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح دو و همچنین، اجرای طرح تحول سلامت در بخش بهداشت و ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه‌نشین و شهری بالای ۲۰ هزار نفر، اکنون سیاستگذار به دنبال آن است که با بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، الگویی را طراحی نماید که در حین پاسخگویی به چالش‌های 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 در قالب ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور مبتنی بر PHC (مراقبت‌های اولیه سلامت) هموار کند.

### چشم‌انداز:

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

### اهداف کلان:

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت
- افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت
- مدیریت منابع حوزه سلامت
- افزایش امید زندگی و کاهش بار بیماری‌ها

## اهداف اختصاصی:

- افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات سلامت از طریق انتخاب پزشک خانواده به اختیار فرد به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- افزایش پوشش خدمات اولویت‌دار پزشکی خانواده به جمعیت ثبت‌نام شده به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال دوم
- ارتقای سطح کمی و کیفی پوشش بیمه همگانی برای آحاد مردم با تأکید بر ضمانت مناسب در پوشش رایگان گروه‌های آسیب‌پذیر و کم‌توان مالی
- افزایش نرخ باروری کلی به حداقل ۲/۵ از طریق اجرای شیوه‌نامه‌های جوانی جمعیت و فرزندآوری
- بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت با توجه به نیازهای سلامت مردم به میزان صد درصد
- اصلاح الگوی مصرف دارو و خدمات سلامت به میزان حداقل ۳۰ درصد پایه تا پایان سال اول اجرای برنامه
- افزایش پوشش بیمه گروه‌های آسیب‌پذیر و کم‌توان مالی به میزان صد درصد، حداکثر تا پایان ماه سوم از شروع برنامه
- افزایش ارائه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال به جمعیت تحت پوشش به میزان صد درصد در طی ۲ سال بعد از شروع برنامه
- بهبود تجویز منطقی دارو به میزان ۷۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۰ درصدی در هر سال
- ارتقای عملکرد کیفی واحدهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال
- افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان صد درصد
- ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامه پزشکی خانواده به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان سال اول
- ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات در سطوح مختلف ارائه خدمت به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال
- افزایش پذیرش بیماران از مسیر ارجاع در واحدهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی تا ۳۰ درصد مراجعین در سال اول اجرای برنامه



## الزامات اجرای برنامه:

- تصویب مدل اجرایی برنامه اصلاح نظام سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت به منظور پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در هیأت دولت و هماهنگی با سایر قوا برای ارتقای ضمانت اجرایی برنامه
- فرهنگ‌سازی در جامعه، تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌های موجود
- الزام به تعهد به تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی‌ترین شرط پیاده‌سازی برنامه
- تقویت و توسعه همکاری‌های بین بخشی، مشارکت مردمی و خانواده محوری در تمامی فعالیت‌ها و برنامه‌ها و استفاده مناسب از ظرفیت‌ها در اجرای برنامه در سطوح مختلف حوزه حکمرانی

## راهبردهای اجرایی:

- فرهنگ‌سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، ایجاد تعهد در مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های موجود
- برنامه‌ریزی در راستای تأمین 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 روزرسانی بسته خدمات سلامت وزارت بهداشت و الزامات و ساز و کارهای اجرایی آن
- فرهنگ‌سازی در جهت افزایش فرزندخواهی و فرزندآوری
- الزام واحدهای ارائه خدمت در بخش دولتی و غیردولتی برای عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر و جانمایی واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه
- پوشش کامل جمعیت مناطق شهری از طریق دسترسی و بهره‌مندی بسته خدمات پایه در چارچوب ساختار نظام شبکه
- استقرار و تقویت نظام پایش و ارزشیابی، اعتباربخشی، ارتقا و بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در واحدهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی
- افزایش دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده بر اساس برنامه‌های مدون
- مدیریت داده‌های سلامت مبتنی بر پرونده الکترونیک سلامت
- برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت





## واژه نامه

## ۲

### ۱- نظام سلامت

نظام سلامت مجموعه‌ای است متشکل از مردم، سازمان‌ها و منابعی که براساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند.

### ۲- شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

مجموعه واحدهای ارائه خدمات سلامت مبتنی بر ساختار تعریف شده بر پایه سطح بندی و ارجاع با تأکید بر رعایت سطوح مختلف پیشگیری است. در ساختار این شبکه، بسته خدمات سلامت با رویکرد ادغام یافته فراهم شده و خدمات از فرد، خانواده و جامعه با تماس با نخستین سطح ارائه خدمت در مناطق روستایی و شهری با ارائه خدمات پیشگیری نخستین و اولیه آغاز شده، تا خدمات تخصصی و زیرتخصصی در مراکز ارائه خدمات بستری و توانبخشی با پیچیدگی‌های خاص آن مشتمل بر بخش دولتی و غیردولتی کامل می‌گردد. در بین سطوح ارائه خدمت در این شبکه، روابط پویا و دو سویه برقرار می‌گردد تا تکلیف وضعیت سلامتی فرد، تعیین شده و خدمات ارائه شده نیز قابل رصد و پیگیری باشد. داده‌های حاصل از ارائه خدمت در این شبکه در چارچوب پرونده الکترونیک سلامت تعریف شده و براساس 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.



### ۳- پزشکی خانواده

مجموعه فعالیت‌های به هم پیوسته مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت که توسط تیم پزشکی خانواده ارائه می‌گردد. این خدمات تعریف شده، از استانداردهای خاص خود برخوردار هستند و اعضای تیم پزشکی خانواده باید با آموزش بدو و حین خدمت از دانش و مهارت لازم برای انجام آن برخوردار گردند. همچنین نوع ارتباط بین اعضای تیم پزشکی خانواده به گونه‌ای است که طی آن وضعیت مراجعه‌کننده بر اساس سطوح پیشگیری، تعیین تکلیف می‌شود.

### ۴- پزشک خانواده

پزشک خانواده، مسئول تیم پزشکی خانواده در نخستین سطح ارائه خدمات بوده، عهده‌دار مدیریت، ارائه خدمت، تصمیم‌گیر، هدایت و رهبری تیم سلامت و برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش است. این فرد می‌تواند دانش آموخته پزشکی عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، کلیه دارندگان مدرک پزشکی عمومی و دکتری تخصصی طب ایرانی باشد که دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی بوده و همچنین باید در محل ارائه خدمت گواهینامه معتبر آموزشی جهت ارائه خدمات پزشکی خانواده را داشته باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، نقش دروازه‌بانی و کنترل مدیریت و هدایت بیماران را در ارجاع به سطوح مختلف نظام ارائه خدمت عهده‌دار است.

### ۵- تیم سلامت

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

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

بسته خدمات پایه سلامت، مجموعه فعالیت‌های به هم پیوسته مبتنی بر برنامه‌های اولویت‌دار سلامت است که بر اساس نظام اولویت‌بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت تعریف می‌شود. بسته خدمات پایه، ابزار مؤثر و کارآمدی در راستای شاخص دسترسی و بهره‌مندی برای

دستیابی به عدالت در سلامت به حساب می‌آید. در بسته خدمات پایه، فعالیت‌ها در ذیل برنامه‌ها برای سطوح مختلف نظام ارائه خدمت تعیین شده تا هر یک از مداخلات، مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی، مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین بسته خدمات پایه مبنایی برای تعیین وظایف، مهارت‌ها و دانش مورد نیاز اعضای تیم سلامت است که بر اساس آن باید 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 است که با استقرار آن و داشبورد مدیریت اطلاعات خدمات ارائه 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 می‌شود. در بسته خدمات پایه سلامت، نکات قابل توجهی در رعایت موازین حقوقی و اخلاق حرفه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرد تا ارائه‌دهنده خدمت بتواند با اطمینان و ضمانت اجرایی قابل قبول، نسبت به اجرای آن اقدام نماید.

بسته خدمات پایه سلامت به عنوان اصلی‌ترین چارچوب مداخلات نظام ارائه خدمات سلامت در برآورد، تأمین و تخصیص منابع، نقش استراتژیک داشته و حوزه‌های تأمین‌کننده منابع و سازمان‌های بیمه‌گر، ملزم به پیروی از سیاست‌ها و خط‌مشی‌های پیش‌بینی شده در پوشش بسته خدمات پایه خود مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت هستند.

## ۷- نظام مراقبت

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

## ۸- شیوه‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که تیم‌های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند.

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

- **پرداخت سرانه:** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارائه می‌کند، پرداخت متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می‌گیرد.
- **پرداخت کارانه:** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارائه شده به مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد.
- **پرداخت تشویقی:** درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به اعضای تیم سلامت تعلق می‌گیرد.
- **جریمه:** کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین‌تر از حد مورد انتظار، به اعضای تیم سلامت تحمیل می‌شود.
- **پرداخت موردی:** پرداخت مبلغی مشخص که به ازای انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخیص بیماری‌های نادر، مسری، تهدیدکننده حیات در مراحل اولیه بیماری و ... مانند شناسایی، تشخیص، پی‌گیری و درمان کامل هر مورد از بیماری سل) به تیم سلامت صورت می‌گیرد.

## ۹- خدمات سلامت

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

## ۱۰- سطح بندی خدمات

- **سطح بندی:** چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی، قراردادی است و به مقتضای شرایط انجام می‌گیرد.

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

- **سطح اول:** شامل خدمات / مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فردمحور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها بر اساس بسته خدمت (مراقبت‌های گروه‌های سنی نظیر خدمات و مراقبت‌های مادران باردار و شیرده، نوزادان

و کودکان و ..... و گروه‌های آسیب‌پذیر) 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 جامعه‌محور (بهداشت عمومی) عبارتند از خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع‌رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت، کاهش بار روانی و هزینه‌های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خود به خودی، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، آموزش و فرهنگ‌سازی برای زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج و افزایش پایداری ازدواج که هدف آنها جامعه است.

خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه پزشک خانواده تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح‌بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند. در ضمن، سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و مؤسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند (به جز آزمایش‌های غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام می‌شوند).

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

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

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

○ **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردند. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی /

نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

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

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

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

## ۱۱- پرونده الکترونیک سلامت

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



## ۱۲- خدمات سلامتی اورژانس

- **وضعیت اورژانس:** دارای دو تعریف عمومی و بالینی است:
  - **تعریف بالینی بیمار اورژانسی:** به فردی گفته می‌شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارائه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام شود و سرعت عمل و زمان در ارائه خدمات درمانی به وی نقشی اساسی دارد (مانند زایمان، سکته قلبی، مولتیپل تروما، ضربه به سر، شکستگی‌های باز، مسمومیت و ...).
  - **تعریف عمومی بیمار اورژانسی:** هر وضعیتی که باعث شود تا بیمار شخصاً و یا توسط افراد دیگر به بخش اورژانس مراجعه کند. بنابر این تعریف، وضعیت اورژانس با تصور شخص بیمار یا همراهان او قابل تعریف بوده و هر بیمار مراجعه‌کننده باید پذیرش شده و تحت مراقبت‌های اولیه قرار گیرد.
  - **بیمار الکتیو:** بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی ندارد و می‌تواند برای دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه کند.
- دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / شبکه بهداشت و درمان موظف هستند دسترسی به خدمات اورژانس (اعم از پیش‌بیمارستانی و ...) را در تمام ساعات شبانه‌روز برابر نظام سطح‌بندی برای تمام ساکنین هر شهرستان تأمین کنند.

## ۱۳- مشاوره تلفنی

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

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

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



### ۱۵- پایگاه پزشکی خانواده

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

### ۱۶- پایگاه تجمیعی

پایگاهی است متشکل از چند تیم پزشکی خانواده که در یک مکان واحد به ارائه خدمت می‌پردازند.

### ۱۷- مرکز خدمات جامع سلامت

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

۱. بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی بر واحدهای تابعه (پایگاه‌های سلامت شهری یا روستایی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های پزشک خانواده تحت پوشش)
۲. بخش ارائه خدمات خاص به جمعیت تحت پوشش مانند: دندان پزشکی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، پرستاری، تغذیه، سلامت روان و ...
۳. بخش ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در پایگاه سلامت شهری ضمیمه (پایگاه پزشکی خانواده) در صورت فقدان بیمارستان در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، ارائه خدمات اورژانسی و فوریت‌های پزشکی و اقامت کوتاه‌مدت (تحت نظر)، در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی قابل ارائه خواهد بود.

### ۱۸- سرانه جمعیت

مبلغ محاسبه‌شده برای ارائه کلیه خدمات تعریف شده سطح یک، دو و سه در برنامه پزشکی خانواده به ازای هر فرد گفته می‌شود.

### ۱۹- سرانه سطح یک

بخشی از سرانه جمعیت است که به منظور ارائه خدمات پیشگیری، مراقبتی و درمانی سطح یک اختصاص می‌یابد.

## ۲۰- سرانه تیم پزشکی خانواده

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

## ۲۱- نظام ارجاع

مجموعه فرآیندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح دوگانه، برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می‌کند. این نظام از ارجاع بیمار با ذکر شرح حال بیماری و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته در سطح یک شروع شده و با انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده (بازخوراند ارجاع) در بستر سامانه‌های الکترونیک پایان می‌یابد. اطلاعات بازخوراند باید شامل تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری و تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار باشد.

## ۲۲- استحقاق درمان

افراد بیمه‌شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) به صورت رایگان و یا در برابر حق بیمه‌ای که ماهانه پرداخت می‌کنند، استحقاق برخوردار شدن از حمایت سازمان بیمه‌گر در درمان خویش یا دیگر مزیت‌های مربوطه را می‌یابند. استحقاق درمان، محدوده زمانی مشخصی دارد که در حال حاضر با تاریخ اعتبار سیستمی بیمه تعیین می‌شود.

## ۲۳- پزشک همپوشان

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

## ۲۴- پزشک جانشین

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

## ۲۵- پزشک جایگزین

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

## ۲۶- فرانشیز

بخشی از هزینه‌های خدمات درمانی، که توسط بیمار به واحد ارائه‌کننده خدمت، پرداخت می‌شود.

## ۲۷- مراقب سلامت

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

## ۲۸- کارشناس ناظر

فردی است که به همراه سایر اعضای تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت حضور دارد. این فرد دانش آموخته رشته‌های کارشناسی / کارشناسی ارشد بهداشت عمومی، مبارزه با بیماری‌ها، آموزش سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی، کارشناس ارشد مامایی، کارشناس ارشد پرستاری جامعه‌نگر است که وظیفه نظارت فنی، ارزیابی و پیگیری چالش‌های 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 (بیماری‌بسی و پیگیری بیماری‌های واگیر، بهداشت مدارس، فعالیت‌های اجتماع محور، اپیدمی‌ها و بلایا و ...) را به عهده دارد.

## ۲۹- مشاوره درمانی

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

### ۳۰- مشاوره جامعه‌نگر

مواقعی است که به منظور بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی، یا رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، به صورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می‌کند. این مشکلات می‌تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه‌ای و اصلاح شیوه‌های زندگی برای ارتقای شاخص‌های سلامتی، بهسازی منابع آب، پژوهش‌های کاربردی و... باشد.

### ۳۱- محله، محدوده دسترسی

- **محله:** محدوده خاص جغرافیایی از شهر است که امکانات و توانمندی‌های حوزه سلامت (اعم از خصوصی، دولتی، عمومی و...) در آن برای ارائه خدمت در قالب پزشکی خانواده و نظام ارجاع حداقل در سطح یک کفایت کند.
- **محدوده دسترسی به پزشک خانواده:** هر فرد می‌تواند پزشک خانواده خود را ترجیحاً 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 شیوه‌نامه‌ای که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، مسیر مشخصی که جهت دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو می‌باشد را طراحی و ارائه خواهد کرد.

### ۳۲- جمعیت تحت پوشش

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

### ۳۳- نقشه ارجاع

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



### ۳۴- کلینیک تخصصی

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

### ۳۵- برونسپاری

واگذاری تمام یا برخی از وظایف مطابق با اهداف سازمان به فرد یا شرکت‌های خارج از آن (غیردولتی)، براساس آیین‌نامه مالی، معاملاتی دانشگاه‌ها تا ضمن کاهش هزینه‌ها امکان تحقق کیفیت برتر نیز فراهم گردد.

### ۳۶- دفاتر ارائه خدمات پزشکی و پیراپزشکی

واحدهای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی بخش غیردولتی هستند که در صورت نیاز از طریق ارجاع پزشک خانواده، خدمات مورد تعهد سازمان‌های بیمه پایه را به بیماران ارائه می‌دهند (شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...).



## ساختار و سازماندهی

۳

### ساختارهای مدیریتی

در اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شرح زیر خواهد بود:

- ستاد ملی پزشکی خانواده
- ستاد هماهنگی کشوری (قرارگاه پزشکی خانواده)
  - کمیته آموزش عمومی و فرهنگ سازی
  - کمیته اطلاع رسانی
  - کمیته آمار و فن آوری اطلاعات
  - کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع
  - کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی
  - کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش های کاربردی
  - کمیته پایش و نظارت
  - کمیته نظام ارجاع
  - کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات
- ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه پزشکی خانواده)
- ستاد هماهنگی استان
- ستاد اجرایی استان
  - کمیته آموزش عمومی، اطلاع رسانی و فرهنگ سازی

- کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات
- کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع
- کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی
- کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش‌های کاربردی
- کمیته پایش و نظارت
- کمیته نظام ارجاع
- ستاد اجرایی شهرستان
  - کمیته آموزش عمومی، اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی
  - کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات
  - کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع
  - کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش‌های کاربردی
  - کمیته پایش و نظارت
  - کمیته نظام ارجاع

### ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

اعضای این ستاد به شرح زیر می‌باشند:

۱. رئیس جمهور (رئیس ستاد)
۲. معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
۳. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
۴. رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
۵. وزیر کشور
۶. وزیر ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات
۷. وزیر امور اقتصادی و دارایی
۸. وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
۹. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۰. وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
۱۱. رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور



۱۲. رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران
  ۱۳. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
  ۱۴. معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  ۱۵. رئیس سازمان صدا و سیما
  ۱۶. رئیس سازمان برنامه و بودجه
  ۱۷. رئیس سازمان بهزیستی
  ۱۸. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت
  ۱۹. رئیس شورای اسلامی استان ها
- حسب مورد، برخی وزرا و مسئولین مربوطه دعوت خواهند شد.

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

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

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

در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست وزیر بهداشت با مأموریت تدوین سیاست‌های مورد نیاز جهت سهولت در فرآیند تصمیم‌گیری بر اساس گزارش‌های ستاد اجرایی کشوری می‌باشد. برای سهولت در فرآیند تصمیم‌گیری باید اختیارات مورد نیاز ستاد هماهنگی از سوی ستاد ملی تفویض گردد. جلسات ستاد هماهنگی در فاز استقرار، ماهانه و سپس به صورت فصلی تشکیل می‌شود.

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

۱. وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
۲. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جانشین رئیس و دبیر ستاد)



۳. رئیس / نماینده تام‌الاختیار فرهنگستان علوم پزشکی کشور
۴. رئیس / نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
۵. معاون نظارت سازمان نظام پزشکی کشور
۶. معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
۷. معاون امنیتی و انتظامی وزارت کشور
۸. دبیر ستاد ملی جمعیت
۹. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت
۱۰. مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی
۱۱. مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
۱۲. معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه‌ریزی وزارت بهداشت
۱۳. معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴. معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۵. معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت ارتباطات و فن‌آوری اطلاعات
۱۶. رئیس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷. مدیر شبکه سلامت و رئیس شورای سیاست‌گذاری سازمان صدا و سیما
۱۸. معاون آموزش وزارت بهداشت
۱۹. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس دبیرخانه)
۲۰. رئیس مرکز مدیریت فن‌آوری و اطلاعات وزارت بهداشت
۲۱. مدیر روابط عمومی وزارت بهداشت
۲۲. رئیس دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری سلامت و امنیت غذایی
۲۳. رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه
۲۴. روسای دانشگاه‌های منتخب ستاد ملی پزشکی خانواده (سه نفر)
۲۵. سه عضو منتخب هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۲۶. مشاورین فنی و اجرایی معاونت بهداشت
۲۷. مدیر گروه‌های پزشکی خانواده وزارت بهداشت

### ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه پزشکی خانواده):

این ستاد در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست معاون بهداشت برای تدوین ضوابط و مقررات و الزامات اجرایی مورد نیاز (تعیین سرانه، چارچوب قرارداد، نظام ثبت و گزارش دهی با بهره‌گیری از فن‌آوری اطلاعات، برنامه پایش 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 پزشکی خانواده و ابلاغ به استان‌ها در فاز استقرار به صورت هفتگی و سپس ماهانه برگزار می‌شود.

#### وظایف ستاد اجرایی:

۱. تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و شیوه‌نامه‌های مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستان
۲. تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته‌های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه
۳. تعیین تعداد و عناوین کمیته‌های تخصصی مورد نیاز
۴. اعلام شروع مرحله استقرار پس از بررسی فرآیند آمادگی
۵. بازدید از عملیات اجرایی در استان‌ها و شهرستان‌ها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه‌های اجرایی
۶. نظارت بر طرح‌های پژوهشی مرتبط
۷. تصویب ترکیب اعضای کمیته‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه
۸. سفارش انجام بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف و استفاده از نتایج آنها برای تدوین سیاست‌ها یا مداخله‌های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست‌ها یا مداخله‌ها به ستاد ملی
۹. تدوین گزارش‌های تحلیلی
۱۰. جلب همکاری صاحب‌نظران و ذینفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته‌های فنی
۱۱. نظارت بر پیشرفت برنامه‌ها و عملیات
۱۲. ظرفیت‌سازی

#### اعضای ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه کشوری):

۱. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
۲. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (جانشین و دبیر ستاد)
۳. رئیس امور سلامت و رفاهی اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
۴. معاون سلامت سازمان بیمه سلامت
۵. معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی



۶. معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
۷. مدیرکل دفتر جوانی جمعیت و سلامت خانواده و مدارس
۸. مدیرکل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت
۹. رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
۱۰. معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
۱۱. مدیرکل دفتر سطح بندی و پزشکی خانواده سازمان نظام پزشکی کشور
۱۲. معاون مرکز مدیریت و فن‌آوری اطلاعات وزارت بهداشت
۱۳. مدیر گروه پزشک خانواده وزارت بهداشت (مسئول دبیرخانه)
۱۴. نماینده سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

**کمیته‌های اجرایی پیشنهادی ستاد هماهنگی کشوری به شرح زیر است:**

#### ■ کمیته اطلاع‌رسانی

- رئیس مرکز روابط عمومی: رئیس
- مدیر دفتر آموزش و ارتقاء سلامت: دبیر
- معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه
- مدیر رادیو قرآن
- مدیر مسئول روزنامه جام جم
- مدیر شبکه سلامت سیما
- مدیر گروه نشریات سبک زندگی
- مدیر پایگاه اطلاع‌رسانی خبر فوری
- کارشناس تبلیغات دیجیتال
- مدیر روابط عمومی سازمان نظام پزشکی کشور
- مدیرکل دفتر جوانی جمعیت
- مدیرکل دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده‌های سلامت

### ■ کمیته آموزش عمومی

- مدیر دفتر آموزش و ارتقاء سلامت: رئیس
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- رئیس گروه پزشکی خانواده
- معاون مشارکت اجتماعی سازمان امور اجتماعی وزارت کشور
- دبیر شورای فرهنگ عمومی کشور
- مدیر کل دفتر سطح بندی و پزشکی خانواده سازمان نظام پزشکی کشور
- رئیس شورای سیاست گذاری صدا و سیما
- سرپرست مرکز مشارکت های مردمی غیردوآتی و توانمندسازی سازمان بهزیستی کشور
- معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش
- معاون فرهنگی و ورزشی وزارت ورزش و جوانان
- معاون فرهنگی و اجتماعی وزارت کار و امور اجتماعی
- رئیس مجمع خیرین سلامت وزارت بهداشت

### ■ کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

- رئیس سازمان غذا و دارو (معاون غذا و دارو): رئیس
- مسئول امور دارویی معاونت بهداشت: دبیر
- مدیر کل دارو و مواد تحت کنترل
- مدیر کل دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت محور
- معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه
- رئیس شورای هماهنگی بیمه ها

### ■ کمیته آمار و فن آوری اطلاعات

- رئیس مرکز فن آوری اطلاعات وزارت بهداشت: رئیس
- رئیس گروه آمار و فن آوری مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- رئیس گروه آمار و مدیریت اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان
- مدیر ملی برنامه جامع سلامت الکترونیک و مسئول پیگیری ایجاد نظام رگولاتوری - اپراتوری سلامت



- مدير كل سامانه‌های بیمه سلامت
- رئیس مرکز فن‌آوری اطلاعات، آمار و محاسبات سازمان تأمین اجتماعی
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه و مدير كل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت
- مدير فن‌آوری اطلاعات سازمان غذا و دارو

#### ■ کمیته سامان‌دهی تأمین و توزیع منابع

- معاون توسعه منابع و مدیریت: رئیس
- معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- مشاور اجرایی معاون بهداشت
- مدير كل بودجه بیمه سلامت
- مدير كل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی
- مشاور معاون درمان در بودجه و اعتبارات
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
- معاون مدير كل دفتر ارزیابی فن‌آوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
- معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان غذا و دارو

#### ■ کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش‌های کاربردی

- معاون آموزشی: رئیس
- معاون تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت
- رئیس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- دبیر شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی معاونت آموزشی
- معاون مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- معاون آموزشی سازمان نظام پزشکی کشور
- دبیر بورد تخصصی پزشکی خانواده معاونت آموزشی
- مدير كل دفتر جوانی جمعیت
- مدير كل دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده‌های سلامت

#### ■ کمیته پایش و نظارت

- مشاور فنی معاونت بهداشت: رئیس

- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه: دبیر
- معاون مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان
- رئیس گروه پایش و نظارت مرکز مدیریت شبکه
- معاون مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- مدیران کل دفاتر و رؤسای مراکز معاونت بهداشت
- مدیر کل آزمایشگاه مرجع سلامت
- رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت
- نماینده سازمان های بیمه گر
- مدیر کل امور دارو و مواد تحت کنترل

#### ■ کمیته نظام ارجاع

- معاون درمان: رئیس
- مدیر کل مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی: دبیر
- معاون مرکز آمار و فن آوری اطلاعات
- نماینده سازمان نظام پزشکی کشور
- رئیس گروه فن آوری و آمار مرکز مدیریت شبکه
- معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه
- نماینده بیمه سلامت
- نماینده سازمان تأمین اجتماعی
- مشاور فنی معاونت درمان
- رئیس گروه سطح بندی و تعالی خدمات بالینی
- معاون فنی دفتر ارزیابی فن آوری 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 شورای عالی بیمه سلامت

## ■ کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات

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

## شرح وظایف کمیته‌ها:

### ■ کمیته اطلاع‌رسانی

- فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی پزشکی خانواده در سطح جامعه
- بهره‌مندی از رسانه‌های ارتباط جمعی (شبکه‌های اجتماعی، صدا و سیما، رسانه‌های مکتوب، ...)
- در جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده‌سازی برنامه
- جلب حمایت ذینفعان در اجرای برنامه پزشکی خانواده

### ■ کمیته آموزش عمومی

- توانمندسازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
- تحلیل وضعیت موجود اجرای برنامه
- فرهنگ‌سازی و معرفی مشخصات برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای مردم و تیم سلامت
- تدوین محتوای مناسب به منظور آموزش، توجیه و اغناسازی و حمایت‌طلبی و جلب مشارکت سیاستگذاران، سازمان‌های ذینفع و عموم جامعه
- تدوین محتوای مناسب برای آموزش و ترویج خودمراقبتی برای ترویج سبک زندگی سالم
- بهره‌مندی از رسانه‌های ارتباطی و فضای مجازی به منظور فرهنگ‌سازی و جلب مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده‌سازی جامعه
- پیش و ارزشیابی اقدامات انجام شده در راستای فرهنگ‌سازی و مشارکت جامعه
- هماهنگ‌سازی اقدامات سلامت‌محور، ذینفعان در راستای محیط‌های حامی سلامت به منظور ترویج پزشکی خانواده و ایجاد همبستگی اجتماعی و احساس تعلق به محله و توانمندسازی فرد، خانواده و جامعه



- هماهنگ‌سازی به منظور استفاده از ظرفیت‌های اجتماعی (گروه‌های خودیار، داوطلبین، سلامت‌محور و...) در راستای مداخلات ارتقاءدهنده سلامت جامعه به ویژه محلات آسیب‌پذیر و ترویج محله‌حاملی سلامت

#### ■ کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع

- برآورد منطقی منابع اعتباری مورد نیاز بر اساس شواهد و مستندات
- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز از طریق مجوزهای استخدام، تبدیل وضعیت نیروهای موجود و خرید خدمت
- ترسیم فرآیند اجرایی، نشان‌دار نمودن و تخصیص به موقع و کامل منابع
- تأمین اعتبارات اجرای طرح از محل منابع پایدار
- برنامه‌ریزی در خصوص بازنگری و اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری ارائه خدمات

#### ■ کمیته آموزش نیروی انسانی و پژوهش‌های کاربردی

- تهیه و تدوین محتوای آموزشی در سطوح مختلف متناسب با بسته‌های خدمتی به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمات
- برنامه‌ریزی آموزشی برای مدیران اجرایی دانشگاه‌ها
- برنامه‌ریزی آموزشی برای ارائه‌دهندگان خدمات (نیروهای جدیدالورود و بازآموزی مداوم نیروهای موجود)

#### ■ کمیته پایش و نظارت کشوری

- تدوین سیاست‌های کلی پایش و نظارت بر برنامه پزشکی خانواده
- تعیین شاخص‌های ارزیابی عملکرد
- پشتیبانی و تأمین منابع مورد نیاز پایش و نظارت
- طراحی مدل ملی برای پایش و نظارت
- برنامه‌ریزی برای توانمندسازی تیم‌های پایش و نظارت ملی و منطقه‌ای
- نظارت بر عملکرد دانشگاه‌ها در خصوص پایش و نظارت
- دیده‌بانی شاخص‌های سلامت، قبل و بعد از استقرار برنامه پزشکی خانواده
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی کشوری پزشکی خانواده

## ■ کمیته نظام ارجاع

- تهیه نقشه ارجاع سطوح مختلف ارائه خدمات و ابلاغ به دانشگاه‌ها
- برنامه‌ریزی برای ارائه به موقع خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی در قالب نقشه ارجاع
- تهیه فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد و ابلاغ برای اجرا
- نظارت بر اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- برنامه‌ریزی اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرآیندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
- تحلیل داده‌های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
- بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش‌های آن از طریق هماهنگی با کمیته فن‌آوری اطلاعات
- همکاری بین‌بخشی به منظور هم‌افزایی تمامی ظرفیت‌های بومی-محلی در توانمندسازی جامعه جهت بهره‌گیری کامل از برنامه پزشکی خانواده

## ■ کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

- برنامه‌ریزی جهت تهیه دارو
- برنامه‌ریزی جهت تجویز و مصرف منطقی دارو
- بررسی عملکرد دانشگاه‌ها در خصوص دارو

## ■ کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات

- برنامه‌ریزی در جهت تأمین زیرساخت و مدیریت نگاه‌داشت (سخت‌افزار و نرم‌افزار)
- تحلیل داده‌ها و گزارش‌های ثبت‌شده در سامانه‌ها و گزارش‌های واصله از کمیته‌های متناظر استانی
- ارائه گزارش‌های مورد نیاز به ستاد اجرایی
- پشتیبانی فنی دانشگاه‌ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه‌های سطح یک و دو
- بررسی عملکرد دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها در خصوص شاخص‌های عملکردی و ارائه اطلاعات به دانشگاه‌ها و کمیته پایش و ارزشیابی
- برنامه‌ریزی در راستای پاسخ‌گویی به نیازهای دفاتر و مراکز فنی ستاد وزارت از طریق سامانه‌های مرتبط
- پیگیری مستمر در جهت اجرای تکالیف برنامه عملیاتی اجرای شیوه‌نامه پزشکی خانواده

## ستاد هماهنگی استان

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

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

### ■ وظایف ستاد هماهنگی استان شامل موارد زیر است:

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

## ستاد اجرایی دانشگاه

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

۱. رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)
۲. معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان (جانشین رئیس و دبیر ستاد)
۳. مدیرکل امور اجتماعی استانداری

۴. معاون درمان دانشگاه
۵. معاون غذا و دارو دانشگاه
۶. معاون آموزشی دانشگاه
۷. معاون توسعه و منابع و برنامه‌ریزی دانشگاه
۸. مدیر توسعه و ارتقاء سلامت استان
۹. مدیرکل بیمه سلامت استان
۱۰. مدیر درمان تأمین اجتماعی استان
۱۱. رئیس شعبه بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان
۱۲. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان
۱۳. مدیر آمار و فن‌آوری اطلاعات دانشگاه
۱۴. دو نفر از روسای شبکه‌های بهداشت و درمان تابعه
۱۵. نماینده پزشکان خانواده استان
۱۶. نماینده مراقبین سلامت استان

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

#### کمیته‌های اجرایی پیشنهادی در سطح استان‌ها به شرح زیر است:

- آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی
- کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات
- کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع
- کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی (نیروهای ارائه‌دهنده خدمات در سه سطح)
- کمیته پایش و نظارت
- کمیته مدیریت فرآیندها
- کمیته نظام ارجاع
- کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

#### ■ کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی

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

#### ■ کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات

- مدیر آمار و فن‌آوری اطلاعات دانشگاه: رئیس
- رئیس گروه فن‌آوری اطلاعات معاونت بهداشت: دبیر
- رئیس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان دانشگاه
- رئیس اداره آمار و فن‌آوری اطلاعات اداره کل بیمه سلامت استان
- رئیس اداره فن‌آوری اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی استان
- مسئول فن‌آوری معاونت غذا و دارو

#### ■ کمیته ساماندهی تأمین و توزیع منابع

- معاون توسعه و مدیریت منابع انسانی دانشگاه: رئیس
- معاون اجرایی معاونت بهداشت: دبیر
- نماینده سازمان برنامه و بودجه
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان
- رئیس اداره بیمه‌گری و درآمد بیمه سلامت استان
- مدیر درمان سازمان تأمین اجتماعی
- مدیر اقتصاد سلامت معاونت درمان
- رئیس کمیته همسویی سازمان‌های بیمه‌گر
- مدیر کل دارو

### ■ کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

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

### ■ کمیته نظام ارجاع

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

### ■ کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

- معاون غذا و دارو: رئیس
- مسئول امور دارویی معاونت بهداشت: دبیر
- مدیر کل امور دارو سازمان غذا و دارو
- مدیر کل دفتر نظارت
- معاون اجرایی بهداشت

### ■ کمیته پایش و نظارت

- معاون بهداشت دانشگاه: رئیس
- معاون فنی معاونت بهداشت: دبیر
- مدیر نظارت بر درمان معاونت درمان دانشگاه
- رئیس اداره نظارت بر درمان تأمین اجتماعی
- رئیس اداره خدمات عمومی بیمه سلامت
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان
- مدیران و روسای گروه‌ها و واحدهای فنی مرکز بهداشت استان
- مدیر امور آزمایشگاه‌های معاونت‌های درمان

### شرح وظایف کمیته‌های استانی:

#### ■ کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی

- فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و توانمندسازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
- بهره‌مندی از رسانه‌های ارتباط جمعی (شبکه‌های اجتماعی، صدا و سیمای استان، رسانه‌های مکتوب، ...) در جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده‌سازی برنامه
- جلب حمایت ذینفعان در اجرای برنامه پزشکی خانواده

#### ■ کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات

- تأمین زیرساخت و مدیریت نگه‌داشت (سخت‌افزار و نرم‌افزار)
- تحلیل داده‌ها و گزارش‌های ثبت شده در سامانه‌ها و گزارش‌های واسطه از کمیته‌های متناظر شهرستانی
- ارائه گزارش‌های مورد نیاز به ستاد اجرایی کشوری و استانی
- پشتیبانی فنی شهرستان‌ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه‌های سطح یک و دو
- بررسی عملکرد شبکه‌ها / مراکز بهداشت شهرستان / بیمارستان‌ها در خصوص شاخص‌های عملکردی و ارائه اطلاعات به شهرستان‌ها (مراکز بهداشت شهرستان و بیمارستان) و کمیته پایش و ارزشیابی
- پاسخ‌گویی به نیازهای دفاتر و گروه‌های فنی ستادهای استانی از طریق سامانه‌های مرتبط
- پیگیری مستمر در جهت اجرای تکالیف برنامه عملیاتی اجرای شیوه‌نامه پزشکی خانواده
- تعیین و محاسبه شاخص‌های ارزیابی عملکرد

### ■ کمیته سامان‌دهی تأمین و توزیع منابع

- پیگیری منابع اعتباری مورد نیاز با ارائه شواهد و مستندات
- پیگیری تأمین نیروی انسانی مورد نیاز
- ترسیم فرآیند اجرایی و پیگیری مستمر منابع تخصیص‌یافته پزشکی خانواده و هزینه کرد به‌موقع و کامل در برنامه
- اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری ارائه خدمات

### ■ کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

- تأمین و تهیه محتوای آموزشی در سطوح مختلف متناسب با بسته‌های خدمتی به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمات
- برنامه‌ریزی آموزشی و اجرای آن برای مدیران اجرایی شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستان‌ها
- برنامه‌ریزی آموزشی و اجرای آن برای ارائه‌دهندگان خدمات (نیروهای جدیدالورود و بازآموزی مداوم نیروهای موجود)

### ■ کمیته پایش و نظارت

- پشتیبانی و تأمین منابع مورد نیاز پایش و نظارت
- برنامه‌ریزی پایش و نظارت در دو سطح شهرستانی و واحدهای ارائه خدمات براساس چک‌لیست‌های پایش ملی و منطقه‌ای
- نظارت بر عملکرد پایش و نظارت شهرستان‌ها
- دیده‌بانی شاخص‌های سلامت، قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی استانی پزشک خانواده

### ■ کمیته نظام ارجاع

- تهیه نقشه ارجاع سطوح مختلف ارائه خدمات و ابلاغ به شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستان‌ها
- برنامه‌ریزی برای ارائه به موقع خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی در قالب نقشه ارجاع
- ابلاغ و اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- نظارت بر اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد



- اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرآیندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
- تحلیل داده‌های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
- بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش‌های آن از طریق هماهنگی با کمیته فن‌آوری اطلاعات

#### ■ کمیته نظارت و توسعه خدمات دارویی

- برنامه‌ریزی جهت تأمین و ایمنی دارو
- برنامه‌ریزی جهت تجویز و مصرف منطقی دارو
- بررسی عملکرد شبکه‌ها و بیمارستان‌ها در خصوص دارو

#### ■ کمیته پایش و نظارت

- تدوین سیاست‌های دانشگاهی پایش و نظارت بر برنامه پزشکی خانواده
- اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت کشوری
- پشتیبانی و تأمین منابع مورد نیاز پایش و نظارت شهرستان‌ها
- برنامه‌ریزی برای توانمندسازی تیم‌های پایش و نظارت شهرستانی
- نظارت بر عملکرد شهرستان‌ها در خصوص پایش و نظارت
- دیده‌بانی شاخص‌های دانشگاهی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشکی خانواده
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی استانی پزشکی خانواده
- رسیدگی و داوری شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
- تعیین شاخص‌های الزامی و اختیاری ارزیابی عملکرد دانشگاه
- نظارت بر عملکرد تیم‌های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت

#### ستاد اجرایی شهرستان

- فرماندار (رئیس ستاد)
- مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان (دبیر ستاد)
- رئیس مرکز بهداشت شهرستان

- معاون درمان شبکه شهرستان
- رؤسای بیمارستان‌های واقع در شهرستان
- نماینده هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر شهرستان
- مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان
- رئیس نظام پزشکی شهرستان
- معاون غذا و داروی شهرستان
- در شهرستان‌های مرکز استان، رئیس یکی از مراکز بهداشت شهرستان به انتخاب معاون بهداشت، دبیر ستاد خواهد بود.

#### ■ کمیته‌های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آنها:

- اعضای این کمیته‌ها متناظر با کمیته‌های استانی تعیین و ابلاغ رئیس کمیته از طرف فرماندار و ابلاغ سایر اعضاء توسط مدیر شبکه صادر می‌شود.

#### ■ کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت‌های اجتماعی

- تدوین برنامه‌های آموزشی برای آحاد مردم
- هماهنگی با شوراهای شهر و روستا و بخشداری‌ها
- هماهنگی با سازمان‌های مردم نهاد
- آگاه‌سازی جامعه و شناساندن طرح به مردم

#### ■ کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات

- فراهم‌آوری زیرساخت و مدیریت نگهداشت (سخت‌افزار و نرم‌افزار)
- تحلیل داده‌ها و گزارش‌های ثبت شده در سامانه‌ها
- ارائه گزارش‌های مورد نیاز به ستاد اجرایی شهرستان
- پشتیبانی فنی (پاسخگویی به سوالات) کاربران سامانه‌ها

#### ■ کمیته پشتیبانی و نیروی انسانی

- پیگیری منابع اعتباری مورد نیاز با ارائه شواهد و مستندات
- اجرای نظام تخصیص منابع و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- فراهم‌سازی زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری ارائه خدمات

- آموزش نیروهای جدیدالورود (نیروهای ارائه‌دهنده خدمات سطوح سلامت)
- بازآموزی مداوم نیروهای موجود (نیروهای ارائه‌دهنده خدمات در سطوح سلامت)

#### ■ کمیته پایش و نظارت

- اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت استانی
- پشتیبانی و تأمین منابع مورد نیاز پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- دیده‌بانی شاخص‌های شهرستانی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- ساماندهی تیم‌های پایش و نظارت شهرستانی
- برنامه‌ریزی برای توانمندسازی تیم‌های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- نظارت بر عملکرد تیم‌های 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 نظام ارجاع

- تهیه نقشه ارجاع از واحدهای محیطی ارائه خدمات (مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی) تا سطوح ارائه خدمات تخصصی دووسه و ابلاغ به واحدهای ارائه خدمات بیمارستان‌ها و نظارت بر اجرای آن
- اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- نظارت بر اجرای فرآیندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
- اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرآیندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
- تحلیل داده‌های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
- بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش‌های آن از طریق هماهنگی با کمیته فن‌آوری اطلاعات

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



## واحد‌های ارائه خدمت

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

### ۱- مرکز خدمات جامع سلامت:

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

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

- مسئول فنی مرکز (متخصص پزشکی خانواده، متخصص پزشکی اجتماعی، پزشک عمومی دارای مدرک MPH، پزشک عمومی دوره‌دیده)
- دندان‌پزشک
- کارشناس سلامت روان
- کارشناس تغذیه
- کارشناس بهداشت محیط
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای
- کارشناس ناظر
- متصدی پذیرش

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

#### ■ الف: خدمات مدیریتی

- (۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- (۲) بازننگری، سرشماری و شناسایی منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت (گروه‌های هدف)، اماکن، کارگاه‌ها و ...

- ۳ شناسایی منابع (واحدهای ارائه‌دهنده خدمت، نیروی انسانی، تجهیزات، ...) بخش دولتی، خیریه، عمومی و خصوصی در منطقه تحت پوشش
- ۴ شناسایی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش (نیازسنجی سلامت) به صورت دوره‌ای، مطابق شیوه‌نامه ابلاغی
- ۵ پایش شاخص‌های جمعیتی منطقه (میزان TFR، ناباروری، زایمان طبیعی، سقط جنین، تک‌فرزندی، ...) و ارائه منظم آن به مرکز بهداشت شهرستان
- ۶ تدوین راهکارهای بومی برای حل مشکلات باروری منطقه و فرزندآوری با تأکید بر کاهش مهاجرت از مناطق روستایی و مرزی
- ۷ ارزیابی وضعیت سقط جنین (عمدی، خود به خودی) در جمعیت تحت پوشش و برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
- ۸ ارزیابی وضعیت ناباروری در منطقه و راهکارهای پیشگیری و ارجاع جهت تشخیص به هنگام و درمان
- ۹ نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل‌ها و ابلاغیه‌های مرتبط با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مانند ارائه مشاوره فعال فرزندآوری، ممنوعیت ارائه رایگان اقلام جلوگیری از بارداری و توبکتومی، ممنوعیت انجام واکتومی، ممنوعیت ارائه مشاوره غربالگری ناهنجاری‌های جنینی و....)
- ۱۰ مدیریت بر الزامات پرونده سلامت الکترونیک و به روز نگه داشتن سخت‌افزارهای مورد استفاده
- ۱۱ بررسی و تحلیل دوره‌ای داده‌های حاصل از ارائه خدمات و فعالیت‌های انجام و ثبت شده در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش و طراحی مداخلات مورد نیاز
- ۱۲ تشکیل هیأت امنای سلامت منطقه به منظور برنامه‌ریزی برای حل مشکلات سلامت منطقه (محل محوری) از راه جلب مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین‌بخشی و هماهنگی‌های درون‌بخشی
- ۱۳ مدیریت فرآیند ارجاع (در سطوح مختلف)، پسخوراند و پیگیری‌های مورد نیاز خدمات تیم سلامت (پایگاه‌های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل‌ها؛ ضروری است داشبورد مدیریت ارجاع در میزکار مسئول فنی مرکز قرار گیرد.
- ۱۴ همکاری در اجرای پروژه‌های تحقیقاتی
- ۱۵ همکاری در آموزش علوم پزشکی جامعه‌نگر (نحوه فعالیت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی حسب تفاهم‌نامه ابلاغی اجرایی شود).



- ۱۶) مدیریت و نظارت بر جذب سفیران و رابطین سلامت در جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده، آموزش این افراد حسب ضرورت و نیاز پایگاه
- ۱۷) آموزش و توانمندسازی مستمر ارائه‌دهندگان خدمات
- ۱۸) شناسایی خیرین سلامت در منطقه جغرافیایی تحت پوشش به منظور هماهنگی و برنامه‌ریزی در بهره‌گیری از ظرفیت آنان توسط مدیریت شهرستان
- ۱۹) پایش، نظارت و ارزیابی عملکرد خدمات تیم سلامت (پایگاه‌های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل‌ها و چک‌لیست‌های موجود
- ۲۰) پایش، نظارت و ارزیابی فضای فیزیکی، تجهیزات و مکمل‌ها (حسب مورد واکسن) در پایگاه‌های پزشکی خانواده براساس دستورالعمل‌ها
- ۲۱) بهبود کیفیت و ارتقای مستمر فرآیندها در واحدهای تحت پوشش

#### ■ ب: خدمات سلامت

- ۱) ارائه خدمات سلامت دهان و دندان به جمعیت تحت پوشش
- ۲) پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس سلامت روان و ارائه خدمات مربوطه براساس شرح وظایف کارشناس سلامت روان و بسته‌های خدمات
- ۳) پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس تغذیه و ارائه خدمات مربوطه بر اساس شرح وظایف کارشناس تغذیه و بسته‌های خدمات
- ۴) ارائه خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و به‌روزرسانی آمار منطقه تحت پوشش را از نظر جمعیت، اماکن و کارگاه‌ها و .... به صورت مستمر و ثبت نتایج آن در سامانه
- ۵) شناسایی و پذیرش کارگران مشمول معاینات سلامت شغلی (شاغلین کارگاه‌های زیر ۲۰ نفر متقاضی دریافت خدمت در بخش دولتی) توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای و ارجاع به تیم پزشکی خانواده مرتبط برای دریافت خدمات معاینات سلامت شغلی
- ۶) همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماری‌های تحت مراقبت، اپیدمی‌ها و حوادث غیرمترقبه و بلایا

## ۲ - پایگاه پزشکی خانواده:

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

- (۱) خصوصی (مطب بخش خصوصی)
- (۲) دولتی (پایگاه های ضمیمه و غیرضمیمه دولتی)
- (۳) تجمیعی (چند پایگاه پزشکی خانواده در بخش دولتی یا خصوصی)

### ■ اعضای شاغل در پایگاه پزشکی خانواده:

- (۱) پزشک یک نفر
  - (۲) مراقب سلامت دو نفر (الزاماً یک نفر از مراقبین، کارشناس مامایی است.)
  - (۳) منشی
- به شرح وظایف و فرآیندهای ارائه خدمات در فصل شرح وظایف اعضای تیم سلامت اشاره شده است.

## شرح وظایف اعضای تیم سلامت

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

- (۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- (۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس و از نظر داده های جمعیتی منطقه نظیر میزان مولید، میزان ازدواج و طلاق، میزان مهاجرت و ...
- (۳) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
- (۴) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
- (۵) تشکیل پرونده سلامت الکترونیک براساس شرح خدمات
- (۶) ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش بر اساس بسته های خدمتی
- (۷) انجام واکسیناسیون روتین کشوری جمعیت هدف
- (۸) رعایت زنجیره سرما
- (۹) شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان

- ۱۰ آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه‌ها و شیوه‌نامه‌های ابلاغی
- ۱۱ مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته‌های خدمت گروه‌های هدف (حضوری / تلفنی)
- ۱۲ در صورت نیاز، ارجاع مراجعه‌کننده به پزشک خانواده و کارشناسان مرکز و ارائه خدمات موردنیاز برای وی براساس پس‌خوراند دریافتی از پزشک، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه
- ۱۳ پیگیری موارد ارجاع شده به متخصصین
- ۱۴ ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و به‌هنگام براساس فرم‌ها، شیوه‌نامه‌ها و تکالیف محوله
- ۱۵ درخواست به موقع کالیبراسیون تجهیزات
- ۱۶ غربالگری افراد براساس شرح خدمات پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر (حضوری / تلفنی)
- ۱۷ انجام تزریقات و پانسمان زیر نظر پزشک
- ۱۸ اجرای کلیه شیوه‌نامه‌های ابلاغی مربوط به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
  - آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش ناباروری، ارائه خدمات تشخیصی به‌هنگام ناباروری
  - آموزش، مشاوره و حمایت در جهت کاهش سقط عمدی جنین
  - اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به‌خودی جنین
  - آموزش و فرهنگ‌سازی برای زایمان طبیعی
  - ارائه مشاوره فعال فرزندآوری
  - ارائه مشاوره و ترغیب به ازدواج به‌هنگام و آسان
- ۱۹ پیگیری موارد ارجاع شده به پزشک/کارشناس سلامت روان، تغذیه برای انجام مراقبت‌های بعدی
- ۲۰ شناسایی مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر ۵ سال نیازمند حمایت تغذیه‌ای و بهداشتی
- ۲۱ شناسایی گروه‌های هدف برنامه‌های حمایتی
- ۲۲ هماهنگی و همکاری در اجرای مناسب‌های خاص بهداشتی
- ۲۳ توانمندسازی مردم و داوطلبین سلامت (سفیران، رابطین) در برنامه ملی خودمراقبتی
- ۲۴ شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت
- ۲۵ در صورتی که مراقب سلامت دانش‌آموخته رشته مامایی نباشد، کلیه تکالیف بسته خدمتی مادران باید توسط پزشک (زن) انجام شود.



## ■ شرح وظایف کارشناس تغذیه در تیم سلامت

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ۳) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود بیماری‌های غیرواگیر و واگیر شایع در منطقه همچون چاقی، دیابت، پرفشاری خون، اختلالات چربی خون، سل و ... و شیوع آنها در منطقه و مقایسه با شاخص‌های دانشگاهی
- ۴) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه‌ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کوتاه قدی، کم‌خونی، کمبود مصرف منابع کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن، نمک و چربی و ...)
- ۵) تدوین برنامه عملیاتی سالانه با همکاری کارشناس تغذیه ستاد شهرستان در راستای برنامه عملیاتی دانشگاه
- ۶) تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه و اجرای آن
- ۷) اندازه‌گیری شاخص‌های آنترپومتریک مراجعین و کنترل شاخص‌های مراقب
- ۸) ارزیابی تغذیه‌ای و ثبت در پرونده الکترونیک
- ۹) ارزیابی امنیت غذایی
- ۱۰) اقدام به آموزش چهره به چهره و ثبت توضیحات در پرونده الکترونیک
- ۱۱) مشاوره تغذیه، تنظیم و ثبت برنامه غذایی در پرونده الکترونیک
- ۱۲) پیگیری مراقبت‌های تغذیه‌ای و ثبت در پرونده الکترونیک
- ۱۳) تجویز مکمل‌های غذایی (اسید فولیک، مولتی‌ویتامین، آهن، زینک، کلسیم و ...) در موارد لزوم برای گروه‌های خاص
- ۱۴) اجرای برنامه‌ها مطابق با بسته خدمت ابلاغی در موضوعات مربوطه
- ۱۵) اجرای برنامه‌های آموزش گروهی هدفمند برای مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت
- ۱۶) نظارت بر اجرای برنامه حمایت تغذیه‌ای گروه‌های آسیب‌پذیر و ارائه سبدهای غذایی حمایتی
- ۱۷) مشاوره و پیگیری وضعیت تغذیه بیماران با بیماری‌های فشار خون بالا، پیش فشار خون بالا، دیابت و پیش دیابت، اختلالات چربی خون، اضافه وزن و چاقی، سوءتغذیه، آنمی، کرونا و سایر موارد ارجاعی با درج در پرونده الکترونیک و ارائه پس‌خوراند



- ۱۸) نظارت بر اجرای آموزش و مکمل‌یاری و پایگاه‌های تغذیه سالم مدارس و تغذیه مهدهای کودک در منطقه تحت پوشش
- ۱۹) مشارکت در برنامه‌های آموزشی تغذیه مدارس
- ۲۰) مشارکت در فعالیت‌های اجتماع‌محور (حمایت‌های تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره‌ها، مشارکت در برگزاری مناسبت‌های مختلف و..)
- ۲۱) مشارکت در برنامه‌های آموزشی و آموزش تغذیه در فرهنگ‌سرای محله‌ها، مساجد، ادارات و ..
- ۲۲) نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیت‌های مرتبط با تغذیه در پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲۳) جلب همکاری‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی، سازمان‌های حمایتی و خیرین ملی و محلی در اجرای برنامه‌های جامعه‌محور به منظور اجرای مداخلات تغذیه‌ای و بهبود وضعیت تغذیه‌ای جامعه تحت پوشش با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر
- ۲۴) تسلط بر شاخص‌های تغذیه‌ای منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه‌ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب روی بیلبورد اتاق
- ۲۵) همکاری با کارشناس تغذیه ستاد شهرستان برای آموزش تغذیه به مراقبین سلامت و پزشک خانواده
- ۲۶) نظارت بر ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای مراقب سلامت و ارجاع موارد نیازمند مشاوره تغذیه از سوی پزشک خانواده و مراقبین سلامت
- ۲۷) شرکت در برنامه‌های بازآموزی برنامه‌ریزی شده توسط ستاد دانشگاه
- ۲۸) تعامل و همکاری با پزشک خانواده، کارشناس سلامت روان و مراقبین سلامت در اجرای برنامه‌های مشترک در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های پزشکی خانواده

#### ■ شرح وظایف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ۳) شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش (مانند مصرف دخانیات، سوءمصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و....) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
- ۴) شناسایی خانواده‌های آسیب‌پذیر (خانواده‌هایی که در آن سرپرست خانواده زندانی، معلول شدید جسمی یا روانی و...) بر اساس شرح خدمات ابلاغی

- ۵) تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای اجتماعی شناسایی شده در منطقه در راستای سیاست‌های ابلاغ شده
- ۶) آموزش‌های خودمراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی
- ۷) مهارت‌های فرزندپروری و تقویت بنیان خانواده
- ۸) آموزش‌های روان‌شناختی در موارد ارجاع افراد مبتلا به اختلالات شایع روان‌پزشکی (افسردگی و اضطراب) با تشخیص پزشک
- ۹) انجام مداخلات روان‌شناختی برای افراد دارای افکار خودکشی با تشخیص پزشک
- ۱۰) پیگیری موارد ارجاع فوری افکار خودکشی برای مراجعه به پزشک
- ۱۱) ارائه مداخلات روان‌شناختی برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی ارجاع شده از بیمارستان‌ها، ارائه مداخلات روان‌شناسی برای بازماندگان خودکشی آموزش‌های خودمراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتماد
- ۱۲) آموزش مهارت‌های فرزندپروری با تأکید و تمرکز بر فواید تعدد فرزند و معایب و آسیب‌های تک و دو فرزندی
- ۱۳) آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجین و تقویت بنیان خانواده
- ۱۴) غربالگری تکمیلی در افراد شناسایی شده با مصرف مواد، دخانیات و الکل
- ۱۵) غربالگری تکمیلی در افراد با عوامل خطر سلامت اجتماعی
- ۱۶) انجام مداخلات مختصر روان‌شناختی در مصرف‌کنندگان مواد، دخانیات و الکل و پیگیری آنها بر اساس بسته خدمتی ابلاغی
- ۱۷) آموزش‌های همگانی پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات و کاهش آسیب آن در مدارس، محیط‌های کاری، فرهنگی و ورزشی
- ۱۸) ارائه آموزش‌های فردی / گروهی به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
- ۱۹) عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه‌های آموزشی فرهنگ‌سرای محله و ..
- ۲۰) ارائه حمایت‌های روانی - اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به بزرگسالان
- ۲۱) ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی به دنبال حوادث و بلایا به کودکان
- ۲۲) نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیت‌های مرتبط با غربالگری سلامت روان، اجتماعی و اعتماد در پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲۳) قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش و ارائه پس‌خوراند



- ۲۴) ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک خانواده و ارائه بازخورد به تیم سلامت
- ۲۵) همکاری با سازمان‌های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان
- ۲۶) انجام برنامه‌های موجود در بسته خدمت ابلاغی

#### ■ شرح وظایف پزشک در تیم پزشکی خانواده:

- ۱) شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
- ۲) شناسایی جمعیت تحت پوشش به تفکیک سن و جنس
- ۳) تحلیل اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش و شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر داده‌های جمعیتی منطقه، نظیر میزان مولید، میزان ازدواج و طلاق، میزان مهاجرت و ...
- ۴) مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
- ۵) آموزش و همکاری در مداخلات ارتقای سلامت
- ۶) هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
- ۷) مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت
- ۸) ویزیت و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت، درمان سرپایی و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر مطابق شیوه‌نامه نظام ارجاع
- ۹) پذیرش و ثبت موارد ارجاعی در پرونده الکترونیک سلامت و ارائه پس‌خوراند مناسب
- ۱۰) درمان اولیه و اقدام فوریت‌ها
- ۱۱) ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
- ۱۲) انجام اقدامات مورد نیاز براساس پس‌خوراند
- ۱۳) ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارائه خدمات در مواقع بحران
- ۱۴) نظارت بر عملکرد مراقب سلامت
- ۱۵) مراقبت از بیماران براساس شیوه‌نامه‌ها و بسته خدمت
  - آموزش در زمینه پیشگیری و کاهش ناباروری، ارائه خدمات تشخیصی به هنگام ناباروری
  - آموزش، مشاوره و حمایت در جهت کاهش سقط عمدی جنین
  - اجرای برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
  - آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی

- ارائه مشاوره فعال فرزندآوری
  - ارائه مشاوره و ترغیب به ازدواج به هنگام و آسان
  - ۱۶ برنامه‌ریزی و ارزشیابی مداخلات سلامت در جمعیت تحت پوشش
  - ۱۷ الزام به شرکت فعال در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در راستای ارتقای دانش علمی و فنی
  - ۱۸ انجام معاینات سلامت شغلی به شاغلین ارجاع شده
  - ۱۹ نظارت بر آموزش‌های مربوط به گروه‌های هدف
- شرح وظایف کارشناس ناظر (کارشناس ناظر بر بیماری‌ها)
- ۱ طراحی و اجرای برنامه‌های نظارت و پایش پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
  - ۲ همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
  - ۳ پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای موردنیاز و پیگیری تأمین مکمل‌های غذایی مورد نیاز پایگاه‌ها ...)
  - ۴ شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری بیماری‌های واگیر
  - ۵ آموزش و اطلاع‌رسانی به تیم پزشکی خانواده در موارد تماس
  - ۶ رصد و پایش تمام آمارهای جمعیتی (نرخ باروری، زنان در سن باروری، میزان زایمان طبیعی، میزان سقط جنین، نرخ ناباروری و...) و ارجاع‌های ناباروری، عوامل محیطی و بومی کاهنده باروری و فرزندآوری
  - ۷ بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌های هدف در منطقه تحت پوشش
  - ۸ جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماری‌های هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
  - ۹ نظارت و کنترل زنجیره سرما
  - ۱۰ همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی خارج از مرکز (نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
  - ۱۱ تهیه پس‌خوراند و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده از سطح پائین‌تر
  - ۱۲ طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر
  - ۱۳ همکاری با مراقبین سلامت در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزشی برای داوطلبین سلامت، جمعیت تحت پوشش و گروه‌های اجتماعی
  - ۱۴ تسلط بر شاخص‌های سلامت منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه‌ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب روی بیلورد اتاق

- ۱۵) هماهنگی درون بخشی و بین بخشی برای اجرای بهتر برنامه‌های سلامت
- ۱۶) جلب مشارکت مردم، تشکل‌های مردمی، نهادهای مدنی و افراد ذی نفوذ برای توسعه و ارائه خدمات مطلوب
- ۱۷) پیگیری مستمر مراقبت بیماران و اگیردار هدف مهم مثل HIV/AIDS، سل، سرخک، تب خونریزی دهنده و ویروس کنگو کریمه (CCHF) و ... اجرای وظایف محوله در رابطه با مراقبت بیماری در هنگام همه‌گیری‌ها
- ۱۸) شرکت فعالانه در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش فنی
- ۱۹) تهیه آمار و اطلاعات خدمات سلامت ارائه شده بر اساس سامانه الکترونیک و ارائه آن به مرکز بهداشت شهرستان
- ۲۰) همکاری با مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه و روان در پیگیری در خارج از محدوده فضای پایگاه یا مرکز
- ۲۱) انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

#### ■ شرح وظیفه مسئول پذیرش / منشی پایگاه پزشکی خانواده:

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

#### ■ شرح وظیفه نمونه‌گیر:

- ۱) بررسی درخواست‌های آزمایش توسط پزشکان و مراقبین سلامت و احراز هویت بیماران
- ۲) تعیین نوع نمونه بالینی مورد نیاز برای آزمایش‌های مختلف درخواست شده

- ۳) آگاهی و اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص شرایط آماده‌سازی بیمار قبل از نمونه‌گیری (مثل ناشتابودن، پرهیز غذایی یا دارویی خاص و غیره)
- ۴) اطمینان از رعایت شرایط لازم آمادگی توسط بیمار قبل از انجام نمونه‌گیری
- ۵) آماده‌کردن وسایل، ظروف و معرف‌های مربوط به نمونه‌گیری با در نظر گرفتن مواد افزودنی لازم (ضد انعقادها، مواد نگهدارنده و ...) برای انواع مختلف نمونه‌ها
- ۶) جمع‌آوری نمونه‌های بالینی مختلف بر اساس دستورالعمل استاندارد
- ۷) آگاهی و اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص نحوه جمع‌آوری نمونه در مواردی که نمونه توسط خود بیمار جمع‌آوری می‌شود. (مثل ادرار، مدفوع، خلط و ...)
- ۸) برچسب‌گذاری و درج اطلاعات لازم بر روی برچسب لوله‌ها و ظروف مربوط به نمونه‌های آزمایشگاهی بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد
- ۹) کنترل و اطمینان از همخوانی اطلاعات بیمار مندرج در درخواست آزمایش و مطابقت آن با اطلاعات ثبت شده روی برچسب نمونه‌ها
- ۱۰) نگهداری نمونه‌ها پس از جمع‌آوری در شرایط فیزیکی مناسب (به لحاظ دما، نور و ...) تا زمان ارسال آنها به آزمایشگاه ارجاع
- ۱۱) کنترل و اطمینان از رعایت مدت زمان مجاز بین جمع‌آوری نمونه تا انجام آزمایش برای نمونه‌های مختلف، جهت جلوگیری از تغییر در پارامترهای مورد آزمایش در اثر طولانی شدن نگهداری نمونه‌ها
- ۱۲) بسته‌بندی ایمن نمونه‌ها بر اساس دستورالعمل استاندارد به نحوی که ایمنی کارکنان، افراد حمل‌کننده و همچنین امنیت محیط و جامعه به خطر نیفتد.
- ۱۳) اطمینان از انتقال نمونه‌ها در شرایط فیزیکی مناسب (به لحاظ دما، نور و ...) در محدوده زمانی تعیین شده به نحوی که کیفیت نمونه‌های ارسال شده حفظ شود.
- ۱۴) پیگیری ارسال نمونه‌ها و دریافت آنها توسط آزمایشگاه ارجاع از جمله نمونه‌های پاپ اسمیر و HPV به مرکز بهداشت شهرستان در مهلت مقرر بر اساس شیوه‌نامه (به منظور تحویل به پست)
- ۱۵) ثبت سوابق مربوط به درخواست آزمایش، انجام نمونه‌گیری، نگهداری آنها تا مدت زمان تعیین شده در واحد نمونه‌گیری و ارسال آنها به آزمایشگاه ارجاع
- ۱۶) پیگیری موارد رد نمونه از طرف آزمایشگاه ارجاع و هماهنگی جهت اطلاع به بیمار، پزشک یا مراقبین سلامت جهت انجام نمونه‌گیری مجدد

- ۱۷) ثبت سوابق و ریشه‌یابی دلایل موارد رد نمونه، به منظور پیشگیری از تکرار آن موارد
- ۱۸) ارائه به موقع گزارش آزمایش‌های دریافت‌شده از آزمایشگاه ارجاع به بیمار، پزشک یا مراقبین سلامت
- ۱۹) اطلاع‌رسانی و گزارش فوری نتایج آزمایش‌هایی که در محدوده بحرانی قرار می‌گیرند به بیمار، پزشک یا مراقبین سلامت
- ۲۰) توجه به زمان چرخه کاری آزمایش‌های مختلف و انجام پیگیری‌های لازم از آزمایشگاه ارجاع در صورت عدم دریافت به موقع نتایج آزمایش (براساس زمان چرخه کاری تعیین شده برای آزمایش‌های مختلف)
- ۲۱) نگهداری نتایج و گزارش آزمایش‌های ارجاعی تا مدت زمان تعیین شده
- ۲۲) شناسایی خطاها و ثبت سوابق خطاها و موارد عدم انطباق شناسایی شده
- ۲۳) ثبت سوابق اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه اجرا شده جهت برطرف شدن خطاها و موارد عدم انطباق، و پیشگیری از وقوع مجدد آنها

#### ■ شرح وظایف کارشناس بهداشت محیط در تیم سلامت:

- ۱) نظارت بر آب آشامیدنی
- ۲) نمونه‌برداری از آب شرب و ارسال آن برای انجام آزمایش‌های باکتریولوژیکی شیمیایی در مناطق تحت پوشش براساس استانداردهای ملی (۱۰۱۱-۴۲۰۸)
- ۳) مشارکت در اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی
- ۴) پیشگیری و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب
- ۵) بازرسی از سامانه‌های تأمین آب آشامیدنی
- ۶) اقدامات بهداشت آب و فاضلاب در شرایط اضطرار و کنترل طغیان بیماری
- ۷) ارسال فوری گزارش‌های موارد نقص موجود در سامانه تأمین آب و موارد صفر و نامطلوب کلرسنجی و ارجاع موارد مرتبط به سطح بالاتر و پیگیری آنها
- ۸) شناسایی و ارزیابی عوامل محیطی کاهنده باروری
- ۹) بررسی علت آلودگی آب و پیگیری موارد نامطلوب
- ۱۰) نظارت بر بهداشت آب استخرهای شنا و شناگاه‌های طبیعی
- ۱۱) نظارت بر بهداشت فاضلاب و مشارکت در برنامه ایمنی فاضلاب
- ۱۲) کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب



- ۱۳) مدیریت بهداشت هوا و کنترل و پیشگیری از آلودگی هوا
- ۱۴) ارائه خدمات مرتبط با تعیین بار بیماری‌های منتسب به آلودگی هوا
- ۱۵) نظارت و بهره‌برداری از ایستگاه‌های سنجش ذرات معلق با مالکیت وزارت بهداشت
- ۱۶) اجرای برنامه سازگاری سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم بر اساس آئین‌نامه مقابله با تغییرات اقلیم
- ۱۷) نظارت بر تهویه و کیفیت هوای داخل اماکن عمومی
- ۱۸) نظارت بر موتورخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی
- ۱۹) برگزاری هفته هوای پاک و مناسبت‌های مرتبط با آلودگی هوا در منطقه تحت پوشش
- ۲۰) همکاری و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی در زمینه اثرات آلودگی هوا بر سلامت انسان
- ۲۱) اجرای برنامه‌های مرتبط با ابتکارات جامعه محور
- ۲۲) کنترل ناقلین بیماری‌ها
- ۲۳) کنترل آلاینده‌های محیطی سموم و کنترل محیطی عوامل بیولوژیک
- ۲۴) پیگیری اخبار و شکایات (۱۹۰) و فوریت‌های سلامت محیط و کار
- ۲۵) کنترل، نظارت و پیگیری عوامل محیطی در بلایا و شرایط اضطرار
- ۲۶) رسیدگی به شکایات بهداشتی و ارجاع شده از سامانه ۱۹۰ و مردمی
- ۲۷) نظارت و کنترل بهداشت پرتوها
- ۲۸) کنترل و نظارت بر وضعیت بهداشتی و حفاظت پرتوی مراکز پرتوپزشکی دولتی و خصوصی
- ۲۹) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با پرتوهای منتشره از دستگاه‌های پرتوپزشکی، وسایل ارتباطات الکترونیکی، سیستم‌های مولد نور، برق‌های فشار قوی، رادیوگرافی‌های غیرپزشکی و ...
- ۳۰) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی‌های منتشره از فرکانس‌های رادیویی و ماهواره‌های تجاری و نظامی
- ۳۱) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی‌های منتشره از خطوط، تأسیسات و تجهیزات برق فشار قوی
- ۳۲) کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با گاز رادیواکتیو رادون
- ۳۳) معرفی پرتوهای فرابنفش خورشیدی و چگونگی حفاظت در مقابل آن‌ها
- ۳۴) نظارت، بازرسی و پیشگیری از آلاینده‌های محیطی خاک



- ۳۵) نظارت و همکاری در کنترل برنامه‌های مدیریت پسماند عادی
- ۳۶) بازدید و کنترل ایستگاه‌های انتقال و مراکز دفع و دفن و انجام اقدامات مداخله‌ای
- ۳۷) بازرسی از وضعیت پسماندهای عادی از نظر تفکیک، جمع‌آوری، حمل و نقل و نگهداری موقت، تصفیه، دفع
- ۳۸) شناسایی نقاط بحرانی و خطرزا از نظر پسماند در منطقه تحت پوشش و اقدام فوری در شرایط خطر برای سلامت
- ۳۹) نظارت بر مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی از نظر تفکیک، جمع‌آوری، حمل و نقل، نگهداری موقت و تصفیه، دفع و بی‌خطرسازی و انجام اقدامات مداخله‌ای
- ۴۰) بازرسی از بهداشت محیط بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
- ۴۱) نظارت بر دستگاه‌های بی‌خطرسازی در بیمارستان‌ها
- ۴۲) همکاری در ارزیابی و پیگیری اجرای آب، بهسازی، مدیریت پسماند و تسهیلات، بهداشت دست در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
- ۴۳) مدیریت بهداشتی فاضلاب و تصفیه‌خانه‌های فاضلاب بیمارستانی و مراکز بهداشتی درمانی
- ۴۴) کنترل و نظارت بر برنامه تمیزکردن و گندزدایی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی (IPC) در راستای کنترل عفونت‌های بیمارستانی
- ۴۵) نظارت بر اجرای خوداظهاری بهداشتی بیمارستان و مراکز جراحی محدود
- ۴۶) تشدید و نظارت بهداشت محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی در مواجهه با اپیدمی‌ها
- ۴۷) همکاری در پروژه‌های ملی و منطقه‌ای مدیریت پسماند پزشکی حسب مورد در ارتقاء وضعیت بهداشتی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
- ۴۸) کنترل و نظارت بر اجرای پروتکل‌های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با اپیدمی‌ها از جمله کووید-۱۹
- ۴۹) نظارت و کنترل مراکز بهداشتی درمانی در بخش‌های بهداشت فردی، بهداشت مواد غذایی، ابزار و تجهیزات و بهداشت محیط بخش‌های مختلف ساختمان، مدیریت فاضلاب، تهویه
- ۵۰) اجرا و پیگیری برنامه‌های بهسازی محیط
- ۵۱) همکاری در پروژه‌های توسعه و تقویت برنامه پیوست سلامت
- ۵۲) نظارت بر تغسیل، تکفین و تشییع و تدفین در شرایط اپیدمی و گزارش بیماری‌های خاص از جمله کرونا

- ۵۳) کنترل و بازرسی مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی (اجرای قانون اصلاح ماده ۱۳)
- ۵۴) بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی
- ۵۵) اقدام مداخله‌ای و اعمال قوانین بر اساس آیین‌نامه اجرای ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و گردش کار (اخطار تعطیلی، پلمب، فک پلمب بر اساس تفویض اختیار)
- ۵۶) توقیف و لاک و مهر محموله‌های مواد غذایی تا تعیین تکلیف مقامات قضایی بر ابر مقررات بر اساس تفویض اختیار
- ۵۷) نظارت بر اجرای خودکنترلی و خوداظهاری بهداشتی مراکز و اماکن عمومی
- ۵۸) اجرای برنامه‌های کنترل و کاهش مصرف دخانیات
- ۵۹) نظارت بر اجرای ساماندهی مراکز و اماکن فروش محصولات دخانی و عرضه قلیان
- ۶۰) شناسایی افراد مصرف‌کننده محصولات دخانی
- ۶۱) نظارت بر اجرای ممنوعیت و تابلوهای هشدار و تبلیغات
- ۶۲) کنترل و نظارت بر عوامل محیطی موثر بر بیماری‌های منتقله از طریق غذا
- ۶۳) پایش و کنترل مشاغل خانگی مرتبط با مواد غذایی
- ۶۴) نمونه‌برداری و سنجش مواد غذایی (آزمایشگاهی و پرتابل)
- ۶۵) نظارت بر نحوه صحیح استقرار سیستم بهداشت و ایمنی مواد غذایی (HACCP) در مراکز عرضه مواد غذایی دارای گواهی فوق
- ۶۶) کنترل نان‌های سنتی از نظر نوع و میزان نمک در تهیه نان، کنترل عدم استفاده از افزودنی‌های غیرمجاز از جمله جوش شیرین، بلانکیت و استفاده از افزودنی‌های مجاز و نمونه‌برداری حسب مورد
- ۶۷) رتبه‌بندی بهداشتی مراکز تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی
- ۶۸) همکاری در استقرار نظام مراقبت سلامت محصولات کشاورزی و محصولات گلخانه‌ای به منظور کاهش میزان آفات‌توکسین، سموم آفات نباتی
- ۶۹) تشدید نظارت‌های بهداشتی از مراکز عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی و بازرسی بهداشت محیطی در ساعات غیراداری و ایام خاص
- ۷۰) کنترل و بازرسی بهداشت محیطی از جمله بهداشت آب، فاضلاب و پسماند کارگاهی، تولیدی، خدماتی و صنعتی

- ۷۱) کنترل و نظارت اماکن عمومی از جمله پایانه‌های مرزی (زمینی و دریایی و فرودگاهی)، گردشگری و تفریحی، سلامت محیط‌های نظامی و انتظامی و زندان و آرایشی و بهداشتی
- ۷۲) انجام سایر وظایف محوله در حیطه شغلی و تخصصی
- ۷۳) بازدید، نظارت، کنترل و همکاری آلودگی هوای فضاهای آزاد شهری، فضای بسته حاشیه شهرها و پدیده ریزگردها

■ شرح وظایف کارشناس بهداشت حرفه‌ای در تیم سلامت:

- ۱) شناسایی کلیه کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌های حوزه تحت پوشش
- ۲) تهیه برنامه زمان‌بندی بازرسی از کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌های تحت پوشش
- ۳) بازرسی مستمر از کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها بر اساس یک برنامه بازرسی اولویت‌بندی شده بر مبنای درجه‌بندی ریسک خطر کارگاه‌ها
- ۴) ثبت اطلاعات بازرسی‌های انجام شده در سامانه سامح
- ۵) انجام بازرسی‌های ویژه (حوادث شیمیایی، رسیدگی به شکایات، مشاغل سخت و زیان‌آور، نظارت بر تشکیلات بهداشت حرفه‌ای و ...) و ثبت اطلاعات آن در سامانه سامح
- ۶) انجام بازرسی در خارج از ساعات اداری و ثبت اطلاعات در سامانه سامح (طرح تشدید بازرسی کرونایی و غیرکرونایی)
- ۷) انجام پیگیری‌های لازم برای رفع نواقص بهداشتی موجود بر اساس مقررات جهت صدور اعلام نواقص، اخطاریه بهداشتی و معرفی به دادگاه
- ۸) ارجاع به سطوح بالاتر برای پیگرد قانونی کارفرمایان متخلف از موازین بهداشت حرفه‌ای
- ۹) تکمیل فرم بهداشت حرفه‌ای در فرم معاینات سلامت شغلی و ثبت در سامانه سامح
- ۱۰) تکمیل فرم‌های غربالگری و سنجش صدا
- ۱۱) نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل صدا در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها
- ۱۲) نظارت بر ارزشیابی، اندازه‌گیری و اصلاح روشنایی موضعی و عمومی در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها
- ۱۳) نظارت بر ارزشیابی، اندازه‌گیری و کنترل استرس‌های حرارتی در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها
- ۱۴) نظارت بر ارزشیابی، اندازه‌گیری و کنترل پرتوها در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها
- ۱۵) نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل عوامل زیان‌آور شیمیایی به ویژه آزبست، سیلیس، جیوه و سرب در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها

- ۱۶) نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیک در ایستگاه‌های کاری موجود و مداخلات و اصلاحات ارگونومیک انجام‌شده در کارگاه‌ها و صنایع و بیمارستان‌ها
- ۱۷) نظارت و پیگیری و اجرای اقدامات لازم در مورد نظام هماهنگ برچسب‌گذاری مواد شیمیایی
- ۱۸) شناسایی کارگاه‌های مشمول برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی بر اساس برنامه عملیاتی (جدول TPQ) و تهیه جدول فهرست‌برداری از کارگاه‌ها
- ۱۹) اجرای برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی و تکمیل چک‌لیست‌های مربوطه، قبل و بعد از وقوع رخدادهای شیمیایی و درس‌آموزی برای ارائه به سطوح مافوق و ثبت آن در سامانه سامح
- ۲۰) مشارکت در اجرای طرح تدوین پروفایل ایمنی شیمیایی در مورد مواد شیمیایی مصرفی در منطقه
- ۲۱) نظارت بر کاهش آلاینده‌های شیمیایی مخاطره‌آمیز مانند آلاینده‌های شیمیایی در صنعت ریخته‌گری
- ۲۲) نظارت بر کنترل عوامل زیان‌آور شیمیایی بر اساس تکنیک‌های سلسله مراتبی کنترلی
- ۲۳) نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتورهای شغلی مطابق کتاب حدود مجاز مواجهه شغلی
- ۲۴) پیگیری اجرای خوداظهاری کارفرمایان و نظارت و ارزیابی چک‌لیست‌های خوداظهاری تکمیل‌شده و ارسال گزارش به سطح بالاتر
- ۲۵) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت قالببافان
- ۲۶) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت کشاورزان و اجرای آیین‌نامه بهداشت کشاورزی
- ۲۷) نظارت بر ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی
- ۲۸) نظارت بر عملکرد کارشناسان بهداشت حرفه‌ای بیمارستان‌ها و تکمیل چک‌لیست پایش واحد بهداشت حرفه‌ای و طب‌کار در بیمارستان‌ها
- ۲۹) آموزش و توجیه دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های صادره از سطوح بالا و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مربوطه
- ۳۰) نظارت بر اجرای مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به برنامه بهداشت حرفه‌ای کارگران ساختمانی و پیگیری از شهرداری به منظور اجرای مقررات ملی ساختمان در حوزه بهداشت حرفه‌ای
- ۳۱) بازدید اولیه و پیگیری و تهیه گزارش عملکرد مدیران اجرایی در برنامه سلامت، ایمنی و بهداشت شاغلین پسماندها و اعلام نواقص به مدیران مربوطه و تعیین مهلت مقرر برای رفع نواقص
- ۳۲) ارجاع کارفرمایان متخلف در خصوص پسماندها به مراجع قضایی
- ۳۳) نظارت بر عملکرد شرکت‌های خصوصی ارائه‌دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای

- ۳۴) اعلام موارد نمونه‌برداری‌ها و سنجش‌های در حال انجام در منطقه تحت پوشش (در بخش دولتی و خصوصی) به معاونت بهداشتی
- ۳۵) نظارت بر نمونه‌برداری، سنجش و سایر خدمات شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای با حضور در محل انجام کار شرکت و ثبت اطلاعات و ارائه گزارش به مرکز
- ۳۶) نظارت و پیگیری ثبت خدمات انجام شده توسط شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای در سامانه سامح
- ۳۷) مشارکت فعال با آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه در برنامه کنترل کیفیت خدمات تخصصی بهداشت حرفه‌ای
- ۳۸) انجام سنجش‌ها و نمونه‌برداری در بررسی‌های آنی و مقدماتی با استفاده از کیت بازرسی بهداشت حرفه‌ای در هنگام بازرسی (حداقل ۱۰٪ کل بازدیدهای کارگاهی)
- ۳۹) تنظیم گزارش سنجش‌ها و نظارت بر خدمات تخصصی منطقه و ارسال به آزمایشگاه بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه
- ۴۰) شناسایی کارگاه‌های مشمول تشکیلات بهداشت حرفه‌ای و انجام اقدامات و پیگیری‌های لازم به منظور ایجاد و توسعه این تشکیلات در این کارگاه‌ها بر اساس بعد شاغلین آنها
- ۴۱) مشارکت با معاونت بهداشتی دانشگاه در اعزام به‌گران و بهداشت‌یاران کار به دوره‌های آموزشی و بازآموزی‌های مربوطه
- ۴۲) ارزشیابی، نظارت و ارائه گزارش عملکرد به‌گران، بهداشت‌یاران کار و کارشناسان بهداشت حرفه‌ای شاغل در کارگاه‌ها و واحدهای شغلی به مرکز خدمات جامع سلامت / مرکز بهداشت شهرستان
- ۴۳) نظارت بر تشکیل کمیته‌های حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه‌های مشمول و بیمارستان‌ها
- ۴۴) آموزش چهره به چهره در زمینه بهداشت حرفه‌ای و سلامت شاغلین
- ۴۵) مشارکت فعال در برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی مؤثر به کارفرمایان، مدیران اجرایی واحدهای شغلی، شاغلین، به‌گران، بهداشت‌یاران کار، کارشناسان بهداشت حرفه‌ای و ... در زمینه بهداشت حرفه‌ای و جلب مشارکت آنان در توسعه محیط‌های کاری سالم
- ۴۶) فرهنگ‌سازی، هماهنگی و جلب مشارکت فعال در خصوص سلامت نیروی کار
- ۴۷) کسب فهرست شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای و مراکز / پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی از معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ذریبط
- ۴۸) اطلاع‌رسانی مناسب در منطقه برای دسترسی جامعه هدف (کارفرمایان، مدیران اجرایی،

- کارگران، کارشناسان بهداشت حرفه‌ای شاغل در کارگاه‌ها و واحدهای شغلی و ... ) به خدمات تخصصی بهداشت حرفه‌ای و طب کار
- ۴۹) نظارت و پیگیری معاینات ادواری شاغلین، مطابق با دستورالعمل‌های مربوطه و نظارت بر ثبت و اطلاعات معاینات انجام شده در سامانه سامح
- ۵۰) نظارت بر عملکرد مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی
- ۵۱) نظارت بر سلامت شاغلین مشاغل غیررسمی، خویش فرما و کارگاه‌های کوچک
- ۵۲) شناسایی و بازدید از جایگاه‌های بنزین برای نظارت بر حدود مجاز آلاینده‌های آلی فزّار و نظارت بر اجرای طرح کهاب در جایگاه‌های سوخت
- ۵۳) نظارت بر اجرای برنامه بهداشت حرفه‌ای در معادن
- ۵۴) نظارت بر اجرای مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به برنامه بهداشت حرفه‌ای کارگران ساختمانی
- ۵۵) انجام تکالیف و وظایف محوله در برنامه مشاغل سخت و زیان‌آور
- ۵۶) پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه ارائه خدمات پایه سلامت کارکنان دولت
- ۵۷) انجام ارزشیابی از برنامه‌های عملیاتی بهداشت حرفه‌ای
- ۵۸) پیگیری ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای به زندانیان و استقرار تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در کارگاه‌های زندان‌ها
- ۵۹) آموزش و نظارت بر تکمیل فرم‌های ثبت حوادث و اقدامات درمانی به مصدومین حوادث ناشی از کار در نرم‌افزار برنامه احصای شاخص میزان بروز آسیب‌های کشنده و غیرکشنده ناشی از کار به تفکیک نوع خدمات دریافتی از گروه شاخص‌های عدالت در سلامت و انجام پیگیری‌های مربوط به این برنامه
- ۶۰) پیگیری و نظارت بر اجرای پروتکل‌های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با کووید-۱۹ در محل‌های کاری از جمله کارگاه‌ها و صنایع، بیمارستان‌ها، ادارات، سازمان‌ها، بانک‌ها و...

#### ■ شرح وظیفه دندان پزشک:

- ۱) شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز
- ۲) اطلاع از جمعیت تحت پوشش با اولویت گروه هدف مادر باردار، شیرده و کودک زیر ۱۴ سال
- ۳) پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت پوشش
- ۴) قبول ارجاع از پایگاه پزشکی خانواده
- ۵) آموزش بهداشت دهان و دندان چهره به چهره

- ۶) آموزش مدیران و معلمان و مربیان بهداشت و مراقب سلامت در منطقه تحت پوشش
- ۷) جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش به منظور اجرای برنامه وارنیش فلوراید و نظارت بر اجرای صحیح آن
- ۸) برگزاری کلاس‌های آموزشی برای کارکنان بهداشتی تحت پوشش
- ۹) ارائه خدمات دندان پزشکی لازم به کلیه مراجعه‌کنندگان با اولویت گروه هدف (بسته‌های ابلاغی)
- ۱۰) ارائه برنامه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر ۱۴ سال (ترمیم، جرم‌گیری، فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، پالپوتومی و پالپ زنده)
- ۱۱) ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز به مادران باردار و شیرده
- ۱۲) ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
- ۱۳) ثبت کلیه خدمات ارائه شده در سامانه‌های سطح یک
- ۱۴) رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز
- ۱۵) حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندان پزشکی
- ۱۶) پیش‌بینی مواد و تجهیزات دندان پزشکی مورد نیاز و تعمیرات و اعلام به موقع آن به مسئول مرکز
- ۱۷) مشارکت در طرح‌ها و تحقیقات استانی و کشوری
- ۱۸) تأمین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

#### ■ شرح وظیفه مراقب سلامت دهان (دستیار دندان پزشکی):

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



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

- ۱) شناسایی محدوده جغرافیایی مرکز و تهیه نقشه منطقه تحت پوشش
- ۲) پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش
- ۳) مسئولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات بهداشتی کارکنان مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۴) تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه
- ۵) پایش و ارزشیابی فعالیت‌های مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
- ۶) پیگیری تهیه فهرست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و...)، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات مورد نیاز مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۷) نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای کارکنان
- ۸) شناسایی، ارزیابی آمار و شاخص‌های جمعیتی مانند نرخ باروری کلی، زنان در سن باروری، میزان زایمان طبیعی، میزان سقط جنین، نرخ ناباروری و... و برنامه‌ریزی بر اساس تحولات و تغییرات جمعیتی منطقه
- ۹) نظارت بر تأمین کافی و توزیع مکمل‌های دوران بارداری و کودکی
- ۱۰) نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل‌های مرتبط با جمعیت و فرزندآوری بالاخص مشاوره فعال فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط جنین، کاهش هزینه‌های روحی و روانی دوران بارداری، عدم توصیه به انجام غربالگری، پرهیز از ایجاد هراس درباره بارداری یا زایمان طبیعی
- ۱۱) فراهم‌سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده‌های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۱۲) تهیه گزارش‌های عملکرد مرکز در حوزه‌های مختلف در زمان مقرر
- ۱۳) نظارت بر تنظیم فهرست و تأمین مواد مصرفی
- ۱۴) پیگیری تعمیر و بازسازی تجهیزات و خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز
- ۱۵) نظارت بر تدوین فهرست تجهیزات موجود، تعمیر و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
- ۱۶) مدیریت صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
- ۱۷) مدیریت مبلغ تنخواه‌گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه‌های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (برای مراکز دولتی)



- ۱۸) جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز
- ۱۹) نظارت بر داده‌های ثبتی خدمات بهداشتی ارائه‌شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
- ۲۰) تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس‌خوراند به پایگاه‌های پزشکی خانواده
- ۲۱) ارتقای کیفیت فرآیندهای خدمت و مراقبت‌ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
- ۲۲) مدیریت نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت منطقه از طریق تشکیل هیأت امناء مرکز
- ۲۳) مدیریت مشارکت اجتماعی و همکاری‌های بین‌بخشی در توسعه سلامت منطقه تحت پوشش و کاهش مخاطرات محیطی سلامت
- ۲۴) نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی و ارتباطات سلامت
- ۲۵) هماهنگی و پیگیری تعامل سطوح یک با سطح دو و سه



## روش اجرا

## ۴

### بسته خدمات

بسته خدمات سلامت به شرح زیر است:

۱. بسته خدمات تیم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه‌های سنی و خدمات

مراقبتی گروه‌های ویژه

۲. بسته خدمات سلامت سطح دوم (تخصصی): برابر با بسته خدمات بیمه پایه

۳. بسته خدمات سلامت سطح سوم (فوق تخصصی): برابر با بسته خدمات بیمه پایه

گروه هدف مشمول دریافت بسته خدمات جامع سلامت سطح اول، حوزه بهداشت تمامی افراد جمعیت تحت پوشش پایگاه/ تیم پزشکی خانواده و افراد مهمان حسب ضرورت می‌باشد و خدمات سلامت باید بر اساس گروه سنی، حیطة‌های سلامت فرد و خانواده و گروه‌های ویژه مطابق خدمات مراقبتی مصوب و ابلاغی ارائه گردد.

بدیهی است برنامه‌هایی که بر اساس نظام ادغام خدمات ابلاغ می‌گردد، لازم‌الاجرا است.

### راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

وزارت بهداشت موظف است با مشارکت انجمن‌های علمی برای اختلالات و بیماری‌های شایع، راهنمای

بالینی تهیه کند و تیم پزشکی خانواده موظف است بر اساس راهنماهای ابلاغ شده عمل نماید.

تفکیک مدیریت محصولات دانشی درمان در سطوح دو و سه با تعیین اولویت و موارد مشمول

توسط کمیته درمان انجام می‌گردد.

### الزامات بسته خدمت:

- رویکرد بسته خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، غربالگری، مراقبت، مشاوره، درمان سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند
  - حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارائه و دسترسی به بسته خدمت:
    - گیرنده خدمت باید به تمامی خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که کلیه خدمات پیش‌بینی شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه پزشکی خانواده دولتی و غیردولتی (مطب تطابق یافته با الزامات) به صورت کامل دریافت نماید.
    - ارائه‌دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه‌گیرنده خدمت به واحد ارائه‌کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نماید.
    - توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه فایده بودن خدمات در بسته خدمت
    - حفظ تداوم خدمات سطح دو و سه با خدمات سطح یک و ویرایش بسته خدمات بیمه پایه بر اساس اولویت سطح یک

### الف - خدمات گروه سنی

#### ■ گروه کودکان:

- ۱) ارزیابی اولیه شیرخوار (پزشک خانواده)
- ۲) ارزیابی شیرخوار از نظر علایم و نشانه‌های خطر (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۳) واکنش‌سناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۴) ارزیابی وضعیت رشد (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۵) ارزیابی وضعیت تکامل (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۶) ارزیابی وضعیت تغذیه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۷) ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر زردی (پزشک خانواده)
- ۸) ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی مطابق شیوه‌نامه (پزشک خانواده)
- ۹) ارزیابی بد رفتاری با کودکان (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۰) ارزیابی مصرف مکمل‌های دارویی (مراقب سلامت)

- ۱۱) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۲) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت)
- ۱۳) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
- ۱۴) ارزیابی کودک از نظر کم‌کاری تیروئید و ابتلا به فنیل کتونوری (مراقب سلامت)
- ۱۵) ارزیابی از نظر فشارخون (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۶) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۷) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
- ۱۸) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت

#### ■ گروه نوجوانان:

(ارائه خدمات در پایه‌های تحصیلی اول ابتدایی، چهارم ابتدایی، هفتم متوسطه و دهم متوسطه):

- ۱) غربالگری تغذیه و پایش رشد (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری برای متاهلین (مراقب سلامت)
- ۳) ارزیابی قد و نمای توده بدنی (مراقب سلامت)
- ۴) واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت)
- ۵) مشاوره فرزندآوری زن متأهل (مراقب سلامت)
- ۶) بررسی از نظر اختلال خونی و هیپاتیت (پزشک خانواده)
- ۷) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۸) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۹) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
- ۱۰) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
- ۱۱) معاینه و ارزیابی غده تیروئید (پزشک خانواده)
- ۱۲) ارزیابی رفتارهای پرخطر از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود (مراقب سلامت)
- ۱۳) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
- ۱۴) ارزیابی وضعیت پوست و موز نظر پدیکولوز و گال (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۱۵) ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
- ۱۶) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)



- ۱۷) ارزیابی از نظر روند بلوغ (پزشک خانواده)
- ۱۸) ارزیابی از نظر مشکلات ادراری و تناسلی (پزشک خانواده)
- ۱۹) ارزیابی از نظر اختلالات اسکلتی (پزشک خانواده)
- ۲۰) ارزیابی از نظر هیپوتائوپلنومگالی (پزشک خانواده)
- ۲۱) ارزیابی از نظر ارگونومی دانش آموز (مراقب سلامت)
- ۲۲) ارزیابی از نظر بیماری قلبی و عروقی و فشارخون (پزشک خانواده)
- ۲۳) آموزش‌های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
- ۲۴) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

#### ■ گروه جوانان:

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

**■ گروه میانسالان:**

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

**■ گروه سالمندان:**

- ۱) غربالگری تغذیه (مراقب سلامت)
- ۲) شناسایی و طبقه بندی خطرپذیری سالمندان (مراقب سلامت)
- ۳) غربالگری افسردگی (مراقب سلامت)
- ۴) ارزیابی خطر سقوط و عدم تعادل (مراقب سلامت)
- ۵) خطرسنجی بیماری های قلبی و عروقی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
- ۶) ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)



- ۷) غربالگری سرطان‌های پستان، کولورکتال (۶۰ تا ۷۰ سال) (مراقب سلامت)
- ۸) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
- ۹) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
- ۱۰) ایمن‌سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
- ۱۱) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

#### ■ مادران باردار

- ۱) شرح حال اولیه بارداری (مراقب سلامت)
- ۲) ایمن‌سازی بارداری (مراقب سلامت)
- ۳) درخواست و ثبت آزمایش‌های معمول بارداری (مراقب سلامت)
- ۴) درخواست و ثبت نتایج سونوگرافی در بارداری (مراقب سلامت)
- ۵) ارزیابی‌های روتین بارداری (ملاقات) (مراقب سلامت)
- ۶) ارزیابی تغذیه زن باردار (مراقب سلامت)
- ۷) مراقبت‌های معمول پس از زایمان (مراقب سلامت)
- ۸) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت
- ۹) آموزش، تسهیل و ترغیب به زایمان طبیعی و پیشگیری از سقط عمدی جنین

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

#### ب - مراقبت‌های گروه‌های ویژه:

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



### ■ مراقبت و درمان بیماری‌های واگیر:

لزوم پیشگیری از این بیماری‌ها و ابتلا به آنها، ارتباطی با سن افراد ندارد و اولویت و شیوع بیماری در منطقه باید مورد توجه قرار گیرد. اقدامات مورد نظر در مراقبت و درمان بیماری‌های واگیر (فهرست زیر) عبارت است از:

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راه‌های پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس نظام سندرمیک و شیوه‌نامه‌های موجود، ارجاع موارد مورد نیاز، پیگیری نتیجه ارجاع

- کرونا ویروس‌ها (کووید-۱۹)
- آنفلوانزا
- فلج اطفال
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- اچ ای وی/ایدز
- بیماری‌های آمیزشی
- سل
- جذام
- مالاریا
- تب دانگی و بیماری‌های منتقله توسط پشه آئدس
- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- سیاه زخم
- کیست هیداتیک



- هپاتیت‌های ویروسی (B , C)
- مننژیت
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- سایر بیماری‌های منتقله از آب و غذا (طغیان‌ها)
- بیماری‌های نوپدید
- مار و عقرب‌گزیدگی

### ج- درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها

در مواردی که راهنمای بالینی درمان تدوین شده، ارائه خدمات بر اساس راهنما خواهد بود و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص، درمان و نیاز به ارجاع، نظر پزشک خانواده است.

- خدمت ویزیت
  - مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
  - معاینه (جسمی - روانی)
  - ارزیابی علائم و نشانه‌ها و طراحی مسیر تشخیص
  - پیش‌بینی و اجرای برنامه‌های درمانی
  - ثبت کلیه داده‌ها در پرونده الکترونیک
  - تعیین تاریخ مراجعه یا پیگیری مجدد بیمار، حسب مورد
- انجام خدمات تزریقات و وصل سرم و پانسمان
- اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: این خدمات شامل کلیه پروسیجرهای جراحی و مداخلات غیرتخصصی درمانی مبتنی بر کوریکولوم آموزشی پزشکی عمومی و استانداردهای خدمتی است، که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده به صورت اختیاری به شرح زیر انجام می‌شود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمان‌های بیمه خواهد بود)
  - کشیدن ناخن
  - برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیرزیبایی)

- نمونه برداری از پوست و مخاط
- کاتتریزاسیون ادراری
- ختنه
- آتل بندی شکستگی‌ها
- شستشوی گوش
- خارج کردن جسم خارجی
- کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- درمان نگهدارنده با متادون برای مبتلایان به سوء مصرف مواد (مشروط به اخذ گواهی ارائه خدمت)
- معاینات طب کار (مشروط به اخذ گواهی ارائه خدمت)
- فوریت‌ها
  - در صورت مراجعه بیمار در شرایط اورژانسی به پایگاه پزشکی خانواده، پزشک خانواده باید اقدامات اولیه را انجام داده، و مورد را به اورژانس ۱۱۵ اطلاع دهد.
  - انجام احیاء قلبی ریوی
  - لوله گذاری تراشه
  - اقدامات اولیه در مسمومیت‌ها
  - اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی
  - اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
  - اقدامات اولیه در افراد دارای افکار خودکشی
  - اقدامات اولیه در مدیریت بیمار با بیش مصرفی مواد و الکل
  - اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
  - بخیه و دبریدمان زخم‌ها
  - اقدامات اولیه در صورت بروز علایم زایمان قریب‌الوقوع و سقط جنین
- در خصوص مراجعین اورژانس‌های اجتماعی پس از انجام اقدامات اولیه، با اورژانس ۱۲۳ تماس حاصل گردد.
- خدمات اختیاری صرفاً به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ارائه خواهد شد.
- پزشک خانواده مجاز به انجام خدمات زیبایی پوست (تزریق ژل و بوتاکس و.....) در پایگاه پزشکی خانواده در ساعات کار موظف یا غیرموظف پزشکی خانواده نمی‌باشد.

### بسته خدمات سطح ۲ و ۳

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

#### الف: خدمات درمانی

بسته خدمات سلامت قابل ارائه در سطوح ۲ و ۳ نظام ارجاع و پزشک خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی / سلامت کشور و در حال حاضر برابر با بسته خدمات بیمه پایه خواهد بود (سرپایی، بستری، اورژانس).  
ارائه‌کنندگان خدمت در سطح ۲ و ۳ تمام بیماران ارجاعی را می‌پذیرند و نسبت به تشکیل پرونده، تشخیص و درمان برابر پروتکل‌های ابلاغ شده حاصل از راهنماهای بالینی، ارائه بازخورد، ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیاز و اطلاع‌رسانی به پزشک خانواده به صورت الکترونیک اقدام خواهند کرد. مراجعه‌کننده می‌تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

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

- برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
- برنامه تشخیص به هنگام و درمان ناباروری
- ویزیت سرپایی، تجویز دارو و درخواست خدمات پاراکلینیک در صورت نیاز، و ارائه بازخورد الکترونیک
- ویزیت سرپایی و ارجاع مراجعه‌کننده به خدمات تخصصی سایر متخصصین حسب مورد و ارائه بازخورد الکترونیک
- ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد و ارائه بازخورد الکترونیک
- ارائه خدمات دارویی و تحویل دارو و ملزومات پزشکی در قالب نسخه الکترونیک
- ارائه خدمات پاراکلینیک سرپایی تشخیصی، درمانی (تصویربرداری، آزمایشگاهی، سایر پاراکلینیک‌ها)
- ارائه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح بندی و راهنماها و پروتکل‌های موجود (مرجع تعیین پروتکل‌ها، معاونت درمان می‌باشد و ارائه خدمات برای موارد فاقد پروتکل‌ها کمافی السابق ملاک عمل خواهد بود).

- توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده
- راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده درباره بیماران ارجاعی
- ارائه 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 توصیه‌های لازم جهت مراقبت بیماری و تعیین زمان مراجعه مجدد (در صورت نیاز) را به صورت بازخورد به ارجاع‌دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند؛ به طوری که در نهایت تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، از طریق بازخورد به سطح یک (پزشک خانواده ارجاع‌دهنده) ارائه گردد.

یادآوری: ارائه خدمات مجاز مطابق آیین‌نامه‌های ابلاغی مراکز تشخیصی درمانی خارج از بسته بیمه پایه توسط این مراکز با پرداخت هزینه خدمات توسط بیماران مقدور می‌باشد.

#### ب: خدمات مدیریتی

- (۱) گزارش‌دهی ارجاعات پزشکان خانواده (ارائه لیست ارجاعات به تفکیک پزشک خانواده) به سطح یک
- (۲) جمع‌بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با نیازهای نیروی انسانی تخصصی و تجهیزات و ارائه گزارش‌های مربوطه
- (۳) برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی جهت رفع چالش‌های نظام ارجاع الکترونیکی
- (۴) فراهم‌آوری امکانات جهت انجام مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت‌ها
- (۵) آموزش راهنماهای بالینی مرتبط با ارجاع به ارائه‌دهندگان خدمات
- (۶) ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه‌های دانشگاه علوم پزشکی

#### فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارائه خدمت

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

- بررسی وضعیت موجود و چالش‌های اجرایی پزشکی خانواده در دو استان فارس و مازندران
- تبیین وظایف وزارت بهداشت، سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها در طراحی و اجرای برنامه

- شناسایی و سازمان‌دهی منابع موجود برای تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز (تجهیزات، نیروی انسانی، زیرساخت فیزیکی و ...)
- طراحی مدل اجرایی برنامه
- برآورد و برنامه‌ریزی برای تأمین منابع

## ۲- تشکیل ستادهای 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 (قرارگاه پزشکی خانواده)
- تشکیل ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه کشوری)
- تشکیل ستادهای هماهنگی استانی و شهرستانی
- تشکیل ستادهای اجرایی استانی و شهرستانی

## ۳- ارزیابی ظرفیت‌های اجرایی پیش از استقرار

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

## ۴- آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم

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

#### ۵ - بکارگیری ارائه‌دهندگان خدمت

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

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

- فراخوان مردم
- ثبت نام اولیه خانواده در سامانه (استحقاق‌سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه‌های موجود سازمان‌های بیمه‌گر و استحقاق‌سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه‌های سطح یک)
- ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه توسط تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت)

#### ۷ - ارائه خدمات عمومی و تخصصی سرپایی با محوریت پرونده الکترونیک سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت توسط واحدهای ارائه‌دهنده خدمت

- ارتباط سیستماتیک سامانه‌های پرونده الکترونیک سطح یک به پرونده الکترونیک
- سیستم شناسایی خدمت‌گیرنده در نقطه ارائه مراقبت (PC)
- ثبت اطلاعات و اقدامات در پرونده الکترونیک
- فراهم‌آوری بستر ارجاع الکترونیک و ارسال بازخوراند
- فراهم‌آوری امکان اتصال داده‌های پاراکلینیک (LIS, IS, CIS) به سامانه‌های سطح یک، دو و سه
- نسخه‌نویسی الکترونیک
- فراهم‌آوردن ارائه خدمات دوراپزشکی برای مناطقی که بر اساس نظام سطح‌بندی امکان تأمین خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی / فوق تخصصی و نیروی انسانی مرتبط وجود ندارد.
- استقرار نوبت‌دهی الکترونیک بین همه سطوح
- تأمین، ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات در سطوح مختلف
- طراحی و اجرای مدل مفهومی نظام ارجاع الکترونیک برنامه پزشکی خانواده و تعیین وظایف و مسئولیت‌های حوزه‌های 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 و سه به منظور امکان تبادل داده
- استانداردسازی پنل مشترک کشوری برای نسخه نویسی الکترونیک و یکسان سازی کدینگ
- طراحی و اجرای داشبوردهای مدیریتی و سامانه‌های گزارش ساز
- برنامه ریزی و اجرا برای ارتقای کیفیت داده‌ها

#### ۸- ساز و کار ارائه خدمات تیم سلامت (سطح یک)

- شناسایی جمعیت
- مراقبت‌های پایه بر اساس بسته‌های خدمات
- ثبت مراقبت‌های انجام شده در سامانه سطح یک
- ارائه خدمات درمانی لازم
- ارجاع برای دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک
- ارجاع به متخصص مورد نیاز و نوبت‌گیری از سطح دو
- پیگیری بازخوراند و انجام اقدامات لازم بر اساس بازخوراند ارسال شده

#### ۹- الزامی کردن ارجاع الکترونیک

- تدوین و ارائه نظام و نقشه ارجاع منطبق با نظام سطح بندی خدمات سلامت در کلیه سطوح
- بازتعریف سطوح خدمتی و فرآیندهای ارجاع و نقش ارائه دهندگان خدمت و حدود صلاحیت‌ها در مراکز ارائه 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 ارائه بازخوراند الکترونیک
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای مردم به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای پزشکان کلیه سطوح به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک (تعیین مشوق و پیشنهاد بازنگری تعرفه ارائه خدمات در بستر پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شورای عالی بیمه)



### ۱۰ - تدوین و استقرار شیوه‌نامه‌ها و راهنماهای سلامت

- تعیین ضمانت‌های اجرایی شیوه‌نامه‌های تشخیصی و درمانی در تمامی سطوح
- جانمایی شیوه‌نامه‌ها و پروتکل و راهنماهای بالینی در پرونده الکترونیک به منظور رعایت اقدامات طبق اندیکاسیون تجویز و ارجاع و جلوگیری از تقاضای القایی
- تعیین فهرست خدمات مشمول استفاده از پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی توسط کمیته نظام ارجاع

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

- راه‌اندازی درگاه خودمراقبتی در سامانه پرونده الکترونیک سطح یک
- فراهم کردن دسترسی سطح بندی شده افراد به پرونده الکترونیک خود
- فراهم‌آوری امکان تبادل داده‌های مرتبط با سلامت بر اساس سطح بندی تعریف شده
- فراهم‌سازی امکان دریافت آموزش‌های عمومی و اختصاصی از درگاه خودمراقبتی
- فراهم‌سازی امکان رضایت‌سنجی و ثبت پیشنهادات و شکایات و ارسال پاسخ سؤالات و نتیجه رسیدگی به شکایات در درگاه خودمراقبتی

### ۱۲ - نظام پرداخت

- تعیین میزان سرانه
- اصلاح روش قرارداد پزشکان سطح یک و دو و سه با بیمه‌ها
- تدوین نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- اعمال شیوه‌نامه نظام پرداخت در پرونده الکترونیک سلامت
- استفاده از داده‌های عملکردی

### ۱۳ - نظام پایش و ارزشیابی

- طراحی مدل ارزیابی و ارتقای مستمر کیفیت فرآیندها در سطوح مدیریتی و ارائه خدمت
- تدوین برنامه زمان بندی پایش حضوری دانشگاه/دانشکده
- تعیین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در اجرای بسته خدمات پایه تعریف شده در سطح شهرستان و استان
- تعیین شاخص‌های رصد و دیده‌بانی حاصل از عملکرد بسته خدمات پایه سلامت به منظور اولویت‌گذاری نیازهای جمعیت



- تعیین نشانگرهای ارزیابی برای حوزه حکمرانی در اجرای مفاد برنامه‌های پیش‌بینی شده
- ارزیابی هزینه، اثربخشی اجرای پزشکی خانواده
- سنجش رضایت‌گیرندگان خدمت و راستی‌آزمایی خدمات سلامت
- سنجش رضایت ارائه‌دهندگان خدمت و مجریان برنامه
- طراحی برنامه مداخله‌ای با توجه به پایش انجام شده

### ضوابط اجرای برنامه:

#### نظام ارائه خدمات:

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

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

۱. شرایط لازم برای عقد قرارداد (استانداردهای معاونت بهداشت و درمان، سازمان‌های بیمه‌گر و نظام پزشکی):

■ فضای فیزیکی استاندارد پایگاه پزشکی خانواده: پایگاه‌های پزشکی خانواده در دو بخش دولتی و خصوصی به صورت زیر تعریف می‌شود:

۱. پایگاه پزشکی خانواده دولتی: از تبدیل پایگاه‌های سلامت (غیرضمیمه و ضمیمه) با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی شامل اتاق پزشک (به ازای هر پزشک یک اتاق)، اتاق مراقب

(به ازای هر مراقب / ماما یک اتاق)، اتاق تزریقات و خدمات جنبی (به ازای هر پایگاه سلامت یک اتاق با تفکیک جنسیتی)، اتاق مشاوره برنامه‌های جمعیت و فرزندآوری و... و فضای انتظار (به ازای هر پایگاه سلامت حداقل ۱۲ متر)

۲. پایگاه پزشکی خانواده خصوصی: حداقل این واحد باید به ازای هر تیم پزشکی خانواده حداقل از ۴ اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق مراقب سلامت / مامامراقب، یک اتاق تزریقات و خدمات جنبی، اتاق مشاوره برنامه‌های جمعیت و فرزندآوری و...) با زیربنای حداقل ۷۵ مترمربع و ترجیحاً در طبقه همکف و در غیر این صورت الزاماً دارای آسانسور باشد.

**تبصره ۱:** مکان پایگاه‌های پزشکی خانواده بخش خصوصی ترجیحاً باید با پراکندگی جمعیتی منطقه شهری متناسب باشد؛ به گونه‌ای که حداکثر دسترسی به خدمات سلامت فراهم آید.

**تبصره ۲:** رعایت استانداردهای فضای فیزیکی بر اساس شیوه‌نامه‌های مرکز سلامت محیط و کار

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

■ الزامات نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده:

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

**تبصره ۱:** چنانچه پزشک خانواده مرد است، مراقب آن الزاماً کارشناس / کارشناس ارشد مامایی باشد.

**تبصره ۲:** کلیه پزشکان خانواده و مراقبین طرف قرارداد باید قبل از عقد قرارداد در دوره‌های آموزشی تعیین شده شرکت نموده و گواهی صلاحیت فنی دریافت نمایند.

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

**تبصره ۴:** تداوم همکاری با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استانداردهای اعلام شده است، در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به مقتضیات مربوطه تصمیم مقتضی را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اخذ نماید.

**تبصره ۵:** سازمان‌های بیمه‌گر موظف به عقد قرارداد با پایگاه‌ها/ مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده برای خرید بسته خدمات تیم سلامت هستند.

**تبصره ۶:** طبق یک بند مستقل در کلیه قراردادهای برنامه پزشکی 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 شیوه‌نامه و چک‌لیست‌های مصوب) و ارائه خدمات بوده و پرداخت‌ها برابر این شیوه‌نامه به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است.

#### ■ نحوه عقد قرارداد با بخش خصوصی:

- ۱) قرارداد مستقیم سازمان‌های بیمه پایه با اعضا تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب / ماما سلامت)
- ۲) تفاهم‌نامه بیمه با دانشگاه و قرارداد دانشگاه با پیمانکار و خرید خدمت اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت / ماما، کارشناسان بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناسان ناظر، کارشناس تغذیه و روان ... ) از بخش خصوصی
- ۳) تفاهم‌نامه بیمه با دانشگاه و دانشگاه با اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت / ماما، کارشناسان بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناسان ناظر، کارشناس تغذیه و روان ...)

**تبصره:** عقد قرارداد با بخش خصوصی منطبق بر آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی مصوب و بر اساس فرمت ابلاغی از سوی ستاد اجرایی کشوری انجام می‌پذیرد. (در عقد قرارداد، متاهلین و افراد صاحب فرزند در اولویت می‌باشند).

کلیه درمانگاه‌های غیردانشگاهی می‌توانند 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 خود ادامه دهند.

### استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت

- فضای فیزیکی برای جمعیت تحت پوشش متوسط ۴۰ هزار نفر، حدود ۵۰۰ تا ۶۰۰ متر مربع است.
  - فضا برای مسئول فنی و رئیس مرکز (۱۲ مترمربع)
  - فضا به ازای هر تیم پزشکی خانواده (۳۶ متر مربع، ۳ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای (۲۴ مترمربع)
  - فضا برای کارشناس تغذیه (۲۴ مترمربع) (۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضای مستقل برای ارائه خدمات سلامت روان (۲۴ مترمربع) (۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضا برای سالن انتظار (حدود ۵۰ مترمربع)
  - فضا به ازای هر کارشناس ناظر (حدود ۱۲ مترمربع)
  - فضا برای ارائه خدمات پرستاری (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضا برای پذیرش و آمار (۱۲ مترمربع)
  - فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (۱۲ مترمربع) در صورت وجود
  - فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه، سفیران خانوار و رابطین سلامت محله در موضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و ... با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (۵۰ مترمربع)
  - فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود ۳۰ مترمربع) حداقل ۲۰ مترمربع به ازای هر یونیت
  - فضا برای سرویس‌های بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع)
  - پیش‌بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دوطبقه و بالاتر
- در صورت ارائه خدمات مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی باید این فضاها به فضاهای پیشین اضافه شود:
  - فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)
  - اتاق احیا با تجهیزات استاندارد
  - اتاق استراحت کارکنان

- استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش متوسط ۴۰ هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند ۱ این ماده، به قرار زیر است:
- پزشک مسئول فنی یک نفر
  - دندانپزشک به ازای ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر یک نفر
  - کارشناس ناظر به ازای هر مرکز حداقل یک نفر و به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر اضافه شود.
  - کارشناس بهداشت محیط به ازای هر ۳۰۰ پرونده / واحد / امکان عمومی یک نفر
  - کارشناس بهداشت حرفه‌ای به ازای هر ۳۰۰ واحد کارگاهی / صنعتی یک نفر
  - مراقب سلامت دهان به ازای هر دندانپزشک با یونیت فعال یک نفر
  - کارشناس / کارشناس ارشد تغذیه به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر
  - کارشناس / کارشناس ارشد روانشناسی بالینی به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر
  - پذیرش یک نفر
  - مشاوره ازدواج / شیردهی / ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص) ۲ نفر
  - خرید خدمت حجمی برای نظافت
  - خرید خدمت حجمی برای نقلیه
  - نمونه‌گیر بر حسب ضرورت یک نفر
- کارشناس ناظر (کارشناس بیماری‌ها) باید ترجیحاً مرد باشد.

**تبصره ۱:** در مناطقی که دسترسی به سطح دوم فراهم نیست. فراهم‌سازی مکان مناسب برای استقرار متخصصین رشته‌های کودکان، داخلی، زنان و زایمان و روانپزشکی توسط حوزه بهداشت ایجاد شده و مطابق برنامه‌ریزی مشخص، متخصصین مورد نظر از نزدیکترین بیمارستان دانشگاهی ملزم به ارائه خدمات در مکان مورد نظر در قالب نظام ارجاع خواهند بود.

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

**ب - سطح دو و سه:** کلیه پزشکان متخصص و فوق تخصص بخش دولتی باید پس از شرکت و اخذ گواهی آموزش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک و ارسال بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک اقدام نمایند.

□ همه پزشکان متخصص و فوق تخصص شاغل در بخش خصوصی (مطب‌های خصوصی، کلینیک‌های خصوصی) و مراکز درمانی عمومی غیردولتی و خیریه که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع پزشکی خانواده دارند، مشروط به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان سازمان نظام پزشکی، پس از شرکت در دوره آموزشی پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک اقدام نموده و بازخورد ارجاع را به صورت الکترونیک/کاغذی ارسال دارند.

□ کلیه دفاتر کار پروانه دار غیردانشگاهی (مامایی، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و ...) می‌توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به پذیرش ارجاعات سطح یک و دو و سه و ارائه خدمت اقدام نمایند.

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

### ساعت کاری برنامه:

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

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

بسته‌های خدمتی در قالب خدمات مراقبتی و درمانی به جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده الزاماً توسط تیم پزشکی خانواده فرد ارائه می‌شود. بدیهی است پزشک همپوشان موظف

به ارائه خدمات درمانی جمعیت تحت پوشش شیفت مقابل، حسب ضرورت است. ترجیحاً پزشکان همپوشان در یک مکان فیزیکی ارائه خدمت نمایند.

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

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

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 فوریت‌های پزشکی می‌توانند به مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی، اورژانس بیمارستان و درمانگاه‌های شبانه‌روزی دولتی و دولتی غیردانشگاهی، خیریه و غیره مراجعه نمایند.

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

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



- ستاد اجرایی استان با توجه به شرایط جمعیتی، شرایط دسترسی و جغرافیایی، شرایط آب و هوایی، میزان کفایت داوطلبین بخش خصوصی می‌توانند نسبت به تغییر ساعات کار، تغییر جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده با ارائه پیشنهاد به ستاد اجرایی کشوری برای اخذ مجوز تغییرات مورد نظر اقدام نمایند.
- پزشک خانواده و مراقب سلامت/ماما باید دو ماه قبل از لغو قرارداد مراتب را به اطلاع ستاد اجرایی شهرستان و جمعیت تحت پوشش خود برساند.
- تصمیم‌گیری در خصوص فعالیت اعضای ستاد اجرایی کشوری، استانی و شهرستانی تحت عنوان پزشک خانواده در ستاد ملی اتخاذ گردد.
- اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تأیید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه‌روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا برطرف شدن نیاز بلامانع است. بدیهی است پرداخت به کشیک اورژانس، در قالب کارانه (FFS) خواهد بود.

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

- پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، یک پزشک واجد شرایط را به عنوان همپوشان برابر ضوابط این شیوه‌نامه با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی می‌کند. نام و نشانی محل کار پزشک همپوشان که توسط پزشک خانواده به صندوق بیمه مربوطه و ستاد اجرایی شهرستان اعلام می‌شود، باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همه افراد تحت پوشش برسد.
- در صورتی که پزشک به هر دلیل نتواند به طور موقت در محل کار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بیمه مربوطه، پزشک همپوشان و از طریق مسئول مرکز به ستاد اجرایی شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن مسئول مرکز و پزشک همپوشان کفایت می‌کند. مسئول مرکز، موضوع را به بیمه و ستاد اجرایی شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشک خانواده در طول قرارداد خویش، ناگزیر از ترک دائم محل باشد به منظور رعایت حال جمعیتی که زیر پوشش خود دارد، باید در فاصله زمانی دو تا سه ماهه، ستاد اجرایی شهرستان را از تصمیم خود مطلع سازد. در صورت خروج یکی از پزشکان خانواده یا در



صورت بروز حوادثی که مانع ارائه خدمت پزشک باشد، بیمه‌ها با هماهنگی ستاد شهرستان باید برای جلوگیری از بروز وقفه در خدماتی که به مردم ارائه می‌شود، هرچه زودتر با پزشک خانواده دیگری قرارداد ببندند.

#### ■ ارائه خدمات به مسافران:

○ هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود، در موارد اورژانس بدون هیچ مانعی به اورژانس مراجعه و اگر وضعیت او اورژانسی بود، همانند سایر مراجعه‌کنندگان 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 غیراورژانسی فرانشیز ویزیت کامل توسط بیمار پرداخت می‌شود. مادران باردار و شیرده از این قاعده مستثنی هستند.

یادآور می‌شود ارائه خدمات غیراورژانسی به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدر بوده، 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 اجرایی شهرستان است.
- ثبت نام اولیه خانواده‌ها در درگاه اینترنتی اعلام شده پس از اعلام شروع برنامه توسط سرپرست خانوار انجام می‌پذیرد. بدیهی است درگاه اینترنتی مذکور امکان استحقاق‌سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه‌های موجود سازمان‌های بیمه‌گر و استحقاق‌سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه‌های سطح یک را خواهد داشت.
- بیمه‌شدگان برای بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده در سطح شهرستان مختار هستند.

- انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد خانوار و از بین پزشکان طرف قرارداد، اختیاری است. در این میان تنها عامل محدودکننده، نام‌نویسی کافی افراد نزد پزشکی معین و پرسیدن ظرفیت او خواهد بود.
- محل ورود خانواده‌ها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، شهرستان محل زندگی و سکونت خانواده است. برای افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی بین محل سکونت و محل کار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه، آزاد است. بدیهی است در صورت تغییر محدوده جغرافیایی محل زندگی و یا کار بیمه شده، امکان تعویض پزشک خانواده با انجام هماهنگی لازم با دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت.
- ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه توسط تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت/ ماما) با تشکیل یا تکمیل پرونده الکترونیک انجام می‌شود.
- بیمه شده حداکثر دو بار در سال در صورت نیاز، می‌تواند با مراجعه نزد پزشک خانواده خود، از جمعیت تحت پوشش وی خارج شود و نزد پزشک خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان می‌توان این مدت زمانی را کاهش داد. تعویض پزشک خانواده در ابتدای ماه قابل انجام است. (با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض پزشک خانواده)

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

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

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

## نحوه پرداخت سرانه تیم پزشکی خانواده:

سرانه پایه تیم پزشکی خانواده، مصوب سالانه بابت خدمات درمانی، مراقبتی و پشتیبانی، توسط هر کدام از سازمان‌های بیمه‌گر متناسب با تعداد بیمه‌شده تحت پوشش و سایر ضرایب تعریف شده به شرط رعایت استانداردهای خدمت پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی به طرف قرارداد پرداخت می‌شود. بدیهی است پرسنل شاغل در پایگاه‌های پزشکی خانواده بخش خصوصی هیچ‌گونه رابطه استخدامی با دانشگاه‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر ندارند.

سرانه متخصصین پزشک خانواده و سایر متخصصین به‌کار گرفته شده در این برنامه (پزشکی اجتماعی)، ۴۰ درصد بیشتر از سرانه پایه است.

میزان دریافتی پزشک مسئول فنی مرکز معادل سرانه پایه ۳۰۰۰ نفر همراه با افزایش تا سقف ۴۰ درصد سرانه پایه به عنوان حق مدیریت بر اساس تعداد پایگاه‌های تحت پوشش مبتنی بر عملکرد مدیریتی است. (به‌ازای هر پایگاه پزشکی خانواده ۱/۲۵ درصد اضافه شود).

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

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

**تبصره ۱:** پرداخت حقوق و حق الزحمه مراقبین سلامت ناظر، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان و... که از طریق خرید خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت به‌کارگیری شده‌اند، به عهده پیمانکاران طرف قرارداد است.

**تبصره ۲:** فرانشیز خدمات ویزیت، دارو و پاراکلینیکی ارائه شده در سطح یک برنامه پزشکی خانواده به بیمه‌شده در قالب بسته خدمتی تعریف شده، بر اساس ابلاغیه سالانه هیأت دولت است.

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

#### ■ چگونگی پرداخت به پزشک خانواده:

۸۰ درصد سرانه جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده به صورت ماهیانه با اعلام لیست اسامی ثبت‌نام‌شدگان به ستاد اجرایی استانی پزشک خانواده و نظام ارجاع به صورت علی‌الحساب در پایان هر ماه پرداخت می‌شود و ۲۰٪ باقیمانده پس از پایش و بازخورد که توسط تیم مشترک بیمه و شبکه بهداشت و درمان انجام خواهد شد، پرداخت می‌شود (در پایان هر فصل).

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

۲۰ درصد سرانه پزشکی خانواده بر اساس شیوه‌نامه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، هر سه ماه یک بار پرداخت خواهد شد.

#### ■ پرداخت‌های تشویقی:

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

#### ■ جرایم:

- (۱) ثبت خدمات غیرواقعی (در صورت ثبت غیرواقعی خدمت، بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر می‌شود. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد).
- (۲) نارضایتی گیرندگان خدمت (کاهش رضایت مندی کمتر از ۹۰ درصد، در مبلغ کارانه دریافتی اعمال خواهد شد).
- (۳) عدم دریافت خدمات یا کیفیت نامطلوب خدمات به گروه‌های مشمول خدمات ویژه که منجر به ایجاد عوارض ناشی از عدم تشخیص و اقدام به موقع شده است. بر اساس تحلیل ریشه‌ای

گزارش‌های کمیته‌های مرگ و میر بیمارستان و شبکه‌های بهداشت و شکایات منجر به صدور رأی از سازمان نظام پزشکی و گزارش‌های ویژه بازدیدهای حضوری (بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر می‌گردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد).

(۴) عدم ارائه خدمت به مراجعین تحت پوشش که جهت دریافت خدمات تصریح شده در بسته خدمات مراجعه نموده‌اند، به شرطی که پس از بررسی شکایت به تأیید رسیده باشد. (برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر می‌گردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد صورت می‌پذیرد.)

(۵) مبادرت یا مباشرت به سقط عمدی جنین طبق مواد ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۱ و ۷۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.

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

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

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

پزشک خانواده باید در اسرع وقت با همکاری مراقب سلامت نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت اولیه و ارائه مراقبت‌های 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 افراد الزامی است. با توجه به زمان بر بودن تشکیل پرونده، هر پزشک حداقل به ازای هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده برای ویزیت اولیه و تکمیل پرونده حداکثر یک ماه فرصت خواهد داشت. بدیهی است هرگاه طی این زمان پرونده تکمیل نشود بابت افرادی که پرونده سلامت آنان تکمیل نگردیده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هر ماه به این تأخیر ۱۰٪ دیگر از این ۶۰٪ سرانه تا شش ماه کاهش و بعد از آن در مورد ادامه همکاری ایشان با برنامه توسط ستاد شهرستان تصمیم‌گیری می‌شود.

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

#### ■ حق الزحمه سایر خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده:

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

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

#### ■ حق الزحمه مشاوره:

حق الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از کارشناسان پروانه دار شاغل در حرفه مشاوره، تغذیه، روانشناس بالینی (در صورتی که مرکز مربوطه فاقد نیروی کارشناس تغذیه و روانشناس باشد)، مامایی، بینایی‌سنجی؛ شنوایی‌سنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی در صورت ارجاع از طرف پزشک خانواده برابر تعرفه‌های مصوب هیأت دولت در بخش دولتی و یا خصوصی و به شرط ارسال بازخورد، در صورت قرار گرفتن در تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر قابل پرداخت است.

**تبصره:** خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

#### فرآیندهای خدمات سطح دوم و سوم (نظام ارجاع):

نظام ارجاع، فرایند مشخصی در ارائه خدمات تخصصی به ارجاع‌شونده در بستر پرونده الکترونیک دارد که از ارجاع از سطح یک شروع می‌شود و با دریافت بازخورد الکترونیک و پیگیری اجرای توصیه‌های ذکر شده در بازخورد خاتمه می‌یابد. اجزای 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 شیوه‌نامه‌های مربوطه
- تکمیل فرم ارجاع الکترونیکی

- اخذ نوبت از سامانه‌های نوبت دهی (در صورتی که سامانه نوبت دهی پاسخگو نباشد، هماهنگی لازم با سطوح بالاتر صورت پذیرد).
- پرداخت فرانشیز ویزیت متخصص در کارتهخوان‌های متصل به حساب‌های درآمدی مراکز درمانی سطح دوم (کلینیک و بیمارستان و ...)
- بررسی نتیجه ارجاع از نظر ویزیت پزشک / دریافت خدمت
- بررسی از نظر ارسال بازخورد ارجاع
- پیگیری بازخورد از نظر انجام اقدامات توصیه‌ای بیمار و تیم سلامت

**تبصره ۱:** ارجاع مستقیم از سطح یک به سه صرفاً برای بیماران شناخته شده که نیازمند خدمات فوق تخصصی هستند، امکان پذیر است.

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

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

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

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



**تبصره ۶:** در صورتی که بیمار درخواست ارجاع (بر خلاف تشخیص پزشک خانواده) به سطوح بالاتر را داشته باشد، باید شخصاً اقدام به اخذ پذیرش از متخصص موردنظر نموده، بازخورد آن را به پزشک خانواده ارائه نماید. در این حالت پزشک خانواده تکلیفی ندارد.

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

**تبصره ۸:** هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود، در موارد اورژانس بدون هیچ مانعی به اورژانس مراجعه می‌کند و اگر بیماری او اورژانسی بود، همانند سایر مراجعه‌کنندگان از خدمات کامل استفاده می‌کند. فرد مورد بحث در موارد غیراورژانس و در صورت ضرورت می‌تواند به پزشک سطح یک محل سفر در پایگاه پزشکی خانواده مراجعه نماید 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 می‌گردد.

یادآور می‌شود ارائه خدمات غیراورژانس به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدور بوده، ضرورت دارد تا تمام اقدامات گروه پزشکی در پرونده فرد منعکس شود.

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

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

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

#### ▪ ب- سطوح دو و سه:

##### ارائه خدمات در سطح ۲ و ۳:

- ویزیت سرپایی و ارائه خدمات تشخیصی درمانی
- ویزیت سرپایی و ارجاع غیرفوری مراجعه‌کننده به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تخصصی / فوق تخصصی و یا بازتوانی به صورت الکترونیک / کاغذی.
- درخواست یا انجام مشاوره با سایر پزشکان متخصص / فوق تخصص حسب مورد به صورت الکترونیک / کاغذی
- اعزام فوری مراجعه‌کننده با شرایط اورژانسی به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تشخیصی، درمانی و یا فوق تخصصی به صورت الکترونیک / کاغذی
- صدور دستور بستری جهت ادامه خدمات تشخیصی درمانی در بیمارستان
- ارائه بازخورد الکترونیکی / کاغذی به تیم سلامت ارجاع‌دهنده

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

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

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

**تبصره ۴:** کلینیک‌های خارج از بیمارستان به عنوان کلینیک‌های وابسته به بیمارستان متبوع تلقی شده و تعامل‌گیرندگان خدمات و بیمه‌ها و مدیریت و قراردادهای جاری در آنها تابع شرایط بیمارستان مربوطه خواهد بود.

**تبصره ۵:** در صورتی که تخصص مورد نظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه‌کننده با راهنمایی پزشک خانواده و بر اساس نقشه ارجاع و مسیر حرکتی تسهیل شده (به عنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت‌تر صورت می‌گیرد) مستقیماً می‌تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

### الزامات خدمات در سطح ۲ و ۳:

- معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی باید نقشه ارجاع در کلیه سطوح را ترسیم نموده، برای تأیید به ستاد اجرایی کشوری ارسال نماید.
- نقشه ارجاع سه سطح در محدوده دانشگاه / دانشکده با در نظر گرفتن موارد زیر تعیین خواهد شد:
  - مسیر ارجاع از سطحی‌ترین 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 از هم تفکیک شوند.

**تبصره:** در صورت عدم کفایت خدمات تخصصی/ فوق تخصصی در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان، بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می‌توانند در نقشه ارجاع خدمات منظور شوند. در صورت تأیید ستاد اجرایی کشوری، ادارات کل بیمه پایه سلامت استان‌ها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه خواهند بود.

- ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی موظف است اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان‌ها را طی مجموعه‌ای الکترونیک و قابل اشتراک با ادارات بیمه‌گر پایه استان تهیه و ارائه نماید.
- کلیه مراکز درمانی سرپایی و کلینیک‌های ویژه موظف به استفاده از سامانه‌های نوبت‌دهی الکترونیک دارای مجوز مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات وزارت می‌باشند.
- نوبت‌گیری 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 قرار دارد.
- کلیه مراکز ارائه خدمات سطح ۲ و ۳ سرپایی مکلف به استفاده از سامانه نوبت‌دهی و رعایت ضوابط مربوطه هستند.
- پس از ورود بیمار به بیمارستان / درمانگاه و یا مطب، اولین سطح تماس در بیماران الکتیو؛ واحد پذیرش خواهد بود. متصدی پذیرش، مسئول کنترل نوبت تعیین شده و تطبیق موارد ثبت شده در فرم ارجاع و لیست موجود در پذیرش بوده که به مراجعه‌کننده زمان ویزیت و محل ارائه خدمات را اطلاع می‌دهد. پس از پرداخت تعرفه لازم، مراجعه‌کننده به محل ویزیت متخصص، هدایت شده و خدمت لازم را دریافت می‌نماید.
- در مرکز سرپایی مدیر داخلی و در بیمارستان‌ها سوپروایزر بیمارستان، هماهنگی مدیریت ارجاع سطح ۲ و ۳ را با ابلاغ رئیس مرکز درمانی / بیمارستان بر عهده خواهند داشت.

### مدیر فرآیند

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

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

- ۱. مدیریت نوبت‌دهی
  - اطمینان از عملکرد سامانه نوبت‌دهی
  - تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و ثبت در سامانه نوبت‌دهی
  - تعیین سهم پذیرش بیماران ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت‌های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاه‌ها

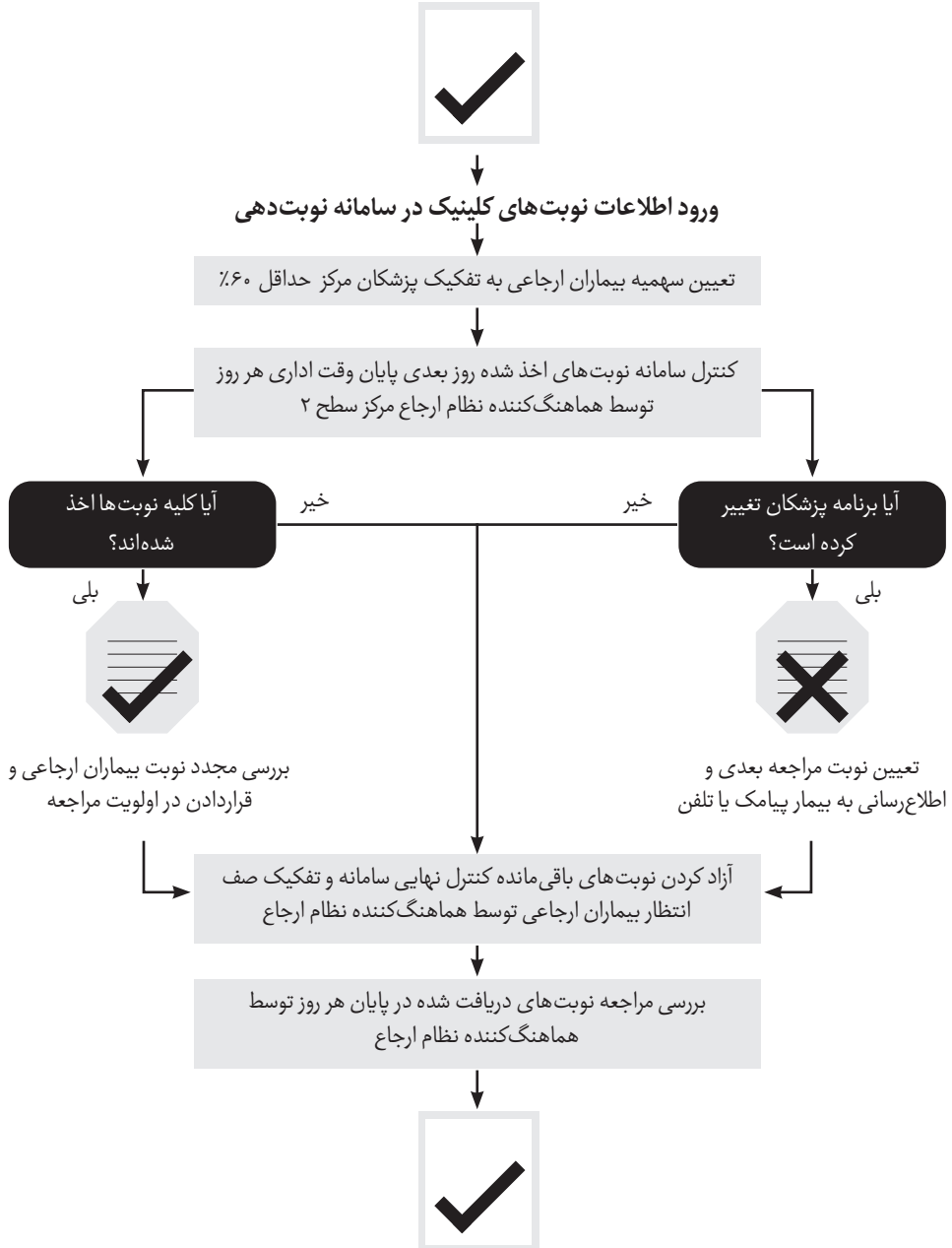
- پایش مستمر بار مراجعین و ارائه گزارش به مدیر مرکز جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت‌دهی و اعمال در فرآیند پذیرش

**تبصره ۱:** حداقل ۶۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

**تبصره ۲:** در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، ۱۲-۲۴ ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت‌دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می‌شود.

**تبصره ۳:** در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت‌دهی در بازه زمانی تعیین شده، اطلاع‌رسانی به بیمار از طریق پیامک در سامانه نوبت‌دهی یا تماس تلفنی توسط پذیرش مرکز انجام می‌شود.

## نمودار فرآیند نوبت دهی الکترونیک در مراکز سطح ۲ و ۳



اطلاع‌رسانی به بیمارانی که مراجعه نکرده‌اند و اعلام نوبت‌های مراجعه نشده به سطح یک در پایان هر روز

## ۲. مدیریت پذیرش بیماران مراجعه‌کننده از سطح اول

**تبصره:** اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی است.

## ۳. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲ و ۳

۴. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت‌ها و آزمایش‌های تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع

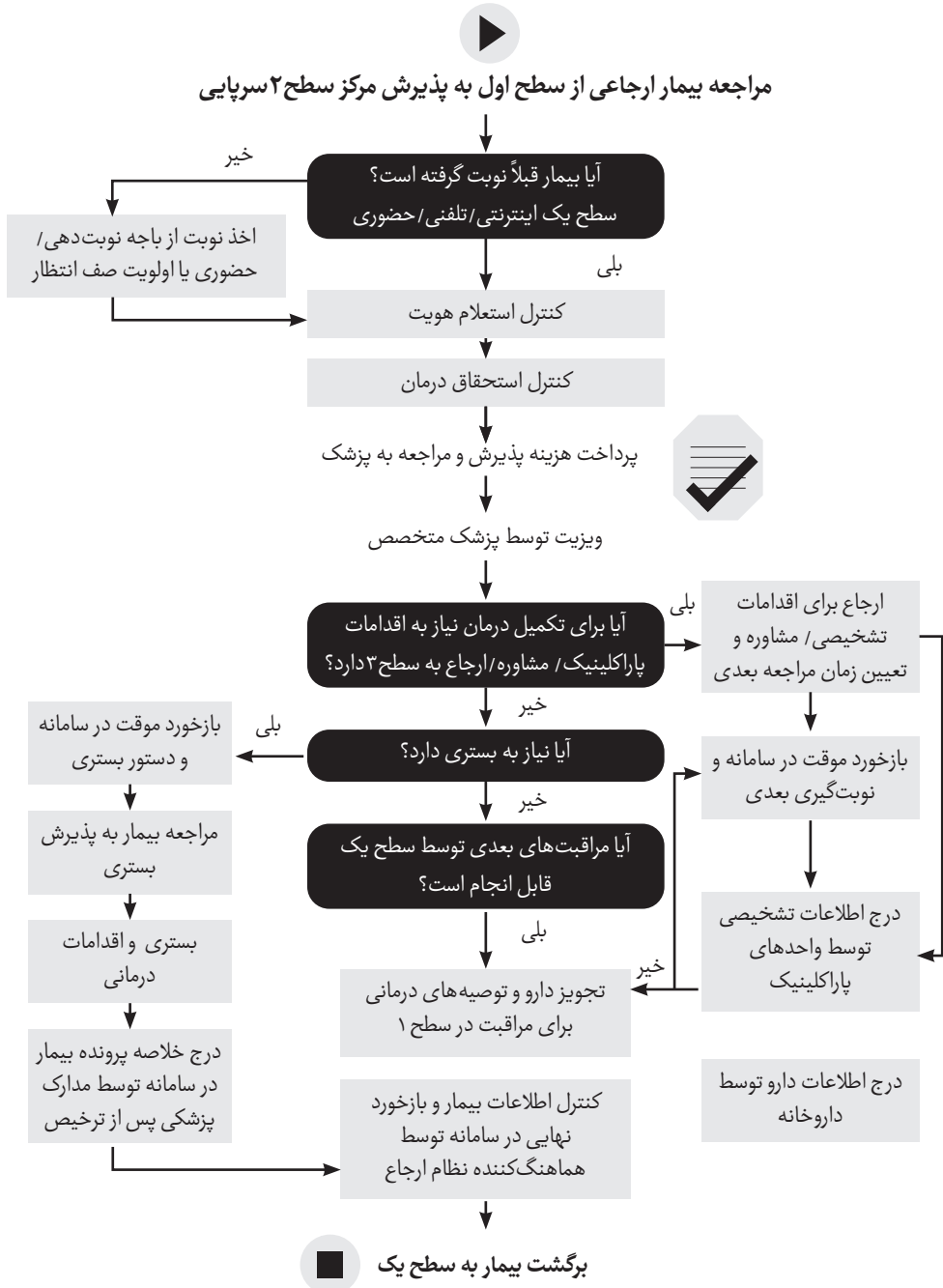
۵. بررسی عملکرد متخصصین از نظر حضور در برنامه‌های درمانگاه / کلینیک‌های تخصصی، رعایت شیوه‌نامه‌های ارتقاء کیفی خدمات ویزیت و ارسال بازخورد و اعمال کیفیت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات در نظام پرداخت

## ۶. اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک / کاغذی

- ثبت الکترونیک / کاغذی بازخورد ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار
- در صورت ارائه خدمات بستری، اطلاعات خلاصه پرونده بستری بیمار به عنوان بازخورد در نظر گرفته شده که باید به صورت الکترونیک / کاغذی به سطح یک انتقال داده شود.
- ارائه بازخورد از سطح ۳ به ۱ همانند مکانیسم ارائه بازخوراند از سطح ۲ به ۱ می‌باشد.

**تبصره:** در صورت قطعی سیستم‌های الکترونیک به هردلیلی، از فرم بازخورد کاغذی استفاده شود.

### نمودار فرآیند پذیرش و ارائه خدمات بیمار ارجاعی در سطح ۲ و ۳





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

### فرآیند ارائه خدمات به بیماران خاص - صعب‌العلاج - پیوند و بیماران مشمول برنامه‌های ملی:

بیماران مزمن و نیازمند ارجاع مکرر مطابق فهرست ابلاغی معاونت درمان همانند بیماران خاص در مدت زمان تعریف شده نیازمند ارجاع مکرر نیستند. پذیرش این بیماران ویژه مادران باردار، شیرده، نوزادان و کودکان در اولویت بوده و ارتباط سامانه‌های مدیریت این بیماری‌ها باید در تعامل با سامانه‌های مدیریت اطلاعات در نظام ارجاع فعالیت نمایند. همچنین نظام پرداخت و سهم پرداخت بیماران بیمه و منابع حمایتی، تابع مقررات مربوطه است.

#### ■ الزامات ارجاع به پاراکلینیک

- ارجاع برای خدمات پاراکلینیک از سطح یک مطابق بسته‌های خدمات سطح یک و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد. عملکرد پزشکان خانواده طرف قرارداد در خصوص رعایت اندیکاسیون‌های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
- ارجاع جهت انجام خدمات پاراکلینیک از سطح ۲ و ۳ مطابق با شیوه‌نامه‌های بالینی است و عملکرد متخصصین در خصوص رعایت اندیکاسیون‌های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
- درخواست خدمات پاراکلینیک توسط پزشک خانواده یا متخصص یا فوق‌تخصص مطابق ضوابط نسخه الکترونیک صورت می‌گیرد و بیمار مستقیماً به مراکز (دولتی یا غیردولتی) موجود در شهرستان محل سکونت و در صورت عدم وجود امکانات به سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات پاراکلینیک مطابق نقشه ارجاع مراجعه می‌کند.
- در صورتی که فاصله پایگاه پزشکی خانواده از آزمایشگاه‌های تشخیصی طبی با خودرو بیش از نیم ساعت باشد، شبکه بهداشت موظف است امکانات نمونه‌گیری را در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه فراهم نماید. بدیهی است رعایت شیوه‌نامه‌های موجود برای انتقال نمونه بیماران الزامی است.
- نتایج خدمات پاراکلینیک درخواستی از طریق دسترسی‌های ایجاد شده برای واحدهای مذکور در پرونده الکترونیک سطح یک قرار می‌گیرد.
- یافته‌های مثبت در گزارش خدمات پاراکلینیک که در تشخیص و مراقبت بیماری نقش دارد، باید در بازخواند به صورت الکترونیک ثبت شود.

## ■ الزامات در ارجاع به داروخانه

- فهرست دارویی بر مبنای تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر است که قیمت آنها بر اساس قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو می‌باشد.
- لازم است کلیه داروخانه‌ها، ضمن استقرار سخت‌افزار و زیرساخت ارتباطی مناسب با به‌کارگیری نرم‌افزارهای مورد تأیید و دارای گواهینامه معتبر جهت نسخه‌پیچی نسبت به ارائه خدمات دارویی اقدام نمایند.

## دریافت خدمات اورژانس

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

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

## خدمات دارویی

- خدمات دارویی عبارت است از آن قسمت از خدمات سلامت که توسط داروساز با مراجعه بیمار به داروخانه یا بالین بیماران بستری با دستور پزشک یا بدون آن ارائه می‌گردد.
- داروساز به عنوان مشاور دارویی تیم سلامت می‌باشد.
- بیماران نسخ دارویی در پرونده الکترونیک سلامت خود را که توسط پزشکان واجد شرایط در سطوح یک و دو و سه سلامت تجویز شده است را با مراجعه به در دسترس‌ترین داروخانه دریافت می‌نمایند در داروخانه نسخه‌پیچی باید به صورت الکترونیک انجام شود و داروساز باید دسترسی لازم به سوابق دارویی بیماران را در پرونده الکترونیک سلامت داشته باشد.
- داروخانه‌های طرف قرارداد باید دارو را مطابق نسخه تجویز شده پزشک ارائه نمایند و در صورت کمبود اقلام، با هماهنگی پزشک مربوطه نسبت به تحویل داروی جایگزین اقدام نمایند.
- داروساز موظف است در مورد تداخل دارویی یا وضعیت‌های موثر در درمان بیماری یا شرایط خاص، مشاوره ارائه شده به پزشک یا بیمار را در پرونده الکترونیک ثبت نماید.

### ■ نظام پرداخت سطح دو و سه:

- نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق تخصص در مراجعات سرپایی سطح دوم و سوم: تا پایان مرحله استقرار نظام پرداخت کارانه ادامه خواهد یافت.
- نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق تخصص در بستری سطح دوم و سوم: همچنان به صورت کارانه (FFS) خواهد بود.
- نظام پرداخت خدمات اورژانس: مبنای پرداخت در چهارچوب نظام کارانه (FFS) خواهد بود. درخصوص میزان فرانشیز ویزیت سرپایی، سایر خدمات و پروسیجرهای درمانی سرپایی و بستری در بخش دولتی و خصوصی، سهم فرانشیز بیمار در خدمات دارویی و پاراکلینیک، تعرفه خدمات مشاوره افقی و عمودی در قالب نظام ارجاع و خارج از آن، سهم بیماران در مراجعات اورژانس و نقل و انتقال بین بیمارستانی همچنین جبران هزینه مراکز و ارائه‌کنندگان خدمات برای اجرای برنامه نظام ارجاع (مشوق‌ها) پس از اعلام در ستاد هماهنگی و تصویب در شورای عالی بیمه در قالب بسته نظام پرداخت سطح دو و سه ابلاغ خواهد شد.

### مدیریت اطلاعات

#### ■ الزامات سخت‌افزاری:

- تدوین استانداردهای سخت‌افزاری در تمامی سطوح (شامل کمیت و ویژگی‌های فنی)
- مدیریت منابع سخت‌افزاری (شامل نیازسنجی، برآورد تعداد و هزینه‌های مورد نیاز جهت تأمین) از طریق توسعه سامانه‌های مدیریتی مرتبط
- پیاده‌سازی پزشکی از راه دور از طریق برآورد تجهیزات و زیرساخت مورد نیاز تأمین منابع مالی، تأمین تجهیزات و استقرار آن
- تأمین منابع مالی و برنامه‌ریزی تأمین و استقرار سخت‌افزارهای مربوطه
- سطح یک:
  - تجهیزات شامل: کامپیوتر (PC یا لپ‌تاپ)، بارکدخوان، اسکنر اثرانگشت، پرینتر، مودم
- سطح دو و سه:
  - تجهیزات شامل: کامپیوتر (PC یا لپ‌تاپ)، بارکدخوان، اسکنر اثرانگشت، پرینتر، مودم

### ■ الزامات زیرساختی:

تنظیم تفاهم‌نامه جدید با وزارت ارتباطات درخصوص ارتقاء، کارایی و تعدیل هزینه‌های پروژه شمس توسط مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات وزارت بهداشت

#### ● سطح یک:

کلیه واحدهای ارائه خدمت سطح یک که دارای بیش از پنج 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 سرویس‌های الکترونیک برخوردار باشند.

#### ● سطح دو:

بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سطح دو (خصوصی و دولتی) لازم است از زیرساخت ارتباطی فیبر نوری برخوردار بوده و علاوه بر این یک زیرساخت ارتباطی جایگزین و پشتیبان در راستای رعایت اصول پدافند غیرعامل و جهت اطمینان از عدم قطع زیرساخت ارتباطی و پایدار بودن سرویس‌های الکترونیک وجود داشته باشد.

### ■ الزامات نرم‌افزاری

○ استقرار استانداردها، پروتکل‌ها، راهنماهای بالینی و راهنماهای تجویز درمان سرپایی موجود در سطح یک و دو در قالب موتور قواعد الکترونیک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات (مافا)

○ اتصال سامانه‌های سطح یک و دو به سیستم نوبت‌دهی مافای وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی

○ تعیین حداقل داده‌های مرتبط با ارجاع از سطح یک به سطح ۲ و ۳ و بازطراحی بخش دریافت ارجاع در سامانه‌های سطح ۲ و ۳ توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مرکز مافای وزارت

○ تعیین حداقل داده مرتبط با بازخورد ارجاع از سطح ۲ و ۳ به سطح یک و بازطراحی بخش ثبت بازخورد در سامانه‌های سطح ۱ و ۲ و ۳ معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت

○ بازطراحی بخش دریافت بازخورد ارجاع در سطح یک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت

○ طراحی و پیاده‌سازی فرآیند نظام ارجاع و بازخورد بین سطح یک و دو و سه از مسیر دیتابیس توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و سازمان‌های بیمه‌گر

- تعریف وب‌سرویس‌های ارسال شده از سامانه‌های سطح یک و دو و سه به HealthHUB توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- پیاده‌سازی و استقرار سامانه سکوی مشترک نوبت‌دهی جهت خدمات بالینی و پاراکلینیک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- طراحی نقشه نظام ارجاع بین سطوح یک، دو و سه مبتنی بر GIS توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تدوین و ابلاغ سند دسترسی به اطلاعات حوزه سلامت به تفکیک خدمت، نقش مدیران، کارشناسان، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت و نظارت بر اجرای آن توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- یکپارچه‌سازی سامانه‌های اطلاعاتی موجود در سطوح مختلف ارائه خدمت توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- یکپارچه‌سازی داده‌های سامانه‌های سطوح مختلف ارائه خدمت و طراحی داشبوردهای مدیریتی و سامانه‌های گزارش‌ساز توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- تدوین و اجرای برنامه استانداردسازی پرونده الکترونیک سلامت توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مرکز مافای وزارت
- یکسان‌سازی کدینگ علت مراجعه، تشخیص، دارو، پاراکلینیک و سایر صفات داده‌ای مرتبط توسط مافا، معاونت بهداشت، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر
- تدوین توافق‌نامه سطح خدمات در خصوص سرویس‌های اصلی و واسط نسخه‌نویسی و التزام عملی بر اجرای مفاد توافق‌نامه (SLA) توسط مافا با سازمان‌های بیمه‌گر
- تدوین استانداردها و دستورالعمل اجرایی پزشکی از راه دور در سطح یک و دو توسط مافا، معاونت بهداشت، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر
- به‌روزرسانی سامانه‌های سطح یک و دو منطبق بر ضوابط اجرایی خدمات سلامت پزشکی از راه دور توسط مافا، معاونت بهداشت، معاونت درمان و سازمان غذا و دارو
- تدوین چک‌لیست دانشگاهی ارزیابی آمادگی فنی و پایش برنامه و ارزیابی آمادگی دانشگاه‌ها جهت اجرای نظام ارجاع الکترونیک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- تدوین شاخص‌های ارزیابی وضعیت نظام مدیریت داده مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت

- طراحی الگوی استاندارد طراحی پورتال‌های ثبت نام پزشکان و انتساب جمعیت توسط معاونت بهداشت
- طراحی و پیاده‌سازی پورتال ثبت نام تیم سلامت و ثبت نام و انتساب جمعیت در سامانه‌های سطح یک توسط معاونت بهداشت
- استفاده کاربران در سطوح مختلف از سامانه‌های تأییدشده سطح یک و دو و سه جهت ثبت داده‌های خدمات ارائه شده.

#### ■ الزامات نیروی انسانی (آموزش و توانمندی کاربری سامانه‌ها)

نیروی انسانی شاغل در واحدهای ارائه خدمت لازم است در خصوص استفاده از سامانه‌های مرتبط آموزش دیده و توانایی کار با سامانه‌ها و استخراج داده‌ها و گزارش‌های 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 باید تهیه شده و افراد پس از آموزش و کسب مهارت‌های لازم نسبت به ارائه خدمت براساس این بسته‌های آموزشی اقدام نمایند.
- بیمارستان‌ها / کلینیک‌های تخصصی مکلف هستند در پورتال اختصاصی نوبت‌دهی نسبت به ثبت و به روزرسانی آخرین اطلاعات مرتبط با انواع رشته‌های تخصصی فعال، مشخصات متخصصین و وضعیت زمانی حضور آنان و نوع خدمت قابل ارائه در آن مراکز اقدام نمایند.
- در صورت تشخیص نیاز توسط پزشک خانواده به ارجاع فرد به سطوح بالاتر برحسب نوع تخصص انتخاب شده توسط پزشک، مراکز ارائه‌دهنده خدمت سطوح ۲ و ۳ در نقشه ارجاع و با لحاظ نمودن شرایط بیمار، نوبت‌گیری توسط واحد پذیرش پایگاه / مرکز انجام می‌شود.
- داده‌های ارجاع انجام شده توسط واحد ارائه خدمت سطح یک، بر اساس کد ملی و شناسه ارجاع در سطح ۲ و ۳ قابل فراخوانی است.
- دسترسی اقتضایی پزشک معالج در سطح ۲ و ۳، به داده‌های پرونده سلامت بیمار، با اذن بیمار و از طریق اخذ کد تأییدیه پیامکی فراهم می‌شود. ثبت بازخورد ارجاع مبتنی بر استاندارد تعریف شده در سامانه‌های سطح ۲ و ۳ الزامی است.



## ۷: سطح و فهرست خدمات

ردیف	تخصص‌ها و خدمات	سطح		تخصص‌ها و خدمات	سطح
۱	بخش ویژه (ICU و CCU و...)	سطح ۲	۴۱	فوق تخصص جراحی اطفال	سطح ۳
۲	ENT (گوش و حلق و بینی)	سطح ۲	۴۲	فوق تخصصی - جراحی	سطح ۳
۳	ارتوپدی	سطح ۲	۴۳	فوق تخصصی - جراحی ارتوپدی	سطح ۳
۴	ارولوژی	سطح ۲	۴۴	فوق تخصصی - جراحی ستون فقرات	سطح ۳
۵	اطفال	سطح ۲	۴۵	فوق تخصصی - جراحی عروق	سطح ۳
۶	اورژانس بستری	سطح ۲	۴۶	فوق تخصصی - جراحی فک و صورت	سطح ۳
۷	پوست	سطح ۲	۴۷	فوق تخصصی - جراحی قلب	سطح ۳
۸	جراحی زنان و زایمان	سطح ۲	۴۸	فوق تخصصی - داخلی روماتولوژی	سطح ۳
۹	جراحی عمومی	سطح ۲	۴۹	فوق تخصصی - داخلی ریه	سطح ۳
۱۰	جراحی مغز و اعصاب	سطح ۲	۵۰	فوق تخصصی - داخلی غدد (اندوکرینولوژی)	سطح ۳
۱۱	چشم	سطح ۲	۵۱	فوق تخصصی - داخلی کبد و گوارش	سطح ۳
۱۲	داخلی	سطح ۲	۵۲	فوق تخصصی - داخلی کلیه (نفرولوژی)	سطح ۳
۱۳	داخلی اعصاب (نورولوژی)	سطح ۲	۵۳	فوق تخصصی - داخلی هماتولوژی انکولوژی	سطح ۳
۱۴	روان پزشکی	سطح ۲	۵۴	فوق تخصصی ایمونولوژی و آلرژی اطفال	سطح ۳
۱۵	سوختگی	سطح ۲	۵۵	فوق تخصصی روان پزشکی اطفال	سطح ۳
۱۶	عفونی	سطح ۲	۵۶	فوق تخصصی روماتولوژی اطفال	سطح ۳
۱۷	مسمومیت	سطح ۲ و ۳	۵۷	فوق تخصصی عفونی اطفال	سطح ۳
۱۸	دیالیز	سطح ۲ و ۳	۵۸	فوق تخصصی غدد اطفال	سطح ۳
۱۹	فیزیوتراپی	سطح ۲ و ۳	۵۹	فوق تخصصی قلب اطفال	سطح ۳
۲۰	کاردرمانی	سطح ۲ و ۳	۶۰	فوق تخصصی کلیه اطفال (نفرولوژی)	سطح ۳
۲۱	اپتومتری	سطح ۲ و ۳	۶۱	فوق تخصصی گوارش اطفال	سطح ۳
۲۲	اودیومتری	سطح ۲ و ۳	۶۲	فوق تخصصی نورولوژی اطفال	سطح ۳
۲۳	گفتاردرمانی	سطح ۲ و ۳	۶۳	فوق تخصصی نوزادان	سطح ۳
۲۴	ارتوپروتز	سطح ۲ و ۳	۶۴	فوق تخصصی هماتولوژی انکولوژی اطفال	سطح ۳
۲۵	ویزیت	سطح ۲ و ۳	۶۵	ICU قلب باز	سطح ۳ رفرا



ردیف	تخصص ها و خدمات	سطح	تخصص ها و خدمات	سطح
۲۶	مشاوره تخصصی	سطح ۳ و ۲	ICU سوختگی	سطح ۳ رفرال
۲۷	مشاوره تغذیه	سطح ۳ و ۲	POST آنژیوگرافی	سطح ۳ رفرال
۲۸	مشاوره روان شناسی	سطح ۳ و ۲	انکولوژی (رادیوتراپی)	سطح ۳ رفرال
۲۹	داروخانه	سطح ۳ و ۲	ایمونولوژی	سطح ۳ رفرال
۳۰	آزمایشگاه	سطح ۳ و ۲	پیوند چشم (قرنیه و...)	سطح ۳ رفرال
۳۱	تصویربرداری	سطح ۳ و ۲	پیوند کبد	سطح ۳ رفرال
۳۲	CT Scan	سطح ۳ و ۲	پیوند کلیه	سطح ۳ رفرال
۳۳	MRI	سطح ۳ و ۲	پیوند گوش (کاشت حلزون داخلی و ...)	سطح ۳ رفرال
۳۴	PET Scan	سطح ۳ و ۲	پیوند مغز اسختوان	سطح ۳ رفرال
۳۵	آنژیوگرافی قلبی	سطح ۳ و ۲	طب هسته ای	سطح ۳ رفرال
۳۶	آنژیوگرافی Preferral	سطح ۳ و ۲	نازایی	سطح ۳ رفرال
۳۷	SICU (بخش مراقبت های ویژه جراحی)	سطح ۳	طب ایرانی	سطح ۱ و ۲
۳۸	NICU (بخش مراقبت های ویژه نوزادان)	سطح ۳	ژنتیک	سطح ۳ رفرال
۳۹	PICU (بخش مراقبت های ویژه کودکان)	سطح ۳	جنین شناسی	سطح ۳ رفرال
۴۰	بارداری نیازمند مراقبت بیشتر	سطح ۳		

## قراردادها

- ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستری در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده حسب مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی / سلامت کشور و قوانین مرتبط در چهارچوب مفاد قراردادی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده می رسد، انجام خواهد پذیرفت.
  - طرفین قرارداد ملزم به رعایت کلیه مفاد مندرج در متن قرارداد منعقد شده خواهند بود.
- هر متخصص و یا فوق تخصص باید بر اساس فراخوان داده شده و در موعد مقرر، نسبت به ثبت نام و ارائه مدارک مورد تقاضای برنامه اقدام نماید. این امر از دو طریق ورود به سامانه الکترونیک و یا به طور حضوری انجام پذیر است. سازمان های بیمه به عنوان طرف دوم قرارداد محسوب می گردند.



قرارداد متخصصین و فوق تخصص‌های شاغل در مراکز درمانی دولتی اجباری است که این امر طی فرآیند عقد قرارداد مراکز درمانی با سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گیرد. در بخش خصوصی هر پزشک متخصص و یا فوق تخصص می‌تواند با برنامه، قرارداد منعقد نماید. در صورتی که پزشک متخصص متقاضی فعالیت به عنوان پزشک خانواده باشد، فقط می‌تواند در سطح (۱) فعالیت نموده و قادر به ارجاع به خود و یا دریافت سایر ارجاعات نمی‌باشد.

**تبصره:** بر اساس شیوه‌نامه «نسخه ۰۳» فقط پزشکان متخصص پزشکی اجتماعی و پزشکی خانواده می‌توانند در سطح (۱) فعالیت نمایند. در صورت دریافت تقاضا از سایر رشته‌های تخصصی، موضوع در ستاد اجرایی کشوری قابل طرح است.

• **محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:** معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارائه نموده است. در تهیه نقشه ارجاع باید به نکات ذیل 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 برای تمامی رشته‌ها در هر سطح مشخص شود.
- مسافت بین هر سطح تا سطح بعدی به کیلومتر درج شود.
- در صورتی که در سطح بعدی تخصص مورد نظر موجود نباشد، مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح دارای تخصص مربوطه ترسیم گردد.
- تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و اطلاع‌رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است.

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

#### ■ خدمات سطح ۳:

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



## پایش و ارزشیابی

نظارت (پایش، ارزیابی و ارزشیابی) بر شرایط انجام فرآیندهای اجرایی در مراحل قبل، حین و بعد از آنها از الزامات توفیق برنامه‌ها است. در همین راستا نظارت بر تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بوده، لازم است تمامی سطوح اجرای برنامه توسط مجریان مرتبط (سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان خریدار خدمت، مردم به عنوان گیرنده خدمت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به نمایندگی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان تولیت) نظارت دقیقی را اعمال نمایند.

■ نظارت در سطح ۲ و ۳ (درمانگاه‌های تخصصی / فوق تخصصی و بیمارستان‌ها)  
نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه‌ریزی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارائه خدمت به بیماران در قالب چک لیست‌های نظارتی و براساس سنجش‌های اعتباربخشی ابلاغی توسط دانشگاه / دانشکده انجام می‌شود.

■ پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک  
مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط دانشگاه / دانشکده براساس ضوابط ابلاغی این شیوه‌نامه و چک لیست‌های پایش انجام می‌پذیرد.

## ■ اهداف نظارت

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

## ارزیابی سلامت منطقه‌ای

### ■ شاخص‌ها

**زیرساختی:** شاخص زیرساختی شامل تعداد جمعیت، فضای فیزیکی، تجهیزات سرمایه‌ای، دارو و لوازم مصرفی، و نیروی انسانی است. برخورداری از شاخص‌های این بخش الزامی بوده و بدون برخورداری از حداقل سطح انتظار تعریف شده، امکان ارائه خدمات توسط ارائه‌کننده وجود نخواهد داشت. بدیهی است در صورت نبودن الزامات در نظر گرفته شده در ابتدای شروع به کار تیم سلامت و یا از دست رفتن الزامات فوق در ادامه فعالیت تیم مذکور، این واحد ارائه خدمت باید از نظام ارائه خدمات خارج گردد.

**فرآیندهای ارائه خدمات و عملکرد:** شامل برنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (پس از تأیید ستاد اجرایی استان) است. این برنامه‌ها در هر سال قابل بازنگری توسط تیم‌های تخصصی وزارت بهداشت بوده یا دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (پس از تأیید ستاد اجرایی استان) ابلاغ می‌گردد. شاخص‌های مربوط به این فرآیندها به دو دسته الزامی و اختیاری تقسیم‌بندی می‌شوند. متناسب با شرایط منطقه‌ای هر دانشگاه علوم پزشکی (جمعیتی، جغرافیایی، بیماری‌های شایع و ...)، تعدادی از این شاخص‌های اختیاری را انتخاب نموده، سپس برای شاخص‌های انتخاب شده، وزن دهی و محاسبه نهایی صورت خواهد گرفت. این کار توسط تیم‌های کارشناسی تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد و پس از تصویب در ستاد اجرایی استان، لازم‌الاجرا می‌باشد.

**ارجاعات:** شامل ارجاع افقی (از مراقب به پزشک و سایر اعضای تیم سلامت) و ارجاعات عمودی (از پزشک سطح ۱ به ۲ و سطح ۲ به ۳)، داروخانه و پاراکلینیک است که باید در بستر الکترونیک انجام شود. این شاخص‌ها نشان خواهند داد که ارائه خدمات توسط سطوح پائین‌تر بدون دلیل و خارج

از راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های ابلاغی، توسط سطوح بالاتر انجام نگردد. نتایج و تحلیل این شاخص‌ها در هر فصل در ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان و استان مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم‌گیری مناسب منطقه‌ای صورت می‌پذیرد.

**خدمات تخصصی سطوح ۲ و ۳:** شامل خدمات تشخیصی درمانی سرپایی، بستری و بازتوانی است. این شاخص‌ها نشان خواهند داد که ارائه خدمات در سطوح تخصصی ۲ و ۳ با کمیت و کیفیت مناسب بر اساس راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های ابلاغی، انجام می‌شود. نتایج و تحلیل این شاخص‌ها در هر فصل در ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان، استان و هیأت رئیسه دانشگاه‌ها مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم‌گیری مناسب منطقه‌ای صورت خواهد گرفت.

**وضعیت سلامت منطقه‌ای:** شامل وضعیت کلی سطح سلامت منطقه (محل، 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 ... می‌باشد. این شاخص‌ها می‌توانند بر اساس اطلاعات موجود و یا انجام پیمایش‌های منطقه‌ای و یا کشوری، احصاء گردند. این پیمایش‌ها بر اساس اولویت‌های منطقه‌ای و پس از تصویب طرح اولیه آن در ستاد اجرایی پزشک خانواده استان و تأمین اعتبار توسط معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا خواهد بود.

- ساختار و شیوه اجرا
- کمیته فنی پایش و نظارت مرکز
- کمیته فنی پایش و نظارت شهرستان
- کمیته فنی پایش و نظارت استان

**سامانه و داشبورد:** داده‌های مورد نیاز برای کلیه این شاخص‌ها از سه منبع، سامانه‌های موجود، بازدیدهای میدانی و پیمایش‌های انجام شده تهیه می‌شود. اطلاعات حاصله، از طریق داشبوردهای مناسب به اطلاع ذینفعان کلیه سطوح خواهد رسید.

#### ■ تیم ارزیاب:

تیم‌های ارزیابی در سطوح ملی، منطقه‌ای، دانشگاهی و شهرستانی با استفاده از نیروهای توانمند و آموزش دیده با محوریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر پایه، با ابلان رئیس ستاد اجرای آن سطح تشکیل می‌شود.

## شیوه اجرای پایش و نظارت:

### ■ قبل از استقرار:

قبل از استقرار برنامه یکی از مهم‌ترین اقدامات، شناسایی و تحلیل وضعیت موجود است که شامل دو بخش می‌باشد:

شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت و امکانات مورد نیاز برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (جمعیت، تعداد پزشک، ماما، داروخانه و ...)

### □ شاخص‌های بهداشتی منطقه

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

این تیم‌ها 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 معاونت‌های بهداشت و درمان، انجمن‌های تخصصی و ...)، داده‌های مورد نیاز را مطابق با استانداردهای ابلاغی جمع‌آوری نموده و بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه‌ای تحت عنوان وضعیت موجود شهرستان آماده می‌نمایند و به کمیته فنی پایش، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل می‌دهند.

شاخص‌های بهداشتی منطقه به دو دسته تقسیم می‌شوند: دسته اول شاخص‌هایی که در شهرستان موجود می‌باشند مانند، شاخص‌های جمعیتی، شاخص‌های مرگ‌ومیر، شاخص‌های مولید، شاخص‌های تن‌سنجی، شاخص‌های بیماری‌های غیرواگیر و ... که توسط تیم‌های ارزیاب از منابع موجود در شهرستان تهیه می‌گردد. دسته دوم شاخص‌هایی که در شهرستان موجود نبوده، با طراحی پیمایش‌های منطقه‌ای تهیه می‌شوند و بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه‌ای تحت عنوان «شاخص‌های سلامت شهرستان» آماده شده، به کمیته فنی پایش، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل داده می‌شود.

### ■ بعد از استقرار

بعد از استقرار پزشک خانواده، سالانه تیم‌های ویژه ارزیاب با استفاده از سامانه‌های الکترونیک و سایر منابع اطلاعاتی شاخص‌های بهداشتی منطقه را مطابق با استانداردهای ابلاغی استخراج نموده، بعد از تجزیه و تحلیل این شاخص‌ها و مقایسه با شاخص‌های شهرستان، قبل از اجرای برنامه پزشکی خانواده،

میزان تحقق اهداف اجرای برنامه را تعیین می‌نمایند و در قالب گزارشی تحلیلی در اختیار ستاد اجرای شهرستان و استان قرار می‌دهند.

**توجه ۱:** چنانچه شاخصی با استفاده از داده‌های موجود در شهرستان قابل استخراج نباشد با استفاده از پیمایش شهرستانی شاخص مورد نظر را محاسبه می‌نمایند.

**توجه ۲:** اهداف اجرای برنامه پزشک خانواده به‌طور سالانه از طرف ستاد اجرای استان و برش شهرستانی آن توسط ستاد اجرایی شهرستان تعیین و به تیم‌های ارزیاب اعلام می‌شود.

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

#### □ شاخص‌های زیرساختی:

برای احصاء این شاخص‌ها، علاوه بر خود اظهاری تیم سلامت، تیمی متشکل از مراقب ناظر، کارشناس شبکه، نماینده سازمان‌های بیمه‌گر پایه در هر سه ماه براساس بازدیدهای دوره‌ای و پایان دوره اقدام می‌نماید. اطلاعات مربوط به شاخص‌های مذکور در سامانه اختصاصی وارد شده، به رویت تیم سلامت، گسترش شهرستان و سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌رسد.

#### □ شاخص‌های عملکردی:

احصاء این شاخص‌ها، از دو طریق سامانه‌های موجود و بازدید میدانی صورت می‌گیرد. دریافت اطلاعات از سامانه‌های موجود توسط کارشناسان شبکه از طریق داشبورد ویژه که بدین منظور طراحی می‌گردد و بازدید میدانی حسب مورد توسط تیم ناظر مراکز جامع خدمات سلامت یا کارشناسان گروه‌های تخصصی ستاد شبکه شهرستان انجام می‌شود.

## نحوه پایش شاخص‌های عملکردی

### الف) در خصوص آیت‌هایی که از سامانه قابل استخراج هستند.

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

### ب) در خصوص آیت‌هایی که از سامانه قابل استخراج نیستند.

در هر پایش حداقل به تعداد پیش‌بینی شده در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) پرونده که در سه ماه اخیر مراقبت برای آنها ثبت شده باشد، به صورت رندوم انتخاب شده و به صورت کامل از نظر ثبت کلیه مراقبت‌ها، آزمایش‌ها، سونوگرافی در صورت لزوم، انجام و ثبت پیگیری‌ها، پاسخ ارجاعات دریافتی از سطح ۱، ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم و ثبت نتایج پسخوراند، ارائه آموزش‌های لازم و ... بررسی شده و حاصل آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) وارد می‌گردد.

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

زمان انجام پایش‌ها در طول هر دوره ارزیابی (۹۰ روز) می‌باشد.

محل انجام پایش‌ها پایگاه پزشک خانواده شهری و/ یا محل سکونت و/ یا محل کار و/ یا سطوح ۲ و ۳

ارائه خدمت بوده و مطابق پیوست شماره ۸ انجام خواهد شد.

**تبصره:** عملکرد پیشگراگان محیطی، ۲۰ درصد سالانه توسط تیم پیشگرا ستاد

شهرستان و ۵ درصد توسط پیشگراگان استانی مورد ممیزی قرار می‌گیرد.

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

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه‌ریزی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارائه خدمت به بیماران در قالب طرح پزشکی خانواده با چک‌لیست‌هایی که با رویکرد این برنامه تهیه می‌گردد، انجام خواهد شد.



## ■ پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک

مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شامل "استانداردها و دستورالعمل‌های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع" است. پایش و ارزیابی برنامه بر اساس شاخص‌های پایش تعیین شده از محیطی‌ترین قسمت یعنی بخش‌های درمانگاه تخصصی و اورژانس، پذیرش و تمامی بخش‌های موجود در بیمارستان سطح ۲ شروع شده، تا انتهای‌ترین بخش بیمارستان‌های سطح ۳ ادامه می‌یابد.

## ■ بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان

### ■ آموزش دانشگاهی و توانمندسازی مستمر ارائه‌دهندگان خدمات:

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

### ■ روش آموزش:

- روش ترکیبی (حضور و مجازی) با توجه به محتوای آموزشی و مهارت موردنیاز طراحی شود، به طوری که روش آموزش حضوری در بدو خدمت و روش ترکیبی برای حین خدمت برنامه‌ریزی گردد.
- پایش و ارزشیابی آموزش‌های ارائه شده
- به روزرسانی چک لیست جهت شیوه ارزشیابی آموزش‌های انجام شده
- استفاده از مدل‌های ارزشیابی استاندارد (مانند مدل کرک پاتریک و روش‌های مصاحبه و.....)، روش خود ارزیابی جهت ارزشیابی آموزش‌های داده شده



- ایجاد ارتباط بین پایش و ارزشیابی با آموزش با اعمال بازخورد جهت اصلاح فرآیند آموزشی و نیازسنجی آموزشی مبتنی بر نتایج بررسی‌ها توسط چک لیست‌های ارزشیابی موجود
- برگزاری مستمر پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای از آموزش‌های انجام شده



## آموزش و توانمندسازی کارکنان

### آموزش و توانمندسازی کارکنان

فلسفه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در مسئولیت پذیری و پاسخگویی برای ایفای نقش کارآمدتر در جهت بهره‌گیری اثربخش از یافته‌های آموزشی و فرآیند یادگیری بوده است.

از این رو با عنایت به ضرورت ارتقای کارایی عملکرد شبکه‌های بهداشتی درمانی برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده در چارچوب ساختار شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت لازم است تا با بازخوانی ماموریت و نقش حوزه آموزش ضمن بازنگری به فرآیندهای جاری و آسیب‌پذیری آنها اقدام اصلاحی برای بهره‌گیری درست از ظرفیت‌های موجود فراهم گردد.

مداخلات پیش‌بینی شده مبتنی بر برنامه‌ها و فعالیت‌های بسته خدمات پایه و وظائف متنوع در سطوح نظام ارائه خدمات باید باز تعریف شود، انتظار می‌رود با بازنگری وظایف حیطة‌های مهارتی و دانشی بر اساس فرآیند تعریف شده و مشخص مورد بازبینی قرار گیرد. همچنین انتظار می‌رود مهارت آموزشی کلیه کارکنان بهداشتی و درمانی و اعضای محترم هیأت علمی بر اساس سیاست‌های کلی جمعیت، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مورد بازبینی قرار گیرد.

ظرفیت‌های بالقوه موجود در حوزه آموزش و پژوهش می‌تواند برای ارتقای سطح مهارت و توانمندی دانش‌آموختگان مورد استفاده قرار گیرد و عملیاتی نمودن آن مستلزم اتخاذ استراتژی‌های اجرایی و سازوکارهایی است که زمینه همکاری و مداخلات اعضای محترم هیأت علمی و گروه‌های آموزشی را بیش از گذشته فراهم آورده و سبب می‌شود تا این همکاری‌ها از ضمانت اجرایی لازم برخوردار باشند.

بدون شک، دستیابی به اهداف پیش‌بینی‌شده برای رسیدن به دانشگاه‌های نسل سوم، چهارم و پنجم نیازمند تقویت و توسعه مداخلات اجتماعی دانشگاه‌ها براساس برنامه و فعالیت‌های اثر بخش در شناسایی مشکلات، واکاوی درست علل و عوامل آنها است، هدایت ظرفیت و توان علمی اعضای محترم هیأت علمی برای اتخاذ روش‌های کارآمد در حل مشکلات سلامتی و همچنین پیروی جمیعت و لحاظ نمودن خدمات آنان به عنوان معیارهای ارزشیابی سالانه و ارتقا و حتی بازنگری در روش پرداخت و اثرگذاری آن در کارکرد متخصصین محترم در واحدهای ارائه خدمات می‌باشد.

در واقع توسعه مراقبت‌های سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره‌گیری از برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استراتژی اثربخش برای ساماندهی و هدایت نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است، این اتفاق را باید به عنوان فرصتی ارزشمند برای اصلاح و هدایت برنامه‌ها دانست، با توجه به شرایط پیش رو باید متعهد شویم ضمانت اجرایی مورد نیاز را در حوزه آموزش و پژوهش برای مداخله و مشارکت اعضای محترم هیأت علمی در حوزه سلامت را به عنوان یک ارزش مهم فراهم آوریم و در چارچوب ساختاری مشخص تدوین و به عنوان یکی از عوامل مهم کارکردی به دانشگاه‌ها ابلاغ نماییم تا با نظارت درست میزان موفقیت آنها در دوره‌های زمانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

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

- تدوین و انعقاد تفاهم‌نامه بین معاونت بهداشت و آموزش
  - بر اساس تفاهم‌نامه منعقد شده بین معاونت بهداشت و معاونت آموزشی وزارت بهداشت برنامه‌ریزی لازم در جهت آموزش پزشکی جامعه‌نگر و توانمندسازی مستمر ارائه‌دهندگان خدمات در قالب برگزاری دوره‌های تکمیلی تخصص پزشکی خانواده، MPH، Family Physicin، Bridging Program تربیت مراقب سلامت و....
  - بازنگری، توسعه و الزام بر اجرای کامل دوره پودمانی مجازی پزشکی خانواده جهت همه پزشکان خانواده قبل و پس از ورود به سیستم بهداشتی-درمانی
  - گذراندن دوره‌های آموزشی بسته‌های رایج در بدو خدمت جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - آموزش مستمر و مداوم بسته‌های خدمتی در پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - تدوین، ایجاد، دسترسی و به روزرسانی راهنماهای بالینی و بسته‌های خدمت
  - استفاده از ظرفیت متخصصین پزشکی خانواده در توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت

- کلیه دوره‌های مذکور باید توسط معاونت آموزشی و سایر معاونت‌های ذیربط و حسب هماهنگی‌های موردنیاز از جمله بورد تخصصی پزشکی خانواده، دبیرخانه‌های آموزش پزشک عمومی و تخصصی و همکاری مرکز توسعه آموزش پزشکی طراحی گردد.
- فراهم نمودن جلب مشارکت معاونت درمان و غذا و دارو
- اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع پزشکی عمومی و تحصیلات پایه با تأکید بر بومی‌گزینی و تاهل چند فرزندپروری
- اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی و هدفمند نمودن تربیت نیروی متخصص براساس نیازهای نظام سلامت و تاهل و چند فرزنددی
- اصلاح و بازنگری جدی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای ارتقای سطح توانمندی و ایفای نقش موثر در نظام ارائه خدمات، با توجه ویژه به سرفصل‌های آموزشی جوانی جمعیت نظیر عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری و عوارض سقط عمدی جنین و ...
- حمایت از برنامه‌های پایان‌نامه دانشجویانی که برای شناسایی و حل مشکلات سلامت پایان‌نامه‌های مرتبط با خانواده، فرزندآوری و رشد جمعیت ارائه طریق دارند.
- تقویت و توسعه و استحکام فرآیندهای ضروری و مورد نیاز برای بهره‌گیری درست از ظرفیت مراکز آموزش به‌روری به‌عنوان مرکز آموزش و بازآموزی پرسنل نظام ارائه خدمات استان و جامع‌نگرترین مرکز آموزشی. این کار از طریق تعامل و هماهنگی مشارکت مراکز آموزش به‌روری در آموزش‌های عملی دانشجویان تحقق می‌یابد.
- راه‌اندازی مراکز خدمات جامع و همگانی سلامت به‌عنوان عرصه آموزش دانشجویان با رویکرد یادگیری مبتنی براساس شناسایی مشکل<sup>۱</sup> (PBL) و یادگیری برای بهبود عملکرد<sup>۲</sup> (LBD)
- اقدامات لازم برای اصلاح معیارهای ارزشیابی و اعتباربخشی مراکز آموزشی و بازبینی آیین‌نامه ارتقای اعضای محترم هیأت علمی مبتنی بر ادغام خدمات آموزشی در سطح یک

---

1. Problem- Based Learning

2. Learning By Doing



## منابع:

- ۱- دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۲-۰۲ - معاونت بهداشت
- ۲- دستورالعمل برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده نسخه ۲۲ - معاونت بهداشت
- ۳- دستورالعمل برنامه تأمین و ارتقا مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری نسخه ۶ - معاونت بهداشت
- ۴- کتاب استانداردهای شبکه بهداشت و درمان - مرکز مدیریت شبکه
- ۵- کتاب خدمات سلامت و جوانی جمعیت سطح اول - معاونت بهداشت
- ۶- مصوبات نشست سه روزه اتاق فکر صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان - سال ۱۴۰۰
- ۷- مصوبات نشست سه روزه صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان - گرگان - سال ۱۴۰۱
- ۸- مجموعه دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های استحقاق سنجی درمان - معاونت بهداشت
- ۹- کتاب بیمه پایه سلامت جمهوری اسلامی ایران
- ۱۰- استانداردها و راهنماهای بالینی خدمات سلامت: Heta.behdasht.gov.ir



# Program Instruction

# Family Medicine & Referral System

————— In Urban Areas —————

Version 03