



برنامه ستاد اجرایی کشوری
برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، چراغ راه سلامت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
معاونت بهداشت

دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع



نظام سلامت مؤثر و پایدار بر پایه :
پوشش همگانی، دسترسی عادلانه، مراقبت مداوم و هماهنگی اثربخش خدمات
استوار است.

شواهد گسترده بین المللی نشان داده اند که نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبتهای اولیه (PHC) یکی از کارآمدترین سازوکارها برای تحقق این اهداف است. شواهد حاصل از مرورهای نظام مند و متاآنالیزها تأکید میکند که **نقطه ورود واحد، انتساب و نام نویسی جمعیت، مسئولیت پذیری تیم سلامت و جریان ارجاع ساختاریافته** کلیدهای اصلی کارکرد مؤثر نظام پزشک خانواده هستند و میتوانند ۲۰ تا ۳۰ درصد از مراجعات غیرضروری به سطوح بالاتر را کاهش داده و عدالت جغرافیایی در دسترسی را بهبود بخشند.



سازمان جهانی بهداشت در گزارشهای ۲۰۰۸، ۲۰۱۸ و ۲۰۲۱ خود و همچنین کمیسیون مشترک (OECD-WHO) در سال ۲۰۲۰، توصیه میکند که:

"نظامهای سلامت برای ایجاد انسجام عملکردی، **نیازمند** پزشک خانواده به عنوان نقطه ثقل مراقبتهای اولیه (PHC) و نظام ارجاع به عنوان سازوکار تنظیم تقاضا هستند".

در این چارچوب، پزشک خانواده نه تنها ارائه دهنده **خدمات اولیه**، بلکه نقش محوری در **تولیت (Stewardship)**، **مدیریت خطر** سلامت جمعیت، **هدایت بیمار در مسیرهای بالینی** و **هماهنگی بین بخشی** دارد.



1. انتساب و ثبت نام جمعیت و مسئولیت پذیری تیم سلامت در قبال سلامت جمعیت
 2. نقطه ورود واحد برای مدیریت منطقی تقاضا و افزایش اثربخشی مسیرهای خدمات
 3. نظام ارجاع ساختاریافته و دوطرفه برای تضمین پیوستگی مراقبت
 4. مدل‌های پرداخت همسو با اهداف شامل سرانه تعدیل شده، پرداخت مبتنی بر عملکرد، و مشوق‌های کیفیت
 5. استفاده از فناوریهای دیجیتال سلامت شامل پرونده الکترونیک سلامت، مسیرهای بالینی هوشمند و پیش مجوز هوشمند
- شواهد جهانی پنج مؤلفه را برای موفقیت برنامه ضروری دانسته اند:



این دستورالعمل با هدف:

تنظیم ساختارها، نقشها، مسئولیتها، مسیرهای ارائه خدمت، الزامات حکمرانی،
نظام پرداخت و سازوکارهای ارزیابی عملکرد در برنامه پزشکی خانواده و نظام
ارجاع تدوین شده است.

➤ توجه به نظام ارجاع در ایران بر پایه اصول حاکم بر نظام سلامت جمهوری
اسلامی ایران به عنوان یکی از ستونهای اصلی ارائه خدمات محسوب میگردد.



تعریف واژگان :

پزشک خانواده : پزشک خانواده فردی دارای حداقل مدرک دکترای حرفهای پزشکی و مجوز معتبر کارپزشکی است.

مراقبتها و خدمات سلامت: مجموعه اقدامات و فعالیتهای انجام شده برای حفظ، بازیابی یا ارتقای سلامت یک فرد یا جامعه که توسط نیروهای حرفهای بخش سلامت و افراد دیگر تحت هدایت آنها و در بستر نظام سلامت در سطوح مختلف ارائه میشود.

مراقبتهای اولیه سلامت: این مراقبتهای اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار میکنند، نزدیک کرده و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل میدهد.



مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت : شامل فرایند خدمات غربالگری و بیماریابی در جهت تشخیص زودرس عوامل خطر و پیشگیری از بیماریها، آموزش بهداشت و مشاوره، پیشگیری دارویی و ایمنسازی و مایه کوبی (واکسیناسیون) است.

فوریت‌های پزشکی و مراقبت‌های پیش بیمارستانی : مجموعه خدمات فوریت‌های پزشکی که در محل وقوع حادثه یا پیش از رسیدن بیمار به مراکز درمانی، با هدف حفظ حیات، کاهش آسیب‌های جسمی و روانی و بهبود پیامدهای درمانی ارائه میگردد. این خدمات شامل ارزیابی اولیه، اقدامات درمانی پایه یا پیشرفته، تثبیت وضعیت بیمار و انتقال ایمن وی به مراکز درمانی بوده و توسط نیروهای آموزش دیده در قالب سامانه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) پیشبیمارستانی ارائه میشود.

مراقبت‌های درمانی : فرایند ارائه خدمات بالینی تشخیصی و درمانی که توسط گروه‌های سلامت دارای صلاحیت حرفه‌ای نظیر پزشکان، پرستاران، ماماها، دندانپزشکان و سایر اعضای حرفه‌ای وابسته پزشکی، با هدف شناسایی زودهنگام، درمان و مهار (کنترل) بیماریها در سطوح مختلف نظام سلامت ارائه میگردد.

مراقبت‌های توانبخشی : فرایند ارائه خدمات تخصصی که به یک فرد کمک میکند تا تواناییهای جسمی، ذهنی و شناختی (تفکر و یادگیری) را که به دلیل هرگونه آسیب و بیماری و حتی دریافت خدمات درمانی کاهش یافته، ارتقاء دهد.



سطح پایه: سطح فردی، خانواده و جامعه که خدمات خودمراقبتی فرد و خانواده و خدمات مشارکت اجتماعی در این سطح قرار دارد.

سطح اول (خدمات / مراقبت‌های اولیه سلامت فرد، خانواده و جامعه): شامل پیشگیری، آموزش و افزایش سواد سلامت فرد و خانواده، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماریها براساس بسته خدمت بر اساس گروه‌های سنی از جنینی تا کهنسالی .

(نظیر خدمات و مراقبت‌های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان، پیشگیری و تشخیص بهنگام ناباروری، ارائه مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین و ...)، کاهش بار روانی و هزینه های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خودبه خودی، برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج به هنگام، آسان، موفق و پایدار، ارجاع و پیگیری نتیجه ارزیابی، غربالگری بیماری، تدبیر مدیریت فوریتها، خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، بهداشت محیط مدارس، پیشگیری و مبارزه بابیماریهای واگیر و غیرواگیر، ارائه آموزشهای طب ایرانی برای ترویج شیوه زندگی سالم، مدیریت خطر در حوادث و بلایا، خدمات مشارکت اجتماعی (سازمانهای مردم نهاد، گروههای جهادی، بسیج جامعه پزشکی و بسیج محله، داوطلبان سلامت)، نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت، توانمندسازی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت، خدمات آموزش همگانی و ترویجی و افزایش سواد سلامت، میباید)

سطح بندی :

چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد.



ارجاع: به صورت افقی (ارجاع در یک سطح) و عمودی (ارجاع از یک سطح به سطح دیگر) صورت میگیرد. ارجاع عمودی در قالب نقشه ارجاع صورت پذیرد.

نقشه ارجاع الکترونیک: چارچوب ساختاریافته و دیجیتالی است که مسیر، سطوح، نقشها و تعاملات بین ارائه کنندگان خدمات سلامت از سطح اول تا سوم در ارجاع بیماران را تعیین میکند.

بازخورد: خدمتی است که در قالب فرایندی نظام مند، اطلاعات مربوط به عملکرد ارائه دهندگان خدمت (پزشک خانواده، سطوح تخصصی، مراقبین سلامت و ...) و نتایج ارجاع و پیگیری بیماران به صورت رسمی و ساختارمند بین سطوح مختلف نظام ارجاع مبادله میشود، تا موجب اصلاح رفتار حرفه ای، بهبود تصمیم گیری بالینی، ارتقای کیفیت مراقبت و افزایش پیوستگی خدمات سلامت گردد.

نظام ارجاع:

سازوکاری سازمان یافته و سطح بندی شده برای ارائه خدمات سلامت که در آن ارائه خدمت به بیمار از سطح اول آغاز شده و در صورت نیاز بر اساس ضوابط مشخص به سطوح بالاتر ارجاع داده میشود.



سطح دوم : خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط **واحدهای سرپایی** موجود در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل ویزیت متخصص و فوق تخصص، خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی / نوتوانی تخصصی، اقدامات بالینی، مشاوره خدمات دارویی و فراورده های مربوط، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند. با استقرار نظام ارجاع، عمده این خدمات از مسیر تعیین شده در اختیار ارجاع شدگان **از سطح اول** خدمات قرار میگیرند. واحد خدمات سلامت در سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد، تیم سلامت ارجاع کننده را از نتیجه، برنامه و پیشرفت درمان مطلع سازد.

سطح سوم : خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط **واحدهای بستری** موجود در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی /نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریتهای تخصصی، اقدامات بالینی، مشاوره خدمات دارویی و فراورده های مربوط، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به صورت بستری یا بستری اورژانس هستند. با استقرار نظام ارجاع، عمده این خدمات از مسیر تعیین شده در اختیار ارجاع شدگان **از سطح دوم** خدمات قرار میگیرند. واحد خدمات سلامت در سطح سوم موظف است با ارائه بازخورد، تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه و پیشرفت درمان مطلع سازد.



خدمات سلامت از راه دور: به رهگیری از زیرساختهای فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) و توانمندیهای هوش مصنوعی به منظور تسهیل ارائه خدمات سلامت در تمامی سطوح از طریق ارتباطات مجازی. این خدمات با هدف ارتقای دسترسی، تسریع فرایندهای ارجاع بیمار و بهبود انتقال و تبادل داده های سلامت بین سطوح مختلف نظام ارائه خدمات، طراحی و اجرا میشوند.



بسته خدمات سلامت : بسته خدمات سلامت، مجموعه خدمات به هم پیوسته مبتنی بر گروه‌های سنی و برنامه‌های اولویت‌دار سلامت می‌باشد که بر اساس اولویت‌بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت تعریف می‌شود. بسته خدمات سلامت سطح یک در پیوست شماره 1 این شیوه‌نامه ذکر شده است.

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع: برنامه جامع، مستمر و یکپارچه ارائه فعال بسته‌های استاندارد مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی اولیه و درمانی است که مبتنی بر سطوح ارائه خدمات با مشارکتهای فرد و جامعه بر اساس هماهنگی درون سازمانی و بین بخشی، مطابق با محدوده‌ی جغرافیایی، با رعایت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک در چارچوب شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌شود.

پرونده الکترونیک سلامت (EHR): مجموعه‌ای سیستماتیک از اطلاعات سلامت بیمار و جمعیت است که به صورت الکترونیکی در قالب پرونده سلامت فرد ذخیره شده است. این سوابق را میتوان در محیط‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی به اشتراک گذاشت. سوابق از طریق مبادلات اطلاعات بین سیستم‌های اطلاعاتی متصل به شبکه، سازمانی یا سایر شبکه‌ها به اشتراک گذاشته میشوند. EHR ممکن است شامل طیف وسیعی از داده‌ها از جمله جمعیت‌شناسی، سابقه پزشکی، دارویی و آلرژی، خلاصه پرونده بستری، سوابق بارداری، طب سالمندی، وضعیت ایمنسازی، نتایج آزمایشات، تصاویر رادیولوژی، علائم حیاتی، اطلاعات شخصی مانند سن و وزن، سوابق اپیدمیولوژیک و اطلاعات صورتحساب و سایر اطلاعات مرتبط با ارائه خدمات سلامت باشد. امکان دسترسی به اطلاعات فرد توسط اعضای تیم سلامت و سایر افراد ذیصلاح **صرفاً منوط به رعایت الزامات** (نقشه راه سلامت الکترونیک و قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی) و حفظ حریم خصوصی وجود دارد.



پوشش همگانی سلامت (UHC): دسترسی همه مردم به طیف کاملی از خدمات سلامت با کیفیت مناسب، در زمان و مکان مورد نیاز، بدون مشکلات مالی به همراه تداوم کامل این خدمات از ارتقای سلامت گرفته تا پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبتهای تسکینی در طول زندگی را پوشش میدهد.

تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که مراقبت و خدمات سلامت را به جمعیت تحت پوشش در واحد ارائه خدمت سطح یک ارائه میدهند.

مراقب سلامت: فردی که در اولین سطح ارائه خدمت، ارائه خدمات در قالب بسته های خدمت مراقبتی و درمانی بر عهده اوست.

پزشک همپوشان: پزشکی است که توسط پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش معرفی میشود تا در صورت عدم حضور ایشان خدمات بهداشتی و درمانی را در قالب بسته خدمتی سطح یک ارائه مینماید.

جمعیت تحت پوشش: کلیه جمعیت ساکن ایرانی و غیر ایرانی دارای بیمه پایه در مناطق شهری و روستایی که در سامانههای سطح یک ثبت نام شده اند.



درمانگاه تخصصی/کلینیک ویژه مستقل: واحد ارائه دهنده خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی، درمانی و توانبخشی سرپایی دولتی و یا غیردولتی است که با عناوین درمانگاه تخصصی /کلینیک ویژه داخل و یا خارج از بیمارستان (مستقل)، خدمات تخصصی و فوق تخصصی را به بیماران ارائه مینماید.

محدوده دسترسی: تقسیم بندی جغرافیایی که براساس اصول و ضوابط نظام شبکه به منظور سهولت در دریافت خدمت جمعیت تحت پوشش از نظام سلامت، طراحی گردیده است.

ایستگاه ارجاع: واحدی مستقر در کلیه مراکز درمانی **سرپایی** و **بستری** مشمول برنامه که به منظور هماهنگی، پیگیری و مدیریت بیماران ارجاع شده ایجاد گردیده است و مسئول آن دارای ابلاغ از سوی رئیس مرکز میباشد. وظایف ایستگاه ارجاع شامل مدیریت نوبت دهی، مدیریت پذیرش بیماران ارجاعی، هدایت بیمار ارجاعی برای دریافت خدمت و پیگیری مراجعین میباشد.



شبکه ارائه خدمات: در این دستورالعمل مراکز تحت پوشش دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی، مراکز تابعه سازمان تامین اجتماعی (بخش ثابت شبکه ارائه خدمت) و سایر مراکز غیردولتی طرف قرارداد سازمانهای بیمه گر پایه (بخش متغیر شبکه ارائه خدمت) که در قالب نقشه (مسیر) ارجاع به بیماران ارائه خدمت مینمایند؛ به عنوان شبکه ارائه خدمات شناخته میشوند.

ارائه خدمت خارج از شبکه: در این دستورالعمل مراکز تشخیصی و درمانی فاقد هرگونه قرارداد خرید راهبردی با سازمانهای بیمه گر پایه که در نقشه (مسیر) ارجاع تعریف نشده اند، با عنوان مراکز خارج از شبکه شناخته میشوند.

خدمت بیتوته: خدمات درمانی و دارویی اورژانسی است که در ساعات غیراداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل) در مرکز جامع سلامت روستایی ارائه میگردد.



فرایند اجرای برنامه پزشک خانواده



سطح یک ارائه خدمت

1. فرایند اجرای برنامه پزشکی خانواده بر پایه ارائه خدمات سلامت جامع، پیوسته و نظام مند در سطح اول و ارتباط مؤثر با سطوح بالاتر ارائه خدمات طراحی شده است.
2. پوشش بیمه پایه سلامت برای تمامی ساکنان ایرانی و اتباع قانونی دارای بیمه پایه سلامت، رکن اساسی برنامه است. هر فرد برای ورود به برنامه میبایست تحت پوشش یکی از سازمانهای بیمه گر پایه سلامت باشد و در صورت عدم وجود بیمه پایه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران به استناد بند "الف" ماده 37 برنامه هفتم پیشرفت مکلف است این جمعیت را تحت پوشش قرار دهد. کلیه جمعیت تحت پوشش استحقاق سنجی بیمه ای میشوند
3. سازمانهای بیمه گر پایه مکلف به رعایت "شیوه نامه رفع همپوشانی سازمانهای بیمه گر" خواهند بود و در صورت هرگونه همپوشانی بیمه ای براساس شیوه نامه مذکور همپوشانی برطرف میگردد.



4. تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده علاوه بر ارائه فعال مراقبتهای بهداشتی و محله و جامعه محور، آموزش خودمراقبتی؛ خدمات درمانی سطح اول را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه مینماید و مسئول هدایت و هماهنگی کلیه خدمات سلامت، پیگیری مراقبتها و اطمینان از استمرار خدمت برای افراد تحت پوشش است.
5. تیم سلامت نسبت به برقراری ارتباط پایدار (از طریق برنامه های الکترونیکی و پیامک) با جمعیت منتسب اقدام مینماید.
6. در صورت نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری (سطح دو و سه)، ارجاع صرفاً براساس نقشه ارجاع الکترونیک و با استفاده از سامانه های نوبت دهی صورت میپذیرد. پس از ارائه خدمات تخصصی، بازخورد الکترونیکی از طریق سامانه های بیمارستانی و کلینیکی به سامانه سطح یک (پزشک خانواده) ارسال میگردد تا مراقبتها در سطح اول تداوم یابد. این فرایند به صورت الکترونیکی، دوسویه و مستمر اجرا میشود. و محور اصلی آن پیوستگی مراقبت و پاسخگویی تیم سلامت و ارتقای کیفیت خدمات است.



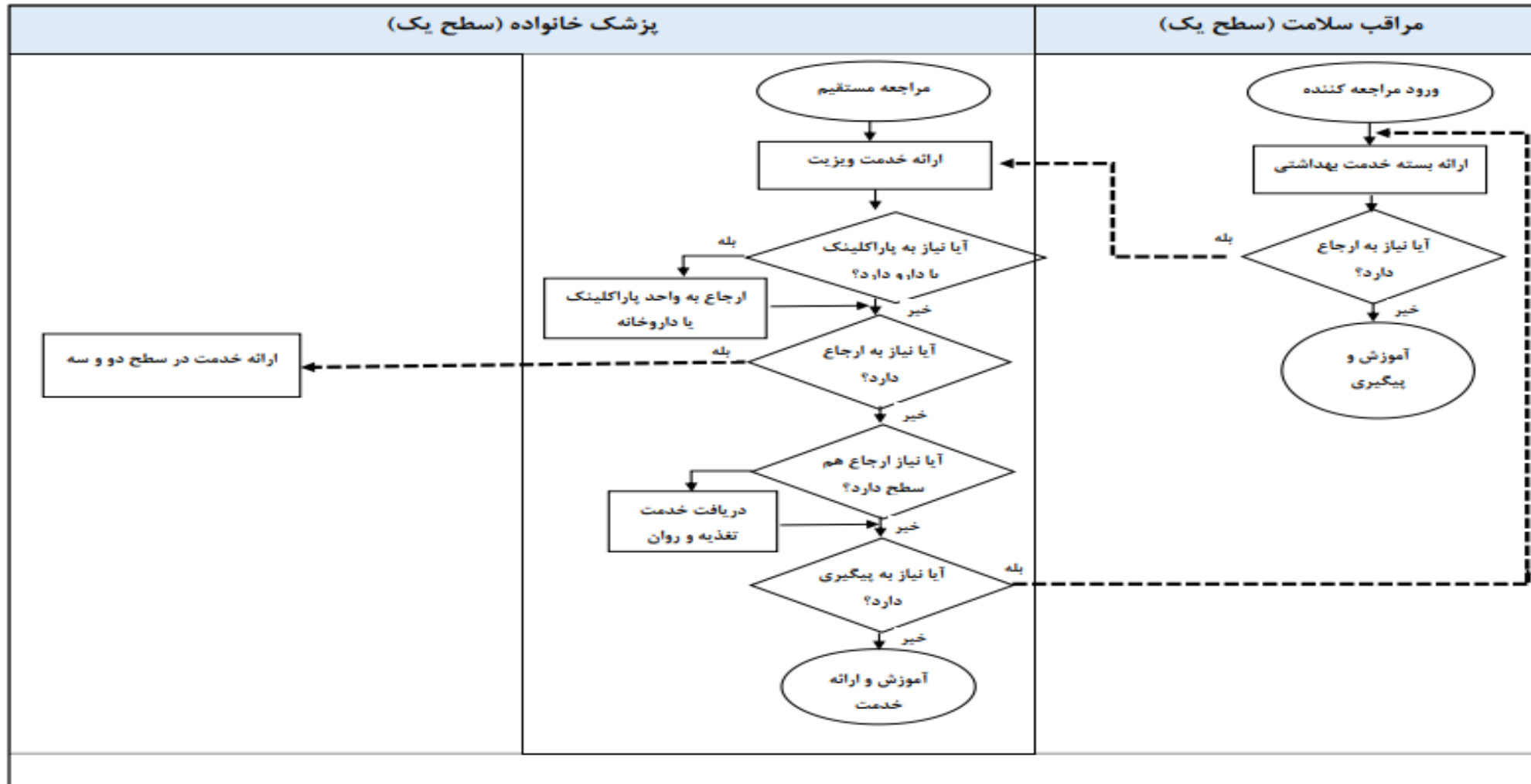
7. ارجاع به سطح بالاتر (سطح ۲) صرفاً توسط پزشک خانواده صورت میگیرد.
8. ارجاع به سطوح بالاتر براساس مسیرهای بالینی (Clinical Pathway) و با درج تشخیص انجام میشود.
9. ثبت اطلاعات فرم ارجاع الکترونیک توسط پزشک خانواده الزامی است.
10. پزشک خانواده وظیفه پیگیری و اطمینان از تدوام مراقبت قبل و بعد از دریافت خدمت از سطوح تخصصی را بر عهده دارد.
11. پزشک خانواده میتواند در صورت نیاز (در چارچوب ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) نسبت به مشاوره از راه دور با پزشکان سطح دو اقدام نماید.



12. مراقبین سلامت وظیفه اطلاع رسانی و پیگیری فعال جمعیت تحت پوشش به منظور دریافت خدمات بسته خدمت (پیوست شماره یک) را پس از ثبت نام بر عهده دارند.
13. مراقبین سلامت امکان ارجاع افقی به سایر اعضای تیم سلامت را دارند.
14. جهت ارائه ویزیت در سطح یک، افراد میتوانند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه نمایند.
15. کلیه خدمات ارائه شده در سطح اول توسط اعضای تیم درسامانه های سطح یک ثبت و مورد ارزیابی و پایش قرار میگیرد. پزشک خانواده میتواند به این اطلاعات برای جمعیت تحت پوشش خود دسترسی داشته باشد.
16. سایر اعضای تیم سلامت صرفاً با رضایت فرد امکان دسترسی به اطلاعات ثبت شده را دارند.
17. استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی در کلیه واحدهای ارائه خدمت در سطح یک شامل خانه بهداشت، پایگاه سلامت/ پزشک خانواده، مرکز خدمات جامع سلامت، مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت خواهد بود.
18. مراقبت پیشگیرانه سطح اول برای جمعیت **غیرمشمول** برنامه پزشک خانواده براساس روال جاری توسط واحدهای ارائه خدمت سطح یک دولتی صورت میگیرد.



فلوچارت شماره (۱) - ارائه خدمات پزشک خانواده در سطح یک





ساختار واحدهای ارائه خدمت

۱-۱-۱- خانه بهداشت

ج) ۱-۱-۲- پایگاه سلامت شامل: ۱- پایگاه سلامت روستایی ۲- پایگاه سلامت شهری / پزشکی خانواده

ج) ۱-۱-۳- مرکز خدمات جامع سلامت شامل: ۱- مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ۲- مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری-روستایی



پایگاه سلامت شهری /پزشک خانواده:

•متناظر با خانه بهداشت در مناطق روستایی، محیطیترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت در مناطق شهری میباشد که به ازای ۳۰۰۰ نفر جمعیت تشکیل شده و واجد استانداردهای لازم برای ارائه خدمات سطح یک است و اولین محل تماس ساکنین مناطق شهری با شبکه ارائه خدمات میباشد. پزشک خانواده و مراقبین سلامت در این پایگاهها به ارائه خدمات تعریف شده در بسته خدمت مشغول میباشند. پایگاه برحسب محل استقرار نسبت به مرکز خدمات جامع سلامت، ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس به مرکز) نامیده می شود. هر پایگاه سلامت شهری /پزشک خانواده، شامل یک تیم متشکل از یک پزشک (یک نفر به ازای هر 3000 نفر جمعیت تحت پوشش هر پایگاه) و دو مراقب سلامت (یک نفر به ازای هر 1500 نفر تحت پوشش هر پایگاه) به شرح زیر میباشد:

•تبصره 1: علاوه بر پزشک عمومی، متخصصین پزشکی خانواده و پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری نیز میتوانند به عنوان پزشک خانواده در سطح یک به کار گرفته شوند.

• تبصره 2: به کارگیری حداقل یک نفر دانش آموخته رشته مامایی در هر تیم سلامت در این واحد **الزامی** است.

• تبصره 3: در پایگاه سلامت شهری یک اتاق مجزا برای ارائه خدمات مادر و کودک در نظر گرفته شود.

• تبصره 4: امکان استقرار پایگاههای سلامت /پزشک خانواده متعدد در یک ساختمان با عنوان مجتمع پایگاهی میسر است.

• تبصره 5: یک نفر منشی به ازای هر پایگاه در نظر گرفته شده است.



مرکز خدمات جامع سلامت شهری:

واحدهای مستقر در مناطق شهری هستند که دارای **دو بخش فعال** به شرح زیر می باشند:

1. بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی بر واحدهای زیر مجموعه
2. بخش ارائه خدمات مشاوره‌ای، تشخیصی، درمانی، دریافت ارجاع افقی و ارجاع به سطوح بالاتر و پیگیری دریافت خدمات و بازخورد ارجاع و سلامت جامعه



مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور متوسط برای حدود 40 هزار نفر جمعیت (20 تا 60 هزار نفر) و در کلانشهرها به طور متوسط برای 60 هزار نفر (20 تا 100 هزار نفر) راه اندازی میشوند. مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها هستند. در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری خدمات مدیریتی، نظارتی و بهداشتی درمانی و مشاوره و آموزش سلامت ارائه میگردد.



نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری به شرح ذیل میباشد:

1. ماما
 2. پزشک
 3. دندانپزشک
 4. مراقب سلامت دهان (تکنسین سلامت دهان/ کاردان بهداشت دهان
 5. کارشناس سلامت روان
 6. کارشناس تغذیه
 7. کارشناس بهداشت محیط
 8. کارشناس بهداشت حرفه‌ای
 9. کارشناس ناظر بیماریها
 10. کارشناس فناوری اطلاعات سلامت
- یا کارشناس فناوری اطلاعات



نحوه به کارگیری اعضای تیم سلامت

در واحدهای ارائه خدمت دولتی دانشگاهی، سازمانهای بیمه گر پایه، خریدار خدمت و شبکه / مرکز بهداشت شهرستان، طرف قرارداد با ارائه دهنده خدمت میباشند و نظارت به صورت مشترک انجام خواهد شد.

تامین نیروی انسانی برای این برنامه به ترتیب اولویت از نیروهای بخش دولتی دانشگاهی، مراکزملکی سازمان تامین اجتماعی (در فضای مراکز ملکی) و در صورت نیاز خرید خدمت از بخش غیردولتی توسط مرکز بهداشت شهرستان و براساس جمعیت تحت پوشش خواهد بود.

تداوم همکاری اعضای تیم سلامت با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استانداردهای ابلاغی است. در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان میتواند با توجه به اقتضائات مربوطه در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری با پزشک خانواده تصمیم گیری نماید.



انتخاب پزشک خانواده و انتساب به تیم سلامت در جمعیت شهری:

1. اطلاع رسانی به پزشکان (شاغل در شبکه ارائه خدمات، سازمان تامین اجتماعی، بخش خصوصی و سایر مراکز) متناسب با نیاز برنامه .
2. مراحل ثبت نام و آشنایی با برنامه تیم سلامت به صورت الکترونیکی صورت میپذیرد.
3. ستاد اجرایی شهرستان با همکاری ستاد اجرایی استان سازوکار اجرایی اطلاع رسانی به جمعیت مشمول برای انتخاب پزشک خانواده را فراهم مینماید.
4. سرپرست خانوار از میان مجموعه پزشکان خانواده در محدوده جغرافیایی تحت پوشش که مطابق ساختار شبکه ارائه خدمات معرفی میشوند، یک پزشک را به عنوان پزشک خانواده خود و افراد تحت تکفل انتخاب و به صورت الکترونیکی / حضوری در سامانه ثبت نام میکند. این جمعیت، تحت پوشش مراقبین سلامت آن پزشک خانواده قرار میگیرند. اطلاعات مرتبط با انتساب به همراه مشخصات پزشک خانواده برای سامانه های سازمانهای بیمه گر پایه تبادل میگردد.



برنامه فعالیت پایگاه سلامت / پزشکی خانواده:

ساعت کاری موظف پایگاه سلامت / پزشکی خانواده مطابق ساعات کار قوانین و مقررات عمومی حاکم بر کشور در نوبت کاری صبح و عصر در صورت تمایل به صورت چرخشی به جز ایام تعطیل رسمی در قالب جدول ذیل خواهد بود:

جدول شماره (۱) - ساعت کاری موظف پایگاه سلامت / پزشکی خانواده

ایام هفته	نوبت کاری صبح	نوبت کاری عصر
شنبه تا چهارشنبه	۷ صبح تا ۱۴	۱۴ تا ۲۱
پنجشنبه	۷ صبح تا ۱۳	۱۳ تا ۱۹



1. به شهروندان اختیار داده میشود که نوبتکاری مورد نظر و پزشک خانواده خود را انتخاب نمایند. تیم پزشکی باید به صورتی برنامه ریزی نمایند که شهروندان در صورت مراجعه در نوبتکاری صبح یا عصر دسترسی به پزشک خانواده داشته باشند.
2. ساعات کار پایگاههای پزشک خانواده با در نظر گرفتن اقلیم هر شهرستان بنا به تصویب ستاد استانی برنامه تنظیم خواهد شد. ساعت کاری با هر تعداد جمعیت تحت پوشش، کمتر از ساعات تعیین شده در جدول (شماره 1) نخواهد بود.
3. پایگاههای سلامت /پزشک خانواده از **ساعت 7 الی 21** فعالیت مینمایند. پزشکان خانواده به صورت صبح و عصر در ارائه خدمات درمانی همدیگر را پوشش میدهند.
4.



ارائه خدمات به مسافران:

1. هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشکی خانواده خود، در مواقع اورژانس میتواند به اولین/نزدیکترین بخش اورژانس مراکز درمانی مراجعه نماید و **چنانچه سطح تریاژ وی 4 یا 5** تشخیص داده شود، خدمات را با **خودپرداخت (فرانشیز) 30 درصد** دریافت مینماید. در صورتی که سطح تریاژ بیمار معادل سایر سطوح به جز موارد اشاره شده تعیین گردد (سطح **یک تا سه**) **خودپرداخت (فرانشیز) رایگان** تعیین میگردد.
2. چنانچه شرایط بیمار اورژانسی نباشد میتواند با مراجعه به پزشکان سطح یک همان منطقه، خدمات لازم را تحت عنوان مهمان دریافت نماید. (خدمات بهداشتی به صورت رایگان و خدمات درمانی با فرانشیز 30%)
3. ارائه خدمات غیراورژانسی به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدور بوده، باید تمام اقدامات گروه پزشکی در پرونده وی منعکس شود.



تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) "

این مفهوم به مجموعه‌های از شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، محیطی و ... اشاره دارد که افراد در آن متولد میشوند، رشد میکنند، زندگی میکنند، کار میکنند و پیر میشوند. این عوامل، تأثیر بسیار زیادی بر وضعیت سلامت، نابرابری های سلامت و ریسک ابتلا به بیماریها در مردم و جامعه دارند.

ضرورت پرداختن به SDH چیست؟

- درک واقع بینانه از سلامت)
- کاهش نابرابریهای سلامت : مقرون به صرفه بودن:
- افزایش اثربخشی خدمات سلامت:
- تعهدات بین المللی : بر اساس اسناد سازمان جهانی بهداشت و اهداف توسعه پایدار، کشورها موظف به پرداختن به SDH هستند.



نقش پزشک خانواده و تیم سلامت در SDH چیست؟

- یکی از اهداف برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع ارتقای مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت افراد است. این مولفه ها یا عوامل که در پنج دسته فوق الذکر بیان گردیده اند توسط پزشک خانواده و تیم سلامت (پزشک، ماما، مراقب سلامت، بهورز، روانشناس و...) در خط مقدم قابل تشخیص و نیازمند مداخله موثر میباشند.



در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تیم سلامت در مواجهه با SDH نقشهای کلیدی زیر را ایفا میکنند:

1. **شناسایی و غربالگری** : در حین ویزیت بیماران، به عوامل اجتماعی مؤثر بر بیماری (مانند مشکلات مالی، مسکن ناامن، انزوا، بیسوادی) حساس هستند و آنها را ثبت میکنند.
2. **مدیریت بالینی یکپارچه** : درمان را با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی بیمار تنظیم میکنند (مثلاً تجویز داروهای ارزانتر یا دسترسپذیرتر).
3. **ارتباط و ارجاع** : بیماران نیازمند را به مددکار اجتماعی تیم یا نهادهای حمایتی خارج از مرکز (مانند کمیته امداد، بهزیستی، سازمانهای مردمنهاد) ارجاع میدهند.
4. **مشاوره و توانمندسازی** : به بیماران و خانوادهها در زمینه مهارتهای زندگی، تغذیه سالم با هزینه کم و استفاده از مزایای قانونی مشاوره میدهند.



5. **دادخواهی برای سلامت** : به عنوان سخنگوی جامعه ، موارد نابرابری و مشکلات ساختاری را به مقامات بالاتر و هیأت امنای گزارش میدهند.
6. **پژوهش و مستندسازی** : داده های مربوط به **SDH** در جمعیت تحت پوشش خود را جمع آوری و تحلیل میکنند تا مداخلات هدفمند طراحی شود.
7. **تشکیل منظم جلسات هیات امنای** مراکز و پیگیری مصوبات جلسه با مشارکت مردم و سازماندهی فرابخشی
8. **جلب مشارکت مردم** برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی در مورد نیازها و مشکلات مناطق تحت پوشش
9. **جمع بندی و ارسال مشکلات کلان منطقه** به سطوح بالاتر و **مشارکت فعال در فعالیتهای اجتماعی** منطقه تحت پوشش



هیات امنای مراکز خدمات جامع سلامت:

- ❖ در هر مرکز خدمات جامع سلامت **جلسات هیات امنای مراکز** مطابق شیوه نامه هیات امنای به **ریاست** پزشک خانواده و با **حضور** اعضای مرتبط و **مشارکت** مردم تشکیل میشود. (آیین نامه هیات امنای مراکز ارسال گردیده است)
- ❖ هیات امنای (شورای سلامت) مرکز، **متشکل** از افراد تأثیرگذار محلی (رؤسای ادارات، روحانیون، معتمدین، خیرین، پزشک خانواده و ...) است.
- ❖ **فلسفه اصلی** تشکیل هیات امنای در **مراکز جلب و جذب مشارکت حداکثری مردم** و نیز **مشارکتهای بین بخشی** در امر سلامت مردم و جامعه میباشد.



الف: نقش هیأت امنای مراکز خدمات جامع سلامت در SDH:

1. **هماهنگی بین بخشی: ایجاد ارتباط** بین مرکز سلامت با شهرداری، آموزش و پرورش، اداره کار و سایر نهادها برای حل مشکلات اجتماعی سلامت محور.
2. **جذب و تخصیص منابع: شناسایی و جذب منابع مالی و غیرمالی (خیرین، بودجه های محلی)** برای بهبود تعیین کننده های اجتماعی در منطقه (مثل احداث زمین بازی، کلاسهای سوادآموزی).
3. **تصمیم گیری و سیاست گذاری محلی: اولویت بندی مشکلات اجتماعی-سلامت منطقه و تصویب برنامه های عملیاتی** برای حل آنها.
4. **پشتیبانی و رفع موانع: کمک به رفع موانع اداری و حمایت سیاسی** از برنامه های مرکز سلامت در حوزه SDH.
5. **نظارت و ارزیابی: تسهیل نظارت** بر اجرای برنامه ها و تأثیر آنها بر شاخصهای سلامت جامعه.



ب) نقش پزشک خانواده در هیأت امناء:

(پزشک خانواده به عنوان عضو تخصصی و رابط اصلی بین تیم سلامت و هیأت امناء، نقش حیاتی دارد)

1. **ارائه دهنده داده و شواهد:** او **مشکلات و نیازهای شناسایی شده توسط تیم سلامت** را به زبان علمی و مستند به هیأت امناء ارائه میدهد. (مثلاً ارائه آمار کودکان سوءتغذیه در منطقه و ...)
2. **ترجمه علمی مسائل اجتماعی** رابه پیامدهای سلامت **ارتباط** داده و ضرورت مداخله را توجیه میکند.
3. **مشاور فنی:** **پیشنهاد مداخلات مؤثر** با مشارکت مردم و مبتنی بر شواهد، برای حل مشکلات ارائه میدهد.
4. **ارزیابی تأثیر سلامت:** پس از اجرای برنامه های هیأت امناء، **تأثیر** آنها بر سلامت جامعه را ارزیابی و گزارش میکند.
5. **پل ارتباطی:** **ارتباط مستمر** بین تصمیمات هیأت امناء و تیم عملیاتی مرکز سلامت را برقرار میکند.



فرآیند ارجاع بیماران در دو سطح دو و سه ارائه خدمت:

- **بر اساس نظام سطح بندی**، پزشک خانواده بیمار را با لحاظ نوع بیمه پایه (سازمان بیمه سلامت ایران یا سازمان تامین اجتماعی)، بعد مسافت و ترجیح بیمار و **صرفاً در قالب نقشه ارجاع** تعریف شده به مراکز سطح دو شبکه ارائه خدمات ارجاع میدهد.
- مسئولیت اخذ نوبت برای ارجاع اولیه در سطح یک بر **عهده پزشک خانواده** است.
- پس از ارجاع به سطح دو، بیمار با **مراجعه به ایستگاه ارجاع** با ارائه کد ملی و کد ارجاع، بر اساس نوبت اخذ شده پذیرش میشود. مسئول ایستگاه ارجاع، متولی مدیریت صف انتظار و اطمینان از دریافت به موقع خدمات بر اساس زمان نوبت اخذ شده است. از وظایف وی، راهنمایی بیمار برای ویزیت و پیگیری دریافت خدمات سرپایی است.
- در خصوص بیماران با اولویت ارجاع فوری، در صورت نبود ظرفیت نوبت دهی در مرکز درمانی سطح دو بر اساس نقشه ارجاع، ایستگاه ارجاع در مرکز سطح دو **موظف به تامین نوبت** ارائه خدمت تخصصی مربوطه در بازه زمانی تعریف شده با افزایش ظرفیت بیماران ارجاعی و یا هماهنگی با سایر مراکز برای ارائه خدمت به بیماران است.
- پس از ویزیت بر اساس تشخیص پزشک برای بیمار دارو و یا خدمات پاراکلینیک تجویز و یا بیمار بستری (سطح سه) میگردد. ممکن است در قالب ارجاع افقی بیمار به متخصصین دیگر یا فوق تخصص ارجاع شود. پس از انجام اقدامات درمانی سرپایی در سطح دو، **باز خورد خدمات ارائه شده** توسط هر پزشک به پزشک خانواده بیمار به صورت الکترونیکی و در لحظه ارسال میشود.
- پرداخت مشوقهای بازخورد به مرکز طرف قرارداد در سطح دو و سه ارائه خدمت **منوط به ثبت و ارسال بازخورد** میباشد.



برنامه های حمایتی:

- یارانه های پرداختی دولت و تخفیفات مصوب هیئت وزیران در برنامه های مشمول یارانه صرفاً در صورت **رعایت نظام ارجاع** (به استثنای یارانه ارزی دارو و ملزومات پزشکی) قابل پرداخت است.
- در خصوص **بیماران خاص، نادر و صعب العلاج** و نیز **درمان ناباروری**، چنانچه بیمار در شروع برنامه، تحت درمان میباشد، پس از انتساب به پزشک خانواده با توجه به مستندات بیماری به طور مستقیم به پزشک معالج (**صرفاً برای درمان مرتبط با بیماری زمینه ای**) مراجعه مینماید و نیازی به مراجعه به پزشک خانواده و رعایت نظام ارجاع تا پایان دوره درمان فعلی در زمینه درمان ناباروری یا بیماری صعب العلاج خود ندارند و مراجعات بیماران مذکور داخل نظام ارجاع محسوب می گردد. در این موارد، ارائه **بازخورد انجام خدمات** در هر مراجعه و انجام هر پروسیجر اعم از سرپایی و بستری به پزشک خانواده الزامی است.
- تجویز دارو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع براساس **طرح ژنریک** خواهد بود و در صورت نیاز به داروهای برند پرداخت مابه التفاوت از سوی بیمار صورت میپذیرد.
- در مورد **بیماران تصادفی** سازوکار ارائه خدمت و پرداخت همانند روال جاری مطابق قوانین به قوت خود باقی است.
- برای بیماران مزمن که ماهیت بیماری مراقبتی است و بیماران میبایست به پزشک خانواده مراجعه نمایند و **مشابه سایر بیماران** از نظام ارجاع استفاده نمایند.



فرایند ارجاع بیماران برای دریافت خدمات پاراکلینیک :

دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی مکلف است ظرفیت پاراکلینیک خود را جهت مراجعات **سرپایی** به طور کامل فعال نماید. در صورت امکان، از ظرفیت ارائه خدمات پاراکلینیک مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی نیز استفاده میگردد.

فرایند مراجعه بیمار به اورژانس:

- بیمارستان موظف است **کلیه مراجعین**، چه افرادی که از طریق سیستم نظام ارجاع (پزشک خانواده یا مراکز جامع سلامت برای خدمات اورژانسی) مراجعه میکنند و چه بیمارانی که مستقیماً مراجعه میکنند را در **کلیه سطوح تریاژ** اورژانس پذیرش نماید.
- در صورت درمان سرپایی و تعیین سطح **تریاز 4 یا 5** پس از ترخیص یا تثبیت وضعیت بیمار، خودپرداخت (**فرانشیز**) بیمار معادل **۳۰ درصد** میباشد.
- در صورت تعیین سطوح **تریاز ۱، ۲ یا ۳** و تشکیل پرونده بستری، یک نسخه دیجیتالی از خلاصه پرونده اورژانسی به صورت الکترونیکی برای **پزشک خانواده** ارسال میگردد و خود پرداخت بیمار **صفر** میگردد.
- تمامی فرایندهای ارائه خدمات مطابق قوانین حاکم بر اورژانس طبق **روال جاری** برقرار میباشد.



نظام ارجاع الکترونیکی:

نظام ارجاع الکترونیکی شامل مجموعه اقداماتی است که **ارجاع از سطح یک**، در بستر پرونده الکترونیکی سلامت، **شروع** و خدمات سلامت تخصصی و فوق تخصصی در سطح دو و سه را در برمی گیرد.

این فرایند با

دریافت بازخورد الکترونیکی و پیگیری اجرای توصیه های ذکر شده در بازخورد **خاتمه** می یابد.



فرایندهای سطح یک (مراکز، خانه های بهداشت و سایر واحدهای بهداشت دارای خدمات پزشکی خانواده)

- ثبت خدمات و مدیریت اطلاعات مراقبتهای بهداشتی شهروندان باید با استفاده از سامانههای خدمات بهداشتی سطح یک یا سایر سامانه های دارای تاییدیه وزارت بهداشت انجام گیرد.
- کلیه ضرایب و مشوقهای مرتبط با این دستورالعمل باید به طور دقیق و شفاف ابلاغ شوند.
- امکان پیگیری ارجاع بیمه شدگان تحت پوشش سازمانهای بیمهگر پایه باید فراهم گردد.
- باید امکان مشاهده بازخورد ارجاعات برای مراکز ارجاع دهنده سطح یک فراهم باشد.
- سامانه های سطح یک باید امکان اخذ و مشاهده نوبتها را برای پزشکان فراهم کنند.
- سامانه های سطح یک باید امکان اخذ و مشاهده نوبتهای خدمات پاراکلینیک را فراهم کنند.
- سامانه های سطح یک باید امکان مشاهده نوبتهای اخذ شده شهروندان را برای ایشان فراهم نمایند.



فرایندهای سطح دو و سه (مراکز تخصصی و فوق تخصصی)

- پذیرش برخط و دریافت ارجاعات از سطح یک باید به صورت کامل و بدون خطا انجام شود.
- ثبت و مشاهده بازخورد ارجاعات باید به صورت لحظه‌ای و برخط اجرا شود.
- یکپارچگی سامانه‌های **HIS/CIS** با سرویس‌های نسخه الکترونیک ارائه شده توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود.
- امکان ثبت برخط دستور بستری میبایست در مراکز درمانی سطح دو باید وجود داشته باشد (به استثنای بیماران پذیرش شده از بخش اورژانس).
- سامانه‌های سطح دو باید امکان اخذ و مشاهده نوبتهای بستری را فراهم کنند.
- ضرایب مالی و مشوقهای ارجاع باید برای ارجاعات بین سطوح به طور شفاف اعمال شود.
- امکان اخذ و مشاهده نوبتهای درمانگاههای سطح دو و خدمات پاراکلینیک فراهم شود.