دستور عمل اجرای

برنامه تامین مراقبت‌های اولیه سلامت

در مناطق حاشیه شهرها، سکونتگاه‌های غیررسمی

و

شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر

آذر 1393

نسخه 1/0

بسم الله الرحمن الرحیم

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
	مقدمه	4
	واژه نامه	5
	فصل 1: جمعیت هدف	9
	فصل 2: بسته خدمات سلامت	11
	فصل 3: ارکان اجرایی و وظایف	11
	فصل 4: دستورعمل اجرایی کار	13
	فصل 5: الگوی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ترکیب مشارکت دولتی-خصوصی	15
	فصل 6: نظام مدیریت	16
	فصل 7: نحوه خرید خدمات سلامت	16
	فصل 8: نظام ارجاع	18
	فصل 9: استانداردهای مورد نیاز	19
	فصل 10: آموزش	20
	فصل 11: نظام اطلاعات سلامت	21
	فصل 12: پایش و ارزشیابی	22
	فصل 13: اعتبارات موردنیاز	25
	پیوست‌ها	26

مقدمه

جامعه‌ی آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال 1404 کشور، جامعه ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در این سند، مسوول و پاسخگوست که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، **تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی** با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز 1404، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، اصل 44 قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد.

همچنین، بند (ج) ماده (32) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است " سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت" را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده 13 قانون مدیریت خدمات کشوری و با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، ***حاشیه شهرها*** و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند. به منظور استقرار و پشتیبانی از این سامانه، دولت محترم به استناد بند (ب) ماده (38) قانون برنامه، اساسنامه بیمه سلامت ایران را در تاریخ 1391/5/22، و به استناد بند (د) ماده (32)، آیین نامه اجرایی نظام درمانی کشور در تاریخ 1392/2/3 و به استناد بند (ز) ماده 38 آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت را در تاریخ 1393/1/28 تصویب کرده است.

معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت تدبیر و امید و وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه تقدیمی خود به مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، در آغاز به کار خود، تحلیل سریعی از وضعیت انجام داد و با استفاده از خردجمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر شش برنامه و چندین پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرد:

1. ارتقاء شاخص های سلامت
2. افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت
3. عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی.
4. بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت
5. اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
6. اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت

دو برنامه اساسی معاونت بهداشت در طرح تحول حوزه بهداشت، **برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت در حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی و نیز شهرهای کمتراز 50000 نفر** است که با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق، ضرورت دارد علاوه بر وزارت بهداشت، سایر دستگاه‌های اجرایی مرتبط و سازمان‌های دولتی و غیردولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، خیریه‌ها، و سازمان‌های مردم نهاد **(NGO)** و ... در رفع مسایل بویژه درمورد سکونتگاه‌های غیررسمی همکاری داشته باشند و در تعامل با یکدیگر برای برطرف کردن مشکلات اصلی و تامین حداقل امکانات ضروری بهداشتی درمانی و رفاهی به منظور بهتر زیستن ساکنین این مناطق بکوشند. امید است با اجرای این برنامه و پروژه های مربوطه، شاهد تحقق اهداف فوق باشیم.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

واژه نامه:

واژه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در این برنامه اجرایی و دستورعمل آن دارای معانی زیر می‌باشند:

۱) سکونتگاه غیررسمی/غیرمجاز:

براساس تعریف ستاد ملی توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی[1] ، "بافت‌هایی هستند که عمدتا مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند، عمدتا فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیدا دچار کمبود می باشند".

۲) حاشیه شهر:

سکونتگاه‌های غیررسمی هستند که خارج از محدوده و در حریم شهر قرار دارند[2].

۳) خدمات سلامت:

- فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقاء سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.
- مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشند[3].

۴) خدمات همگانی سلامت:

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده می‌شود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می‌شوند[4]:

- ✓ چه کسی تحت پوشش است؟
- ✓ چه خدماتی تحت پوشش هستند؟
- ✓ چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟

۵) مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها 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 می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند 6 اعلامیه آلماآتا)[5].

---

1 تصویب نامه هیات وزیران به شماره 44833/ت29271هـ تاریخ 1382/11/19 راجع به سند توانمند سازی و ساماندهی سکونتگاههای غیررسمی ریاست ستاد یاد شده را برعهده وزیر مسکن و شهرسازی[راه و شهرسازی] و دبیرخانه آن را در این وزارت خانه قرار داده است.

2 تصویب نامه هیات وزیران به شماره 44833/ت29271هـ تاریخ 1382/11/19 راجع به سند توانمند سازی و ساماندهی سکونتگاههای غیررسمی

3 http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

4 شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های 20 و 21. انتشارات تندیس. چاپ اول، 1381. صفحه 9.

۶) خدمات بهداشت عمومی:

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای[6].

۷) ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:

- **تعریف ارجاع:**
  - فرآیندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.
  - سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی‌شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (بهورز /کارشناس مراقب سلامت خانواده/ماما) در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، وی به صورت هدایت‌شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.
- **تعریف سطح بندی:**
  - چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمت‌ها و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می گیرد[7].

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

- **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت، تدبیر فوریت‌ها، مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، مبارزه با بیماری های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

پایگاه های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. **این دسته از خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.**

مرکز سلامت جامعه با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (درصورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات افقی از پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود خواهند بود. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.

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

---

[6] http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html

[۷] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه 02. 1390

- **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه, آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.
این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.
این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می‌گیرند. **اولویت با خرید خدمت از بخش دولتی است.**

۸) نحوه مشارکت بخش دولتی با بخش غیردولتی:

ارائه خدمات از طریق توسعه بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های زیر انجام می‌شود:

- اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف.
- خرید خدمات از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی.
- اشخاص حقیقی طرف قرارداد.

۹) پزشک:

- فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (پروانه حرفه پزشکی) که ***مسوولیت ارائه خدمات به موارد ارجاعی ازسوی کاردان / کارشناس مراقب سلامت خانواده*** را بدون تبعیض به عهده دارد.
پزشک در مراکز سلامت جامعه مستقر می باشد که مسوولیت خدمات فنی مرکز؛ قبول ارجاعات از سوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده یا ماما و نظارت بر پایگاه‌های سلامت تحت پوشش را به عهده خواهد داشت.
- پزشک وظیفه دارد برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر دستورعمل، فرد را در صورت نیاز به سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع دهد.

۱۰)تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند[8]. اعضای تیم سلامت شامل: کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده؛ کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار؛ ماماها؛ پرستاران؛ کاردان های پذیرش و پزشکان هستند. باتوجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش نیز جزو این گروه محسوب می شوند.

- **کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده:** فردیست که سابقه تحصیلی و حرفه ای در حیطه های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماریها دارد که پس از **طی دوره 120 ساعته (حدوداً 1 ماه کاری)** مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به کاردان/کارشناس چندپیشه به نام **" مراقب سلامت خانواده"** تبدیل می شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی های یک روز در ماه نیز در نظر گرفته شده است. وظایف مراقب سلامت خانواده:
- ***این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری جمعیت (که توسط مرکز سلامت جامعه انجام می‌شود)، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری به منظور تعیین سطح سلامت آنان (سالم، دارای عامل خطر، بیمار) و ارائه بسته خدمات پیوست این دستورعمل را به خانوارهای تحت پوشش*** **خود به عهده دارد.**
- ***مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده خواهد بود.*** نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات سلامت توسط کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده توسط مرکز سلامت جامعه صورت می‌گیرد.
- *شناسایی مخاطرات سلامت و امکانات ارتقای سلامت محل زندگی جمعیت تحت پوشش* توسط کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار شاغل در مرکز سلامت جامعه صورت می‌گیرد. استفاده از نتایج این شناسایی و هماهنگی و همکاری با کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار عضو تیم سلامت ازجمله وظایف کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

---

[8] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه 02. 1390و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828/ت 47644 هـ مورخ 1391/5/22

۱۱)بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

مجموعه‌ای از خدمات هزینه اثربخش و دارای اولویت همچون خدمات خودمراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات ویژه (تغذیه، سلامت روان و آسیب‌های اجتماعی) است که توسط تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود.

- **بسته‌های خدمت سلامت** این برنامه، شامل 4 گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، درمانی و خدمات ویژه به شرح زیر هستند:
  - **خدمات سلامت عمومی:** شامل بسته‌های خدماتی است که در حال حاضر برای جامعه و به صورت عمومی ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محیط؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌ای؛ بهداشت اجتماعی و خدمات خاص در اپیدمی‌ها و بلایا. **این بسته از خدمات، پیوست دستورعمل می‌باشد.**
  - **خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فردی:** بسته‌های خدمات بهداشتی ادغام یافته در شبکه‌های بهداشت و درمان هستند که باید برحسب ساختار جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت؛ برنامه‌های مبارزه و کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر؛ خدمات تغذیه، سلامت روان و .... **این بسته از خدمات، پیوست دستورعمل می‌باشند.**
  - **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتی است که برحسب نیاز فرد برای موارد ارجاعی ازسوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده در سطح عمومی ارائه می شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا درحال تدوین می باشند که در پیوست دستورعمل یا متعاقباً ارسال می‌شوند.
  - **سایر خدمات سلامت (ویژه):** شامل خدماتی می‌شود که ارائه آن ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نیازسنجی، ضرورت می‌یابد و بسته خدمتی آن باید توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم شده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد مانند: خدمات توانبخشی، مبارزه و کنترل اعتیاد، خشونت، دخانیات و ...

۱۲) پرونده الکترونیک سلامت:

پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی است که برای هر ایرانی ایجاد می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده وی، پزشک معالج او و یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور به وجود می آید[9].

۱۳) خرید راهبردی خدمات سلامت:

جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری درمورد ترکیب بسته، مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت گذاری خدمات، تعیین افراد تحت پوشش یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت[10].

۱۴) نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده، یا تیم سلامت، در اختیار افراد یا جامعه می‌گذارند[11]. پرداخت در این برنامه، به صورت ***سرانه وزن دهی شده*** می‌باشد.

- **شیوه پرداخت سرانه وزن‌دهی شده:**
  - واحد پرداخت بازای هر فرد که با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت فرد، محل جغرافیایی خدمت و بسته خدمات جاری سلامت متفاوت است و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می‌شود. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلا یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می‌شود[12]. این پرداخت به میزان پوشش خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط مستقیمی دارد و در صورتیکه کیفیت یا پوشش

---

[9] اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828 /ت 47644 هـ مورخ 1391/5/22

[10] آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (32) قانون برنامه پنجم توسعه ، تصویبنامه شماره 6291/ت 48941 هـ مورخ 1392/1/28

[11] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه 02. 1390

[12] آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (32) قانون برنامه پنجم توسعه ، تصویبنامه شماره 6291/ت 48941 هـ مورخ 1392/1/28

خدمات بر اساس شاخص‌های طراحی شده پایین‌تر از سطح قابل قبول (استاندارد تعریف شده) باشد، کسوراتی به آن تعلق می‌گیرد.

فصل 1: جمعیت هدف

ماده 1: جمعیت هدف این برنامه تمامی ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی/غیرمجاز و حاشیه‌نشین شناسایی شده توسط ستاد ملی و استانی توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه های غیررسمی و واحد گسترش شبکه مراکز بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی کشور و نیز ساکنین شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر جمعیت می‌باشند.

تبصره 1: بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی[13] دارد مانند خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود.

تبصره2: دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی [که از این به بعد دانشگاه/ دانشکده نامیده می‌شود] موظف اند جمعیت و جامعه مورد نظر این برنامه را از طریق انجام سرشماری، شناسایی و ترکیب جمعیت، ساختار واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و توزیع دریافت خدمت را مشخص کنند.

جمعیت سرشماری شده در خرداد 1393 برای مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی برحسب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به قرار زیر است:

جدول جمعیت ساکن در مناطق حاشیه شهر، سکونتگاه های غیر رسمی و شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر به تفکیک دانشگاه/دانشکده – خرداد 1393

ردیف	نام دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	جمعیت حاشیه نشین یا ساکن سکونتگاه غیررسمی	جمعیت ساکن در شهرهای 20 تا 50 هزار نفر
1	تبریز	505356	317080
2	ارومیه	429671	275695
3	اردبیل	224310	75575
4	اصفهان	419621	395907
5	ایلام	52330	92451
6	ایران	344705	160720
7	بابل	40000	0
8	بوشهر	36000	94816
9	بیرجند	40000	115153
10	تهران	316868	79433
11	جهرم	13500	0
12	شهرکرد	100000	123061
13	مشهد	1193196	291020
14	بجنورد	105664	23840
15	اهواز	819213	183635
16	رفسنجان	7000	0
17	زابل	10270	0
18	زنجان	121387	31664
19	سبزوار	34651	0
20	سمنان	45000	71614
21	زاهدان	304204	26876
22	شاهرود	12605	0

[13] **Externality**

23	شهیدبهشتی	200000	172315
24	شیراز	453782	269610
25	فسا	13500	0
26	قزوین	132415	119097
27	قم	300000	0
28	کاشان	40188	0
29	کردستان	326988	50908
30	کرمان	32745	143622
31	کرمانشاه	181856	295908
32	یاسوج	157046	0
33	گلستان	62384	170894
34	گناباد	16035	41565
35	گیلان	146359	149897
36	لرستان	200000	109348
37	ساری	110000	197199
38	اراک	150108	128929
39	هرمزگان	237539	158312
40	همدان	174471	98263
41	یزد	109672	98602
42	البرز	1000482	103819
43	جیرفت	14577	43513
44	تربت حیدریه	70000	0
45	دزفول	82870	0
46	نیشابور	49161	0
47	بم	9124	0
48	آبادان	112616	81914
49	ایرانشهر	23700	0
50	مراغه	53729	0
51	بهبهان	32136	0
52	لارستان	17000	23239
53	گراش	0	33397
54	شوشتر	12252	0
55	ساوه	20484	0
56	اسدآباد	5400	0
57	تربت جام	14953	0
58	اسفراین	در بجنورد	0
کشور		**9739123**	**4848891**

کل جمعیت حاشیه‌نشین و ساکنین شهرهای 20 تا 50 هزار نفر = 14588014 نفر

فصل 2: بسته خدمات سلامت

ماده 2: بسته‌های خدمت سلامت این برنامه، شامل 4 گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، خدمات ویژه و خدمات درمانی می باشند که در فصل تعریف واژه های این دستورعمل به آنها اشاره شد.

ماده 3: دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها موظف خواهند بود فهرست بسته‌های خدمات قابل ارائه در مناطق حاشیه‌نشین و شهرهای 20 تا 50 هزار نفر را به پیمانکاران طرف قرارداد و واحدهای دولتی تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان مستقر در مناطق مزبور یا پوشش دهنده این جمعیت ها ارائه دهند و آنها موظف به رعایت کامل بسته‌های خدمت هستند.

فصل 3: ارکان اجرایی و وظایف

ماده 4: این برنامه یکی از برنامه های تحول در حوزه بهداشت است. برای اجرایی کردن برنامه های تحول در حوزه بهداشت، ارکان اجرایی و وظایفی در نظر گرفته شده که به قرار زیر است:

الف) ستاد کشوری سیاستگذاری و هماهنگی برنامه های تحول در حوزه بهداشت

اعضا:

- وزیر بهداشت- رییس ستاد
- قائم مقام وزیر بهداشت
- معاون بهداشت - دبیر ستاد
- معاون توسعه و مدیریت منابع
- رییس مرکز مدیریت شبکه
- مدیر کل بودجه و اعتبارات
- مدیرکل نیروی انسانی
- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی

وظایف:

- تایید و ابلاغ سیاست های اجرایی برای یکپارچگی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه های تحول در حوزه بهداشت
- تصویب دستورعمل اجرایی هر یک از برنامه های تحول
- هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی

تبصره 1: محل دبیرخانه در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می باشد.

تبصره 2: برحسب ضرورت با پیشنهاد دبیر و تایید رئیس ستاد ملی از سایر معاونت‌های وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها می‌توان برای حضور در جلسات دعوت بعمل آورد.

تبصره 3: تصمیمات ستاد پس از تایید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابلیت ابلاغ و اجرا دارد.

تبصره 4: اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است

ب) ستاد اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

این ستاد متناظر ستاد ملی در سطح اجرایی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی است.

اعضای این ستاد عبارتنداز:

- رییس دانشگاه/دانشکده به عنوان رییس ستاد
- معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به عنوان دبیر ستاد
- معاون توسعه و مدیریت منابع دانشگاه/ دانشکده

- معاون درمان/مدیر درمان/کارشناس نظارت بر درمان دانشگاه/دانشکده
- مدیرکل اداره بیمه سلامت استان
- معاون فنی حوزه مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده
- معاون اجرایی مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده
- مدیر گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده
- مدیر بودجه دانشگاه/دانشکده
- مدیر منابع انسانی دانشگاه/دانشکده
- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان

توصیه می شود چنانچه مسوولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار یا نماینده مجلس آن منطقه اصرار بر پیشنهاد خاصی داشتند، به ستاد دعوت شوند تا درجریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند.

تبصره 5: دبیرخانه ستاد اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در مدیریت/گروه گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی است.

وظایف ستاد دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در برنامه حاشیه نشینان و شهرهای با جمعیت 20 تا 50 هزار نفر:

- براساس دستورعمل ابلاغی نسبت به بسیج و تجمیع منابع مالی و غیرمالی با شناسایی و جلب مشارکت بخش غیردولتی به ویژه بخش خصوصی، خیرین و شهرداری برای تدارک خدمات مورد نیاز تمام مناطق حاشیه‌نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی و شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر تحت پوشش اقدام و وظایف زیر را پیگیری و اجرایی نماید:

1. هماهنگی و یکپارچگی برای تامین، برنامه‌ریزی و مدیریت مالی
2. هماهنگی با ذینفعان در سطوح دانشگاه/دانشکده و شهرستان
3. نظارت عالیه بر حسن انجام کار
4. تعیین سازوکارهای عملیاتی براساس استانداردهای فنی، عملیاتی و اجرایی ابلاغی از سطح ملی برای خرید راهبردی خدمات سلامت از طریق عقد قرارداد با واحدهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه و همچنین عقد قرارداد/ تفاهم نامه با واحدهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل شرکت‌های دانش‌بنیان، مراکز تحقیقاتی و ....
5. ارائه گزارش‌های دوره‌ای به ستاد ملی براساس چارچوب‌های ابلاغی از طرف ستاد کشوری

تبصره 6: وظایف اجرایی زیر جزو تکالیف معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می باشد:

نظارت بر اجرای برنامه های توجیهی و آموزشی نیروهای درگیر در سطوح دانشگاه/دانشکده

مدیریت و نظارت بر حسن اجرای قراردادهای منعقده و فرایند اجرای برنامه در سطح دانشگاه/دانشکده و رسیدگی به شکایات طرفین قرارداد

تصمیم‌گیری درمورد تمدید یا لغو قراردادهای مورد شکایت

ج) ستاد عملیاتی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در شهرستان

ستاد عملیاتی شهرستان که وظیفه اصلی عملیاتی کردن برنامه‌ها و تصمیمات ابلاغی از سطوح ملی و دانشگاهی/دانشکده ای را برعهده دارد، با **اعضای** زیر شکل می گیرد:

- مدیر شبکه شهرستان – رییس ستاد
- معاون بهداشتی – دبیر ستاد
- کارشناس نظارت بر درمان یا رییس بیمارستان شهرستان
- کارشناس مسوول گسترش شبکه شهرستان
- مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان
- مسوول امور اداری شهرستان
- مسوول امور مالی شهرستان

تبصره: دبیرخانه ستاد عملیاتی شهرستان در مرکز بهداشت شهرستان است.

وظایف ستاد عملیاتی شهرستان در برنامه حاشیه نشینان و شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفرعبارت است از:

1. شناسایی مناطق جغرافیایی و جمعیت حاشیه‌نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی و شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر
2. سرشماری دوره ای از جمعیت ساکن در این مناطق براساس دستورعمل کشوری
3. ارزیابی دوره ای از وضعیت سلامت جمعیت و جامعه تحت پوشش، دریافت خدمت و عوامل موثر بر آنها
4. شناسایی ظرفیت‌های موجود ارائه خدمات اعم از بخش خصوصی، عمومی، تعاونی، خیریه، مردم نهاد، شرکت‌های دانش‌بنیان براساس استانداردهای فنی، عملیاتی و اجرایی اعلام شده از سوی ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده
5. اجرای برنامه آموزش نیروهای درگیر در طرح در سطح شهرستان
6. نظارت و کنترل کیفیت و کمیت خدمات سلامت (پایش برنامه)
7. اطلاع رسانی و فرهنگ سازی براساس سیاست های ابلاغی
8. هماهنگی با ذینفعان محلی
9. ارائه گزارش‌های دوره‌ای براساس چارچوب‌های ابلاغی از طرف ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده

فصل 4: دستورعمل اجرایی کار

ماده 5: دانشگاه/ دانشکده باید طبق این دستورعمل، ستاد اجرایی دانشگاهی/دانشکده ای و ستادهای عملیاتی شهرستانی را تشکیل دهد.

ماده 6: جلسات هماهنگی ستادهای اجرایی دانشگاه/ دانشکده و عملیاتی شهرستان در 6 ماه اول اجرای طرح باید به صورت هفتگی و سپس برحسب نیاز برگزار شود.

تبصره: ستادهای اجرایی دانشگاه/دانشکده و عملیاتی شهرستان باید نسبت به ثبت، نگه‌داری و ارسال صورتجلسات به ستاد کشوری اقدام کنند.

ماده 7: ستادهای عملیاتی شهرستان باید نقشه جغرافیایی استاندارد مناطق حاشیه و شهرهای 20 تا 50 هزار نفر را تهیه و جمعیت بلوک‌ها را برروی آن مشخص کنند.

تبصره: منطقه مورد بررسی باید بلوک‌بندی گردد. می‌توان از روش بلوک‌بندی قابل استفاده در نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا شهرداری‌ها و دیگران استفاده کرد.

ماده 8: جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و اماکن عمومی با انجام سرشماری از مناطق حاشیه‌نشین و شهر های 20 تا 50 هزار نفر و ثبت آن در سامانه الکترونیک معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد. فرم سرشماری و دستورعمل نحوه تکمیل فرم و ورود آن به سامانه پیوست است.

تبصره: برای انجام سرشماری، باید از طریق رسانه‌های گروهی مردم منطقه را در جریان انجام طرح قرار داد تا همکاری لازم جلب گردد. برای جلب همکاری می‌توان امتیازات اجرای این برنامه در منطقه مانند خدمات پایه بهداشتی رایگان و پوشش همگانی بیمه سلامت را بیان کرد.

ماده 9: اجرای سرشماری از تمامی واحدهای دولتی، غیردولتی و خصوصی موجود در منطقه که به ارائه خدمات سلامت (بهداشتی، درمانی، تشخیصی، خدمات اجتماعی، طب سنتی و توانبخشی) مشغول هستند برحسب نوع خدمت ضروری است و باید توسط ستاد عملیاتی شهرستان براساس فرم پیوست، انجام گیرد. واحدها باید کدگذاری شده و اطلاعات به طور مستمر در پورتال ملی واحدهای ارائه خدمات سلامت ثبت شود.

تبصره: پرسشنامه طرح تعیین محل جغرافیایی واحدهای ارائه خدمات سرپایی و دستورعمل نحوه تکمیل آنها پیوست است.

ماده 10: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است براساس <u>**شیوه‌نامه ملی نیازسنجی سلامت جمعیت**</u>، و با استفاده از اطلاعات کمی و کیفی، خدمات سلامت مورد نیاز جمعیت را بصورت دوره ای تهیه نموده و برای ارائه آن برنامه‌ریزی مناسب انجام دهد.

ماده 11: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است هر سه سال طرح‌های تطبیق واحدهای ارائه خدمات موجود را براساس ضوابط طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان تهیه و برای اخذ تاییدیه از مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به معاون بهداشتی دانشگاه ارسال کند.

ماده 12: روش اجرای برنامه حاشیه شهرها و شهرهای بین 20 تا 50 هزار نفر به شرح زیر می باشد:

- پایگاه‌های سلامت غیرضمیمه که بازای 6000 تا 15000 نفر برحسب تراکم جمعیت در منطقه تعیین شده اند (موجود غیرفعال بعلاوه مصوب جدید در بازنگری اخیر)، به طرف قرارداد واگذار می‌شوند.

تبصره 1: نیروی انسانی شاغل در این پایگاه‌ها به پایگاه‌های بهداشت ضمیمه یا غیرضمیمه موجود در نواحی حاشیه یا شهر های 20 تا 50 هزار نفر یا براساس شرایط منطقه، به سایر پایگاه‌های بهداشت همان منطقه منتقل خواهند شد. بطوریکه، مدیریت هر واحد مستقل باشد (اگر دو یا چند پایگاه موجود با کمبود نیرو، فعالیت می کند با جابجایی نیروها، پایگاه را کامل می کنیم و سایر پایگاه‌های بدون نیرو را واگذار می نماییم).

تبصره 2: تجهیزات موجود در این پایگاه‌ها مطابق مقررات و براساس قرارداد ضمن حفظ حقوق دولت، به طرف قرارداد سپرده می شود. ترتیب قانونی این اقدام توسط معاونت توسعه و مدیریت منابع تعیین شده و پیوست است.

تبصره 3: پایگاه‌های بهداشت با تغییر عملکرد و ساختار نیروی انسانی به پایگاه سلامت تبدیل می شوند.

- در راه‌اندازی پایگاه سلامت، اولویت برای جذب نیروهای موردنیاز بترتیب عبارتست از: ماماها؛ کاردان‌های بهداشتی؛ کارشناسان بهداشتی؛ و پرستار.

- مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه باجمعیت تحت پوشش بین 25 تا 50 هزار نفر، براساس استاندارد نیروی انسانی و خدمات (موضوع ماده 13) به مرکز سلامت جامعه تغییر وضعیت داده و ادامه خدمت خواهند داد (سایر مراکز بهداشتی درمانی موجود همچنان به فعالیت روتین خود ادامه می‌دهند). لازم است برای تکمیل نیروی انسانی این مراکز، از کارکنان موجود در پایگاه‌های بهداشت منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود.

- در تکمیل نیروهای تغذیه، سلامت روان، دندانپزشک، پاراکلینیک (درصورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز سلامت جامعه از طریق شیوه خریدخدمت به شکل حجمی تامین خواهند شد. حق الزحمه این نیروها در قرارداد منظور می‌شود. متذکر می‌گردد مدیریت این نیروها توسط مرکز بهداشت شهرستان/مرکز سلامت منطقه خواهد بود.

- راه‌اندازی مراکز سلامت جامعه که در پی بازنگری سال 93، ایجاد آن ها در این مناطق تصویب شده است، می تواند به عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی است (توسط بخش دولتی یا غیردولتی).

- در راه‌اندازی مراکز سلامت جامعه، اولویت برای جذب نیروهای موردنیاز بترتیب عبارتست از: کاردان‌های بهداشتی؛ کارشناسان بهداشتی؛ ماماها؛ بهیار یا پرستار؛ و پزشکان فعال در بخش خصوصی در منطقه (آنهایی که مطب یا موسسه، شرکت و تعاونی غیردولتی دارند).

- ستاد عملیاتی شهرستان با همکاری مرکز آموزش بهورزی، مسوول برگزاری دوره آموزشی 120 ساعته حضوری و 560 ساعته غیرحضوری مبتنی بر بسته خدمت و برنامه آموزشی ارسالی توسط ستاد کشوری برای کاردان ها/کارشناسان بهداشت معرفی شده از سوی طرف قرارداد می باشد. چنانچه افراد معرفی شده موفق به طی دوره و قبولی در آزمون‌های مربوط شوند، به عنوان "کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده" شناخته شده و در پایگاه سلامت مشغول کار خواهند شد. **مدیریت پایگاه از بین کارکنانی که مدرک کارشناسی دارند، انتخاب می‌شود.**

- **ارائه خدمات در مراکز سلامت جامعه و پایگاه‌ها باید با همکاری داوطلبین سلامت، و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد.**

- **تعریف خدمات فعال: داشتن پرونده خانوار فعال یعنی پرونده ای که بیش از سه ماه از آخرین مراقبت ثبت شده در آن براساس بسته خدمت نگذشته باشد. چنانچه فرد موردنظر براساس بسته خدمت بموقع به پایگاه مراجعه نکند، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده موظف به پیگیری مورد از طریق تلفن، نامه، یا رابط بهداشت و ... می‌باشد و در صورت لزوم باید به منزل وی مراجعه نماید.**

فصل 5: الگوی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ترکیب مشارکت دولتی-خصوصی

ماده 13: واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

- ***پایگاه سلامت*** براساس تراکم جمعیت بازای هر 6 تا 15 هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت 12500 نفر) با نیروی شاغل: 4 کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (که حداقل یکی و ترجیحاً دو نفر از آنها ماما باشد و 1 نفر نیز به صورت اقتضایی به کار گرفته خواهد شد)؛ توسط طرف قرارداد راه‌اندازی می شوند.

- ***مراکز سلامت جامعه*** که بازای هر 2 تا 4 پایگاه سلامت (25 تا 50 هزار نفر جمعیت)، یک مرکز سلامت جامعه درنظر گرفته می-شود. مدیریت خدمات سلامت نظیر برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های پایگاه‌های تحت پوشش جزو وظایف اصلی این مراکز می‌باشد. نیروی انسانی برای وظایف مدیریتی توسط مرکز بهداشت شهرستان و از محل کارشناسان ستادی تامین خواهد شد (اولویت با انتخاب یک نفر کارشناس بهداشت عمومی است که به عنوان کارشناس چندپیشه می‌تواند مدیریت و نظارت بر برنامه‌های مختلف بهداشتی را به عهده بگیرد). بجز خدمات مدیریتی، این مراکز 2 نوع خدمت ارائه خواهند داد:
  - خدمات معمول پایگاه سلامت برای متوسط 12500 نفر جمعیت تحت پوشش (پایگاه سلامت ضمیمه)
  - خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش 2 تا 4 پایگاه سلامت (جمعیت بین 25 تا 50 هزار نفر) براساس دسترسی مناسب مردم. این خدمات شامل مشاوره های تغذیه و رژیم درمانی، فعالیت بدنی، ترک دخانیات، اعتیاد، رفتارهای پرخطر، سلامت روان، مراقبت و پیگیری مبتلایان یا دارندگان عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر خواهد بود. نیروهای ارائه دهنده بسته های خدمات سلامت پیشگفت که در این مراکز بکار گرفته خواهند شد عبارتنداز: 1 نفر کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ 1 نفر کارشناس سلامت روان، 1نفر پرستار، 1 نفر پذیرش و آمار، 1 نفر کاردان/کارشناس سلامت محیط/کار، 1 نفر نگهبان/خدمتگزار، و 2 نفر پزشک عمومی و ***در صورت ضرورت*** خدمات زیر نیز اضافه می شود:
    - خدمت دندانپزشکی: 1 تا 2 دندانپزشک؛
    - خدمت پاراکلینیک: 2 تا 4 نیروی آزمایشگاه (برای حاشیه شهرهای بزرگ وقتی آزمایشگاه مرکزی شهرستان وجود دارد فقط 2 نفر نیروی آزمایشگاه در این مرکز وظیفه نمونه‌گیری و انتقال نمونه به آزمایشگاه مرکزی را به عهده دارند و پاسخ آزمایشات نیز باید در همین مرکز به مردم ارائه شود. چنانچه آزمایشگاه در مرکز سلامت جامعه مستقر باشد، این تعداد به 4 نفر افزایش می یابد).

تبصره1: در صورت نیاز منطقه و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه، خدمات اورژانس و شبانه روزی در مرکز سلامت جامعه منتخب، ارائه می‌گردد.

تبصره2: اولویت کار پزشکان مرکز سلامت جامعه، مراقبت، قبول ارجاعات از پایگاه‌های سلامت و نظارت بر آنها می‌باشد.

تبصره3: مدیریت این مراکز با یک کارشناس بهداشت (ترجیحاً بهداشت عمومی) می‌باشد.

ماده 14: ستادهای عملیاتی شهرستان باید براساس ضوابط و پراکندگی جمعیت تحت پوشش این برنامه، در شهرستان نسبت به تهیه دفترچه‌های طرح گسترش واحدها و نقشه‌های موردنیاز، اقدام نموده و به منظور تایید به ستاد هماهنگی و اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ارسال کنند. طرحها پس از تایید این ستاد، باید برای بررسی و تصویب نهایی به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. شایان ذکر است بدون تصویب مرکز مدیریت شبکه، طرح‌های پیش‌گفت، قابلیت اجرایی نخواهند داشت.

فصل 6: نظام مدیریت

ماده 15: علاوه بر مراکز سلامت جامعه، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظایف مرکز بهداشت شهرستان با استفاده و همکاری مراکز سلامت جامعه عبارتست از:

- تضمین دسترسی به حداکثر خدمات پایه و تخصصی موردنیاز منطقه
- نیازسنجی سلامت مردم منطقه
- شناسایی واحدهای ارائه کننده خدمات اجتماعی و مراقبت‌های سلامت و تامین کنندگان فرآورده‌های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
- تهیه و ارایه طرح گسترش شبکه ارائه خدمت در منطقه و ارائه به ستاد شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده
- تهیه مسیر ارجاع افقی و عمودی و هدایت خدمت گیرندگان
- هماهنگی ارائه خدمات در شرایط فوریت‌های پزشکی و حوادث و سوانح طبیعت و انسان‌ساز
- تامین مستقیم خدمات سلامت به صورت سرپایی و مراقبت روزانه در شرایط ویژه (در صورت حضور نداشتن واحدهای تشخیصی درمانی مورد تایید شبکه بهداشت شهرستان)
- مدیریت و پشتیبانی از ارائه دهندگان خدمات سلامت:
  - آموزش و توانمندسازی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت
  - کمک به راه اندازی نظام مدیریت اطلاعات سلامت و پشتیبانی آن در واحدها
  - پایش و نظارت بر عملکرد واحدها در شبکه ارائه دهندگان خدمات

ماده 16: مدیریت کلیه واحد های واگذار شده به طرف قرارداد با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

فصل 7: نحوه خرید خدمات سلامت[14]

ماده 17: فرآیند برون‌سپاری خدمات سلامت به شرح زیر خواهد بود:

1. اعلام فراخوان عمومی در سطح استان/ شهرستان
2. ابلاغ انتظارات، اهداف و شاخص‌های مورد انتظار از ارائه‌دهندگان خدمت به آنان مطابق چارچوب ابلاغی از سطح ملی در سطح استان/ شهرستان توسط معاون بهداشت
3. دریافت مدارک و مستندات متقاضیان و سپس مذاکره با ایشان برای توجیه شرایط و ضوابط همکاری در سطح استان/ شهرستان
4. اعتبارسنجی و انتخاب داوطلبان ارائه خدمات که معتبر شناخته شده اند در سطح استان/ شهرستان
5. برگزاری مناقصه محدود/ترک تشریفات مناقصه توسط دانشگاه/دانشکده
6. آموزش و توجیه برندگان مناقصه توسط ستاد عملیاتی شهرستان
   6-1. برنده مناقصه باید نیروی انسانی واجد شرایط ارائه خدمت مندرج در این دستور عمل را برای گذراندن دوره آموزشی به معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده/شهرستان معرفی نماید. این آموزش از طریق مرکز آموزش بهورزی شهرستان/ استان انجام می‌شود. شرط انعقاد قرارداد و شروع بکار برنده مناقصه، موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن دوره آموزشی است.
7. انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت های مندرج در این دستورعمل و تایید سایر صلاحیت‌های مندرج در این دستورعمل، توسط رئیس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده

[14] براساس مصوبه هیات وزیران در جلسه20/1/1393 به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (38) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

8. پایش و بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آن‌ها براساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این دستور عمل توسط ستاد عملیاتی شهرستان
9. تمامی قراردادها 3 ساله تنظیم می‌شود و پس از مدت 3 سال در صورت توافق و رضایت از عملکرد، قابل تمدید و تعدیل هستند.
10. نمونه قرارداد و دستورعمل آن پیوست است.
11. درصورت نیاز به استفاده از کارکنان دولت در مراکز واگذاری شده، شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید درخواست خود را برای اخذ مجوز به ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده ارسال کند.
    11-1. در صورت در اختیار گذاردن کارمندان رسمی یا پیمانی دولت به طرف قرارداد ، تمام دریافتی آنان از دولت محاسبه و از مبلغ قرارداد کسر می‌شود.

ماده 18: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

تبصره 1: عقد قرارداد 3 ساله با تورم سالیانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، مدنظر است.

تبصره 2: در صورت توقف ارائه خدمات مورد تعهد براساس قرارداد، باید بلافاصله به طرف قرارداد اخطار داده شود و در صورت توجه نکردن به اخطار داده شده، خسارتی به میزان 6 % مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ می شود.

تبصره 3: مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می شود. لذا در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.

- فرمها و دفاتر مورد استفاده در پایگاه و مرکز سلامت جامعه
- واکسن، ملزومات مورد نیاز ایمن سازی، سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماریها و مکمل های دارویی مورد نیاز برحسب گروه های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز سلامت جامعه
- مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن

ماده 19: براساس قانون، خدمات اولیه بهداشتی باید بطور رایگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می‌گردد.

ماده 20: 80 درصد مبلغ قرارداد تا 28 هر ماه بصورت علی‌الحساب به طرف قرارداد پرداخت می‌شود. ترتیب این کار مطابق چارچوب قراردادی است که توسط دفتر حقوقی اعلام می‌گردد (پیوست است). 20 درصد باقی‌مانده پس از پایش کمی و کیفی عملکرد طرف قرارداد به ترتیبی که در ذیل این ماده آمده است هر 3 ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

- کسب امتیاز عالی (امتیاز 90 از 100 امتیاز) براساس چک لیست پایش عملکرد، 100 درصد مبلغ 20 درصد باقی‌مانده، پرداخت می‌شود.
- بازای هر 1 امتیاز بیشتر از 90، دو درصد تشویقی به سقف پرداخت اضافه می‌گردد. بنابراین، چنانچه نتیجه پایش 100 باشد، معادل 20% به 20 درصد باقی‌مانده اضافه خواهد شد.
- بازای هر 1 امتیاز کمتراز 90 ، 1 درصد از پرداختی کم می‌شود یعنی اگر نتیجه پایش 87 باشد به میزان 13% از 20 درصد باقی‌مانده قرارداد کسر می‌گردد.

تبصره 1: درصورتیکه نتیجه ارزیابی زیر 70 باشد، بازای هر 1 امتیاز کمتر از 70 ، دو درصد از سقف پرداخت کسر می‌گردد. مثلاً چنانچه امتیاز ارزیابی 60 باشد، طرف قرارداد فقط معادل 50% از 20 درصد باقی‌مانده را دریافت خواهد کرد. همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی داده می‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از 70 در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

تبصره2: در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس مفاد قرارداد است.

تبصره3: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

ماده 21: پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی فعلا بصورت معمول (بازای خدمت FFS) و به شرط تجویز پزشک یا مامای کارشناس، توسط سازمان‌های بیمه گر انجام می‌شود.

ماده 22: نظام پرداخت مدیریتی و نظارتی در سطوح مختلف این برنامه که منابع آن از محل سرانه مدیریتی تامین شده است، توسط ستاد ملی تهیه و پس از تصویب و تایید وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ خواهد شد.

فصل 8: نظام ارجاع

ماده 23: رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است با همکاری و هماهنگی معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت شهرستان، رییس بیمارستان عمومی شهرستان یا نزدیک ترین بیمارستان، خدمات تشخیصی، مراقبتی و درمانی سرپایی عمومی و تخصصی مورد نیاز را برای جمعیت تحت پوشش فراهم کند.

تبصره1: کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده شاغل در پایگاه‌های سلامت، افرادی که مطابق بسته خدمات سلامت، نیازمند ارجاع هستند را به مراکز سلامت جامعه ارجاع خواهند داد.

تبصره2: خدمات تخصصی موردنیاز از طریق طراحی زنجیره ارجاع توسط رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاون درمان دانشگاه/دانشکده، هماهنگی با بیمارستان‌های عمومی و تخصصی شهرستان/ استان/ قطب و ملی فراهم می شود.

ماده 24: بیماران نیازمند به خدمات بستری همانند سایر مردم می‌توانند با دریافت فرم ارجاع، از خدمات ارائه شده در طرح تحول سلامت در حوزه درمان استفاده کنند.

ماده 25: بیمارستان باید نسبت به مشخص نمودن فرآیند پذیرش بیماران ارجاع شده از طریق نظام ارجاع اقدام و گردش کار را در پذیرش و در محل مناسب و قابل دید، نصب کند.

ماده 26: برگه ارجاع باید توسط پزشک شاغل در مرکز سلامت جامعه و قبل از مراجعه بیمار به بیمارستان تکمیل شده باشد. بدیهی است که دستور بستری با نظر متخصص مقیم بیمارستان انجام می گیرد. پس از ترخیص، خلاصه پرونده از طرف بیمارستان باید برای پزشک ارسال شود. درموارد اورژانس نیازمند به بستری، برگه ارجاع می‌تواند بعد از بستری از پزشک اخذ شود.

تبصره: پزشک ارجاع دهنده باید بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر را تا انتهای درمان بیمار، پیگیری کند. بیمارانی که بصورت فوری ارجاع می‌شوند ظرف مدت یک هفته توسط پزشک و کارشناس مراقب سلامت خانواده پیگیری می‌شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول 2 تا 3 هفته بعد از اراجاع انجام می‌شود.

ماده 27: بیمارستان باید اقدامات لازم را در مورد تکمیل بخش بازخورد برگه های ارجاع ارائه شده براساس دستورعمل اجرایی، انجام دهد.

ماده 28: هر بیمار بنا به تشخیص خود می‌تواند به عنوان بیمار اورژانسی به بیمارستان مراجعه نماید. تشخیص این مساله با مسوول یا پزشک اورژانس بیمارستان است.

تبصره: شبکه بهداشت و درمانی شهرستان موظف است درمورد امکان استفاده از خدمات ارجاع به ساکنین این مناطق اطلاع‌رسانی کند.

فصل 9: استانداردهای مورد نیاز

ماده 29: طرف قرارداد باید فضای فیزیکی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نیروی انسانی، به صورت زیر آماده نمایند:

1. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش 12500 نفر حداقل 75 متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- فضای کار کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (3 نفر)
- فضای کار مامایی
- فضای کار واکسیناسیون
- سالن انتظار
- فضای آبدارخانه
- فضای سرویس بهداشتی

- توصیه می شود محل استقرار پایگاه در طبقه همکف باشد.
- برای جمعیت‌های کمتر از 8000 نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز به 60 متر کاهش می یابد.
- درصورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می توان فضای کمتری را تایید کرد.

2. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش 25 تا 50 هزار نفر حداقل 180 متر مربع می باشد به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند 1، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- فضا برای ویزیت پزشک (2 نفر)
- فضا برای خدمات تغذیه
- فضا برای خدمات سلامت روان
- فضا برای خدمت پرستاری
- اتاق مدیریت مرکز
- فضا برای پذیرش و آمار
- فضا برای سالن انتظار به مقدار 2 برابر پایگاه سلامت

- برای جمعیت های 25 هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی موردنیاز به حدود 100 تا 120 متر کاهش می‌یابد.
- درصورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می‌توان فضای کمتری را تایید کرد.
- فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و داروخانه در صورت لزوم تعیین می‌گردد.

ماده 30: طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت به صورت زیر آماده نمایند:

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش 12500 نفر به قرار زیر می باشد:

- کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده : 3 نفر(حداقل یکی و ترجیحاً دو نفر از آنها باید ماما باشد)
- علاوه بر 3 نفر، یک نفر نیز به صورت اقتضایی در صورت ضرورت بکار گرفته خواهد شد.

یادآوری:

- برای هر 4000 نفر یک کارشناس مراقب سلامت خانواده درنظر گرفته می‌شود

2. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش 25 تا 50 هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند 1 این ماده، به قرار زیر می باشد:

• کارشناس/کارشناس ارشد بهداشتی:	1 نفر
• پزشک:	2 نفر
• کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی :	1 نفر
• کارشناس/کارشناس ارشد سلامت روان :	1 نفر
• دندان پزشک (درصورت لزوم):	1 یا 2 نفر
• کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت لزوم)	2 نفر
• پرستار	1 نفر
• پذیرش و آمار	1 نفر
• کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار	1 نفر
• نگهبان/خدمتگزار	1 نفر

فصل 10: آموزش

ماده 31: بسته آموزشی برای آموزش کاردانان/کارشناسان بهداشتی (شامل: بهداشت عمومی، خانواده و بیماری‌ها، پرستار و ماما) به منظور تبدیل آنان به کارشناس چندپیشه به عنوان"**کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده** " توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ارائه می‌شود.

تبصره 1: معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به ارائه پیشنهاد آموزش و تربیت کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (با تلفیق برنامه آموزش و تربیت کارشناسان بهداشت عمومی، خانواده و مبارزه با بیماری‌ها) به معاونت آموزشی اقدام نماید.

تبصره 2: مدیران سطح ملی و دانشگاهی/دانشکده ای پیش از اجرای برنامه، توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید آموزش و توجیه شوند.

ماده 32: معاونت بهداشتی شهرستان با مشارکت گروه بهورزی و مرکز آموزش بهورزی تقویت شده شهرستان موظف به برگزاری دوره-های آموزشی مطابق بسته آموزشی مذکور در ماده 31 می باشد.

تبصره: ضرورت دارد تمام نیروهای درگیر در این طرح قبل از شروع خدمت، آموزش‌های پیش نیاز برای ورود به عرصه خدمت را دریافت نمایند. دریافت گواهی پایان موفقت آمیز دوره، شرط صدور مجوز برای همکاری خواهد بود. هزینه دوره آموزشی برای بار اول، رایگان می‌باشد و در صورت تکرار، هزینه آن به عهده طرف قرارداد است.

ماده 33: فهرست عناوین آموزشی به شرح جدول ذیل این ماده می‌باشد. گروه بهورزی و مرکز آموزش بهورزی تقویت شده شهرستان مکلفند براساس زمان دراختیار و نیز منابع آموزشی و زیرساخت‌های دردسترس، اقدام به اولویت‌بندی مطالب آموزشی نمایند. در این زمینه‌ها توجه به مطالب زیر اهمیت دارد:

1. برآورد زمان و تنظیم سیاست ها و شیوه های اجرای آموزش براساس منابع آموزشی، زیرساخت ها و زمان دردسترس
2. تهیه بسته‌های اختصاصی آموزش و هدایت آموزش در زیر راه‌کارهای گروه های هماهنگ کننده امور آموزشی

برآورد زمان آموزش مورد نیاز اعضای تیم سلامت بر اساس عنوان کلی (سرفصل آموزشی)			
عنوان کلی (سرفصل آموزشی)	ساعت آموزش حضوری	ساعت آموزش غیرحضوری	جمع
مباحث مقدماتی و پیش نیاز	10	129	139
سلامت کودکان	18	74	92
سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس	14	55	69
سلامت میانسالان	14	55	69
سلامت سالمندان	14	55	69
باروری سالم و مادران	18	74	92
سلامت محیط و کار	10	38	46
بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و سلامت روان	18	74	92
جمع	116	554	670

چنانچه روزانه 6 ساعت آموزش درنظر گرفته شود حدود 20 روز (1 ماه کاری) زمان برای برگزاری آموزش حضوری در آغاز کار ضرورت دارد.

فصل 11: نظام اطلاعات سلامت

ماده 34: برای طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده باشد، تمامی مشخصات سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش و فرهنگ‌سازی توسط ستاد کشوری انجام و ابلاغ می شود.

تبصره: به منظور تبادل اطلاعات و تشکیل بانک داده‌ها در سطوح دانشگاهی/دانشکده ای و ملی، ضروری است در طراحی نظام اطلاعات سلامت، استانداردهای مورد نیاز مطابق سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) و بسته های خدمات ابلاغی رعایت گردد.

ماده 35: معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به طراحی و استقرار نظام اطلاعات سلامت الکترونیک با تشکیل کارگروه ویژه و مشارکت ذی‌نفعان از جمله مراکز/ دفاتر تخصصی معاونت بهداشت، معاونت درمان، دفتر مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات معاونت توسعه و مدیریت منابع اقدام کند.

تبصره: تا زمان فراهم شدن نظام اطلاعات سلامت الکترونیک، روش فعلی(کاغذی) مورد عمل خواهد بود.

ماده 36: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی برنامه موظف است در طراحی و اجرای پرونده الکترونیک سلامت از حداکثر تجربیات و ظرفیت های فنی و اجرایی بخش دولتی و غیردولتی کشور از جمله: بخش خصوصی، سامانه سپاس، سامانه خدمات سلامت ایرانیان، برنامه ساختار شبکه (HNIS[15])، پورتال معاونت های بهداشت و درمان، سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و شبکه ملی سلامت (شمس[16]) استفاده کند و نظام یکپارچه اطلاعات واحد های ارایه خدمات سلامت را بر اساس استانداردهای تعریف شده 13606 در سپاس مستقر نماید.

ماده 37: ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده موظف است مطابق چارچوب های گردآوری و تحلیل اطلاعات سلامت ابلاغی از سوی ستاد کشوری، گزارشات کتبی لازم را تهیه و ارسال کند و حداکثر تا پایان مهر ماه سال 1394 دستورعمل استقرار نظام اطلاعات سلامت را اجرا کند بطوریکه اطلاعات مورد نیاز از طریق سامانه یکپارچه قابلیت انتقال داشته باشد و در نیمه دوم سال 1394 مبنای نظارت و پرداخت ها قرار گیرد.

[15] Health Network Information System

[16] راه اندازی شبکه ملی سلامت یکی از تکالیف وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات بر اساس ماده 46 قانون برنامه پنجم توسعه است که زیرساخت ارتباطی را میان مراکز بهداشتی، تشخیصی و درمانی سراسر کشور و برقراری ارتباط میان این مراکز ممکن می‌کند. همچنین تبادل اطلاعات به صورت الکترونیکی و ارائه خدمات الکترونیکی سلامت در کشور از طریق این شبکه فراهم می‌شود.

ماده 38: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی موظف است نسبت به تامین و تخصیص منابع مالی لازم برای استقرار دستورعمل نظام اطلاعات سلامت توسط ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده اقدام نماید.

فصل 12: پایش و ارزشیابی

ماده 39: به منظور تضمین کیفیت خدمات ارایه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت و رعایت مفاد قرارداد از طرف ارایه دهندگان خدمت، لازم است استاندارد های خدمات و چک لیست‌های مربوطه براساس بسته های خدمات تعریف شده تهیه و تدوین گردد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری مراکز/دفاتر تخصصی معاونت بهداشت و معاونت درمان نسبت به تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش خدمات به انضمام بسته آموزشی موردنیاز آن برای سطح دانشگاه و شهرستان اقدام و ظرف دو ماه از تاریخ ابلاغ این دستورعمل آن را به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال نماید (پیش نویس آنها پیوست است).

ماده 40: انجام پایش دوره ای از عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت هر سه ماه یکبار توسط تیم نظارتی شبکه بهداشت درمان شهرستان (ستاد عملیاتی شهرستان) صورت خواهد گرفت. این پایش در پرداخت و ادامه همکاری طرف قرارداد موثر است که در فصل پرداخت به آن اشاره شد.

ماده 41: دانشگاه/دانشکده موظف است به منظور فراهم نمودن داده های پایه[17] از وضعیت سلامت و عوامل موثر بر آن و ارزشیابی دوره ای آن در مناطق موردنظر، نسبت به ارزیابی سریع در مناطق مذکور، همچنین اجرای پیمایش مورد نیاز در این خصوص اقدام نماید. بدیهی است با توسعه نظام اطلاعات سلامت که در فصل 11 جزئیات آن ارائه شده است ، لازم است ارزشیابی های مستمر / دوره ای سلامت جمعیت این مناطق براساس داده های حاصل از نظام مذکور صورت گیرد.

تبصره: لازم است مرکز مدیریت شبکه ضمن تدوین طرح پیمایش ارزیابی سریع سلامت و عوامل موثر بر آن در مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی و شهرهای 20 تا 50 هزار نفر، نسبت به طراحی بسته اجرایی و آموزشی مربوط اقدام نماید و دانشگاه به صورت دوره‌ای پیمایش (دوره 2 یا 3 ساله) آن را اجرا کند.

ماده 42: سطوح پایش و ارزشیابی به قرار زیر خواهد بود:

- **پایش و ارزشیابی برنامه در سه سطح در نظر گرفته شده است:**

1- پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان بر:
   - ✓ پایگاه سلامت
   - ✓ مرکز سلامت جامعه
   - ✓ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
   - ✓ گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

2- پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت استان یا معاونت بهداشتی بر:
   - ✓ مرکز بهداشت شهرستان
   - ✓ پایگاه سلامت
   - ✓ مرکز سلامت جامعه
   - ✓ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
   - ✓ گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

3- پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه یا معاونت بهداشت وزارت متبوع بر:
   - مرکز بهداشت استان

[17] Baseline data

- مرکز بهداشت شهرستان
- پایگاه سلامت
- مرکز سلامت جامعه
- کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

- **بسته های پایش و ارزشیابی**

چهار بسته برای پایش و ارزشیابی برنامه به ترتیب زیر وجود دارد:

1. بسته ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه یا معاونت بهداشت
2. بسته ارزشیابی توسط دانشگاه/ دانشکده
3. بسته های ارزشیابی و خودارزیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان
4. بسته خودارزیابی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

- **فهرست ابزارهای پایش و ارزشیابی** (پیوست است)

1. چک لیست اطلاعات عمومی واحدهای ارائه دهنده خدمت
2. چک لیست مشاهده واحدهای ارائه دهنده خدمت
3. چک لیست برقراری ارتباط موثر
4. چک لیست مستندات واحدهای ارائه دهنده خدمت (بررسی مدارک ثبت شده)
5. چک لیست مصاحبه با گیرندگان خدمت
6. چک لیست های خودارزیابی
7. چک لیست بررسی دفترچه های بیمه و نسخ بیماران براساس راهنماهای طراحی شده
    - راهنماهای تشخیصی
    - راهنماهای درمانی
8. چک لیست بررسی شاخص های سلامت در حاشیه شهر
9. چک لیست بررسی وضعیت خودمراقبتی گیرندگان خدمت

- **اعضای تیم پایش و ارزشیابی مرکز سلامت جامعه**

الف) عمومی

کارشناسانی از هر برنامه از مرکز بهداشت شهرستان، عملکرد تیم سلامت مرکز بهداشتی درمانی/ مرکز سلامت جامعه را پایش می نمایند.

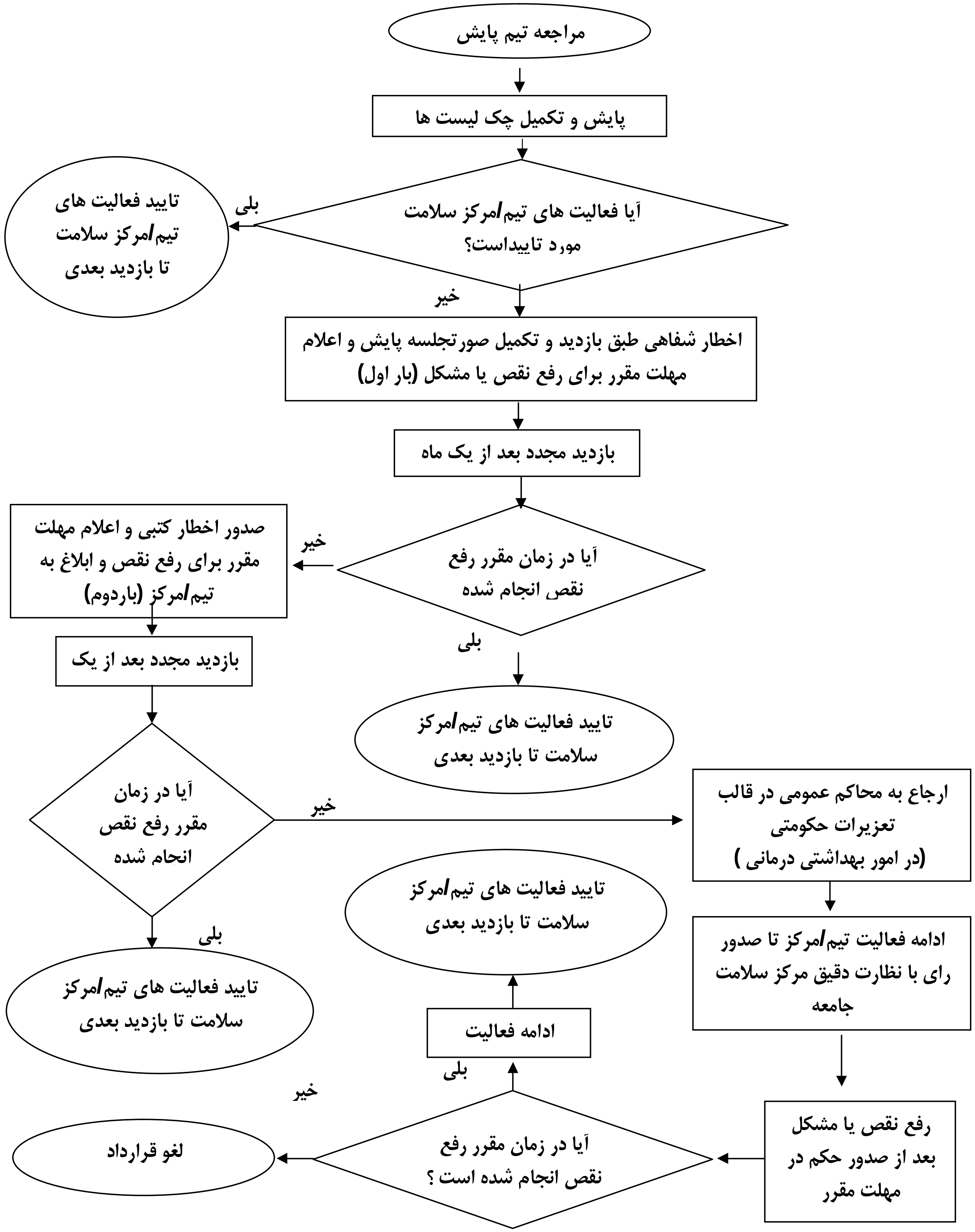
ب) تخصصی

برآورد می شود تکمیل چک لیست ها توسط یک تیم 2تا 3 نفره، یک روز کاری به طول انجامد.

- **توالی انجام پایش**

1. چک لیست خودارزیابی شامل بررسی مهارت و آگاهی سنجی برای هر یک از اعضای تیم سلامت در بدو استخدام هر نیروی جدید، تکمیل می شود و در فواصل سالانه تکرار می گردد.
2. ابزارهای پایش خدمات - فعلاً هر 3 ماه یک بار تکمیل می شود.
3. براساس نتایج انجام پایش و ارزشیابی، مداخله مناسب برای رفع مشکلات موجود صورت می گیرد.

فرآیند پایش پایگاه/ مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان (هر 3ماه یک بار)



فصل 13: اعتبار موردنیاز

ماده 43: به منظور برآورد سرانه خدمات سلامت، هزینه های مربوط به نیروی انسانی، مکمل‌های دارویی، مواد مصرفی، ثبت داده ها و پرونده الکترونیک سلامت و ... محاسبه می‌شود. درمورد دارو و پاراکلینیک براساس وضعیت معمول یعنی استفاده از دفترچه بیمه یا نسخه آزاد عمل می شود:

1- اعتبار موردنیاز برای نیروی انسانی ارائه دهنده کل خدمات یک پایگاه سلامت با جمعیت متوسط تحت پوشش 12500 نفر که از بخش غیردولتی خریداری شود، به قرار زیر خواهد بود:

- حق الزحمه کاردان‌ها/کارشناسان سلامت اعم از مراقب سلامت خانواده، یا ماما ماهانه 1.7 میلیون تومان براساس قانون کار درنظر گرفته می‌شود. 30% این حق الزحمه براساس نتایج پایش عملکرد فصلی آنها پرداخت خواهد شد.

به عبارت دیگر حق الزحمه نیروی انسانی هر پایگاه سلامت بطور ماهانه 5/1 میلیون تومان می‌شود. برای 13 ماه سال 66/3 میلیون تومان است.

2- اجاره فضای فیزیکی بازای هر مترمربع ماهانه 20000 تومان و برای 75 مترمربع فضای استاندارد 1/500/000 تومان و برای یک سال 18/000/000 تومان برآورد می شود.

3- هزینه لوازم مصرفی، آب، برق، گاز، تلفن، و ... ماهانه 500 هزار تومان و برای یک سال 6 میلیون تومان برآورد می شود.

4- هزینه سرایداری و نظافت مرکز ماهانه 1300/000 تومان

هزینه یک مرکز در ماه:

• جمع حق الزحمه سالانه نیروی انسانی بازای 13 ماه	66/300/000 تومان
• جمع اجاره فضای فیزیکی در سال	18/000/000 تومان
• جمع هزینه لوازم مصرفی	6/000/000 تومان
• هزینه سرایداری و نظافت	16/900/000 تومان
• جمع کل هزینه ها	107/200/000 تومان
• 20% هزینه های پیش بینی نشده	22/510/000 تومان
• **هزینه کل بازای 1 پایگاه**	**129/710/000 تومان**
• **سرانه بازای 12500 نفر جمعیت سالانه**	**10/376/80 تومان**

5- فرمها و دفاتر مورد استفاده در مرکز بهداشتی درمانی توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار واحد های مجری برنامه قرار داده می‌شود

6- مکمل‌های دارویی موردنیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود

7- مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود

8- در صورت تحویل تجهیزات اداری و فنی به طرف قرارداد باید وثیقه معادل قیمت تجهیزات گرفته شود. چنانچه تجهیزات به عهده طرف قرارداد باشد حدود 40 میلیون تومان به کل مبلغ قرارداد اضافه می شود. استهلاک تجهیزات 5 ساله و براساس سالانه 20% محاسبه می‌شود. دراین صورت، سرانه **13/576/80 تومان** برآورد می‌گردد.

9- درمورد مراکز سلامت جامعه، بازای هر 25 تا 50 هزار نفر، 1 کارشناس سلامت روان و 1 کارشناس مشاور تغذیه درنظر گرفته می-شود. برای هرکدام 2 میلیون تومان به سرجمع قرارداد با ارائه دهندگان خدمت اضافه خواهد شد.

10- ساعت کاری به سمت بعد از ظهر شیفت پیدا کند و در صورت لزوم به صورت اقتضایی بر حسب شرایط منطقه تصمیم گیری شود

پیوست شماره1- براورد حجم خدمات مبتنی بر بسته خدمات جاری پایه سلامت در جمعیت 12500 نفر

پیوست شماره 2- شیوه نامه خرید راهبردی

پیوست شماره3- آیین‌نامه واگذاری واحدهای کوچک درمانی

پیوست شماره4- چارچوب قرارداد

پیوست شماره5- چارچوب سرشماری جمعیت و نرم افزار مربوطه

پیوست شماره6- چارچوب سرشماری واحدهای ارائه خدمات سرپایی و نرم افزار مربوطه

پیوست شماره7- بسته خدمات پایه سلامت

پیوست شماره8- بسته پایش و ارزشیابی

پیوست شماره1- براورد حجم خدمات مبتنی بر بسته خدمات جاری پایه سلامت در جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر

جمعیت مرجع ۱۲۵۰۰ نفر						
گروه سنی	نسبت جمعیتی	تعدادجمعیت	بار مراقبت روتین در سال	تعداد مراقبت بر اساس نسبت کلی	درصد نیازمند ارجاع	تعداد ارجاعی به پزشک
کمتر از یك سال	۱.٦٤	۲۰۵	٦	۱۲۳۰	۱۰	۱۲۳
۱ ساله	۱.٦۹	۲۱۲	۳	٦۳۳		٦٤
۲ ساله	۱.۷۱	۲۱٤	۲	٤۲۷		٤۳
۳ ساله	۱.٦٤	۲۰۵	۲	٤۱۰		٤۱
٤ ساله	۱.٦۲	۲۰۲	۱	۲۰۲		۲۰
٥ ساله	۱.٦۲	۲۰۲	۱	۲۰۲		۲۰
٦ ساله	۱.٥٤	۱۹۳	۱	۱۹۳		۱۹
۷ ساله	۱.٤۷	۱۸۳	۱	۱۸۳	٥	۹
۸-۹ ساله	۱.٤٥	۱۸۱	۱	۱۸۱		۹
۱۰-۱٤ ساله	۷.٥٥	۹٤۳	۱	۹٤۳		٤۸
۱٥-۱۹ ساله	۸.۷۹	۱۰۹۹	۱	۱۰۹۹		٥٥
۲۰-۲٥ ساله	۱۱.۲۰	۱٤۰۰	۱	۱٤۰۰		۷۰
۲٥-۲۹ ساله	۱۱.٥٤	۱٤٤۳	۱	۱٤٤۳		۷۳
۳۰-۳٤ ساله	۹.۲۸	۱۱٦۰	۱	۱۱٦۰	۳٥	٤۰٦
۳٥-۳۹ ساله	۷.٤۱	۹۲۷	۱	۹۲۷		۳۲٥
٤۰-٤٤ ساله	٦.٥۳	۸۱٦	۱	۸۱٦		۲۸٦
٤٥-٤۹ ساله	٥.۳٦	٦۷۰	۱	٦۷۰		۲۳٥
٥۰-٥٤ ساله	٤.٦۹	٥۸۷	۱	٥۸۷		۲۰٦
٥٥-٥۹ ساله	۳.٥۷	٤٤٦	۱	٤٤٦	٥۰	۲۲۳
٦۰-٦٤ ساله	۲.٤۸	۳۱۰	۱	۳۱۰		۱٥٥
٦٥-٦۹ ساله	۱.۷۹	۲۲٤	۱	۲۲٤		۱۱۲
۷۰-۷٤ ساله	۱.٤۹	۱۸٦	۱	۱۸٦		۹۳
۷٥-۷۹ ساله	۱.۲۲	۱٥۲	۱	۱٥۲		۷٦
۸۰ ساله و بیشتر	۱.۲۱	۱٥۱	۱	۱٥۱		۷٦
مراقبت بارداري	۱.۸۲	۲۲۸	٦	۱۳٦٥	۲۰	۲۷٥
باروري سالم (زنان ۱۰- ٤۹سال)	۱۳.۱	۱٦٤۲	۱.۲	۱۹۷۰	۱۰	۱۹۷
جمع	۱۰۰≈	۱۲٥۰۰≈		۱۷٥۱۰		۳۲٥۹

با توجه به داده های طرح مراقبت عوامل خطر غیر واگیر در سال 1390:

- شیوع دیابت در کل جمعیت=5%
- شیوع دیابت در جمعیت بالای 30 سال= 10%
- شیوع قند خون بالا (نه دیابتی) در جمعیت 25 تا 64 ساله= 13.8%
- شیوع فشارخون بالا (بیماری تایید نشده) در جمعیت 15 تا 64 ساله=19%
- شیوع فشارخون بالا (بیماری تایید شده) در جمعیت بالای 30 سال روستایی=9.3%

تخمین زده می‌شود که نزدیک به 35% گروه سنی 30 تا 54 ساله و 50 % گروه سنی 55 و بالاتر نیازمند ارجاع به پزشک خواهند بود. درصد نیازمند به ارجاع برای گروه سنی صفر تا 6 ساله، 10 و برای گروه سنی 7 تا 29 ساله 5 در نظر گرفته شده است. بر این اساس، تعداد موارد ارجاعی به پزشک در ارائه بسته خدمات جاری سلامت و در جمعیت 12500 نفری حدود 3259 نفر در سال محاسبه می شود.

3259÷12 ماه = 272 نفر در ماه ÷25 روز کاری ≈ 11 نفر بیمار ارجاعی نیازمند ویزیت پزشک

پیوست شماره2- شیوه نامه خرید راهبردی

هیات دولت براساس برنامه پنجم توسعه اقتصادی مصوبه

آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (38) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

هیات وزیران در جلسه 20 / 1 / 1393 به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (38) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران – مصوب 1389 – آیین نامه اجرایی بند یادشده را به شرح زیر تصویب کرد:

آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (38) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده 1 – در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف – قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران – مصوب 1389 –

ب – شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت

پ – سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ت – مراکز: مراکز و مؤسسات ارایه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت اعم از دولتی و غیردولتی

ث – وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ج – خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارایه کننده خدمت، چگونگی خرید و قیمت گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

چ – خدمات پایه سلامت: خدمات و مراقبت های سلامت شامل آموزش سلامت، پیشگیری، درمان های اولیه سرپایی و بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، درخواست خدمات پاراکلینیکی، تدبیر فوریتها، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار.

ح – خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت: فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت که زیرمجموعه ای از بسته پایه خدمات سلامت می باشد و با توجه به محدودیت های مالی، سیاسی و اجتماعی در یک فرایند اولویت گذاری و سهمیه بندی تعیین و توسط سازمان های بیمه گر پایه تأمین مالی می شود.

خ – فرانشیز: قسمتی از هزینه خدمات و مراقبت های سلامت مورد تعهد بیمه پایه که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات و مراقبت های مذکور پرداخت نماید. به منظور ترغیب رفتارهای صحیح سلامتی در گیرندگان خدمات و جلوگیری از مخاطرات اخلاقی، می توان از فرانشیزهای متفاوت استفاده نمود.

د – شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص (DRG): شیوه پرداخت مبتنی بر نظام طبقه بندی بیماران که در آن بیمارانی که از نظر بالینی و هزینه ای مشابه هستند و انتظار می رود استفاده آنها از منابع بیمارستانی و هزینه های مربوط مشابه یکدیگر باشد در یک گروه قرار می گیرند و مراکز نرخ ثابتی را برای هر ترخیص مبتنی بر نوع تشخیص و درمان دریافت می کنند.

ذ – شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده: واحد پرداخت بر مبنای به ازای هر فرد که با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت بیمار و محل جغرافیایی خدمت متفاوت می باشد و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می گردد. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلاً یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می شود.

ماده 2 – سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت ترین و هزینه اثربخش ترین خدمات برای بیمه شدگان، بر اساس روش های زیر اقدام نماید:

الف – شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده برای عمده خدمات در سطح اول براساس معیارهایی از قبیل مشخصات جمعیتی، نیازهای

سلامتی و تفاوت هزینه ای با توجه به جغرافیای ارایه خدمات، با اولویت نظام ارجاع.

ب – شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حداقل سه بیمارستان کشور اعم از دولتی و غیر دولتی به صورت آزمایشی به گونه ای که در سال پنجم برنامه، قابلیت اجرا در سراسر کشور را داشته باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان موظفند گزارش اجرای آزمایشی این روش را به شورای عالی ارایه نمایند.

پ – طراحی ساز و کار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه گانه ارایه خدمات.

تبصره 1 – معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور موظف است مجموعه منابع عمومی حوزه بیمه سلامت را در بودجه سنواتی (اعم از منابع عمومی و درآمد اختصاصی) ذیل سازمان متمرکز و طبق سیاست های مصوب پرداخت نماید.

تبصره 2 – وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستور العمل ساز و کار استفاده از کدهای تشخیصی در پرونده و اسناد بیماران را تا پایان سال چهارم قانون براساس دسته بندی بین المللی بیماری ها (icd) تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید. مراکز و سازمان های بیمه گر موظفند بر اساس دستور العمل یادشده عمل نمایند.

تبصره 3 – تا زمان اجرای شیوه پرداخت براساس گروه بندی مرتبط با تشخیص، دستورالعمل و قیمت تعرفه کلی (گلوبال) اعمال شایع جراحی بر اساس تعرفه های مصوب توسط شورای عالی بازنگری می شود.

تبصره 4 – وزارت موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ساز و کارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارایه دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.

ماده 3 *– سازمان موظف است براساس اعتبار بخشی مراکز، اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به خرید راهبردی خدمات براساس قیمت واقعی در فضای رقابتی اقدام نماید.*

تبصره - تا زمان اعلام اعتبار بخشی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرایط فعلی به قوت خود باقی است.

ماده 4 – سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولید کنندگان داخلی و توزیع مناسب آنها با هدف بهبود دسترسی بیمه شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می باشد.

تبصره- ساز و کار اجرایی و شیوه نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه توسط وزارت با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب شورای عالی می رسد.

ماده 5 – شورای عالی همه ساله براساس روش فرانشیز متغیر نسبت به تعیین فرانشیز و سهم بیمه پایه از خدمات بیمه پایه سلامت اقدام و آن را به تصویب هیئت وزیران می رساند.

ماده 6 – ملاک تعهد سازمانهای بیمه گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس مصوبات هیئت وزیران می باشد.

ماده 7 *– وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور همه ساله نسبت به بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس معیارهای علمی و روش شناختی (متدولوژی) مصوب، با اولویت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای عالی برای تصویب به هیئت وزیران ارایه می نمایند.*

ماده 8 *– وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله درخصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید.*

تبصره- ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می باشد.

ماده 9 – دستورالعمل رسیدگی به اعتراض مراکز که سازمان با آنها در چارچوب خرید راهبردی خدمات قرارداد منعقد ننموده و یا

قرارداد را لغو نموده است، ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه توسط وزارت تهیه و به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

ماده 10 – در راستای الزامات خرید راهبردی خدمات، سازمان موظف است پیشنهادهای لازم را برای یکسان سازی ضوابط و مقررات، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد پزشکی و نحوه تأیید اسناد را ظرف یک سال پس از ابلاغ این آیین نامه جهت تصویب به شورای عالی ارایه نماید.

تبصره - چارچوب قراردادهای بین مراکز و سازمانهای بیمه گرد توسط وزارت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تأیید شورای عالی می رسد.

ماده 11 – وزارت موظف است بار مالی اجرای این آیین نامه را سالانه برآورد و برای پیش بینی در لایحه بودجه سنواتی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام نماید.

ماده 12 – *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است میزان تأثیر گذاری عملکرد خرید راهبردی بر شاخص های خدمات و مراقبت های سلامت را هر ساله به شورای عالی گزارش نمیاد.*

ماده 13 – سازمان موظف است هر ساله گزارش عملکرد مالی خرید راهبردی خدمات و میزان تأثیر آن بر شاخص های سهم پرداخت مردم از هزینه های سلامت، کاهش هزینه های سلامت و توسعه عدالت در سلامت را به شورای عالی ارایه نماید.

ماده 14 – سازمان موظف است نسبت به پرداخت مطالبات مراکز بابت خدمات ارایه شده به صورت علی الحساب به میزان هشتاد درصد طی پانزده روز و تسویه حساب قطعی حداکثر سه ماه پس از اعلام رسمی مراکز، مبنی بر آماده تحویل بودن اسناد اقدام نماید.

ماده 15 – *مراکز موظفند دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را تهیه نمایند. موارد استثنا با توافق وزارت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ظرف شش ماه تهیه می شود.*

ماده 16 – معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور موظف است اعتبارات مصوب سازمان در قوانین بودجه سنواتی را به موقع تخصیص دهد.

ماده 17 - مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این آیین نامه بر عهده وزارت می باشد.

اسحاق جهانگیری معاون اول رییس جمهور