

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع



فرآیندهای اجرایی در برنامه پزشک خانواده و

نظام ارجاع نسخه ۰۳

اصول مهم در تدوین نسخه ۰۳

- ❖ به کارگیری پزشکان مشمول برنامه با اولویت پزشکان تمام وقت جغرافیایی (پزشکان عمومی و متخصص)
- توضیح: فعالیت پزشکان غیر تمام وقت در برنامه منوط به اخذ مجوز از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد.
- ❖ اجرای اصول برنامه در شهر و روستا به طور مشابه
- ❖ نشاندار نمودن افراد و پزشک خانواده در تمامی مراحل ارائه خدمت
- ❖ ایجاد پوشش بیمه پایه برای همه افراد ایرانی بر اساس مصوبه هیئت محترم وزیران

اصول مهم در تدوین نسخه ۰۳

- ❖ پرداخت به موقع مطالبات پرسنلی (پرداخت در انتهای هر ماه همزمان با پرداخت حقوق و مزایا)
- ❖ الزامی به درج تشخیص در فرم ارجاع و بازخورد
- ❖ بازتعریف مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی به عنوان بخشی از شبکه ارائه خدمت
- ❖ ارائه خدمات سطح یک به صورت فعال با پیگیری هدفمند
- ❖ ایجاد بستر لازم برای بازخورد الکترونیکی در تمام فرایندهای ارائه خدمت
- ❖ دسترسی به خدمات پاراکلینیک
- ❖ استفاده از نظام تشویقی برای رعایت نظام ارجاع در شروع برنامه و الزام به رعایت نظام ارجاع در ادامه (دوره گذار شش ماه برای الزام به رعایت نظام ارجاع)

اصول مهم در تدوین نسخه ۰۳

- ❖ تشکیل گام به گام پرونده الکترونیکی سلامت (EHR)
- ❖ استفاده از سازوکارهای خرید خدمت برای تکمیل زنجیره ارجاع
- ❖ استفاده از سیستم هوش مصنوعی و فناوری‌های هوشمند برای حمایت از اجرای برنامه
- ❖ افزایش سطح سواد سلامت جامعه و اجرای برنامه‌های خودمراقبتی

مشمولین بر نامه

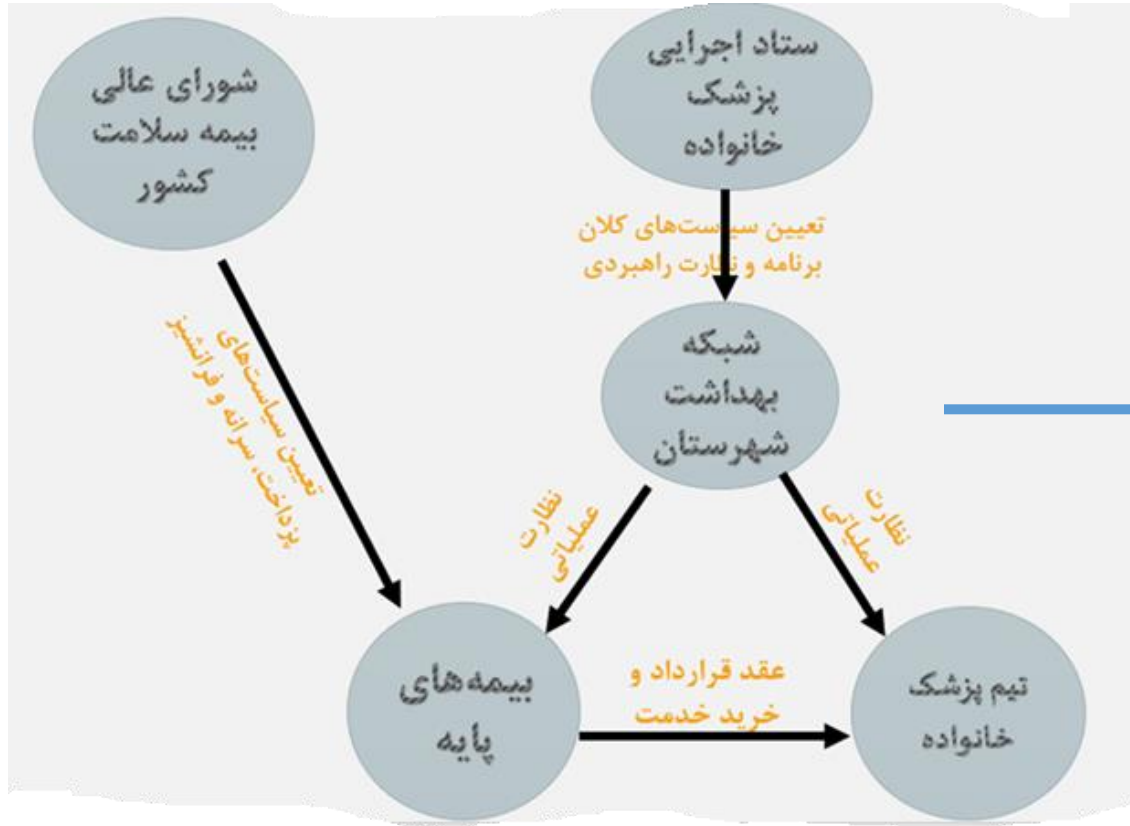
ردیف	نام دانشگاه	نام شهرستان	ردیف	نام دانشگاه	نام شهرستان	ردیف	نام دانشگاه	نام شهرستان
۱	اراک	آشتیان	۲۴	یاسوج	بویراحمد	۴۷	شیراز	فیروزآباد
۲	اردبیل	مشگین شهر	۲۵	یزد	تفت	۴۸	فسا	فسا
۳	ارومیه	نقده	۲۶	نیشابور	فیروزه	۴۹	قزوین	تاکستان
۴	اسفراین	بام و صفی آباد	۲۷	بوشهر	دشتستان	۵۰	کردستان	کامیاران
۵	اصفهان	شهرضا	۲۸	آبادان	خرمشهر	۵۱	کرمان	بردسیر
۶	البرز	ساوجبلاغ	۲۹	قم	جعفرآباد	۵۲	گیلان	فومن
۷	اهواز	کارون	۳۰	خلخال	خلخال	۵۳	لرستان	دلفان
۸	ایران شهر	ایران شهر	۳۱	رفسنجان	رفسنجان	۵۴	اسدآباد	اسدآباد
۹	بابل	بابل	۳۲	مراغه	مراغه	۵۵	بندرعباس	بندرلنگه
۱۰	بجنورد	جاجرم	۳۳	مازندران	جویبار	۵۶	سراب	سراب
۱۱	بم	ریگان	۳۴	تربت جام	تربت جام	۵۷	لارستان	لارستان
۱۲	بهبهان	آغا جاری	۳۵	گناباد	بجستان	۵۸	جهرم	خفر
۱۳	گراش	گراش	۳۶	همدان	کبودرآهنگ	۵۹	چابهار	نیکشهر
۱۴	شهید بهشتی	ورامین	۳۷	مشهد	فریمان	۶۰	گلستان	آق قلا
۱۵	تربت حیدریه	تربت حیدریه	۳۸	کرمانشاه	هرسین	۶۱	بیرجند	قائنات
۱۶	جیرفت	رودبار جنوب	۳۹	ساوه	ساوه	۶۲	تبریز	مرند
۱۷	خمین	خمین	۴۰	کاشان	کاشان	۶۳	ایلام	دره شهر
۱۸	خوی	خوی	۴۱	سیرجان	سیرجان	۶۴	زنجان	خدابنده
۱۹	دزفول	دزفول	۴۲	تهران	اسلامشهر			
۲۰	زابل	زهک	۴۳	شوشتر	شوشتر			
۲۱	شهرکرد	لردگان	۴۴	ایران	بهارستان			
۲۲	سبزوار	جغتای	۴۵	زاهدان	میرجاوه			
۲۳	شاهرود	شاهرود	۴۶	سمنان	مهدیشهر			

اصول مهم در تدوین نسخه ۰۳

- کلیه جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر و بالای ۲۰ هزار نفر ۵ شهرستان منتخب ذیل (مشمول سطح یک، دو و سه ارائه خدمت با رعایت نظام ارجاع)
- کلیه ساکنین در مناطق مذکور مشمول بیمه پایه می باشد. لذا در صورتی که افراد بیمه باشند، بایستی مشمول بیمه پایه سلامت باشند.
- مشمولین برنامه در این شهرستانها در صورت ارجاع به سایر شهرستانهای همجوار و یا مرکز استان مشمول بهره مندی از مزایای برنامه خواهند بود.

ردیف	نام دانشگاه	نام شهرستان
۱	گلستان	آق قلا
۲	بیرجند	قائنات
۳	تبریز	مرد
۴	زنجان	خدابنده
۵	بابل	بابل

تفکیک سه نقش: تولیت، ارائه خدمت و خرید خدمت



- ❖ تأیید صلاحیت و ثبت نام پزشک خانواده
- ❖ بلوک بندی خانوارها
- ❖ منتسب کردن جمعیت به پزشک
- ❖ نظارت بر اجرای مفاد قرارداد پزشکان خانواده و سازمان های بیمه گر
- ❖ نظارت بر رعایت استانداردهای فضای فیزیکی
- ❖ نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده
- ❖ رسیدگی به شکایات مردمی و موارد نارضایتی
- ❖ پایش شاخص های شهرستان
- ❖ نظارت بر فرایند ارجاع و بازخورد

نظام ارائه خدمت در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع

ارائه خدمت در قالب شبکه



ارائه خدمت خارج از شبکه



جریان بیمار در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع-سطح یک شهری

- پرداختی بیمار تا ۴ ویزیت اول در سال برای افراد فاقد بیماری زمینه‌ای:
رایگان و از ویزیت پنجم به بعد: ۳۰٪ تعرفه دولتی
- پرداخت ویزیت افراد مبتلا به بیماری‌های نادر، خاص، صعب‌العلاج و کودکان زیر ۷ سال و مادران باردار: **رایگان**
- **ویزیت بیماری‌های مزمن براساس فهرست ابلاغی رایگان خواهد بود.**

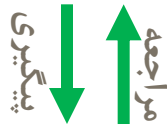
- به ازای هر ۳۰۰۰ نفر در یک پزشک خانواده و دو مراقب سلامت در نظر گرفته شده است.
- منابع مالی به صورت سرانه پرداخت می‌گردد و پرداخت به صورت FFS برای خدمات سطح یک حذف می‌گردد.
- پزشکان خانواده امکان فعالیت انتفاعی خارج از برنامه را ندارند.

سطح یک

تیم
پزشک خانواده



تیم
پزشک خانواده



جمعیت هدف

وظایف پزشک خانواده

بهبود سلامت محله و خانواده

دروازبانی سلامت (Gatekeeping)

ارجاع و اخذ نوبت از پزشک متخصص

تایید بازخوراند سطح ۲

مشارکت در ارزیابی عملکرد پزشکان متخصص

تضمین هماهنگی و پیوستگی خدمات



اجرای کامل

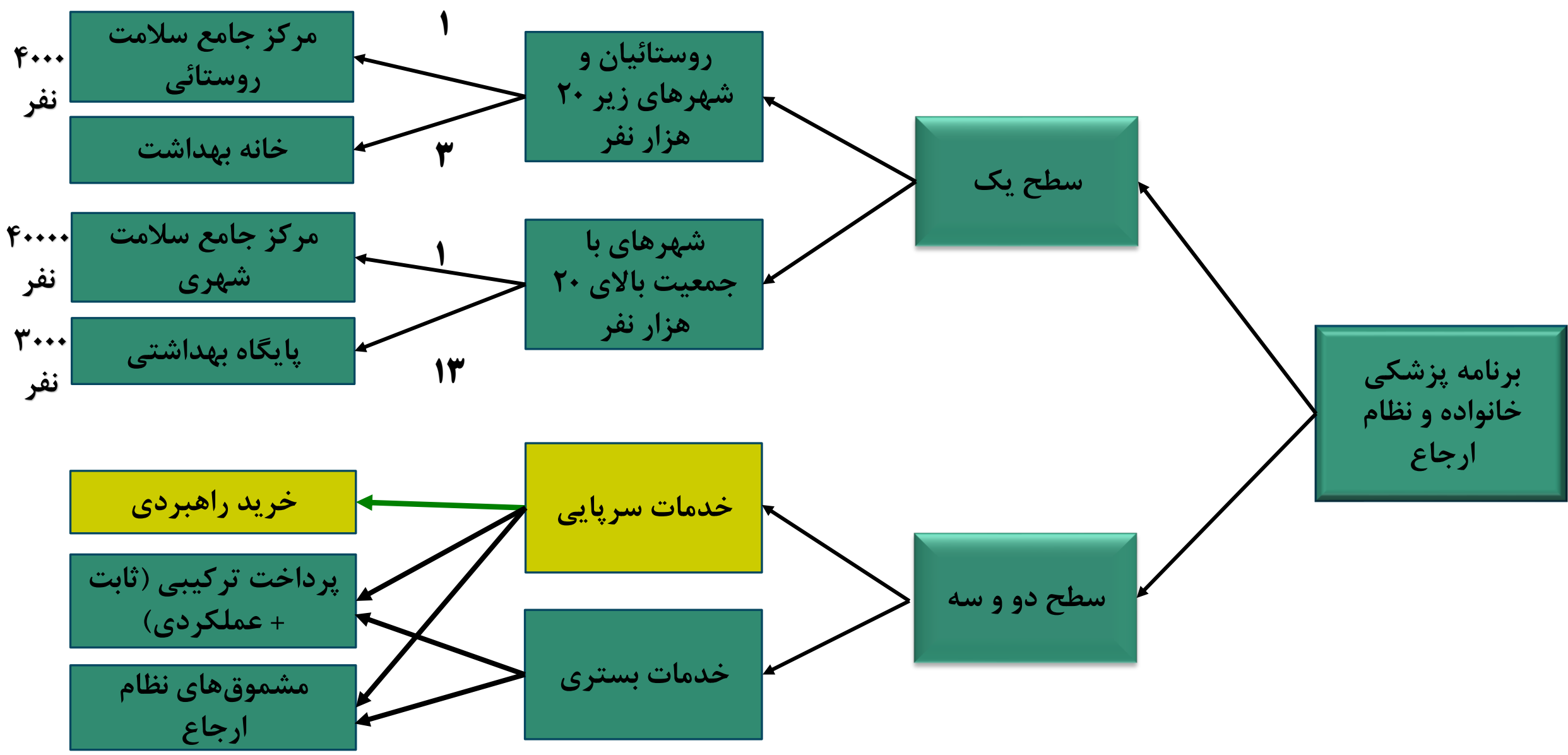
دوره گذار (شش ماه)

- فرانشیز سرپایی: ۱۵٪
- فرانشیز بستری: ۰٪

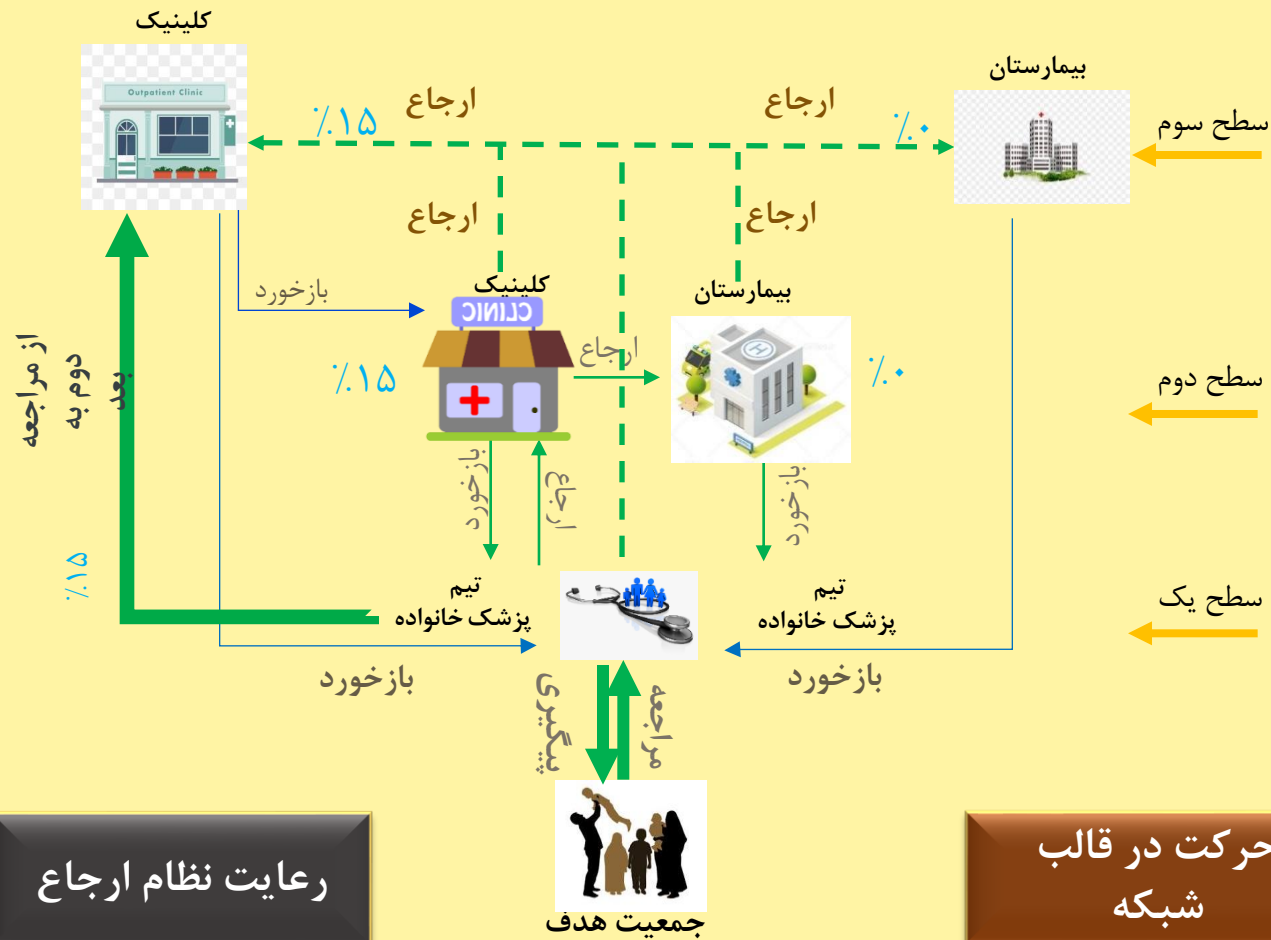
- فرانشیز سرپایی: ۱۰۰٪
- فرانشیز بستری: ۱۰۰٪

- فرانشیز سرپایی: ۱۵٪
- فرانشیز بستری: ۰٪

- فرانشیز سرپایی: ۳۰٪
- فرانشیز بستری: ۱۰٪



جریان بیمار در نسخه ۰۳ پزشک خانواده



□ تمام کلینیک‌های مستقل و بیمارستان‌ها مکلف به ایجاد واحد ارجاع جهت پذیرش بیماران ارجاعی هستند.

راهنمای تصویر:

❖ نظام ارجاع و پزشک خانواده

❖ بازخورد نظام ارجاع

نکته:

❖ ارجاع براساس الگوریتم‌های بالینی و با

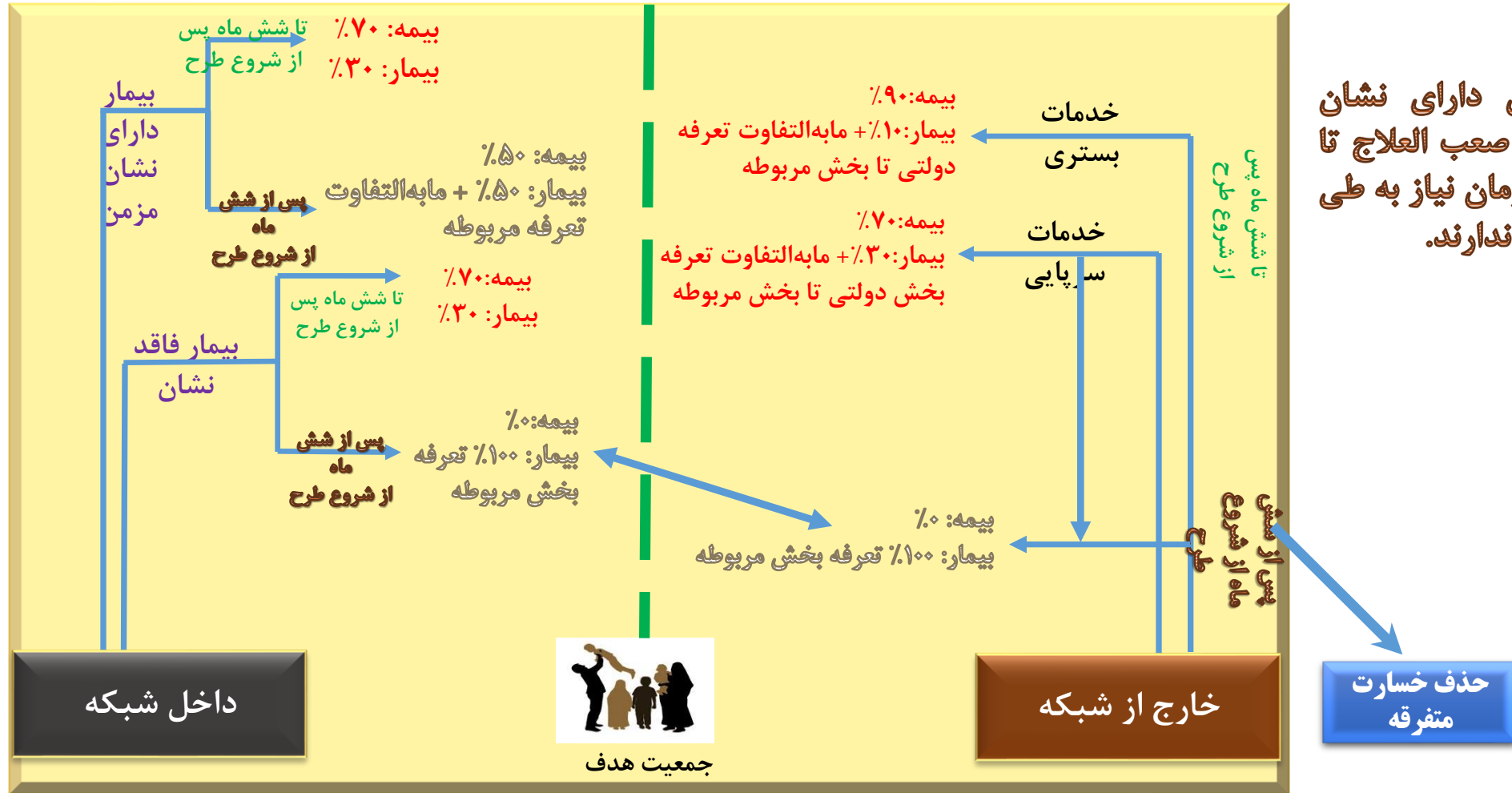
درج تشخیص

❖ کلیه یارانه‌های سلامت به استثنای ارز

ترجیحی الزاماً با رعایت نظام ارجاع

پرداخت می‌گردد.

جریان بیمار خارج از نظام ارجاع در نسخه ۰۳ پزشک خانواده



خدمات پاراکلینیک در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع



مدیریت خدمات پاراکلینیک

❖ سامانه نوبت‌دهی برای خدمات پاراکلینیک راه‌اندازی می‌گردد.

❖ ظرفیت بخش دولتی برای ارائه خدمات پاراکلینیک به طور کامل فعال می‌گردد (تجهیزات مورد نیاز جهت فعال نمودن بخش‌های پاراکلینیک به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌گردد).

❖ اولویت دوم ارائه خدمت پاراکلینیک مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی است.

❖ تفسیر خدمات تصویربرداری از راه دور، گزینه بعدی در دسترس خواهد بود.

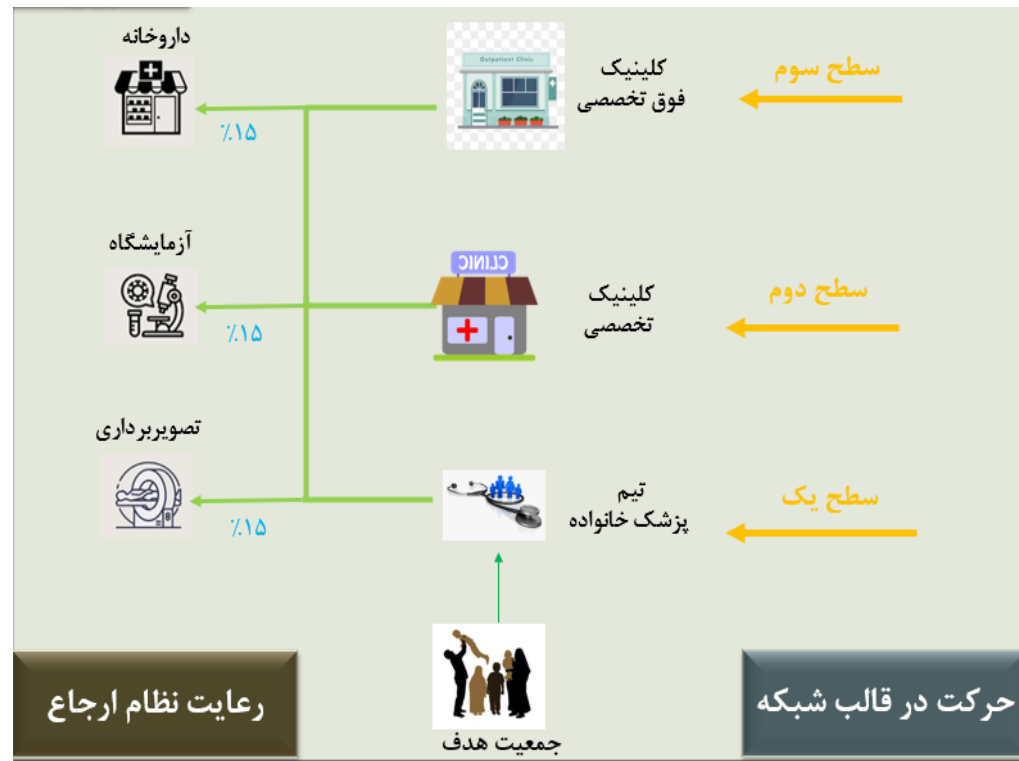
❖ اولویت سوم برای خدمات پاراکلینیک، نمونه‌گیری متمرکز در بخش دولتی و انجام توسط

بخش خصوصی و یا عقد قرارداد مستقیم بیمه‌های پایه با سازوکار خرید خدمت از بخش

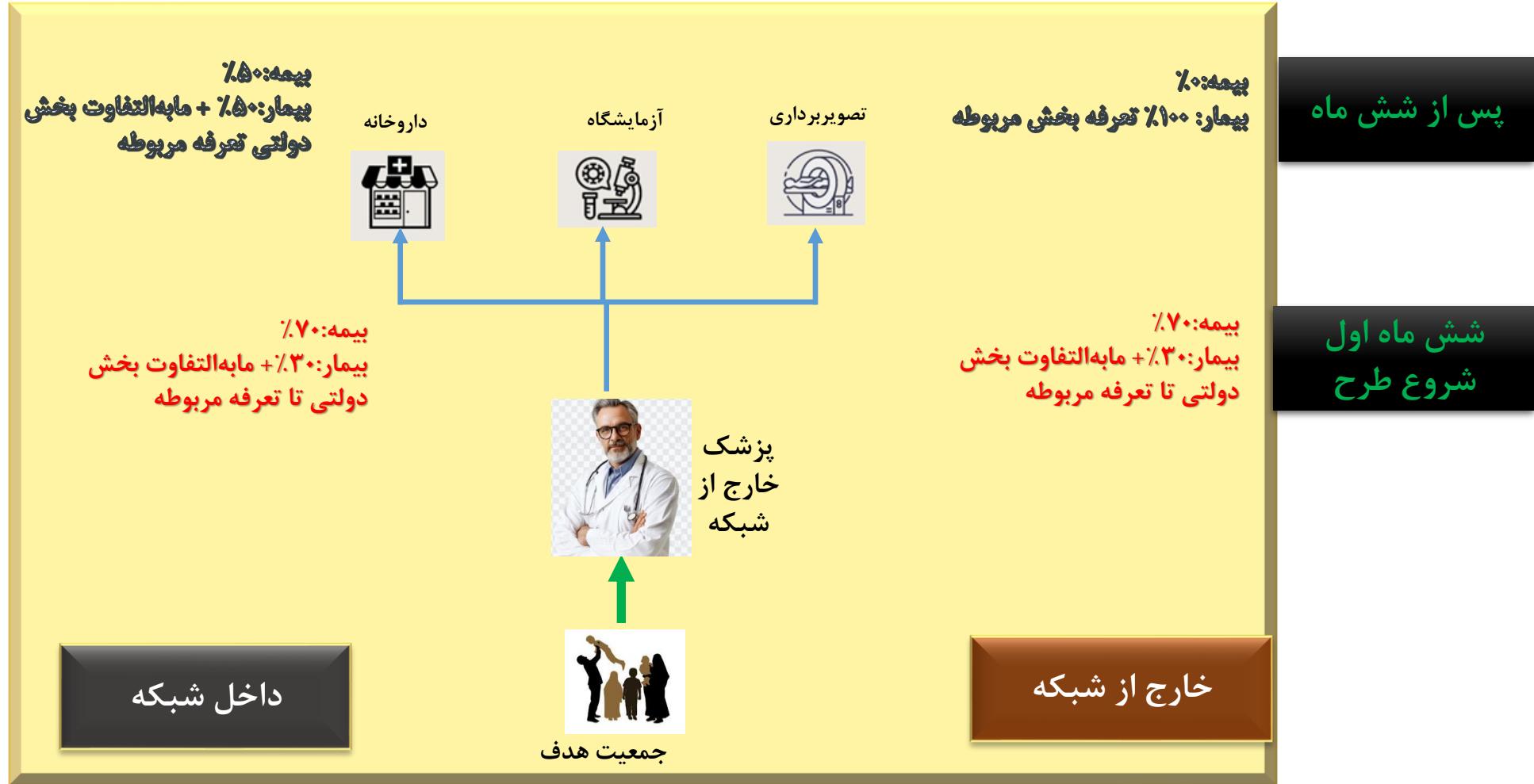
خصوصی حسب نیاز اعلامی دانشگاه هستند (مابه‌التفاوت تعرفه تعیین شده با سازوکار

خرید خدمت صرفاً در قالب نظام ارجاع توسط بیمه‌ها و در خارج از نظام ارجاع توسط بیمار

پرداخت می‌شود).

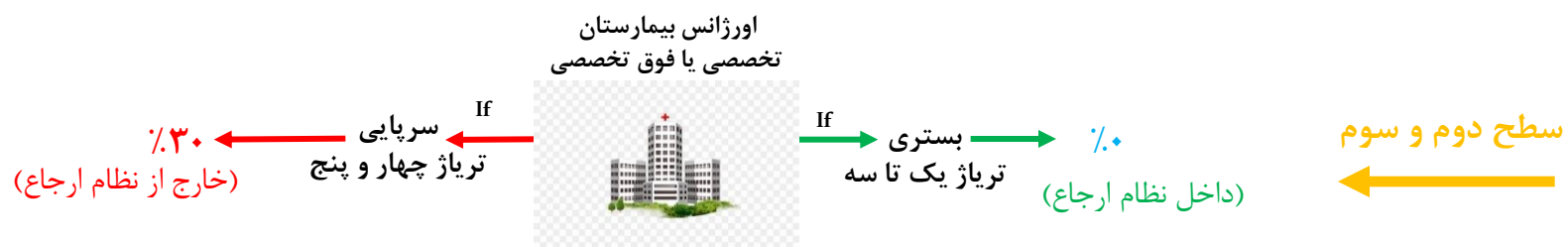


خدمات پاراکلینیک در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع



جریان بیمار در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع

مراجعه بیمار به اورژانس



راهنمای تصویر:

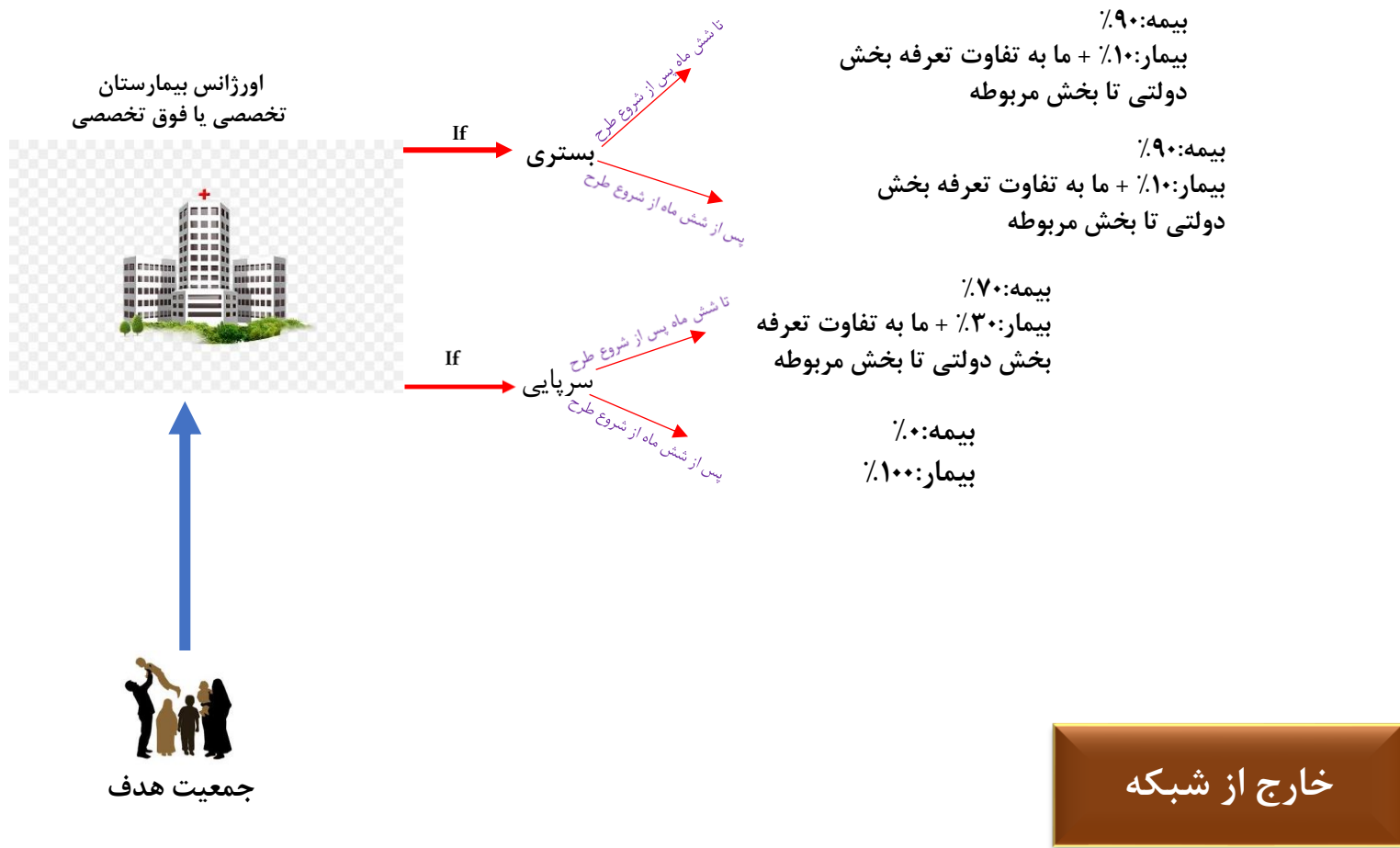
- ❖ نظام ارجاع
- ❖ خودپرداخت نظام ارجاع
- ❖ خارج از نظام ارجاع



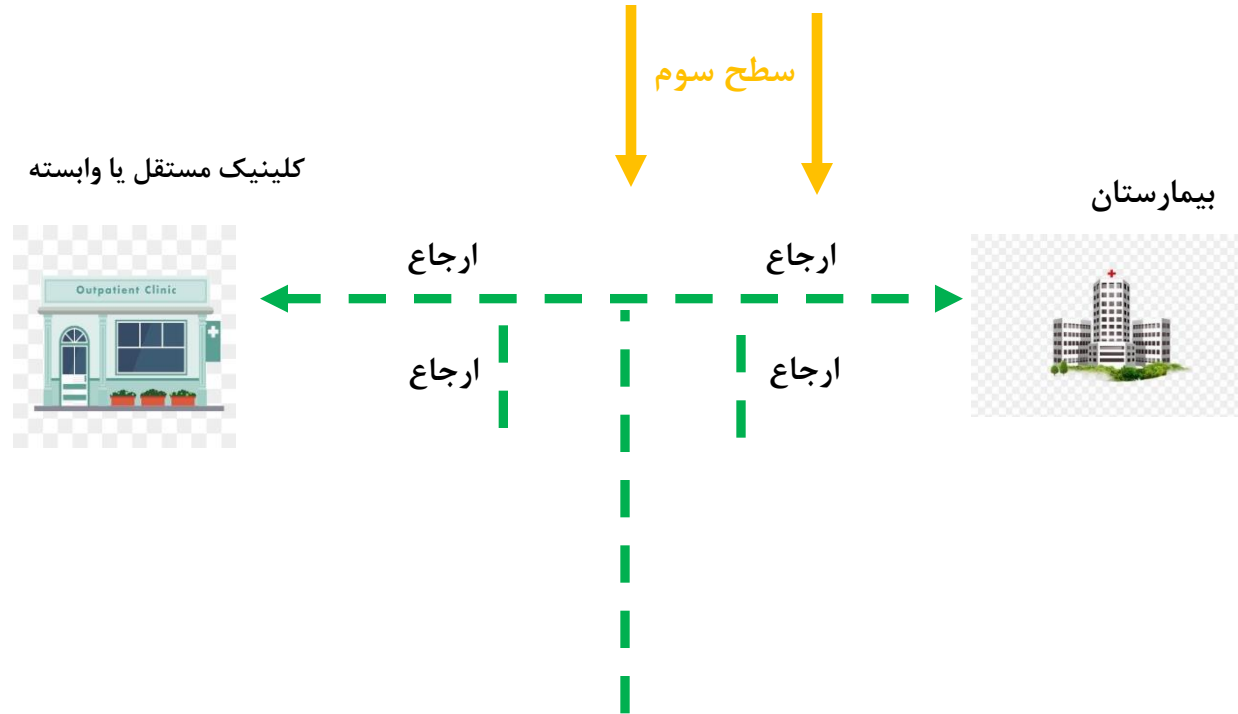
جمعیت هدف

داخل شبکه

مراجعه بیمار به اورژانس در نسخه ۰۳ پزشک خانواده در شبکه



جریان بیمار در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع



□ بیمارستان و کلینیک مستقل سطح سه مشمول برنامه نیستند. ولی متناسب با نیاز شهرستان‌های مجری و ظرفیت ارجاع سطح ۲ به ۳، مکلف به همکاری و پذیرش بیمار هستند.

□ تشکیل واحد ارجاع در این مراکز نیز الزامی است.

□ چارچوب پرداخت در این سطح مشابه شرایط موجود (هم برای بیمه و هم پزشک) است.

مشوق‌های برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع



اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳)
در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی

اجرای نسخه ۰۳ برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی

❖ مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی بخشی از شبکه ارائه خدمت محسوب می‌شوند.

❖ نحوه ثبت نام، انتخاب پزشک خانواده، منتصب شدن بیمه شدگان به پزشک خانواده و شیوه ارائه خدمت در سطح یک، مشابه سایر بیمه شدگان است.

❖ برای هم راستایی بیشتر، پزشکان عمومی شاغل در مرکز ملکی سازمان تامین اجتماعی با مشارکت شبکه بهداشت هر شهرستان با اضافه شدن مراقبین سلامت، به تیم پزشک خانواده تبدیل می‌شوند. خانوارهای منتسب شده به این گونه پزشکان با رضایت مردم و رعایت منطقه جغرافیایی شامل بیمه شدگان سازمان خواهند بود.

❖ سیستم نوبت دهی الکترونیکی مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی در اختیار پزشکان خانواده قرار می‌گیرد و بالعکس.

اجرای نسخه ۰۳ برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی

❖ سازمان تامین اجتماعی در بازه زمانی شش ماهه به منظور استقرار کامل برنامه، سازوکارهای لازم جهت اخذ فرانشیز در صورت عدم رعایت نظام ارجاع را فراهم می‌نماید.

❖ اخذ فرانشیز در مراکز ملکی سازمان در صورت رعایت نظام ارجاع، برای خدمات پاراکلینیک و دارو در سطح یک و دو براساس سازوکاری است که به پیشنهاد سازمان به تصویب شورای عالی بیمه سلامت و هیات وزیران می‌رسد.

❖ خدمات سطح سه برای بیمه‌شدگان تامین اجتماعی در صورت رعایت نظام ارجاع، مشابه سایر بیمه‌شدگان و رایگان خواهد بود.

نقش سازمان‌های بیمه‌گر پایه در نسخه ۰۳

- پرداخت ۱۰۰ درصد اسناد رسیدگی شده و ۶۰٪ اسناد تحویلی مراکز مجری در ابتدای برنامه جهت تسویه بدهی پرسنلی
- تسریع در رسیدگی به اسناد و پرداخت ۶۰ درصد مطالبات مراکز مجری تا ۱۲۰م ماه بعد و همچنین پرداخت ۱۰۰٪ مطالبات شبکه‌های منتخب حداکثر تا ۱۲۵م هر ماه در طول برنامه
- **بیمه نمودن کلیه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه و رفع همپوشانی احتمالی بیمه‌شدگان.**
- خرید خدمات تخصصی سرپایی (مطب) و خدمات پاراکلینیک حسب نیاز شهرستان و پرداخت مابه‌التفاوت تعرفه دولتی و تعرفه تعیین شده براساس سازوکار خرید خدمات.
- **پرداخت سرانه بیمه‌شدگان شهری و روستائی به ازای هر نفر در شهرستان‌های مجری.**
- پرداخت مشوق بازخورد به ازای هر بازخورد تأیید شده توسط پزشک خانواده

تأمین مالی و خرید راهبردی

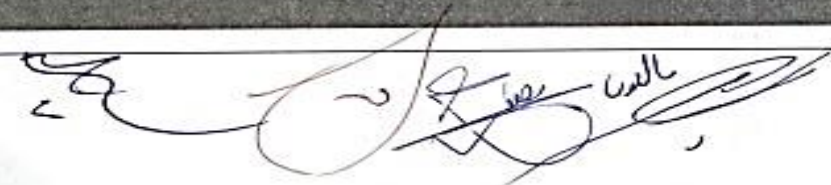
در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۰۳

دستورالعمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع - بخش اجرایی

- ه) تامین مالی و خرید راهبردی ۶۱
- ه- ۱) تجميع منابع ۶۱
- ه- ۲) نظام پرداخت سطح اول ۶۲
- ه- ۳) چگونگی پرداخت به تیم سلامت در سطح یک ۶۴
- ه- ۴) خودپرداخت (فرانشیز) بیماران در سطح یک ۶۷
- ه- ۵) نظام پرداخت سطح دو و سه ۶۸
- ه- ۶) خودپرداخت بیماران در سطح دو و سه ۷۱

پاییز ۱۴۰۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



تصویب‌نامه هیات وزیران موضوع تعرفه بخش دولتی

سال ۱۴۰۵

تصویب نامه هیئت وزیران

براساس بند (۲) این تصویب نامه محاسبه می گردد و مابه التفاوت آن توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

تبصره ۴- به دانشگاه های علوم پزشکی کشور اجازه داده می شود، حداکثر تا بیست درصد (۲۰٪) مجموع تخت های بیمارستان های درجه یک تابعه آن دانشگاه را براساس استانداردهای ابلاغی و آیین نامه های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا سقف تعرفه های بخش خصوصی اداره نمایند.

ت- در راستای اجرای بند «ت» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می تواند تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع از جمله خدمات مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را به شیوه پرداخت موردی (گلوبال)، تعیین و ابلاغ نماید و برای خدمات گلوبال موجود، تعرفه جدید براساس میزان رشد سرفصل های خدمتی و جزئیات تعرفه های این تصویب نامه محاسبه و ابلاغ نماید.

ث- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار):

۱- سرانه پزشک خانواده در سال ۱۴۰۵ در برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مناطق شهری (برای تیم پزشکی خانواده شامل یک پزشک و دو مراقب سلامت به همراه هزینه های جاری و سربار) معادل یک میلیون (۱,۰۰۰,۰۰۰) ریال و برای مناطق روستایی براساس جمعیت تحت پوشش (با اعمال استحقاق سنجی بیمه ای) معادل پانصد و هشتاد هزار (۵۸۰,۰۰۰) ریال تعیین می گردد. مابه التفاوت بار مالی از سرانه بسته مورد تعهد سازمان های بیمه گر پایه از محل منابع عمومی تامین می گردد.

۲- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۵ برای پزشکان معادل هفتصد هزار (۷۰۰,۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران (نسخه ۰۲) تعیین می شود.

تبصره- در صورت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) در دو استان فارس و مازندران، سرانه پرداختی در مناطق شهری و روستایی این دو استان نیز معادل سرانه در نظر گرفته شده در این برنامه خواهد بود.

۳- سرانه اجرای برنامه پزشکی خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر در سایر مناطق غیرمشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) براساس تفاهم نامه سالانه پزشکی خانواده روستایی فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران تعیین می شود.

تصویب نامه هیئت وزیران

۴- به استناد بند «پ» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران، هزینه های برقراری نظام ارجاع در مناطقی که مشمول نظام ارجاع می باشند، به شرح ذیل تعیین می شود:

الف- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می باشند، برای پزشکان متخصص/ فوق تخصص بخش دولتی و بخش خصوصی معادل صد درصد یک ویزیت پایه متخصص/فوق تخصص دولتی؛ کدهای (۹۷۹۰۰۰ الی ۹۷۹۰۳۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان های بیمه گر پایه تعیین می شود.

ب- هزینه های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند در مراکز معادل ضریب ریالی جز حرفه ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به ازای هر بار بستری؛ کد (۹۷۹۰۶۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان های بیمه گر پایه تعیین می شود.

پ- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می باشند، در بخش اورژانس بیمارستانی معادل معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی؛ کد (۹۷۹۰۷۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان های بیمه گر پایه تعیین می شود.

ت- هزینه های اجرایی بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند برای کلینیک های ویژه تخصصی معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی در ازای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی؛ کد (۹۷۹۰۸۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان های بیمه گر پایه تعیین می شود.

ث- بار مالی اجرای این بند از محل منابع مالی مربوط مطابق قانون بودجه سنواتی و از طریق سازمان های بیمه گر پایه تامین می شود.

ج- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش دولتی در سال ۱۴۰۵:

۱- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد، براساس میزان رشد سرفصل های خدمتی و جزئیات تعرفه های این تصویب نامه و براساس شناسنامه و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

تبصره ۱- سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می باشد.

تصویب نامه هیئت وزیران

برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) (به استثنای دارو) برای دهک‌های یک الی سه، معادل بیست و پنج درصد (۲۵٪)، دهک‌های چهار الی شش معادل سی درصد (۳۰٪) و دهک‌های هفت الی ده معادل چهل درصد (۴۰٪) تعیین می‌شود.

تبصره ۱- خودپرداخت (فرانشیز) در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) (به استثنای دارو) در هر نوبت مراجعه مازاد بر سقف ریالی پرداخت از جیب سالانه، برای دهک‌های یک الی سه معادل بیست درصد (۲۰٪)، دهک‌های چهار الی شش معادل بیست و پنج درصد (۲۵٪) و دهک‌های هفت الی ده معادل سی درصد (۳۰٪) می‌باشد.

تبصره ۲- سقف ریالی پرداخت از جیب بیمه‌شدگان بابت خدمات بسته بیمه پایه در دهک‌های مختلف پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان سالانه توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین و با تایید سازمان برنامه و بودجه ابلاغ می‌گردد.

چ- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۲، فرانشیز کلیه خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و غربالگری نوزادان در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی صفر می‌باشد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی برای خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) را پرداخت نمایند. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) تحت پوشش بیمه‌های پایه می‌باشد.

ح- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود براساس منابع مالی مصوب، کودکان، بستری‌های طولانی مدت در بخش‌های مراقبت ویژه، بیماران خاص و صعب‌العلاج و برای بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی در شهرهای فاقد مراکز ملکی نسبت به کاهش سهم بیمار اقدام نمایند.

۲-۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی برای شهرهای مشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

۲-۲-۱- خودپرداخت (فرانشیز) در ۶۴ شبکه بهداشتی درمانی منتخب در شهرستان‌های مجری دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳):

الف- خودپرداخت (فرانشیز) بیمار در مراجعه به پزشک خانواده در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بابت ویزیت تا چهار مراجعه اول در طول سال رایگان و از مراجعه پنجم

تصویب نامه هیئت وزیران

به بعد تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه دولتی (حداقل ۳۰ درصد) حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. معادل خودپرداخت بیمار از سرانه پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه کسر خواهد شد.

تبصره- ویزیت‌های پزشک خانواده برای بیماران مزمن با رعایت استانداردها و راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس فهرست مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور در طول سال رایگان خواهد بود.

ب- خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع در بستر شبکه ارائه خدمت، صفر تعیین می‌گردد. بیمه‌های پایه تعهدی پس از شش ماه از استقرار کامل برنامه در هر شهرستان بابت پرداخت خارج از شبکه ارائه خدمت برای بستری ندارند. سهم فرانشیز در مهلت شش ماهه در مراجعات خارج از نظام ارجاع تا بیست درصد (۲۰٪) (حداقل ده درصد) حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد. منظور از شبکه ارائه خدمت مراکز دولتی، مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی و سایر مراکز غیردولتی طرف قرارداد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد.

پ- مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی شامل ویزیت، پاراکلینیک، دارو و سایر خدمات سرپایی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی مکلفند ظرفیت سرپایی موجود خود را جهت پاسخگویی به بیماران ارجاعی سرپایی به طور کامل فعال نمایند. در صورت نیاز به همکاری و خرید خدمت از سایر بخش‌های غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) خودپرداخت بیمار برای مراجعات مذکور در قالب نظام ارجاع معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد و مابه‌التفاوت بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود. مابه‌التفاوت بار مالی بیش از تعرفه بخش دولتی برای خرید خدمت از بخش غیردولتی از محل منابع عمومی تأمین و در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار می‌گیرد.

ت- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای خدمات سرپایی در مراجعات خارج از نظام ارجاع به مدت ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی تعیین می‌گردد. پس از گذشت شش ماه سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای بیماران نشاندار مزمن، مادران باردار و نوزادان، شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه بخش دولتی و برای سایر بیماران تا صفر درصد حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

تبصره - خودپرداخت (فرانشیز) بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج برای دریافت خدمات سرپایی مرتبط با بیماری خود در بستر شبکه ارائه خدمت صفر می‌باشد.

ث- خدمات اورژانس از فرایند ارجاع مستثنی می‌باشد و خودپرداخت در بستر شبکه برای خدمات بستری اورژانس در سطح بندی (تریاز) سطوح (۱ الی ۳) رایگان تعیین می‌گردد و سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای

تصویب نامه هیئت وزیران

تریاز سطوح (۴ و ۵) تا ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی تعیین می‌گردد. برای سطوح (۴ و ۵) تریاز پس از گذشت شش ماه خودپرداخت تا صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

ج- در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، خودپرداخت بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی که همه یا بخشی از منابع مالی آن‌ها از طریق دولت تامین می‌شود؛ براساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

چ- خودپرداخت بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی در صورت مراجعه به مراکز ملکی سازمان به مدت شش ماه پس از آغاز برنامه مطابق با شرایط فعلی (رایگان) خواهد بود. پس از گذشت شش ماه، میزان خودپرداخت به پیشنهاد سازمان تامین اجتماعی به تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ح- در صورت مراجعه بیمه‌شدگان بیمه سلامت به مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و در قالب نظام ارجاع، فرانشیز خدمات بستری صفر و برای خدمات سرپایی سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیمار معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد. مابه‌التفاوت تا تعرفه عمومی غیردولتی با تامین مالی از طریق دولت بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

خ- ویزیت و مشاوره از راه دور صرفاً در بستر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مطابق «آیین‌نامه ویزیت و مشاوره از راه دور حرف پروانه‌دار نظام پزشکی» ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت.

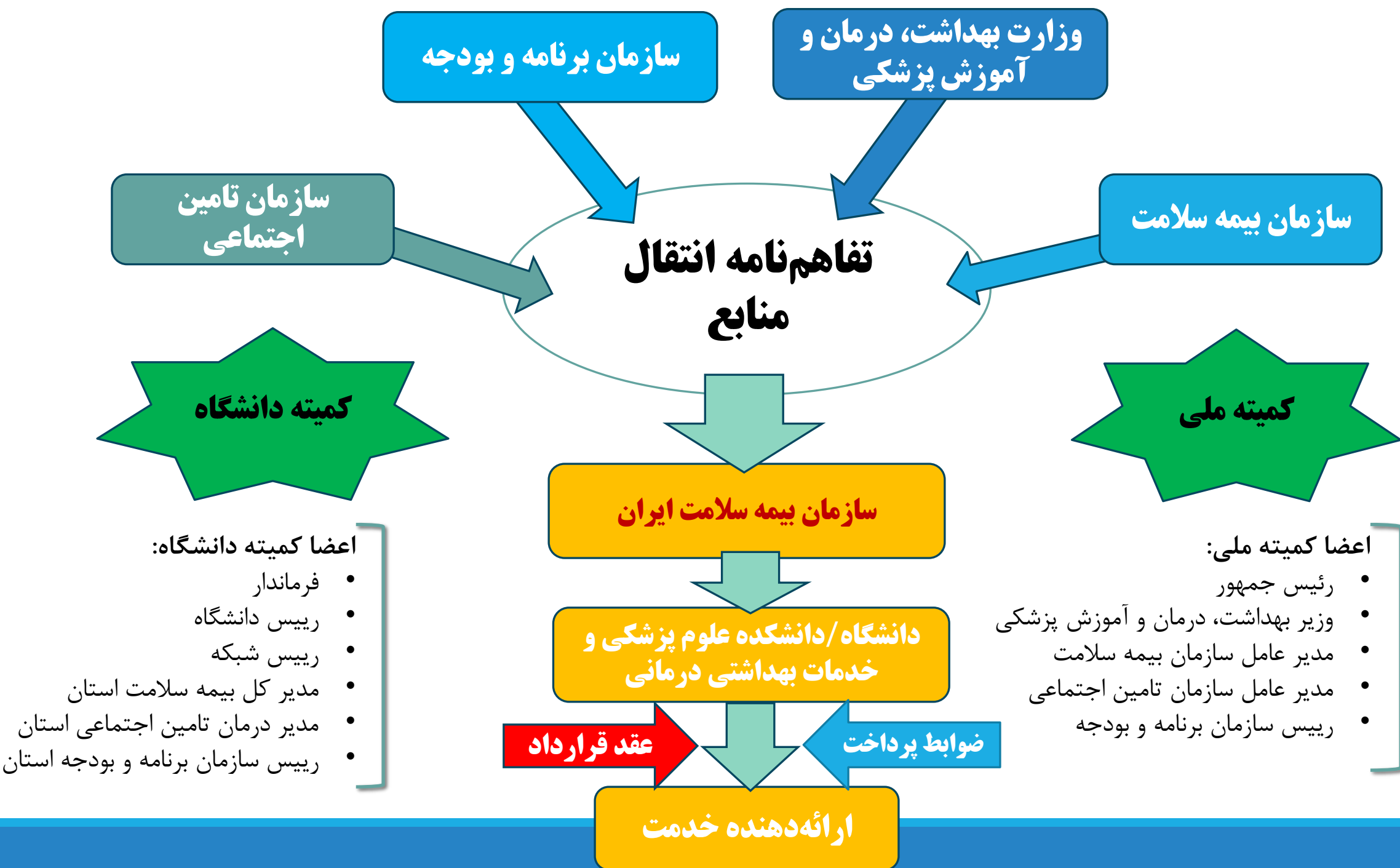
د- بسته خدمات سلامت دهان و دندان، تغذیه و سلامت روان در قالب برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری و روستایی به طور یکسان به جمعیت مشمول ارائه می‌گردد. بار مالی این بند از محل منابع عمومی تامین و به سازمان‌های مرتبط ابلاغ می‌گردد.

۲-۲-۲- خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۲) و روستایی در سایر

شهرستان‌ها:

الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران (نسخه ۰۲) در قالب نظام ارجاع صفر و برای خدمات سرپایی معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعیین می‌شود. مابه‌التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰٪) برای خدمات بستری و تا سی درصد (۳۰٪) برای خدمات سرپایی بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی

تجميع منابع در قالب برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع





آسی

جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی
مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران

موضوع: در خصوص واریز مبلغ ۳۲۰ میلیارد ریال به آن سازمان و هزینه آن بر اساس تفاهم نامه برنامه پزشکی

خانواده و نظام ارجاع در ۵ شهر پایلوت و سازمان بیمه تامین اجتماعی

با سلام و احترام؛

به استحضار می‌رساند در اجرای تفاهم نامه مبادله شده با آن سازمان در مورد اجرای برنامه پزشکی خانواده، معادل ۳۲۰ میلیارد ریال طی حواله شماره ۷۸ در تاریخ ۱۴۰۵/۰۲/۱۶ صرفاً برای موارد مشخص شده در تفاهم‌نامه مذکور با ساز و کار ماده ۷۵ قانون محاسبات عمومی مصوب سال ۱۳۶۶ به آن سازمان واریز شده است تا فعلاً بصورت علی الحساب در اختیار دانشگاه‌های ذینفع (۵ دانشگاه پایلوت اجرای برنامه پزشکی خانواده) و سازمان بیمه تامین اجتماعی به قید فوریت قرار گیرد و پس از بررسی و رسیدگی اسناد بر اساس نسخه ۰۳ پزشکی خانواده نهایی گردد.

دکتر رامین رحیم نیا
رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد

رونوشت:

جناب آقای مظاهر موهبتی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع: جهت استحضار
جناب آقای دکتر محمود رضا محقق مشاور محترم معاون درمان
جناب آقای دکتر فرخی رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه
س.ک. خاتم دکتر هاله محمدنیا، س.ب. محت. اداره بودجه هزینه اد.



جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی

مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران

موضوع: ارسال عملکرد اعتبار واریز شده حواله ۷۸ به مبلغ ۳۲۰ میلیارد ریال به آن سازمان بابت اجرای

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در پنج شهرستان پایلوت

با سلام و احترام؛

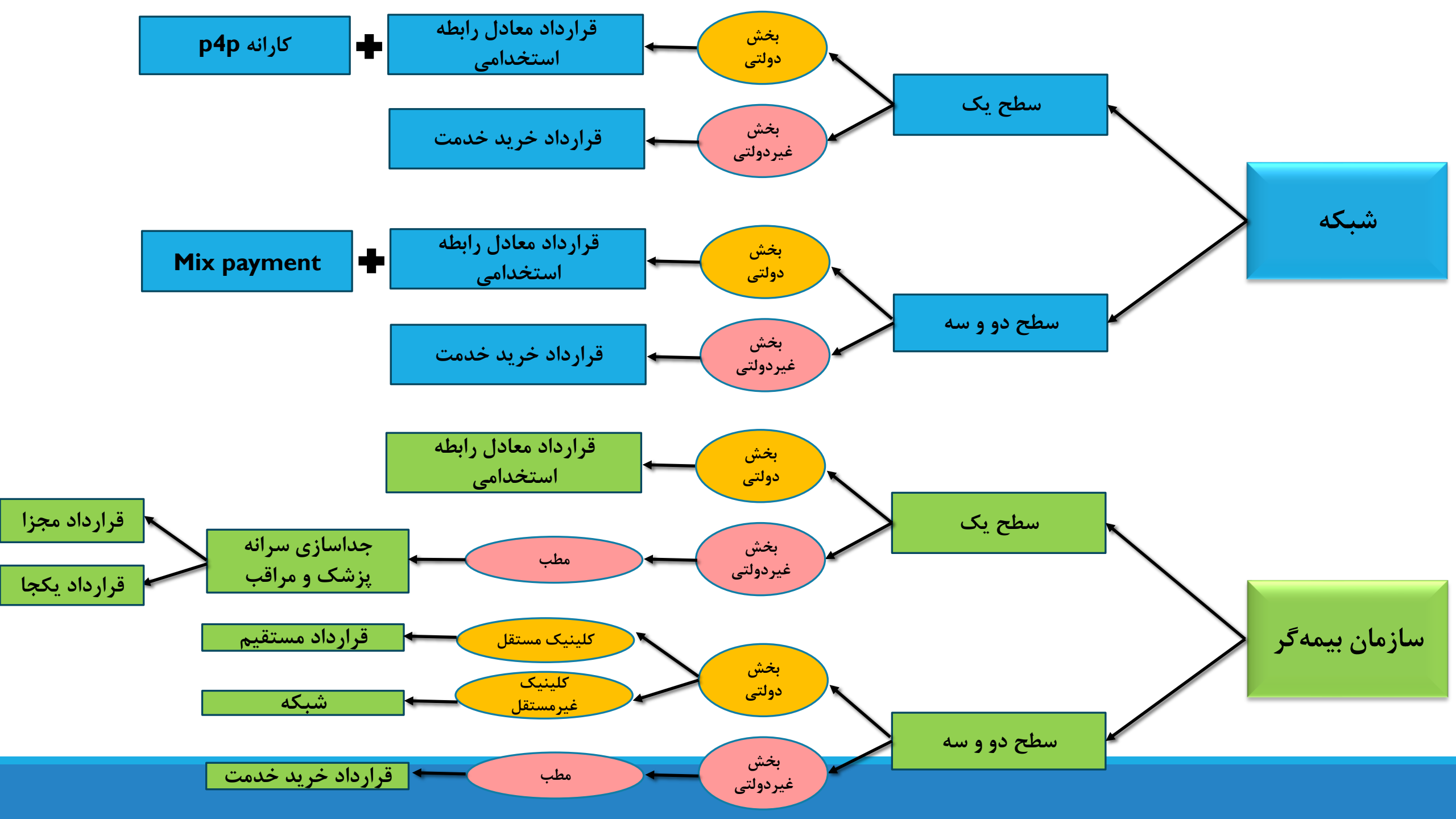
پیرو نامه شماره ۲۰۵/۲۹۹ مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۱۹ در خصوص «اعتبار واریز شده حواله ۷۸ به مبلغ ۳۲۰ میلیارد ریال بابت اجرای مفاد تفاهم نامه مبادله شده با آن سازمان در رابطه با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در شهرستان‌های پایلوت» و با توجه به اینکه اعتبار یاد شده می‌بایست در اختیار دانشگاه‌های مربوطه و سازمان تامین اجتماعی قرار می‌گرفته است، لذا خواهشمند است دستور فرمایید؛ عملکرد حواله مذکور را به قید فوریت به این مرکز ارسال نمایند.

دکتر رامین رحیم نیا
رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد

رونوشت:

جناب آقای مظاهر موهبتی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع: جهت استحضار
جناب آقای دکتر سالاری مدیرعامل محترم سازمان تامین اجتماعی
سرکار خاتم دکتر هاله محمدنیا رئیس محترم اداره بودجه هزینه ای
تأهید رجعی مسئول محترم شبکه پیام دولت

الزامات عقد قرارداد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع





جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی

مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران

موضوع: ابلاغ قرارداد سازمان بیمه سلامت ایران و پزشک خانواده شهری

با سلام و تحیات:

با صلوات بر محمد و آل محمد(ص) و با تقدیم احترام؛ با عنایت به ابلاغ دستورالعمل ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) به شماره ۱۰۱/۸۶۹/د مورخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۲ و تصمیم ستاد کشوری برنامه مبنی بر اجرای برنامه در ۶۴ شهرستان منتخب، بدینوسیله متن قرارداد سازمان بیمه سلامت ایران با پزشک خانواده شهری (سطح یک بخش غیردولتی) در قالب نسخه ۰۳ جهت استحضار و ارائه به واحدهای تابعه جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

سید معنوی
دبیر شورای عالی بیمه سلامت و
مدیرکل دفتر برنامه ریزی و سیاست گذاری
بیمه سلامت

«بسمه تعالی»

**قرارداد پزشک خانواده (سطح یک غیردولتی)
برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳)**

مقدمه:

این قرارداد در راستای اجرای دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) ابلاغی به شماره ۱۰۱/۸۶۹/د مورخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۲ که از این پس دستورالعمل مصوب نامیده می‌شود، در مناطق شهری مابین اداره کل بیمه سلامت استان با نمایندگی آقای/خانم با عنوان مدیرکل که در این قرارداد اداره کل نامیده می‌شود و پایگاه/مطب پزشک خانواده به عنوان کارگاه ثابت با کد کارگاهی آقای/خانم دکتر به نمایندگی از تیم سلامت پایگاه/مطب پزشک خانواده (پزشک خانواده، دو مراقب سلامت و یک نفر منشی) که توسط شبکه بهداشت و درمان/مرکز بهداشت شهرستان معرفی شده است و در این قرارداد پایگاه نامیده می‌شود، با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست (۱) در شهر در چارچوب قوانین و مقررات مربوط منعقد می‌گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد:

ارائه بسته خدمتی سطح یک توسط پایگاه به بیمه‌شدگان تحت پوشش مطابق با ضوابط و مقررات اداره کل در پیوست (۲) و دستورالعمل مصوب (پیوست ۳) که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد.

ماده (۲) مدت قرارداد:

مدت اعتبار این قرارداد که مشمول قانون کار می‌باشد از تاریخ تا تاریخ به مدت یکسال شمسی می‌باشد و در صورتی که ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد کماکان برای مدت یکسال شمسی دیگر معتبر خواهد بود.

تبصره: در صورتی که، تاریخ پایان اعتبار پروانه طبابت پزشک خانواده، کمتر از یکسال بعد از تاریخ شروع قرارداد باشد، تاریخ پایان این قرارداد، مطابق با تاریخ پایان اعتبار پروانه طبابت پزشک خانواده، خواهد بود.

ماده (۳) مبلغ قرارداد:

رونوشت:

جناب آقای دکتر سیدسجاد رفوی معاون محترم درمان
جناب آقای طاهر موهبتی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع
جناب آقای دکتر علیرضا رئیسی معاون محترم بهداشت
جناب آقای دکتر حسین داوودی معاون محترم پیشگیری و خدمات پایه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران
جناب آقای دکتر قرخی رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه

روش پرداخت جدید ترکیبی (Mixed Payment) به

پزشکان در سطح دو و سه

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: اجرایی سازی دستورالعمل توزیع حق الزحمه پزشکان سطح دو و سه ارجاع

باسلام و احترام:

با عنایت به ابلاغ نسخه ۰۳ دستورالعمل اجرایی برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع و الزام به ارائه خدمت در سطوح دو و سه به گیرندگان خدمت و در نتیجه نیاز مبرم به تغییر در نحوه پرداخت حق الزحمه پزشکان ارائه دهنده خدمت در این سطوح، به پیوست نامه شماره ۴۰۰/۱۵۴۹ د مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۱۷ معاون محترم درمان مبنی بر "دستورالعمل توزیع حق الزحمه پزشکان سطح دو و سه" جهت استحضار و بهره‌برداری ارسال می‌گردد.

دکتر علیرضا رئیسی
دبیر ستاد اجرایی کشوری برنامه
پزشکی خانواده و نظام ارجاع

رونوشت:

- جناب آقای دکتر صادق نیت، مشاور محترم وزیر و مدیرکل حوزه وزارتی
- جناب آقای مهندس موهبتی، معاون محترم توسعه مدیریت و منابع
- جناب آقای دکتر سیدسجاد رضوی، معاون محترم درمان
- جناب آقای دکتر ناصحی، مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران
- جناب آقای دکتر سالاری، مدیرعامل محترم سازمان بیمه تأمین اجتماعی
- جناب آقای دکتر فرخی، رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه



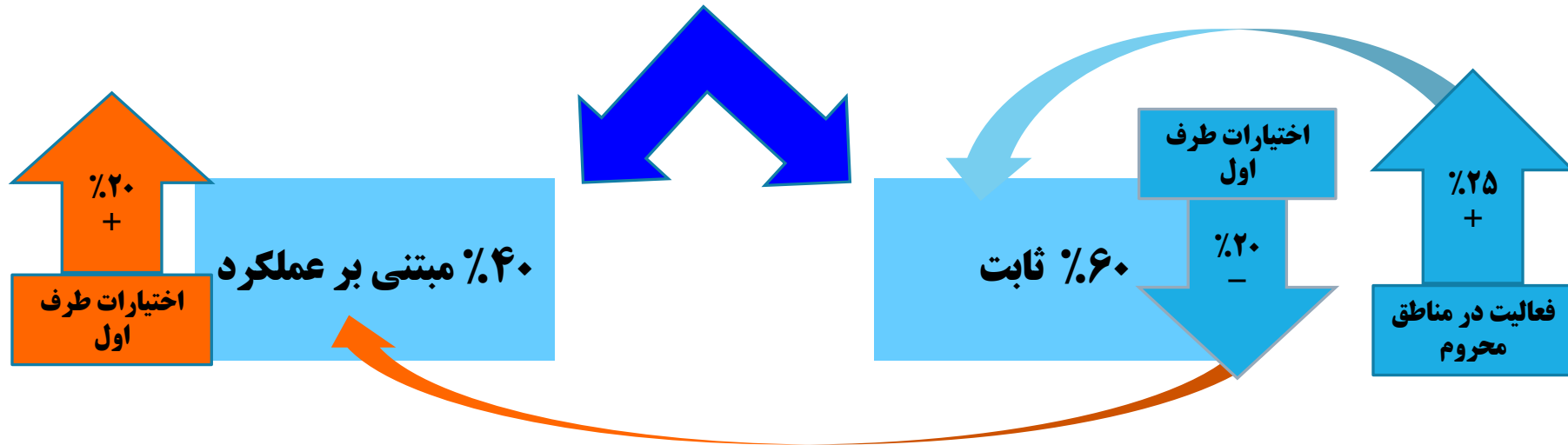
دستورالعمل پرداخت ترکیبی (Mix-payment) پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان‌های مشمول برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

1405



پرداختی ناخالص به پزشک
متخصص و فوق تخصص



جدول امتیاز محرومیت بیمارستان

ستون اول	ستون دوم	ردیف
امتیاز محرومیت	تقسیم بندی شهرها بر اساس میزان محرومیت	
تا ۲۵ درصد	شهرهای الف برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان	۱
تا ۱۵ درصد	شهرهای ب برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان	۲
تا ۱۰ درصد	شهرهای ج برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان	۳
بدون افزایش	شهرهای د برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان	۴

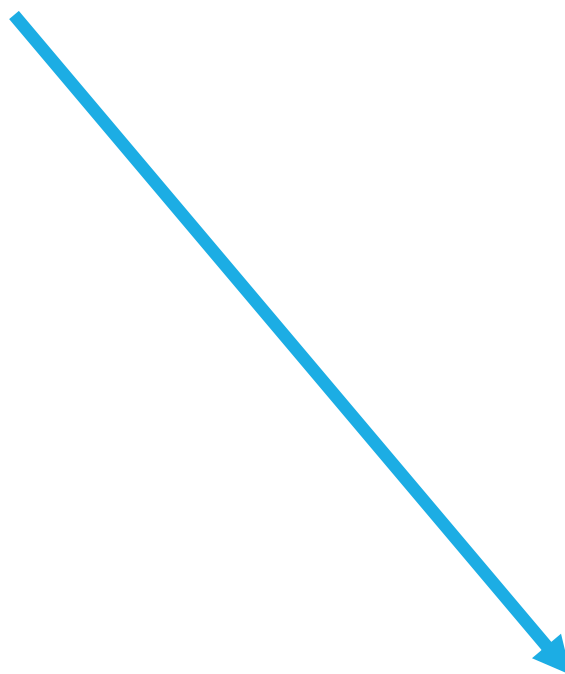
فرم سنجش کیفیت درمانی پزشک متخصص درمانی یا عضو هیات علمی مشمول نظام ارجاع براساس بسته خدمتی

ردیف	معیارها	نمره
۱	حضور به موقع و مستمر در بیمارستان جهت انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی بر بالین بیماران و تکمیل ساعت موظفی / میزان حضور در کلینیک و انجام به موقع ویزیت سرپایی / تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن براساس دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی وزارت،	۱۵-۰
۲	میزان پاسخگویی و پذیرش بیماران پیچیده و انجام اعمال جراحی مجدد و پرخطر	۱۰-۰
۳	رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی از سوی وزارت و موسسه	۵-۰
۴	کیفیت انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز بیمارستان	۵-۰
۵	ارائه موثر بازخورد نظام ارجاع در کلیه مراجعین	۵-۰
۶	میزان رضایت بیماران از عملکرد پزشک	۱۰-۰
۷	میزان عملکرد بالینی براساس بسته خدمتی (مورد نیاز دانشگاه) مبتنی بر شاخص‌های کیفی	۵۰-۰
جمع کل		۱۰۰ امتیاز

پزشکان متخصص مشمول برنامه

مدیریت منابع انسانی: اختصاص پزشکان متخصص براساس نیاز منطقه‌ای و بار ارجاعات

غیر مشمول
تخصص های گروه دوم
ارتوپدی
بیماریهای پوست
بیماریهای عفونی و گرمسیری
بیماریهای قلب و عروق
بیماریهای مغز و اعصاب
جراحی کلیه و مجاری ادراری
جراحی مغز و اعصاب
چشم پزشکی
روانپزشکی
طب فیزیکی و توانبخشی
گوش، گلو، بینی



مشمول
تخصص های گروه اول
بیماریهای داخلی
زنان و زایمان
کودکان
جراحی عمومی
داخلی قلب و عروق
متخصص بیهوشی
رادیولوژیست
پاتولوژیست (یا phd علوم آزمایشگاهی)

تمام وقت
جغرافیایی

پزشکان متخصص مشمول برنامه

مشمول

تخصص های گروه اول
بیماریهای داخلی
زنان و زایمان
کودکان
جراحی عمومی
داخلی قلب و عروق
متخصص بیهوشی
رادیولوژیست
پاتولوژیست (یا phd علوم آزمایشگاهی)

راهبردهای تامین تخصص های مشمول برنامه

نیروهای موجود

اولویتهای تامین کمبود نیروی تخصصی

اولویت ۱	تامین توسط دانشگاه
اولویت ۲	تامین از طریق توزیع نیروهای ضریب کا
اولویت ۳	تامین توسط دانشگاه به صورت چند روز در هفته
اولویت ۴	اعزام پزشک از مرکز استان به شهرستان (هزینه اعزام به عهده شبکه)
اولویت ۵	از طریق مراکز عمومی غیردولتی شهرستان
اولویت ۶	خرید خدمت توسط سازمان های بیمه گر
اولویت ۷	ارجاع بیمار به مرکز استان در کنار پزشکی از راه دور

پزشکان متخصص مشمول برنامه

غیر مشمول

تخصص های گروه دوم
ارتوپدی
بیماریهای پوست
بیماریهای عفونی و گرمسیری
بیماریهای قلب و عروق
بیماریهای مغز و اعصاب
جراحی کلیه و مجاری ادراری
جراحی مغز و اعصاب
چشم پزشکی
روانپزشکی
طب فیزیکی و توانبخشی
گوش، گلو، بینی

راهبردهای تامین تخصص های غیر مشمول برنامه

نیروهای موجود	اولویت ۱
تامین توسط دانشگاه به صورت چند روز در هفته	اولویت ۲
اعزام پزشک از مرکز استان به شهرستان (هزینه اعزام به عهده شبکه)	اولویت ۳
از طریق مراکز عمومی غیردولتی شهرستان	اولویت ۴
خرید خدمت توسط سازمان های بیمه گر	اولویت ۵
ارجاع بیمار به مرکز استان در کنار پزشکی از راه دور	اولویت ۶

فرآیند تعامل ذی‌نفعان در برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع