

به نام خدا

دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع الکترونیک

استقرار نظام ارجاع از مهم‌ترین برنامه‌های راهبردی برای نظام سلامت کشور به شمار می‌آید که موجب اولویت بهداشت بر درمان و ارتقای سطح کیفی سلامت در جامعه با ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیرانه؛ استقرار گایدلاین‌های مراقبتی و درمانی استاندارد و ارتقای کیفی خدمات بهداشتی درمانی؛ کنترل هزینه‌های درمانی با توجه به محدودیت منابع؛ پیشگیری از تقاضای القایی در بخش درمان؛ جلوگیری از مراجعات متعدد بیماران به مراکز درمانی مختلف و درمان‌های تکراری و مدیریت دسترسی مردم به منابع محدود درمانی خواهد شد. گستردگی اقدامات جهت پیاده‌سازی نظام ارجاع در سطح کشور و پیچیدگی این خدمت که کلیه سطوح درمانی کشور را تحت تاثیر قرار می‌دهد اهمیت استانداردسازی و رفع ابهامات برنامه را بیش از پیش نشان می‌دهد. لذا این آیین‌نامه به استناد به ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه و بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۹۸ کشور برای استقرار برنامه نظام ارجاع الکترونیک مبتنی بر سطح بندی خدمات و پرونده الکترونیک سلامت تنظیم شده است.

فصل اول :

تعاریف و اصطلاحات

به منظور برداشت یکسان از واژه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در این سند، تعاریف و مفاهیم کلیدی به شرح زیر بیان می‌شوند:

وزارت:

منظور از وزارت در این دستورالعمل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که تولیت نظام سلامت کشور را به عهده دارد.

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی:

منظور از دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی در این دستورالعمل، دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشند که بر اساس تقسیمات جغرافیایی، مسئولیت مدیریت و ساماندهی خدمات بهداشت و درمان و نظام ارجاع را بر عهده دارند.

ارائه دهندگان خدمات سلامت:

شامل بهورز، مراقب سلامت، پزشکان عمومی و خانواده، پزشکان رشته های تخصصی و فوق تخصصی، دندانپزشک، داروساز، کلیه اشخاص دارای پروانه فعالیت و موسسات ارائه دهنده خدمات تشخیصی درمانی دارای پروانه بهره برداری معتبر می باشد.

سطوح ارائه خدمات سلامت:

مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار مردم و جامعه قرار دارد :

- سطح یک: واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک عمومی یا تیم سلامت برقرار می شود.

(خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت روستائی، شهری و شهری - روستائی - مطب پزشکان عمومی) خدمات این سطح شامل ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت، ارجاع و پی گیری بیمار می شود. این خدمات در چارچوب وظایف واحد پزشکی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می گیرد.

- سطح دو: شامل خدمات تخصصی سرپایی یا بستری است که به بیمه شدگان ارجاع شده ارایه و سپس سطح ارجاع کننده را از نتیجه کار مطلع می سازد.

- سطح سه: شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است و باز خورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

• نظام ارجاع:

مجموعه فرآیندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه خدمات نظام سلامت تعیین می کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در نهایت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک یا تیم سلامت از طریق ارسال بازخوراند از سطوح تخصصی ثبت می شود.

نقشه ارجاع:

نقشه ارجاع؛ مسیر ارجاع بیمار و دریافت بازخوراند را از نخستین تماس فرد با نظام سلامت (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) برای تمامی رشته های تخصصی و فوق تخصصی در کلیه بخش های ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی تعیین می کند.

گام های اجرایی استقرار برنامه نظام ارجاع

- گام ۱- ارجاع بیماران روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت به سطح دوم/سوم ارایه خدمات

- گام ۲- ارجاع بیماران ساکن در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر از پزشکان شاغل در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به سطح دوم / سوم ارائه خدمات
- گام ۳- ارجاع بیماران از کلیه پزشکان ارائه دهنده خدمات سطح اول (عمومی غیردولتی، خصوصی، خیریه) به سطح دوم / سوم ارائه خدمات

تبصره ۱: هرگونه ارجاع بیماران به سطح دوم و سوم صرفاً از طریق پزشک عمومی/خانواده طرف قرارداد نظام ارجاع انجام می شود.

تبصره ۲: ارجاع برای خدمات پاراکلینک از سطح یک مطابق بسته های خدمات سطح یک و پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت صورت میگیرد ارجاع افقی از سطح ۲ و ۳ مطابق دستورالعمل های بالینی میباشد.

بیمه:

واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می رود.

بیمه گر پایه :

مجموعه شرکت، سازمان یا موسسه هایی هستند که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می دهد. منظور از سازمان بیمه گر در این مستند، سازمان بیمه سلامت ایران، بیمه تامین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ع) هستند.

بیمه گر بازرگانی (تکمیلی) :

مجموعه شرکتهای بیمه بازرگانی یا شرکت های بیمه درمان خصوصی هستند که با هدف پر کردن خلاء خدمات و تعهدات بیمه های درمانی پایه ایجاد گردیده و مکمل بیمه های پایه می باشند.

بیمه گزار (بیمه شده):

شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، خدمات معینی را بر اساس قرارداد منعقد با بیمه گر دریافت می نماید.

سهم سازمان بیمه گر پایه :

قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی، درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می نماید.

سهم بیمه بازرگانی (تکمیلی):

قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی، درمانی است که توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت نمی گردد.

سهم فرانشیز:

قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه گزار (بیمه شده) باید در زمان دریافت خدمات پرداخت نماید.

خدمات بیمه سلامت:

شامل کلیه خدمات سطوح سه گانه مندرج در بند قبل در چارچوب مقررات بیمه پایه و بیمه تکمیلی می باشد. شرکت های بیمه تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورا مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت (پایه و تکمیلی) می باشند.

استحقاق درمان:

افراد بیمه شده و افراد تحت سرپرستی آنان در برابر حق بیمه ای که ماهیانه پرداخت می کنند، استحقاق برخوردار شدن از حمایت سازمان بیمه گر در درمان خویش یا دیگر مزیت های مربوط را می یابند. استحقاق درمان محدوده ای زمانی مشخصی دارد که از طریق سرویس استحقاق سنجی تعیین می شود.

سرویس استحقاق سنجی درمان:

مجموعه ای از سرویس های الکترونیکی مبتنی بر پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور است که طی آن اطلاعات هویتی و بیمه ای بیمه شده - خدمت دریافتی - زمان و محل ارائه خدمت و ارائه دهنده آن بررسی و ارزیابی می شود که از طریق میان افزار استحقاق سنجی درمان انجام می شود که زیرساخت الکترونیکی است و وظیفه صدور شناسه بیمه ای استحقاق درمان (شباد) یا همان کد HID و صحت سنجی آن را بر عهده دارد.

تعرفه مصوب:

منظور از تعرفه مصوب، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی است که سالانه با پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت توسط هیات وزیران تایید و ابلاغ می شود.

پرونده الکترونیک سلامت:

مطابق بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه پرونده الکترونیکی سلامت، در برگیرنده اطلاعات مراقبت بهداشتی درمانی دوران حیات یک فرد است، که به صورت الکترونیکی، با هدف پشتیبانی از مراقبت مستمر، آموزش و پژوهش ذخیره شده است. این پرونده توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در مکان های

مختلف قابل اشتراک بوده و موجب توسعه کیفی مراقبت می شود. اطلاعات پرونده سلامت افراد محرمانه بوده و فقط در اختیار افراد مجاز قرار می گیرد و هرگونه سوء استفاده از آن ممنوع بوده و پیگرد قانونی دارد.

سپاس: سپاس مخفف «سامانه پرونده الکترونیکی سلامت» می باشد. این سامانه دارای ابعاد گوناگونی است که توسعه در هر بعد نیازمند برنامه ریزی دقیق و هماهنگی با سایر ابعاد می باشد. در سپاس تمامی ابعاد سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش، فرهنگ سازی، تحقیقات بنیادین، توسعه ای و کاربردی، و توسعه مراکز انفورماتیک پزشکی و زیستی در نظر گرفته شده است که متولی آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی است.

سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح یک مراکز بهداشتی (سیاب):

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح یک بهداشتی (سیاب)، سندی است که توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت، معاونت بهداشت، معاونت درمان وزارت و با همکاری بیمه های پایه جهت ثبت مراقبت های بهداشتی، و تولید درخواست ارجاع در سامانه های سطح یک و دریافت بازخوراند از سامانه های سطوح دو و سه ارائه خدمات تنظیم شده است.

سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح دو و سه مراکز درمانی (سنا):

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا)، سندی است که توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت، معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت با همکاری بیمه های پایه جهت دریافت اطلاعات ارجاع و ثبت و ارسال اطلاعات بازخوراند در سامانه های سطوح دو و سه ارائه خدمات تنظیم گردیده است.

گواهینامه مطابقت با استانداردهای نظام ارجاع و بازخوراند:

این گواهی توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت صادر می گردد و به شرکت های تولید کننده نرم افزار در سطح یک، دو و سه به صورت مجزا داده می شود.

سامانه های سطح ۱، ۲ و ۳:

منظور از سامانه های سطح ۱، ۲ و ۳ سامانه های کاربردی و عملیاتی در سطح ۱ و ۲ و ۳ می باشند که بر اساس سند های تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع، قابلیت ثبت مراجعات، نوبت گیری و نوبت دهی، دریافت ارجاع و بازخوراند مورد نیاز را دارا باشند.

دانشبورد مدیریتی نظام ارجاع:

دانشبورد مدیریتی نظام ارجاع عبارت است از سامانه ای مدیریتی که با تجمیع و یکپارچه سازی تراکنش های اطلاعاتی دریافتی از سامانه های سطح یک، دو، سه و سامانه های بیمه های پایه امکان مدیریت اطلاعاتی نظام ارجاع را از طریق پایش و تحلیل شاخص های عملکردی خدمات ارجاع برای مدیران حوزه سلامت، با تعریف سطوح دسترسی مشخص فراهم می نماید.

فصل دوم:

□ ماده ۱- کلیات

□ ریاست و معاونین دانشگاه های علوم پزشکی کشور موظفند با هماهنگی بیمه های پایه استان؛ اقدامات لازم در خصوص استقرار نظام ارجاع در کلیه مراکز مجاز ارائه کننده خدمات در سطوح ۱ و ۲ و ۳ را برای استفاده از خدمات تشخیصی درمانی سرپایی و بستری بیمه شدگان مطابق ضوابط و مقررات ارجای الکترونیک این دستورالعمل را انجام دهند.

□ ماده ۲- مراحل پیاده سازی گام های اجرایی برنامه نظام ارجاع الکترونیک

شامل سه مرحله است که براساس برنامه عملیاتی دانشگاه به شرح زیر اجرا می شود. دانشگاه ها موظف هستند برنامه عملیاتی زمان بندی شده خود را با هماهنگی بیمه های پایه تدوین و برای تایید به ستاد وزارت ارسال نمایند. ۱. آمادگی: در این مرحله زیرساخت های نرم افزاری، سخت افزاری، فرآیندی و منابع انسانی دانشگاه جهت استقرار و عملیاتی سازی برنامه نظام ارجاع بررسی می شود. رئیس دانشگاه با هماهنگی بیمه های پایه؛ از طریق تکمیل و ارسال چک لیست آمادگی خود را جهت ورود به مرحله استقرار نظام ارجاع به ستاد وزارت، اعلام می نماید. دبیرخانه نظام ارجاع موظف است با بررسی مستندات و در صورت نیاز اعزام تیم نظارتی برای بازدیدهای میدانی از طریق نامه رسمی، اقدام به تایید/تایید مشروط/عدم تایید چک لیست نماید.

۲. استقرار: فعالیت های مربوط به اتصال سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمت به زیرساخت ارجاع الکترونیکی و آموزش های نیروهای فنی و عملیاتی در گام اول دستورالعمل در این مرحله انجام می شود. در این مرحله انتظار می رود دانشگاه و بیمه های پایه با انجام حداقل تراکنش موفق منجر به بازخورد موثر (از مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهرهای زیر ۲۰,۰۰۰ نفر و مراکز منتخب خدمات جامع سلامت شهری به سطح دوم/ سوم با تایید دبیرخانه نظام ارجاع) به سرویس نظام ارجاع و بازخورد متصل شود.

۳. عملیاتی سازی: فعالیت های مربوط به اتصال سامانه های اطلاعاتی کلیه مراکز گام های دوم و سوم دستورالعمل به زیرساخت ارجاع الکترونیکی و بازخورد در این بخش انجام می شود. در پایان این مرحله می بایست کلیه مراکز ارائه خدمات تحت پوشش دانشگاه (اعم از سطح اول دولتی و مراکز داوطلب بخش خصوصی، خیریه، عمومی غیردولتی) بر اساس برنامه عملیاتی دانشگاه گام های سه گانه را اجرا و گزارش های ارائه خدمات به بیماران را براساس شاخص های برنامه تنظیم نمایند..

□ ماده ۳- هدف کلی

استقرار نظام ارجاع در بستر فناوری اطلاعات با قابلیت ثبت و دریافت ارجاع و بازخورد مبتنی بر سطح بندی خدمات و پرونده الکترونیک سلامت در کل کشور

□ ماده ۴- اهداف اختصاصی^۱

۱. عملیاتی سازی گام ۱ و ۲ نظام ارجاع در تمامی دانشگاهها/دانشکدههای علوم پزشکی و شروع عملیاتی سازی گام ۳ تا پایان سال ۱۳۹۸
۲. عملیاتی سازی گام ۳ نظام ارجاع در تمامی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی تا پایان شهریور سال ۱۳۹۹
۳. اجرای کامل نظام ارجاع و پزشک خانواده مبتنی بر سطح بندی خدمات و در بستر پرونده الکترونیک سلامت در تمامی نقاط کشور تا پایان آذر ۱۳۹۹

فصل سوم :

□ ماده ۶- ساختار مدیریت برنامه

الف) ستاد ملی:

اعضای ستاد ملی برنامه نظام ارجاع:

- ۱- معاون اول (رئیس ستاد)
- ۲- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
- ۳- وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی
- ۴- رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
- ۵- وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
- ۶- رئیس کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)
- ۷- رئیس سازمان نظام پزشکی کشور

تبصره ۳: وظایف ستاد ملی برنامه نظام ارجاع به شرح زیر می باشد:

سیاست گذاری و تعیین راهبردهای کلان مورد نیاز در اجرای برنامه
تعیین راه کارهای مناسب به منظور تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه
حمایت های مورد نیاز قانونی و مدیریتی تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد کشوری
ب) کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع مشتمل بر اعضای زیر تشکیل می شود:

۱. معاون درمان وزارت (رئیس کمیته)
۲. معاون بهداشت وزارت
۳. مدیرکل سلامت و امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
۴. رئیس مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت

^۱ کلیه شاخص ها به شکل تجمعی محاسبه شده است

۵. مدیران عامل سازمان های بیمه گر پایه
۶. معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی
۷. مدیرکل مرکز مدیریت شبکه
۸. مدیرکل دفتر ارزیابی فن اوری سلامت و تعرفه و استاندارد
۹. مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی (دبیر کمیته)

وظایف کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع :

تعیین منابع مورد نیاز اجرای برنامه و پیشنهاد آن به کمیته ملی نظام ارجاع نظارت بر عملکرد سازمان های ذیربط و ستادهای استانی و شهرستانی در اجرای برنامه با تشکیل کمیته های نظارتی تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و دستورالعمل های مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستانی بازدید از عملیات اجرایی در استان ها و پیگیری پیشرفت برنامه تصویب ترکیب اعضای کمیته های مورد نیاز برای اجرای برنامه سفارش انجام بررسی ها و مطالعه های مختلف و تصویب طرحهای پژوهشی مرتبط و استفاده از نتایج آن ها برای تدوین سیاستها یا مداخله های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاستها ی مداخله ها به ستاد ملی تدوین گزارشهای تحلیلی و تصویب آن جهت ارائه به ستاد ملی تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف کمیته استانی و کمیته دانشگاهی نظام ارجاع تصمیم گیری در خصوص استقرار کامل نظام ارجاع در یک دانشگاه، تصمیم گیری در خصوص خدمات الکتیو و خدمات مشمول ارجاع تدوین قواعد قرارگرفتن در صف انتظار تعیین شرایط پس خوراند متخصص به پزشک عمومی و اجبار پزشکان به انجام پس خوراند به عنوان بخشی از خدمات ویزیت

تعیین شرایط و نظارت بر مراکز در مسیر ارجاع که بیمه مکلف به عقد قرارداد با ایشان است. ستاد می تواند به صورت موردی در خصوص هر مرکز نیز اتخاذ تصمیم کند.

تصویب و ابلاغ نقشه ارجاع هر دانشگاه و دستور به همکاری دانشگاهها و ادارات کل بیمه ای استان های مجاور جهت پوشش ارجاع بین دانشگاهی

ابلاغ شرایط خدمات اورژانسی و پرداخت بیمه در این موارد

ابلاغ به بیمه ها جهت پرداخت تعرفه خدمات الکترونیک سلامت مانند رسیدگی الکترونیکی به اسناد و نسخه الکترونیک

ابلاغ به مراکز تشخیصی و درمانی جهت پرداخت تعرفه خدمات الکترونیکی که توسط کمیسیون تنظیم مقررات تعیین می شود.

برنامه ریزی برای ایجاد شرکت زیرساخت فناوری اطلاعات سلامت با مشارکت هیات امنای صرفه جویی ارزی در جهت اصل ۴۴ قانون اساسی و واگذاری کلیه اقدامات تصدی‌گری پرونده الکترونیک سلامت به شرکت زیرساخت فناوری اطلاعات سلامت.

الزام به استعلام استحقاق خدمت به صورت متمرکز بر اساس محصولات دانشی و مبتنی بر نظام ارجاع توسط به بیمه‌ها و کلیه ارائه‌دهندگان خدمت انجام می‌شود.

به منظور هماهنگی اجرایی نظام ارجاع، دبیرخانه ای در مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی تحت نظر کمیته کشوری تشکیل می‌شود که مسئولیت های زیر را بر عهده دارد:

- جمع آوری اطلاعات بازخوردی از استان ها/شهرستان ها
- تحلیل اطلاعات جمع آوری شده
- ارائه اطلاعات و گزارش های تحلیلی به کمیته اجرایی کشوری
- ابلاغ و نظارت بر حسن اجرای مصوبات کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع
- پیگیری اجرای مصوبات کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع
- اجرای برنامه های آموزشی اهم از کارگاه ها، ویدئوکنفرانس ها،...

(ب) سطح استانی:

به منظور اجرای مصوبات کمیته کشوری نظام ارجاع در سطح استان و انجام هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع کمیته ای تحت عنوان کمیته استانی نظام ارجاع مشتمل بر افراد زیر تشکیل می‌شود:

۱. رئیس دانشگاه مرکز استان (رئیس کمیته)
۲. معاون درمان دانشگاه مرکز استان (دبیر کمیته)
۳. معاون بهداشتی دانشگاه مرکز استان
۴. مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه مرکز استان
۵. مدیر کل/مدیر درمان بیمه های پایه استان
۶. رئیس شورای هماهنگی استان سازمان نظام پزشکی
۷. سایر روسای دانشگاه/دانشکده های استان (عضو کمیته در صورت وجود)

(ج) سطح دانشگاه / دانشکده

به منظور اجرای مصوبات کمیته کشوری نظام ارجاع در سطح دانشگاه/دانشکده و انجام هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع کمیته ای تحت عنوان کمیته دانشگاهی نظام ارجاع مشتمل بر افراد زیر تشکیل می شود:

۱. رئیس دانشگاه/دانشکده (رئیس کمیته)
۲. معاون درمان دانشگاه/دانشکده (دبیر کمیته)
۳. معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده
۴. مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه/دانشکده
۵. نمایندگان مدیر کل /مدیر درمان بیمه های پایه استان
۶. نماینده شورای هماهنگی استان سازمان نظام پزشکی

به منظور هماهنگی اجرایی نظام ارجاع، ستاد هدایت مدیریت ارجاع تحت نظر کمیته دانشگاهی تشکیل می شود. رئیس این ستاد معاون درمان دانشگاه/دانشکده می باشد که می بایست فرد مطلع به نظام ارجاع را به عنوان دبیر این ستاد تحت نظارت خود تعیین کند. اعضای ثابت و الزامی این ستاد عبارتند از:

- دبیر ستاد هدایت مدیریت ارجاع دانشگاه/دانشکده
- نماینده معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده
- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه/دانشکده
- مدیر امور مالی دانشگاه/دانشکده
- نمایندگان بیمه های پایه
- نمایندگان سازمان نظام پزشکی

این ستاد مسئولیت های زیر را بر عهده دارد:

۱. تدوین و به روز رسانی نقشه ارجاع در سطح دانشگاه با همکاری بیمه های پایه
۲. هماهنگی فرآیند ارجاع بین سطح اول و دوم و بیمه های پایه
۳. مدیریت و پایش نوبت گیری الکترونیک در سطح ۱
۴. مدیریت و پایش نوبت دهی الکترونیک در سطح دوم و سوم
۵. اطلاع رسانی به بیماران ارجاعی از طریق راه اندازی سامانه پیامکی /سیستم تلفنی /سایت اطلاع رسانی و
به ویژه برای فوریت ها
۶. آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی در سطوح مختلف
۷. بررسی و پیگیری رفع اختلالات و اشکالات اتصال سامانه های سطوح مختلف برای ارجاع و بازخورد

۸. تحلیل اطلاعات ارجاع و بازخورد به سطح اول و دوم از طریق داشبورد مدیریتی و گزارش به ستاد اجرایی

دانشگاه

۹. هماهنگی با بیمه های پایه برای نظارت بر فرآیند پرداخت بیمه مبتنی بر سطح ارائه خدمت براساس نقشه

ارجاع

(د) سطح شهرستان

به منظور اجرای مصوبات کمیته کشوری نظام ارجاع در سطح شهرستان و انجام هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع کمیته ای تحت عنوان کمیته شهرستانی نظام ارجاع مشتمل بر افراد زیر تشکیل می شود:

۱. رئیس شبکه بهداشت و درمان (رئیس کمیته)
۲. رئیس واحد گسترش شبکه شهرستان
۳. مدیر آمار و فناوری اطلاعات شبکه شهرستان
۴. نمایندگان مدیر کل /مدیر درمان بیمه های پایه شهرستان
۵. نماینده شورای هماهنگی استان سازمان نظام پزشکی
۶. نماینده فرمانداری

ماده ۷-واحدهای مجری

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شهری روستایی و شهری، کلینیک های ویژه، مراکز تشخیصی دولتی، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی دولتی مشمول این برنامه می باشند. واحدهای تشخیصی و درمانی عمومی غیردولتی، بخش خصوصی و خیریه طرف قرارداد سازمان بیمه نیز با فراهم نمودن شرایط و زیر ساخت های لازم اطلاعات الکترونیکی سلامت و بیمه ای، و درج و تایید در نقشه ارجاع، امکان شمول دارند.

قرارداد نظام ارجاع بین بیمه های پایه، اشخاص/مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت مورد تایید معاونت درمان دانشگاه (از طریق ستاد هدایت مدیریت ارجاع دانشگاه) و منعقد می شود. رعایت شرایط زیر برای عقد قرارداد با بیمه های پایه در قالب نظام ارجاع الزامی است:

۱. استفاده از سامانه های دارای گواهینامه استاندارد مورد تایید وزارت بهداشت
- تبصره ۴: پزشکان سطح ۱ ملزم به ثبت اطلاعات در سامانه های مورد تایید معاونت بهداشتی و دارای گواهینامه استاندارد دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت هستند.
۲. امکانات نوبت گیری برای بیمار
۳. رعایت الزامات بسته های خدمتی و دستور العمل های ابلاغی معاونت های بهداشت و درمان و دستور العمل های بیمه ای مطابق قراردادهای منعقد

۴. درج و تایید مرکز در نقشه ارجاع دانشگاه

تبصره ۵: ارجاع بیمار در سطح یک از خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت شهری به پزشکان عمومی طرف قرارداد، مشروط به رعایت الزامات فوق امکان پذیر است.

تبصره ۶: با تشخیص مدیر گسترش شبکه دانشگاه / دانشکده، به منظور تکمیل پوشش خدمات سطح یک جمعیت شهری، مراکز جامع سلامت شهری برای ارائه خدمات در شیفت های عصر و شبانه روزی مناطق مورد نیاز فعال خواهند شد.

تبصره ۷: اتباع بیگانه فاقد پوشش بیمه، صرفاً در مواردی که عدم درمان کامل موجب تهدید سلامت عمومی بشود؛ از طریق نظام ارجاع خدمات مربوطه ارائه می شود. تعیین موارد مشمول توسط معاونت بهداشت مشخص می گردد. و هزینه های این موارد توسط معاونت بهداشتی (مرکز مدیریت بیماری های واگیر) پرداخت می گردد.

تبصره ۸: شرایط ارجاع بیماران مزمن شناخته شده بمنظور استمرار و پیگیری درمان در سطح اول و دوم، براساس فهرستی که توسط معاونت درمان اعلام خواهد شد؛ انجام می شود.

فصل چهارم:

□ ماده ۶ - فرآیند ارجاع

الف - خدمات سطح اول در برنامه نظام ارجاع: پزشک سطح اول (طرف قرارداد نظام ارجاع) مسئول مراقبت، مدیریت و پیگیری بیمار است؛ بنابراین ضروری است فرآیند مراجعه بیمار از سطح اول به دوم/سوم به همراه پیگیری دریافت بازخورد از پزشک متخصص توسط پزشک ارجاع دهنده صورت گیرد. در صورت نیاز به ارجاع بیمار از سطح اول به دوم، باید مشخص شود ارجاع وی مطابق راهنماهای بالینی بهداشت و درمان دارای چه سطحی از اولویت است. بیمارانی که در اولویت ویزیت سطح دوم می باشند (ارجاع فوری) حتی در صورت تکمیل ظرفیت، با هماهنگی ستاد مدیریت ارجاع دانشگاه؛ باید در سطح دوم پذیرش شوند. تبصره ۹: مراجعه بیماران اورژانسی به بخش اورژانس بیمارستان، به صورت شخصی یا از طریق اورژانس پیش بیمارستانی، خارج از مسیر ارجاع می باشد.

وظایف سطح اول به منظور کنترل نوبت دهی و مدیریت بیمار ارجاعی، به شرح زیر است:

۱. پذیرش بیمار از طریق استحقاق سنجی و ثبت اطلاعات وی در سامانه های مورد استفاده در مراکز سطح یک و پزشکان عمومی

۲. در صورت نیاز به ارجاع: تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک سطح اول و اخذ شناسه ارجاع

۳. نوبت گیری از مرکز سطح دوم براساس نقشه ارجاع برای خدمت مورد نظر و اطلاع به بیمار برای مراجعه به مرکز سطح دوم مبتنی بر سامانه الکترونیک

۴. پیگیری بازخورد ارجاع از مرکز سطح دوم

نکات مهم:

- پزشکان سطح اول موظف به رعایت سقف حداکثر ۱۵ درصد ارجاع بیماران مراجعه کننده خود به سطح دوم/سوم هستند.
- در صورت وجود و ابلاغ بسته خدمتی مدون بیماری از وزارت بهداشت، رعایت اندیکاسیون های ارجاع براساس دستورالعمل ها ضروری است.

ب- خدمات سطح دوم در برنامه نظام ارجاع: کلیه کلینیک های ویژه و درمانگاه های سرپایی بیمارستانی/ خارج بیمارستانی موظفند براساس تعداد پزشکان و پذیرش مرکز، حداقل یک کارشناس مدارک پزشکی آموزش دیده یا رشته های مرتبط را در هر شیفت فعال مرکز سطح ۲ به منظور مدیریت ارجاع بیماران تعیین کنند.

وظایف مسئول هماهنگ کننده مدیریت ارجاع بیماران به شرح زیر است:

۱- هماهنگی نوبت دهی الکترونیک به بیماران ارجاعی از سطح اول: نوبت دهی و پذیرش در کلیه مراکز سطح دوم، صرفاً به صورت الکترونیک و بر اساس شناسه ارجاع صورت می پذیرد. با ثبت کد ملی بیمار یا شناسه ارجاع در سامانه، مشخصات فرد رویت و از طریق آن پذیرش می شود.

۲- هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲

۳- تعیین و پایش سقف پذیرش ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت های مختلف کلینیک ویژه با هماهنگی ستاد مدیریت ارجاع دانشگاه برای اعمال در سامانه نوبت دهی و اعمال در فرآیند پذیرش تبصره ۱۰: می بایست حداقل ۶۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

تبصره ۱۱: در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، ۲۴ - ۱۲ ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود. تبصره ۱۲: در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت دهی در بازه زمانی تعیین شده، به ستاد هدایت مدیریت ارجاع دانشگاه، اطلاع داده شود. اطلاع رسانی به بیمار از طریق سامانه پیامکی یا تماس تلفنی انجام می شود.

تبصره ۱۳: اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی و ارجاع شدگان اولویت دار می باشد.

۴- پیگیری پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول و ثبت اطلاعات آن ها در فرم ها/ سامانه مربوطه

۵- اطمینان از تکمیل بازخورد توسط پزشکان سطح دوم/سوم

۶- هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی بر اساس توصیه های برگه ی ارجاع و هماهنگی بستری بیمار در صورت لزوم

۷- پیگیری موارد ارجاعی و مشاوره ها و اقدامات فوق تخصصی و کنترل ثبت اقدامات در سامانه

نکات مهم:

- نوبت ویزیت های بعدی متخصص، بر اساس مندرجات بازخورد اولیه پزشک متخصص تعیین می شود. در صورتی که در بازخورد وی، نیازی به مراجعه بیمار به سطح اول نباشد؛ لازم است در کلیه ویزیت های بعدی نیز بازخورد کامل به سطح اول ارائه شود.
- ارجاع افقی به میزان حداکثر ۱۵ درصد از بیماران ویزیت شده توسط هر پزشک متخصص (جهت انجام مشاوره یا ادامه درمان) به سایر متخصصین / فوق تخصص و اخذ بازخورد ارجاع امکان پذیر است.
- سقف ارائه خدمات براساس راهنماهای بالینی تعیین می شود.

ج- هماهنگی سطح اول و دوم:

۱. معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی موظف است اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان ها را طی مجموعه ای الکترونیک و قابل اشتراک با ادارات بیمه گر پایه استان تهیه و ارائه نماید.
۲. خدمات سرپایی در مسیر ارجاع با اولویت استفاده از ظرفیت موجود کلینیک های دولتی دانشگاهی و سپس سایر مراکز طرف قرارداد سازمان (مطب ها، آزمایشگاه ها، مراکز توانبخشی و تصویربرداری خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی) ارائه می گردد.
۳. خدمات بستری در نظام ارجاع با استفاده از ظرفیت موجود بیمارستان های دولتی ارائه می گردد.
۴. فوریت ها می بایست با هماهنگی و از طریق اورژانس ۱۱۵ اعزام شوند. در صورت مراجعه مستقیم شخصی به واحدهای اورژانس بیمارستان ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند.
۵. مسئولین بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی مکلفند تمهیداتی را فراهم نمایند که بیماران ارجاعی از نظر نوبت دهی جهت دریافت خدمات تخصصی در اولویت قرار گیرند، به این شکل که لیست نوبت دهی بیماران سرپایی ابتدا با بیماران نظام ارجاع تکمیل شود، سپس سایر بیماران در لیست پذیرش قرار گیرند.
۶. در صورت عدم کفایت خدمات تخصصی/فوق تخصصی در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان، با استعلام کتبی معاون درمان دانشگاه برای تایید در نقشه ارجاع خدمات توسط دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، ادارات کل بیمه پایه سلامت استان ها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می باشند.
۷. با توجه به صدور شناسه ارجاع توسط سازمان های بیمه گر به استناد سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا)، مراکز ارائه دهنده خدمات سطح ۲ و ۳ ملزم به ارائه خدمات به کلیه موارد دارای شناسه ارجاع با رعایت قوانین و مقررات مربوطه می باشند.

۸. مراکز ارائه دهنده خدمات در سطح ۲ و ۳ می بایست اطلاعات بازخواند ارجاع را در سامانه های پذیرش درمانگاهی/بیمارستانی خود ثبت و داده های مربوطه را به مرکز تبادل داده نظام ارجاع ارسال نمایند.

۹. مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه موظف است در خصوص اخذ گواهی معتبر مطابقت با استانداردهای نظام ارجاع و بازخواند (سیاب/سنا) توسط سامانه های مستقر در سطوح ارائه خدمت ۱ الی ۳ پیگیری های لازم را مبذول نماید.

فصل پنجم :

□ ماده ۷- نظام پرداخت

- سازمان های بیمه گر پایه موظف هستند نسبت به پرداخت به موقع به شرح ذیل اقدام نمایند
- نظام پرداخت در سطح اول:
- گام اول: در صورت ثبت اطلاعات ویزیت و خدمات بیمه شدگان روستایی در سامانه های الکترونیک سطح یک ۸۰٪ سرانه متعلقه بر اساس دستورالعمل برنامه پزشک خانواده روستایی، در پایان همان ماه محاسبه و توسط سازمان بیمه سلامت به شبکه بهداشت پرداخت می گردد. ۲۰٪ مابقی پس از پایش عملکرد در پایان هر سه ماه پرداخت می گردد.
- گام دوم و سوم: در صورت ثبت اطلاعات ویزیت و خدمات در سامانه های الکترونیک سطح یک و ارسال اسناد مثبتته ۸۰٪ سهم سازمان پس از پذیرش اسناد براساس تعرفه متعلقه محاسبه و توسط سازمان های بیمه گر به پزشک طرف قرارداد/مرکز طرف قرارداد / شبکه بهداشت پرداخت می گردد. ۲۰٪ مابقی پس از رسیدگی به اسناد ارسالی حداکثر تا دو ماه بعد پرداخت می گردد.
- تبصره ۱۴: مراکز موظف می باشند تا پانزدهم ماه بعد اسناد مثبتته را جهت پذیرش به سازمان بیمه گر ارسال نمایند.
- تبصره ۱۵: در صورت استقرار و تولید نسخه الکترونیک مطابق با استانداردهای مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات نیاز به ارسال اسناد کاغذی نمی باشد. و پرداخت بر اساس دستورالعمل مربوطه خواهد بود.
- نظام پرداخت در سطح دوم و سوم :
- در صورت ثبت اطلاعات ویزیت ، خدمات و بازخورد ارجاع در سامانه های الکترونیک سطح دو و سه، و ارسال اسناد مثبتته ۸۰٪ سهم سازمان پس از پذیرش اسناد براساس تعرفه متعلقه محاسبه و توسط سازمان های بیمه گر به پزشک طرف قرارداد/مرکز طرف قرارداد / بیمارستان پرداخت می گردد. ۲۰٪ مابقی پس از رسیدگی به اسناد ارسالی حداکثر تا دو ماه بعد پرداخت می گردد.
- تبصره ۱۶: موسسات و مراکز موظف می باشند تا پانزدهم ماه بعد اسناد مثبتته را جهت پذیرش به سازمان بیمه گر ارسال نمایند.

تبصره ۱۷: در صورت استقرار و تولید نسخه الکترونیک مطابق با استانداردهای مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات نیاز به ارسال اسناد کاغذی نمی باشد. و پرداخت بر اساس دستورالعمل جدید خواهد بود.

تبصره ۱۸: کلیه اسناد نظام ارجاع مشمول قوائد سقف گذاری پرداخت اسناد سازمان بیمه سلامت نخواهد شد.

- فرانشیز پرداخت بیماران در مسیر ارجاع و تعرفه آزاد در صورت مراجعه بیمه شده خارج از مسیر ارجاع، براساس پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیئت محترم وزیران بصورت سالانه ابلاغ می شود.
- هر گونه دریافت خدمت بیمار خارج از نظام ارجاع در دانشگاه‌هایی که ارجاع با تایید ستاد مستقر شده است، فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای است.

□ ماده ۸- فرآیند تنظیم، ارسال اسناد و مدیریت اطلاعات

اطلاعات ثبت شده در فرم بازخوراند ارجاع بر اساس سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا) می باشد. بعد از ویزیت یا ترخیص بیمار، باید اطلاعات باز خوراند در نرم افزار پذیرش درمانگاهی / بیمارستانی توسط کلینیک های ویژه، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی دولتی و طرف قرارداد سازمان بیمه ثبت و به مرکز تبادل داده نظام ارجاع ارسال گردد.

تبصره ۱۹: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاع شده به سطح ۲ و ۳ تحت پوشش خود را پیگیری و باز خوراند ارجاع را در سامانه مرتبط مشاهده و تایید نماید.

فصل ششم:

□ ماده ۹- پایش و نظارت بر کیفیت اجرای برنامه

پایش و نظارت بر کیفیت اجرای این برنامه در سه حوزه سازمان های بیمه گر پایه، وزارت بهداشت و دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی به دو روش مکانیزه و غیر مکانیزه صورت می گیرد.

الف- روش مکانیزه پایش و نظارت: در سازمان بیمه و وزارت بهداشت با استفاده از ابزارهای مدیریت اطلاعات نظیر داشبورد مدیریتی نظام ارجاع و هشداردهنده های سیستمی، تراکنش های اطلاعاتی و کیفیت داده ها توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت و واحد متناظر در سازمان بیمه مورد پایش قرار گرفته و گزارشات ناشی از پایش جهت بررسی به دبیرخانه نظام ارجاع الکترونیک ارائه می شوند تا مورد بررسی و ارزیابی از لحاظ شرایط استقرار برنامه و کیفیت عملکرد با شاخص هایی نظیر وجود اسناد مثبت لازم، تطابق اطلاعات، نحوه ثبت اطلاعات بیماران و بازخوراند، نحوه عملکرد بیمه با توجه به زمان و میزان پرداخت ها و ... قرار گیرند. علاوه بر پایش پیوسته

و لحظه ای و گزارشات روزانه سیستمی، گزارشات دوره ای از عملکرد برنامه، در فواصل زمانی سه و شش ماهه در کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع مطرح می گردند.

تبصره ۲۰: با توجه به تعریف سطوح دسترسی در داشبورد مدیریتی نظام ارجاع برای دانشگاه های علوم پزشکی، متناظر این فرآیند توسط کمیته دانشگاهی نظام ارجاع در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی انجام می گیرد.

ب- روش غیر مکانیزه پایش و نظارت: با تنظیم و تصویب استاندارد نظارتی در کمیته اجرایی کشوری نظام ارجاع، پایش و نظارت بر کیفیت اجرای برنامه و مدیریت هزینه های آن، توسط گروه های کارشناسی نظارتی در دفاتر تخصصی مربوطه در سطوح مختلف ستادی و محیطی انجام می گیرد و گزارشات مربوطه برای جمع بندی و پیگیری به دبیرخانه نظام ارجاع ارسال میگردد.

دکتر سعید نمکی

