

## دستور العمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع

### در ارایه خدمات سرپایی و بستری تخصصی و فوق تخصصی

این دستور العمل در راستای اجرای بند د ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مبنی بر ارتقا بسته خدمات روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با رعایت نظام سطح بندی و ارجاع و در اجرای برنامه هزینه کرد منابع حاصل از ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده در حوزه درمان در سال ۱۳۹۵ برای تامین هزینه های اجرای برنامه نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ بیمه شدگان روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تنظیم شده است.

#### واژه نامه

به منظور برداشت یکسان از واژه ها و اصطلاحات به کار رفته در این سند، تعاریف و مفاهیم کلیدی به شرح زیر بیان می شوند:

#### ❖ وزارت بهداشت:

منظور از وزارت بهداشت در این دستور العمل، 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 دستور العمل، دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی می باشند که بر اساس تقسیمات جغرافیایی، مسئولیت ساماندهی بهداشت و درمان و نظام ارجاع را بر عهده دارند.

#### ❖ سازمان بیمه:

منظور از سازمان بیمه در این مستند، سازمان بیمه سلامت ایران می باشد. سایر سازمان هایی که به موجب قانون مجاز به ارائه بیمه پایه می باشند در شمول بهره مندی از این برنامه قرار نمی گیرند.

#### ❖ نظام ارجاع و مراحل اجرای آن:

منظور از نظام ارجاع در این مستند، برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده به ترتیب اولویت در مرحله اول - بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، مرحله دوم - جمعیت شهری در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر و مرحله سوم - جمعیت شهری کل کشور می باشد.

## ❖ تعرفه مصوب:

تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی است که به طور سالانه مورد تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی قرار گرفته و توسط هیات محترم وزیران ابلاغ می شود.

## ❖ سند تبادل اطلاعات الکترونیک:

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک، سندی است که توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت با همکاری سازمان بیمه سلامت ایران جهت ثبت و دریافت ارجاع و بازخورد در سامانه های سطوح یک، دو و سه ارائه خدمات و سامانه سمد تنظیم گردیده است.

## ❖ سامانه نظام ارجاع:

سامانه ای که توسط وزارت بهداشت در اختیار موسسات سرپایی و بیمارستان های تعریف شده در مسیر ارجاع قرار می گیرد تا نسبت به ثبت بازخورد ارجاع و استعلام صحت مسیر ارجاع و دسترسی به نتایج ارجاع با اتصال به سامانه های سطح یک و دو و سمد برای ذینفعان اقدام نمایند.

## ❖ سامانه های سطح ۱ و ۲ وزارت بهداشت:

منظور از سامانه های سطح ۱ و ۲، سامانه های کاربردی در سطح یک (بهداشت) و سطح ۲ و ۳ (درمان) می باشند که بر اساس سند تبادل الکترونیک اطلاعات قابلیت ثبت و دریافت ارجاع و بازخورد مورد نظر را دارا باشند.

## ❖ سامانه سمد:

منظور از سامانه سمد، "سامانه مدیریت ارجاعات درمان بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران" می باشد.

~~~~~

## ماده ۱: کلیات

این دستورالعمل در برگیرنده ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه ی "استقرار نظام ارجاع در ارائه خدمات سرپایی و بستری تخصصی و فوق تخصصی" می باشد .

معاونین درمان و بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی با هماهنگی مدیران کل بیمه های سلامت استان موظفند مسیر ارجاع بیماران (شامل کلیه مراکز مجاز ارائه کننده خدمات در سطح ۲ و ۳) برای استفاده از خدمات تخصصی سرپایی (ویزیت، کلیه خدمات تشخیصی و درمانی تحت پوشش بیمه پایه سلامت) و بستری بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر را ترسیم نموده و ظرف دو هفته اطلاع رسانی به موسسات و بیمه شدگان را انجام دهند.

## ماده ۲: هدف کلی

تکمیل نظام ارجاع برای خدمات بیمه شدگان روستایی و عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر با فوریت خدمات سرپایی و بستری سطح ۲ و ۳ به عنوان گام اول استقرار کامل نظام ارجاع مد نظر می باشد.

گام دوم در استقرار کامل نظام ارجاع مربوط به جمعیت شهری در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر و گام سوم با لحاظ نمودن جمعیت شهری کل کشور خواهد بود.

## ماده ۳: اهداف اختصاصی

۱. استقرار فرایند ارجاع الکترونیک در ارائه خدمات به بیمه شدگان روستایی و عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر
۲. استقرار نظام ارجاع در بستر فناوری اطلاعات با قابلیت ثبت و دریافت ارجاع و بازخوراند در کل فرایند ارجاع از سطح ۱ تا ۳
۳. اجرای فرایند پرداخت هزینه بازخوراند ارجاع خدمات بیمه شدگان روستایی و عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر توسط سازمان بیمه
۴. سیاستگذاری، مدیریت اطلاعات و گزارش گیری مرتبط با مراحل ارجاع در سطوح مختلف بخش دولتی و خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی و با تمرکز بر ثبت ارجاع و بازخوراند اقدامات در کل سطوح
۵. امکان سنجی بهره برداری از نرم افزارهای مرتبط در واحدهای تشخیصی و درمانی بخش خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد سازمان بیمه و ایجاد شرایط دسترسی برای آنها
۶. ایجاد امکان کنترل ارجاع توسط پزشکان خانواده و جلوگیری از ارجاع بیماران توسط سایر پزشکان ( به جز پزشک جایگزین)
۷. مدیریت هزینه ارائه خدمات به بیمه شدگان روستایی و عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر

## ماده ۴: جمعیت هدف:

تمامی افراد دارای دفترچه بیمه روستایی ساکن در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت هدف این دستورالعمل می باشند.

## ماده ۵: واحدهای مجری :

تمامی خانه های بهداشت، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت مشمول این برنامه می باشند.

تبصره : واحدهای تشخیصی و درمانی عمومی غیر دولتی، بخش خصوصی و خیریه طرف قرارداد سازمان بیمه نیز با فراهم نمودن شرایط و زیر ساخت های لازم اطلاعاتی و بیمه ای امکان شمول دارند.

## ماده ۶: نظام تامین منابع:

تامین منابع این دستورالعمل در قالب موارد زیر می باشد:

### ۱. نحوه محاسبه پرداخت هزینه های تکمیل فرآیند ارجاع سرپایی:

الف) تعرفه ثبت و ارائه بازخوراند ارجاع در بخش دولتی و خصوصی (اعم از ارائه آن توسط متخصص، فوق تخصص، فلوشیپ، روانپزشک و اعضای هیئت علمی و یا تمام وقت درمان) معادل یک تعرفه ویزیت متخصص در بخش دولتی میباشد. لازم به ذکر است مفاد این بند در صورت رعایت حرکت در مسیر ارجاع از پزشک خانواده به پزشک متخصص مصداق دارد.

ب) در صورتیکه خدمات اورژانسی بستری موقت و تحت نظر، توسط پزشک عمومی شاغل در بیمارستان ارائه و بازخوراند ارجاع آن در سامانه ثبت گردد، تعرفه بازخوراند ارجاع معادل یک تعرفه ویزیت دولتی پزشک عمومی می باشد.

ج) مراکز طرف قرارداد سرپایی سطوح ۲ و ۳ موضوع ماده ۵ این دستورالعمل، در صورت تکمیل دقیق فرم بازخوراند ارجاع و ثبت در سامانه نظام ارجاع، ۱۰۰٪ تعرفه دولتی یک ویزیت متخصص بدون احتساب ضریب تمام وقت جغرافیایی و نیز سهم سازمان از تعرفه های مصوب را از سازمان دریافت خواهند نمود. نحوه محاسبه مبالغ جهت پزشکان تمام وقت و فوق تخصص در جدول ذیل درج شده است.

تبصره ۱: در صورت عدم تکمیل فرم بازخوراند ارجاع، پزشکان ارائه دهنده خدمات در سطح دو و سه فقط مجاز به دریافت فرانشیز مندرج در جدول ذیل از بیمار و سهم سازمان از سازمان خواهند بود.

تبصره ۲: مواردی از ویزیت بیماران که منجر به بازخوراند ارجاع نمی شود، سهم پرداختی بیمار تا سقف تعرفه های مصوب بخش دولتی یا خصوصی خواهد بود.

د) پرداخت بازخوراند ارجاع به ازای هر بار ارجاع (به ازای هر شناسه ارجاع) فقط یکبار در ماه به ازای هر پزشک صورت میپذیرد.

پرداخت بازخوراند ارجاع افقی (متخصص به متخصص رشته دیگر یا فوق تخصص) نیز حداکثر تا یکماه از ارجاع اولیه امکان پذیر است.

رعایت فرایند ارجاع براساس ضوابط و مقررات و دستورالعمل های موجود معاونت های بهداشت و درمان، الزامی می باشد.

| خدمات    | وابستگی |              | سهم سازمان | باز خوراند ارجاع | فرانشیز بیمار |
|----------|---------|--------------|------------|------------------|---------------|
|          | دولتی   | تمام وقت     |            |                  |               |
| متخصص    | دولتی   | تمام وقت     | ۱۸۴,۸۰۰    | ۱۳۲,۰۰۰          | ۳۹,۶۰۰        |
|          |         | غیر تمام وقت | ۹۲,۴۰۰     | ۱۳۲,۰۰۰          | ۳۹,۶۰۰        |
|          | خصوصی   |              | ۹۲,۴۰۰     | ۱۳۲,۰۰۰          | ۱۲۰,۶۰۰       |
| فوق تخصص | دولتی   | تمام وقت     | ۲۲۴,۰۰۰    | ۱۳۲,۰۰۰          | ۴۸,۰۰۰        |
|          |         | غیر تمام وقت | ۱۱۲,۰۰۰    | ۱۳۲,۰۰۰          | ۴۸,۰۰۰        |
|          | خصوصی   |              | ۱۱۲,۰۰۰    | ۱۳۲,۰۰۰          | ۱۸۶,۰۰۰       |

## ۲. نحوه محاسبه پرداخت هزینه های تکمیل فرآیند ارجاع بستری:

در ارائه خدمات بستری برای هر بیمار بستری که از مسیر ارجاع در بیمارستان پذیرش شده باشد در صورت تکمیل دقیق فرم بازخوراند ارجاع با تایید مرکز ارجاع دهنده و ثبت در سامانه (پانصد هزار ریال) بابت هر پرونده بستری از طرف سازمان پرداخت خواهد شد که ۵۰٪ از این مبلغ سهم بیمارستان و ۵۰٪ نیز سهم پزشک معالج میباشد.

تبصره ۱: بیماران اورژانسی دارای پزشک خانواده که فرایند ارجاع را طی نکرده اند در صورت تکمیل دقیق فرم باز خوراند ارجاع و ثبت در سامانه مشمول شرایط جدول فوق الذکر می باشند.

تبصره ۲: در صورت مراجعه بیماران (سرپایی و بستری) خارج از مسیر ارجاع به سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمات، هرگونه خدمات پاراکلینیکی تجویز شده توسط پزشک متخصص با هزینه آزاد و پرداخت ۱۰۰٪ تعرفه مصوب توسط بیمار، ارائه خواهد شد.

## ۳. نحوه تخصیص اعتبارات نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت به سازمان:

منابع لازم برای پرداخت بازخوراند ارجاع بیمه شدگان روستایی از محل اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده در اختیار معاونت درمان وزارت بهداشت تامین شده و تخصیص اعتبار مربوطه به سازمان بیمه از سوی وزارت بهداشت به صورت سه ماهه بوده و در ابتدای دوره، پرداخت براساس گزارش عملکرد ماهانه به تفکیک بیمارستان و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی تسویه گردیده و از طریق سازمان بیمه سلامت به مراکز درمانی پرداخت می شود.

تبصره: دو درصد اعتبارات تخصیص یافته به سازمان بیمه سلامت از طرف وزارت بهداشت صرف هزینه های عملیاتی طرح شامل تجهیز سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری سازمان جهت اجرای این تفاهم نامه خواهد شد.

#### ۴. نحوه پرداخت اعتبارات نظام ارجاع توسط سازمان به مراکز درمانی تحت پوشش برنامه:

مرکز (بیمارستان، درمانگاه و مطب) ملزم به ارسال پرینت لیست بیمارانی که فرم الکترونیک بازخواند آنان تکمیل شده و برگه درخواست هزینه با مهر و امضای مرکز طرف قرارداد تا تاریخ دهم ماه بعد به سازمان خواهد بود. پرداخت سازمان حداکثر ۳۰ روز بعد از دریافت مدارک صورت می پذیرد. کارشناسان سازمان پس از رسیدگی نسبت به تایید مبلغ و ثبت پرداخت در سامانه نظام ارجاع اقدام می نمایند.

شایان ذکر است پرداخت هزینه ها توسط سازمان منوط به تخصیص اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده توسط وزارت بهداشت می باشد.

تبصره ۱: پرداخت مبلغ پاداش ارجاع بر اساس گزارشات سامانه مورد نظر خواهد بود.

تبصره ۲: پرداخت مبلغ پاداش ارجاع می بایست از سایر پرداخت های سازمان جدا گردد.

#### ماده ۷: ساختار مدیریت برنامه :

هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع بعهده کمیته کشوری ارجاع سطح ۲ و ۳ شامل معاونین درمان و بهداشت وزارت، مدیرعامل سازمان بیمه بوده و محل دبیرخانه این کمیته در معاونت درمان وزارت بهداشت می باشد.

هماهنگی های اجرایی این دستورالعمل بعهده کمیته دانشگاهی ارجاع سطح ۲ و ۳ مرکز استان شامل معاونین درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان، مدیرکل بیمه سلامت استان بوده و محل دبیرخانه این کمیته در معاونت درمان دانشگاه مرکز استان می باشد.

تبصره ۱: در استانهایی که دارای بیش از یک دانشگاه/دانشکده می باشند، معاون درمان و بهداشت دانشگاه/دانشکده شهرستان عضو کمیته دانشگاهی مرکز استان خواهند بود.

تبصره ۲: دانشکده های مستقل در کشور نیز مانند دانشگاهها متعهد به انجام وظایف مذکور خواهند بود.

تبصره ۳: کمیته دانشگاهی مرکز استان موظف است گزارشات اقدامات انجام شده را ماهیانه بصورت رسمی به کمیته کشوری سطح ۲ و ۳ اعلام نماید

#### ماده ۸: فرایند ارجاع

پزشکان خانواده موظفند تا در صورت تشخیص و لزوم ادامه درمان در سطوح بالاتر، در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح تخصصی طرف قرارداد در مسیر ارجاع آموزش و هدایت نمایند. لازم به ذکر است در صورت تامین بستر الکترونیک لازم، اخذ نوبت برای ویزیت سرپایی تخصصی سطح ۲ و ۳ در مراکز دولتی بایستی توسط تیم سلامت پزشک خانواده انجام گیرد.

تبصره ۱: معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه سلامت استان ارائه دهد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به ستاد هماهنگی دانشگاهی اعلام دارد.

تبصره ۳: اداره کل بیمه سلامت استان موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشکی خانواده ارائه دهد. لیست نهایی تغییرات پیش آمده حداکثر در فواصل ۳ ماهه باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

تبصره ۴: خدمات سرپایی در مسیر ارجاع با اولویت استفاده از ظرفیت موجود کلینیک های دولتی دانشگاهی و سپس سایر مراکز طرف قرارداد سازمان (مطبها، آزمایشگاهها، مراکز تصویربرداری خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی) ارائه می گردد.

تبصره ۵: خدمات بستری در مسیر ارجاع با استفاده از ظرفیت موجود بیمارستانهای دولتی ارائه می گردد.

تبصره ۶: مسئولین بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی مکلفند تمهیداتی را فراهم نمایند که بیماران ارجاعی از مناطق روستایی از نظر نوبت دهی جهت دریافت خدمات تخصصی در اولویت قرار گیرند.

تبصره ۷: در صورت عدم کفایت خدمات بستری در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان با اعلام کتبی معاون درمان دانشگاه، ادارات کل بیمه سلامت استانها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیر دولتی، خصوصی و خیریه می باشند.

تبصره ۸: با توجه به صدور شناسه ارجاع توسط سازمان بیمه به استناد سند تبادل اطلاعات الکترونیک مرتبط، 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.

تبصره ۹: مراکز ارائه دهنده خدمات در سطح ۲ و ۳ می بایست اطلاعات بازخوراند ارجاع را در سامانه نظام ارجاع ثبت نمایند.

## فرایند تنظیم، ارسال اسناد و مدیریت اطلاعات:

اطلاعات ثبت شده در فرم بازخواند ارجاع بر اساس سند تبادل اطلاعات الکترونیک می باشد.

بعد از ویزیت یا ترخیص بیمار باید اطلاعات باز خواند در سامانه نظام ارجاع توسط بیمارستان و مراکز سرپایی طرف قرارداد ثبت گردد.

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

وزارت بهداشت موظف است دسترسی لازم به سامانه ارجاع را جهت کلیه ذینفعان اعم از پزشکان خانواده و کارشناسان سازمان و ... را فراهم نماید.

تبصره: دانشکده / دانشگاه ها و مراکز ارائه خدمات در سطح ۲ و ۳، می باید حداکثر طی مدت ۳ ماه جهت اعمال مفاد سند تبادل اطلاعات نظام ارجاع(سنا) در سامانه های مدیریت اطلاعات مربوطه اقدام لازم را به عمل آورند و زیر ساخت های لازم برای اجرای این دستورالعمل را فراهم نمایند.

در صورتی که در طول مدت ۳ ماه از شروع برنامه در دانشکده / دانشگاه های منتخب اجرای سند تبادل اطلاعات امکانپذیر نگردد ، مدیریت دانشکده/ دانشگاه ها و مراکز ارائه خدمات بایستی با استفاده از منابع مرکز به صورت موقت نسبت به اخذ ارجاعات و ارائه پاسخوراند به شکلی که قابلیت پرداخت بر اساس آن میسر گردد نظیر موارد ذیل را فراهم نمایند.

\*ثبت دستی توسط اپراتور پذیرش ارجاع در سامانه بیمارستان و ارائه گزارش کتبی پاسخوراند به سطح یک

\*\*ثبت و دریافت ارجاع و ارائه پاسخوراند در سامانه ی قابل اتصال با سطح یک

دکتر محمد جواد کبیر  
مدیر عامل  
سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر محمد آقاجانی  
معاون درمان  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی اکبر سیاری  
معاون بهداشت  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی