

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت، دبیرخانه تحول حوزه بهداشت

نظام نامه شبکه جامع و همگانی سلامت

پیش نویس سوم، ۲۳ خرداد ماه ۱۳۹۳

مقدمه

به استناد سیاست های سلامت و سیاست جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری، ماده ۲۲ قانون برنامه پنجم توسعه کشور در استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت و برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت دولت یازدهم، تحلیل وضعیت موجود و بار بیماری های کشور و آسیب شناسی اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران **نظام نامه شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان** در پنج فصل ۲۵ ماده ۱۷ تبصره و چهار پیوست مورخ به تصویب ستاد تحول سلامت رسیده است، پس از اجرای مرحله اول در دو استان پیشرو و شهرستان های منتخب سایر استان ها در پایان سال ۱۳۹۳ ارزشیابی شده و برای گسترش آن در سایر شهرستان ها تصمیم گیری می شود.

فصل اول) هدف، اصول و راهبردها

ماده (۱) هدف نظام نامه عبارت است از ارتقای امید و کیفیت زندگی سالم با دستیابی به اهداف اختصاصی زیر:

الف) اهداف در سطح اثر نهایی (Impact)

۱. بهبود عادلانه شاخص های سلامت جمعیت شامل:
 - کاهش مرگ، بروز و شیوع بیماری های غیرواگیر، واگیر، آسیب ها و ناتوانی های ناشی از آن
 - کنترل بیماری های مزمن غیرواگیر
 - ارتقای شاخص های سلامت اجتماعی [و روان]
۲. ارتقای رضایت مندی و اعتماد گیرندگان خدمت و ارایه دهندگان خدمت
۳. کاهش شاخص پرداخت از جیب و هزینه های کمرشکن خانوارهای تحت پوشش در بستر پوشش همگانی

ب) اهداف در سطح پیامدها (Outcome)

۱. ارتقای سواد سلامت گروه های جمعیتی تحت پوشش برنامه [در هر چهار بعد سلامت]
۲. کاهش عوامل خطر سلامت فردی و محیطی
۳. افزایش محیط های حامی سلامت (محل کار، محل تحصیل، محل زندگی جمعی و سایر محیط ها)
۴. ارتقای دسترسی، بهره مندی، کیفیت، عدالت و کارایی خدمات سلامت
۵. دستیابی به معیارهای موفق نظام ارجاع
۶. بهبود عملکرد مالی نظام سلامت شهرستان؛ یکپارچه شدن صندوق بیمه های سلامت و ارتقای پوشش همگانی سلامت، محاسبه دقیق تر هزینه سرانه، کسب منابع جدید برای سرمایه گذاری در سلامت مردم (بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت)
۷. مصرف منطقی دارو، خدمات و فن آوری های سلامت
۸. ارتقای بهره مندی از ظرفیت های محلی شامل:
 - نهادینه شدن مشارکت مردم در ارتقای سلامت از جمله شوراهای مشارکت مردم در سلامت شهرستان، بخش شهر، روستا و محلات
 - نهادینه شدن همکاری های بین بخشی (خصوصی، غیردولتی و دولتی) برای اقدام سلامت محور و اثرگذاری بر مولفه های اجتماعی سلامت از جمله سواد عمومی، امنیت غذایی، اشتغال، تکامل دوران کودکی، سرمایه اجتماعی و... با تولید شواهد، حمایت طلبی و هدایت جامعه
 - استفاده از نیروهای محلی و بومی و ایجاد اشتغال در بخش سلامت
 - ارتقای عملکرد مشارکتی حوزه پژوهش و آموزش دانشگاه علوم پزشکی منطقه در استقرار شبکه

تبصره ۱: ستاد شهرستان هماهنگ با اهداف ملی و استانی حوزه بهداشت باید اهداف عملیاتی خود را به طور سالانه در بند های الف و ب تعیین کرده و به کلیه مراکز بهداشتی درمانی زیر مجموعه ابلاغ کند، مبنای دیده بانی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در مجموعه شهرستان بر اساس میزان موفقیت هر مرکز در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده خواهد بود.

ماده (۲) اصولی که در طراحی و استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت مبنای بوده است:

۱. مردم محوری شبکه از طریق استقرار حقوق و تکالیف سلامت شهروندان (خودمراقبتی و مشارکت)
۲. جامعیت و تداوم خدمات مبتنی بر شواهد منطبق با بار بیماری های کشور در همه ابعاد سلامت (جسمی روانی اجتماعی و معنوی) و همه گروه های سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال و سالمند)
۳. بهره مندی راهبردی از نیروهای با تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن
۴. فعال بودن خدمات و بازاریابی اجتماعی مصرف خدمات
۵. همکاری بین بخشی
۶. استفاده از همه ظرفیت ها اعم از دولتی، خصوصی و غیردولتی در ارایه خدمات
۷. استفاده از نوآوری و فن آوری متناسب
۸. مراقبت تیمی و ادغام یافته از موارد شناسایی شده بیماری ها و ادغام
۹. حفظ و تقویت دستاوردهای قبلی نظام سلامت در بیماری های واگیر و تامین سلامت گروه سنی مادر و کودک
۱۰. عدالت جغرافیایی در ارایه خدمات برای شهر و حاشیه شهر، روستا و عشایر
۱۱. قیمت خدمات سطح یک برای مردم حداقل باشد.
۱۲. ورود منظم گیرندگان خدمت به نظام سلامت از طریق سطح بندی خدمات و ارجاع
۱۳. اطمینان سیاست گذار و اعتماد مردم

ماده (۲) در این نظام نامه سه راهبرد اصلی در دستیابی به اهداف فوق بر مبنای اصول مندرج در ماده دو به شرح زیر است:

- راهبرد اول: افزایش توانمندی مردم از طریق خودمراقبتی و مشارکت آنان در همه سطوح
- راهبرد دوم: ارایه خدمات سلامت جامع و همگانی
- راهبرد سوم: توسعه همکاری های فرابخشی برای تاثیر گذاری در بهبود مولفه های اجتماعی سلامت (سیاست های سالم) و ایجاد محیط های سالم

فصل ۲) ارکان اجرایی

ماده ۴: ارکان اجرایی و وظایف در این نظام نامه عبارتند از:

الف) ستاد برنامه تحول سلامت به ریاست وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی که به عنوان زیر مجموعه کارگروه طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاه های اجرایی فعالیت می کند ، بررسی و تصویب آیین نامه های اجرایی ، هماهنگی و حمایت طلبی منابع درون بخش و فرا بخش و نظارت کلان بر عهده این ستاد می باشد .

ب) کارگروه تخصصی تحول حوزه بهداشت به ریاست معاون بهداشت وزیر فعالیت می کند که وظیفه بررسی و تأیید برنامه های تحول و گزارش های پیشرفت ، آیین نامه های اجرایی و بسته های خدمتی ، و مدیریت مشارکت ذینفعان را بر عهده دارد . اعضای کارگروه جمعی از **خبرگان و ذینفعان اجرایی اولویت دار هستند که با حکم معاون بهداشت وزیر منصوب می شوند . دبیرخانه این کارگروه در مرکز مدیریت توسعه شبکه قرار دارد .** وظیفه دبیرخانه برنامه ریزی ، سازماندهی ، رهبری و نظارت عملیات پروژه های مصوب کارگروه تخصصی در سطح ملی است . انتصاب مدیران برنامه ها و پروژه های تحول به عهده معاون بهداشت است . تصمیمات کارگروه پس از طرح موضوع و تصویب در ستاد برنامه تحول و ابلاغ وزیر بهداشت قابلیت اجرا دارد. **چهار کمیته در زیر مجموعه دبیرخانه فعالیت می کند :**

- **کمیته فنی:** اعضای این کمیته از افراد حقیقی و نمایندگان حقوقی واحدهای فنی دستگاه های اجرایی مرتبط در بخش سلامت با انتخاب دبیر ستاد ملی (معاون بهداشتی) برای انجام وظایف زیر تشکیل می گردند: طراحی برنامه های اجرایی شبکه جامع و همگانی سلامت شامل تأمین خدمات سلامت در حاشیه شهر و سکونتگاه های غیررسمی و ... ، تدوین بسته خدمات ، تدوین راهنماهای ملی خدمات سلامت ، تدوین استانداردهای فنی ، عملیاتی و اجرایی ، تدوین چارچوب قرارداد/تفاهم نامه با استان/دانشگاه/ارایه کنندگان خدمات ، تدوین تعرفه خدمات سلامت ، تدوین استانداردهای تخصصی و گردش مالی ، تدوین چارچوب آموزش سطوح ملی، استانی/دانشگاهی و شهرستانی ، تدوین برنامه پایش و ارزشیابی ، نظارت بر حسن اجرای مقررات ابلاغی
- **کمیته اجرایی:** اعضای این کمیته توسط دبیر ستاد ملی (معاونت بهداشتی) برای انجام وظایف زیر مشخص می گردند. تشکیل ستادهای اجرایی در سطوح پایین تر ، طراحی و اجرای برنامه های توجیهی و آموزشی برای نیروهای درگیر در سطوح ملی/استانی ، تأمین ، برنامه ریزی و مدیریت مالی ، هماهنگی با ذینفعان در سطوح ملی ، عقد تفاهم نامه / قرارداد با سطوح استانی/دانشگاهی ، مدیریت و نظارت بر حسن اجرای ، مدیریت آمار و اطلاعات سلامت ، تهیه و انتشار گزارشات دوره ای برای ذی نفعان
- **کمیته حمایت طلبی و رسانه:** ساماندهی اطلاع رسانی مردمی ، تحلیل ذینفعان ، طراحی برنامه اطلاع رسانی و بازاریابی اجتماعی در سطح ملی و ارایه راهنما و آموزش های لازم به استان ها و شهرستان ها
- **کمیته رصد:** تیم مدیریت پایش و ارزشیابی روند پیشرفت اهداف نظام نامه که فعالیت های برون سیاری به مراکز تحقیقاتی و نظارت بر روند اجرا و کاربست نتایج را بر عهده دارند .

ج) ستاد اجرایی شبکه جامع و همگانی سلامت در استان/دانشگاه/دانشکده .

ستاد اجرایی استان همان کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی است که ذیل شورای برنامه ریزی و توسعه استان به ریاست معاون سیاسی امنیتی استاندار و دبیری رئیس دانشگاه منتخب تشکیل می شود.

تبصره ۲: دبیرخانه ستاد اجرایی شبکه جامع و همگانی سلامت در استان همان دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان است که در حوزه رئیس دانشگاه منتخب، بر اساس بخشنامه مربوط به نظام نامه استانی مدیریت سلامت همه جانبه تشکیل می گردد.

ماده ۵) ستاد اجرایی استان، موظف است براساس دستور عمل ابلاغی نسبت به بسیج و تجمیع منابع مالی و غیرمالی با جلب مشارکت بخش غیردولتی به ویژه بخش خصوصی، خیرین و شهرداری برای تدارک خدمات مورد نیاز کلیه مناطق تحت پوشش اقدام کند؛ و وظایف زیر را پیگیری و اجرایی نماید:

۱. هماهنگی و یکپارچگی برای تأمین ، برنامه ریزی و مدیریت مالی
۲. هماهنگی با ذینفعان در سطوح استانی
۳. نظارت عالی بر حسن انجام کار وظایف کارگروه اجرایی عبارتند از:

۱. عقد تفاهم نامه / قرارداد با شبکه بهداشت و درمان شهرستان
۲. طراحی و اجرای برنامه های توجیهی و آموزشی برای نیروهای درگیر در سطوح استانی / دانشگاهی و شهرستانی
۳. مدیریت و نظارت بر حسن اجرای قراردادهای منعقد و فرایند اجرای برنامه در سطح استان
۴. ارائه گزارش های دوره ای بر اساس چارچوب های ابلاغی از طرف دبیرخانه شبکه ملی جامع و همگانی سلامت

تبصره ۲: کلیه روسای دانشگاه ها و دانشکده ها مستقل استان عضو ستاد اجرایی استان می باشند. تصمیمات ستاد در سطح استان برای تمامی دانشگاه ها و دانشکده های مزبور، لازم الاجرا است.

تبصره ۴: در کلیه دانشگاه ها و دانشکده های مستقل استان ستاد اجرایی به ریاست رئیس دانشگاه و دبیری معاون بهداشتی برای هماهنگی های لازم درون و بین دستگاه های اجرایی مرتبط برای اجرای دستور عمل ملی و تصمیمات کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان تشکیل می شود.

تبصره ۵: گروه گسترش و هماهنگی شبکه در معاونت بهداشتی، دبیرخانه ستاد دانشگاهی/دانشکده است و مدیر آن به عنوان هماهنگ کننده دانشگاهی برنامه با تشکیل کمیته اجرایی، تصمیمات ستاد را جاری می کند.

د) ستاد عملیاتی شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان

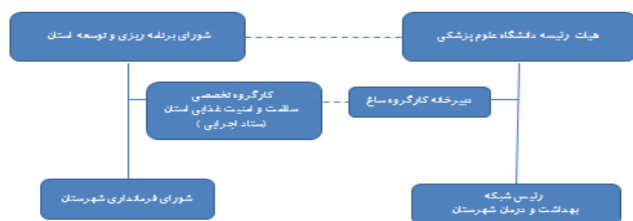
ستاد عملیاتی شهرستان همان **شورای سلامت شهرستان** است که به ریاست فرماندار و دبیری مدیر شبکه بهداشت و درمان برای عملیاتی نمودن برنامه ها و تصمیمات ابلاغی از سطوح ملی و استانی، تشکیل می شود. دبیرخانه این ستاد در شبکه شهرستان ایجاد می شود .

تبصره ۶: منظور از شورای سلامت شهرستان ، شورای متناظر کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان است .

وظایف ستاد عملیاتی شهرستان عبارت است از:

۱. شناسایی ظرفیت های موجود و نیازهای مالی ، انسانی ، تجهیزاتی و اطلاعاتی شهرستان برای استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان و تصویب برنامه در شورای فرمانداری و مکاتبات لازم با سطوح تصمیم گیر

ارتباطات ارکان استانی برای استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت



۲. برنامه ریزی برای تامین کمبود نیروی انسانی مراکز با هماهنگی ستاد اجرایی استان و وزارت بهداشت ، انتخاب نیرو و انعقاد قرارداد کاری با نیروها
 ۳. شناسایی مناطق جغرافیایی و جمعیت حاشیه‌نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی مشمول این دستورعمل با هماهنگی ستاد توانمندسازی سکونتگاه‌های غیررسمی استان/شهرستان (مستقر در اداره کل مسکن و شهرسازی)
 ۴. ارزیابی دوره ای از وضعیت سلامت جمعیت و جامعه تحت پوشش ، دریافت خدمت و عوامل موثر بر آنها.
 ۵. شناسایی ظرفیت‌های موجود ارائه خدمات اعم از بخش خصوصی ، عمومی ، تعاونی ، خیریه ، مردم نهاد ، شرکت‌های دانش بنیان براساس استانداردهای فنی ، عملیاتی و اجرایی اعلام شده از سوی ستاد ملی.
 ۶. تعیین سازوکارهای عملیاتی براساس استانداردهای فنی ، عملیاتی و اجرایی 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 دانش بنیان ، مراکز تحقیقاتی و ...
 ۷. طراحی و اجرای برنامه آموزش نیروهای درگیر در طرح در سطح حوزه استحفاظی
 ۸. بازاریابی اجتماعی بهره مندی از خدمات شبکه براساس سیاست های ابلاغی
 ۹. هماهنگی با ذینفعان
 ۱۰. یکپارچگی در تامین منابع مالی و مدیریت هزینه کرد منابع به منظور دستیابی به اهداف ذکر شده در طرح.
 ۱۱. نظارت بر حسن اجرای مفاد قرارداد و رسیدگی به شکایات طرفین قرارداد
 ۱۲. تصمیم‌گیری در خصوص تمدید یا لغو قراردادهای مورد شکایت.
 ۱۳. ارائه گزارش‌های دوره‌ای بر اساس چارچوب‌های ابلاغی از طرف دبیرخانه شبکه ملی جامع و همگانی سلامت
 ۱۴. مدیریت تغییر کاربری مرکز آموزش بهورزی به مرکز آموزش عالی شهرستان
 ۱۵. یکپارچه سازی مدیریت اطلاعات سلامت و ایجاد دبیرخانه دیده بان سلامت در دبیرخانه شورای سلامت شهرستان و روزآمدسازی داشبورد سلامت شهرستان
 ۱۶. نظارت بر روند استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت و روند ارجاع بیماران در سطوح ارائه خدمات شهرستان
 ۱۷. همکاری با ناظران ، مشاوران و تیم سنجش پایه سلامت در شهرستان
- ه) شورای خرید راهبردی خدمات سلامت** که توسط ستاد عملیات شهرستان و با تایید ستاد اجرایی دانشگاه و استان با ترکیب مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان (رئیس شورا) ، رئیس اداره بیمه سلامت ایرانیان شهرستان (دبیر شورا) ، رئیس مرکز بهداشت شهرستان ، معاون درمان شبکه شهرستان ، رئیس اداره یا نماینده بیمه‌های تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح ، کمیته امداد امام خمینی^(د) شهرستان و نماینده مجمع خیرین شهرستان شکل می‌گیرد . وظایف شورای خرید راهبردی خدمات سلامت عبارت است از:
۱. ایجاد سازوکار شناسایی ، گردآوری و تجمیع منابع مالی سلامت
 ۲. شناسایی اشخاص حقیقی و حقوقی ارائه دهنده خدمات سلامت
 ۳. اعتبارسنجی اشخاص حقیقی و حقوقی ارائه دهنده خدمات سلامت
 ۴. بستن قرارداد با ارائه دهنده خدمات سلامت (مستقیم یا از طریق بیمه معین).
 ۵. تصمیم‌گیری در خصوص تمدید یا لغو قرارداد.
 ۶. نظارت بر کیفیت و کمیت خدمات سلامت ارائه شده.
 ۷. بررسی و کاربست ارزشیابی پیامدهای خدمات سلامت ارائه شده.
 ۸. پرداخت به ارائه دهندگان حقیقی و حقوقی خدمات سلامت (بطور مستقیم یا از طریق بیمه معین).
 ۹. تهیه گزارشات عملکردی و مدیریتی به صورت دوره ای و ارائه به ذی نفعان
- تبصره: دبیرخانه شورای خرید راهبردی خدمات سلامت در اداره بیمه سلامت شهرستان مستقر می‌شود و مسئول هماهنگی های لازم برای اجرای مصوبات ابلاغی شورا است.
- ماده ۶) ساختار تدارک خدمات در شهرستان به شرح زیر خواهد بود :**
۱. سطح یک خدمات در هر واحد جمعیتی ۱۲۵۰۰ نفره شامل یک مرکز بهداشتی درمانی به عنوان اولین نقطه ورود به نظام سلامت است که یک پزشک خانواده و تیم سلامت (مطابق استاندارد پیوست) در آن مستقر هست به انضمام چهار پایگاه سلامت خانواده شامل یک پزشک خانواده و یک نفر ماما در هر پایگاه که وابسته به این مرکز می باشند .
 - تبصره ۷:** پایگاه های سلامت خانواده برای هر ۲۵۰۰ نفر می تواند درون (تیپ یک) یا برون مرکز (تیپ دو) باشد .
 - تبصره ۸:** نام مراکز بهداشتی درمانی به مرکز سلامت خانواده تغییر یافت .
 - تبصره ۹:** ایستگاه های سیاری خدمات سلامت در مناطق حاشیه ای شهرها و سکونت گاه های غیررسمی به تشخیص رئیس شبکه پیشنهاد و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه ایجاد می شود .
 - تبصره ۱۰:** برای جمعیت های بالای ۵۰ هزار نفر در کلان شهرها ، حاشیه شهرها و شهرهای با جمعیت بیشتر از ۵۰۰ هزار نفر مجموعه ای به نام مرکز مدیریت سلامت منطقه منطبق با مناطق یا نواحی شهرداری تشکیل شده و خدمات تخصصی سطح دوم را بعلاوه نظارت بر عملکرد مراکز زیر مجموعه را در جمعیت تحت پوشش انجام می دهد .
 ۲. سطح دو خدمات : دی کلینیک ها و کلینیک های تخصصی در بیمارستان شهرستان ، مراکز ورزشی ، مراکز مشاوره تحت نظر سازمان های دیگر و مراکز دندانپزشکی و ترک اعتیاد
 ۳. سطح سه خدمات : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی
- تبصره ۱۱:** سطح پایه خدمات عبارت است از خدمات خودمراقبتی که در موقعیت های محل زندگی ، کار ، تحصیل ، تفریح و عبادت و رسانه ها از طریق سفیران سلامت (داوطلبان سلامت) ارائه می شود .
- تبصره ۱۲:** در صورت تصویب ستاد برنامه تحول سطح بندی خدمات شامل دو سطح مراقبت های اولیه سلامت و خدمات تخصصی (سرپایی و بستری) خواهد بود .

ماده ۸) خدمات سطح یک شامل ده بسته خدمتی اصلی و چهار بسته مکمل است :

۱. **خدمات خودمراقبتی** (خود فرد و خانواده) که در موقعیت های محل زندگی، کار، تحصیل، تفریح و عبادت و رسانه ها از طریق سفیران سلامت (داوطلبان سلامت) و با هدایت کارشناس خودمراقبتی و مشارکت مردم آرایه می شود. (بسته شماره ۱)
۲. **غربالگری هدفمند و شناسایی زودرس** عوامل خطر و بیماری ها (صدور کارت سلامت/تندرستی ایرانیان) توسط مراقب سلامت (بهورکارشناس) و ارجاع به پزشک عمومی در محدوده جمعیت تحت پوشش و یادآوری دوره ای برای کلیه گروه های سنی از هشت سال به بالا. (بسته شماره ۲)
۳. **ارزیابی کامل، تشخیص و شروع درمان** بیماری های مزمن، طراحی برنامه مراقبت مستمر از بیماران، مدیریت ارجاع بیماران، درمان بیماری های شایع و فصلی (بسته شماره ۳)
۴. **خدمات مراقبت از سلامت مادر باردار، کودک (تا ۸ سال تمام) و سلامت باروری** (بسته شماره ۴)
۵. **مشاوره و مراقبت روانشناختی** از جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز شامل رفتاردرمانی ترک دخانیات و الکل، مشاوره و مراقبت از بیماران افسرده، مضطرب و خودکشی ناموفق، آموزش مهارت های زندگی و والدی، آموزش خانواده بیماران دارای فرد مبتلا به اختلالات سایکوز و همکاری مشترک در بسته شماره یک (بسته شماره ۵)
۶. **مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی** جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز به ویژه افراد مبتلا به چاقی، فشارخون بالا، اختلالات چربی، پوکی استخوان، کم خونی و دیابت و همکاری مشترک در بسته شماره یک (بسته شماره ۶)
۷. **مشاوره، مراقبت از سلامت اجتماعی** و ارجاع برای موارد شناسایی شده مراقب سلامت و پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک (بسته شماره ۷)
۸. **خدمات حفظ و ارتقای نظام مدیریت بیماری های واگیر** (بسته شماره ۸)
۹. **خدمات سلامت دهان و دندان** (بسته شماره ۹)
۱۰. **خدمات سلامت محیط و کار** (بسته شماره ۱۰)

تبصره ۱۲: بسته خدمات مراقبت در منزل توسط انجمن پرستاری طراحی و شش ماه بعد از شروع خدمات سطح یک آغاز می شود. خدمات پاراکلینیک و داروخانه و خدمات اورژانس و فوریت ها در سطح یک مطابق شیوه نامه ای خواهد بود که متعاقباً ابلاغ خواهد شد. خدمات فوریت های سلامت در بلایا مطابق شیوه نامه ای خواهد بود که متعاقباً ابلاغ خواهد شد.

تبصره ۱۴: مرکز بهداشت استان می تواند حداکثر تا ۲۰ درصد از محتوی خدمات سلامت ابلاغی را با توجه به مسائل بومی، فرهنگی و اجتماعی منطقه تغییر دهد و موارد را با ذکر خواهد علمی قبل از اقدام به ستاد معاونت بهداشت وزارت خانه اعلام نمایند.

تبصره ۱۵: تعداد نیروهای انسانی یک مرکز آرایه دهنده خدمات اولیه سلامت برای ۱۲۵۰۰ نفر بر اساس تحلیل نهایی و زمان سنجی بسته های خدمتی ابلاغ خواهد شود، زمان سنجی اولیه نشان می دهد علاوه بر ۵ پزشک خانواده، هفت نفر نیرو شامل مراقب سلامت، کارشناس روان، کارشناس تغذیه و تحرک فیزیکی، کارشناس سلامت اجتماعی، کارشناس بهداشت خانواده (مادر باردار و کودک و سلامت باروری)، کارشناس خودمراقبتی و همیاری و کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای لازم است.

ماده ۹) خدمات سطح دو شامل درمان و مراقبت از بیماران ارجاعی (**پیوست ۲**) سطح یک در قالب های زیر سازماندهی می شود:

۱. خدمات پزشکان متخصص (مطب ها و کلینیک های خصوصی، غیردولتی و دولتی)
۲. مرکز جامع تشخیص و درمان سرطان شهرستان [یا قطبی استان]
۳. خدمات دندان پزشکی (مطب ها و کلینیک های خصوصی، غیردولتی و دولتی)
۴. خدمات حمایت اجتماعی توسط واحدهای متولی برون بخشی (سازمان بهزیستی، کمیته امداد، سازمان های مردم نهاد و خیریه ها)
۵. خدمات مشاوره تخصصی روانشناختی به خانواده و افراد (مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی، سازمان ورزش و جوانان، وزارت بهداشت و ...)
۶. خدمات حمایت و مراقبت از سالمندان و شیرخواران
۷. خدمات نوتوانی و باز توانی افراد آسیب دیده و اورژانس اجتماعی
۸. خدمات ترک اعتیاد و کاهش آسیب
۹. باشگاه ها و امکانات تفریحی و ورزشی

تبصره ۱۶: فهرست ظرفیت کلیه مراکز در اختیار تیم سلامت سطح یک خواهد بود تا به موقع و برخط تعیین وقت بکنند. ثبت کلیه مراحل خدمات سطح دوم در پرونده الکترونیک سلامت فرد درج می شود تا تیم سلامت در سطح یک در جریان روند سلامت فرد ارجاعی قرار گیرند.

ماده ۱۰) خدمات سطح سه شامل کلیه خدمات بستری است.

ماده ۱۱) نظام مشارکت مردم در سلامت شهرستان در سطوح شهرستان، بخش، روستا و شهرها تشکیل می شود که نمایندگی گروه های میانجی مختلف از قبیل شورای اسلامی شهر و روستای شهرستان، سمن ها، نماینده دانشجویان، کارمندان و کارگران، رابطان بهداشتی، روحانیون، هنرمندان، ورزشکاران و ... را در بر می گیرد. این شوراها زیر نظر دبیرخانه مشارکت مردم در ستاد شبکه بهداشت درمان حمایت و توانمند شده و بر اساس برنامه سالانه هر شورا در جمعیت به سه طریق در ارتقای سلامت مشارکت می کند: انتقال

مطالبات مردم، انتقال پیام های سلامتی و مشارکت در پروژه های سلامت

تبصره ۱۶: راهنمای اقدام سلامت محور ویژه شوراها مردمی متعاقباً ابلاغ می گردد.

ماده ۱۲) همکاری بین بخشی در سلامت شهرستان در سطوح شورای فرمانداری (کمیته برنامه ریزی شهرستان و شورای سلامت)، شورای بخشداری و شورای دهیاری شکل گرفته و بر اساس برنامه پیشنهادی ستاد شبکه شهرستان و دبیرخانه متناظر کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان در شهرستان فعالیت می کند. رابطان دستگاه های شهرستان به عنوان پیام گزاران سلامت حامی و پایش کننده سیاست ها و برنامه های سلامت محور دستگاه ها است

ماده ۱۳) مرحله یک استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت حدود ۱۰٪ شهرستان های کشور را شامل شده و ترجیحا یک شهرستان در هر استان بر اساس معیارهای زیر تعیین و طی مکاتبه رسمی رئیس دانشگاه و تائید معاون بهداشت وزارت نهایی می شود:

معیارهای اصلی: (هر سه مورد باید وجود داشته باشد)

- مدیر شبکه توانمند و علاقمند به استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان و ماندگار بودن وی به پیشنهاد معاون بهداشتی و تائید رئیس دانشگاه
- فرماندار علاقمند، توانمند و همراه با تائید استاندار
- وجود بیمارستان عمومی شهرستان

معیارهای فرعی: (بیش از نصف معیارها باید وجود داشته باشد)

- جمعیت شهرستان بین ۵۰ تا ۲۵۰ هزار نفر (ترجیحا دارای شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر باشد)
- بخش خصوصی همراه
- نیروی انسانی شاغل در حد قابل قبول در واحدهای دولتی
- همگرایی و همسویی مدیران ارشد شهرستان امام جمعه، نماینده مجلس، شهردار
- مهیا بودن خدمات پاراکلینیک
- سهولت دسترسی به شهرستان
- تعدد نهادهای مدنی فعال و سابقه موثری از مشارکت مردم در شهرستان
- ترجیحا پوشش بیمه ای

ماده ۱۴) مسئولیت استقرار نظام نامه و نظارت بر روند آن بر عهده معاون بهداشتی وزارتخانه است که از طریق مرکز مدیریت شبکه وزارت و مدیران پروژه های مربوطه انجام و گزارش می شود.

ماده ۱۵) انتظارات از استان و شهرستان های معین در چارچوب یک موافقت نامه تجمیع و حداقل سه ماه قبل از فراخوان مردمی برای خدمات منعقد می شود.

ماده ۱۶) حمایت طلبی از نمایندگان مجلس مربوط به شهرستان ها و مناطق جغرافیایی تحت پوشش منتخب، اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، استانداران، فرمانداران شهرستان های معین و شوراهای اسلامی شهر و روستای کشور بر عهده کارگروه تخصصی تحول در حوزه بهداشت است که به روش های مقتضی از جمله تشکیل فوروم، چاپ و انتشار مستندات حمایت طلبی و برگزاری جلسات می باشد.

ماده ۱۷) رسانه ها باید در جریان مراحل اجرایی طرح قرار گرفته و زمان فراخوان مردمی در شهرستان های منتخب به عموم مردم اطلاع داده شود.

ماده ۱۸) جهت نظارت دقیق بر عملیات استقرار شبکه در شهرستان ها کشور به شش منطقه تقسیم و تیمی متشکل از ستاد وزارت، مرکز بهداشت استان (مسئول گسترش شبکه)، نماینده استانداری استان (از معاونت برنامه ریزی و بودجه) و ناظر قطب (از طرف سطح ملی) از نزدیک عملیات را کنترل و گزارش ارایه می کنند.

ماده ۱۹) جلسات ماهانه در سطح ملی با حضور روسای شبکه های شهرستان تشکیل شده و مراحل کار پایش می شود. رتبه بندی عملیات شهرستان ها به صورت فصلی انجام شده و اعلان عمومی می شود و شهرستان های موفق به طرق مقتضی تشویق می شوند.

ماده ۲۰) سنجش شاخص های پایه سلامت در شهرستان مربوطه بر اساس ماده یک این نظام نامه از طریق موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران به مرکز تحقیقاتی دارای سوابق مرتبط سفارش داده می شود، این سنجش در میانه و پایان مرحله یک انجام می شود و محققان از تمام داده های موجود کمی و کیفی، اولیه و ثانویه باید برای نشان داده وضعیت استفاده نموده و استانداردهای ارزشیابی برنامه راعایت کنند.

ماده ۲۱) انتصاب مدیران سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی بر اساس آئین نامه ابلاغی از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

فصل (۵) منابع

ماده (۲۲) نیروی انسانی:

- نیروهای لازم برای ارائه خدمات در جایگاه مراقب سلامت و خود مراقبتی می بایست از تغییر جایگاه و آموزش نیروهای موجود در مراکز تامین شود در صورت عدم امکان تامین از این طریق خرید خدمت خواهند شد.
- نیروهای لازم برای مراقبت و مشاوره در حیطه های روانشناختی، تغذیه و تحرک فیزیکی و مددکاری اجتماعی باید از طریق فراخوان فعال و ترجیحا به صورت بومی از طریق خرید راهبردی خدمات تامین شود.
- قرارداد نیروهای جدید به صورت خرید راهبردی از فرد حقیقی یا حقوقی بوده و می بایست ضمانت سه ساله برای قرارداد وجود داشته باشد.
- کلیه نیروهای جدید و شاغل در مراکز می بایست دوره توجیهی و آموزشی ویژه شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان را بگذرانند، آموزش در این دوره با همکاری تیمی مریبان مراکز آموزشی بهورزی سابق (که دوره مذکور را در سطح ملی گذرانده اند) و کارشناسان مرکز بهداشت استان و ستاد شبکه شهرستان انجام خواهد شد.
- پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی ترکیبی از نیروهای استخدامی مراکز، نیروهای طرحی و خرید خدمت خواهند بود. سایر پزشکان همکار مرکز به طور کلی خرید خدمت خواهند شد.
- برای اداره امور مراکز بهداشتی و ایجاد رضایت مندی در گیرندگان و ارائه کنندگان خدمت فردی از کارکنان درون مرکز به عنوان مدیر داخلی مرکز با حکم رئیس شبکه شهرستان منصوب می شود. در صورت کسب مجوز جذب نیرو از طریق خرید خدمات راهبردی این نیرو علاوه بر نیروی های موجود جذب خواهد شد. وظیفه مدیر داخلی برنامه ریزی، سازماندهی، رهبری و نظارت بر کلیه وظایف اداری مرکز است. مسئول فنی مرکز پزشک خانواده مرکز است.
- فرایند و جزئیات خرید راهبردی خدمات در پیوست سوم آمده است.

ماده (۲۳) تامین مالی:

- نحوه حمایت بیمه ها از بسته های خدمتی ده گانه هر سال در قالب تفاهم نامه مشخص و حداکثر تا پایان فروردین ماه همان سال ابلاغ خواهد شد.
 - محل تامین مالی خدمات مندرج در این نظام نامه از محل اعتبارات پیش بینی شده در سازمان های بیمه، قانون بودجه سالانه و سهم مردم (حق فرانشیز دریافتی از مردم) تامین خواهد شد.
 - جزئیات تامین و محاسبات مالی در پیوست چهارم آمده است.
- ماده (۲۴) مدیریت اطلاعات سلامت:** کلیه افراد مراجعه کننده پس از مرحله غربالگری هدفمند کارت سلامت دریافت کرده و بر اساس وضعیت مشخص شده (قرمز، زرد و سبز) به پزشک خانواده منتخب سطح اول ارجاع می شوند و پرونده الکترونیک سلامت توسط پزشک خانواده برای وی تکمیل خواهد شد. کلیه مراحل مراقبت در هر سه سطح به صورت الکترونیک ثبت و پردازش و با ملحوظ کردن موارد ذیل به اجرا در می آید:
- برای طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده، خواهد بود، تمامی ابعاد سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش، فرهنگسازی، تحقیقات بنیادین، توسعه ای و کاربردی در نظر گرفته خواهد شد. برای طراحی نظام اطلاعات سلامت به منظور تبادل اطلاعات و تشکیل بانک داده ها در سطوح دانشگاهی و ستادی وزارت متبوع لازم است استانداردهای مورد نیاز (استاندارد پرونده الکترونیک-سیاس) رعایت گردد. دبیرخانه ستاد ملی شبکه جامع و همگانی سلامت باید نسبت به طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت با تشکیل کارگروه ویژه با مشارکت کلیه ذی نفعان شامل مراکز/دفاتر تخصصی معاونت بهداشت، معاونت درمان و سازمان های بیمه گر و دفتر مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات، اقدام کند.
 - لازم است در طراحی پرونده الکترونیک سلامت از همه پتانسیل ها و تجارب موجود کشور در این زمینه از جمله: سامانه سیاس، سامانه خدمات سلامت ایران، برنامه ساختار شبکه (HNIS)، پورتال معاونت های بهداشت و درمان، پرونده الکترونیک بیمارستانی و شبکه ملی سلامت (شمس^۲) استفاده شود و نظام اطلاعات یکپارچه اطلاعات واحد های بهداشتی درمانی (بر اساس استانداردهای تعریف شده ۱۳۶۰۶ در پروژه سیاس) طراحی و اجرا شود.
 - تا شش ماه بعد از شروع برنامه در حاشیه شهر، ستاد عملیاتی شهرستان موظف است همکاران طرف قرارداد را بگونه ای ساماندهی کند که اطلاعات مورد نیاز از طریق سامانه یکپارچه براساس استانداردهای موجود، قابل انتقال باشد.
 - ستاد عملیاتی شهرستان باید نسبت به در اختیار گذاشتن کمک هزینه خرید رایانه، سخت افزارها و نرم افزارهای لازم (به صورت وام قرض الحسنه ۲ ساله از طریق بانک عامل) به طرف قرارداد به میزان ۵۰ میلیون ریال اقدام نماید.

تبصره (۱۷) دیده بانی سلامت شهرستان بر اساس شیوه نامه ای خواهد بود که متعاقبا ابلاغ می گردد.

ماده (۲۵) امکانات فیزیکی

- تجهیزات:** تجهیزات مراکز بر اساس الگوی های تیب تامین خواهد شد.
- فضای فیزیکی:** تغییرات فضای فیزیکی مراکز بهداشتی درمانی موجود متناسب با نقشه تیب در الگوی نوین خدمات به شرح شیوه نامه ابلاغ مرکز مدیریت شبکه خواهد بود.
- فضای فیزیکی مراکز می بایست برای هر جمعیت ۱۲۵۰۰ از طریق مشارکت شهرداری، خیریه ها و سمن ها و بخش تعاونی تامین شود.
- اصول چیدمان فضا، ارگونومی و استانداردهای ایمنی و کیفیت یک مرکز سلامت مطابق شیوه نامه ارسالی خواهد بود.
- در صورت وجود تناسب جغرافیایی و تضمین دسترسی مردم در جمعیت های ۱۲۵۰۰ نفری، مرکز بهداشتی نزدیک به این جمعیت می تواند در دو شیفت با دو تیم مجزا کار بکند، به این ترتیب چنین مراکزی ۲۵۰۰۰ نفر را پوشش خواهند داد.
- ساعات کار مراکز روزانه هشت ساعت خواهد بود.

واژه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در این نظام نامه دارای معانی زیر می‌باشند:

۱. **سکونتگاه غیررسمی/غیرمجاز:** بر اساس تعریف ستاد ملی توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی^۶، "بافت‌هایی هستند که عمدتاً 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 وجود آمده‌اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کلیدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود هستند".
۲. **حاشیه شهر:** سکونتگاه‌های غیررسمی هستند که خارج از محدوده و در حریم شهر قرار دارند.^۵
۳. **خدمات سلامت:** فعالیت‌هایی است که منجر به پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود. مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم برای 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 ذریبط 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 می‌باشد.^۷
۴. **خدمات جامع سلامت:** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز یا درخواست افراد (بیمار/خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، توانبخشی، تسکینی و مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می‌شود و از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می‌شود.^۸
۵. **خدمات همگانی سلامت:** خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین، مذهب، در دسترس آحاد کشور قرار داده می‌شود. خدمات همگانی به این معنی نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می‌شوند^۹: چه کسی تحت پوشش است؟ چه خدماتی تحت پوشش هستند؟ چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟
۶. **مراقبت‌های اولیه سلامت:** خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌های جامعه در دسترس همگان قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه یا روحیه خوداتکالی 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 می‌دهد. 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 زندگی و کار می‌کنند نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا)^{۱۰}.
۷. **خدمات بهداشت عمومی:** خدمات سلامتی هستند که کل جمعیت را هدف قرار می‌دهد. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری و آگیردار، حفاظت محیط و گندزدایی، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه‌ای^{۱۱}.
۸. **ارجاع و سطح بندی 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 شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و نزد وی تشکیل پرونده می‌دهند. مراجع در نقطه تماس اول توسط گروه سلامت (بهورز/ماما/پرستار/پزشک خانواده و...) در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر پزشک خانواده او را به صورت هدایت‌شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل نامه ارجاع به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می‌دهد و مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. 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 بازخورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها کلیه موارد برای درج در پرونده بیمار، به پزشک خانواده مربوطه اعاده شود.
۹. **سطح بندی:** چیدمان خاص واحدهای ارائه‌کننده خدمات 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 می‌گیرد^{۱۱}. خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

- **سطح اول ارجاع:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها، تدبیر فوریت‌ها، مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیر 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 واحد خدمات اولیه سلامت تعریف شده با استاندارد نیروی انسانی مشخص در حاشیه شهرها مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌شوند. سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیکی (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند. واحد خدمات اولیه سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا گروه سلامت اتفاق می‌افتد. این دسته از خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب و آگذاری، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود. سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه‌کننده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

۴ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۴۸۳۳/ت ۲۹۲۷۱-هـ تاریخ ۱۹/۱۱/۱۳۸۲ راجع به سند توانمندسازی 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.

۵ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۴۸۳۳/ت ۲۹۲۷۱-هـ تاریخ ۱۹/۱۱/۱۳۸۲ راجع به سند توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی

⁶ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

⁷ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

⁸ http://en.wikipedia.org/wiki/Universal_health_care

^۹ شادپور کامل، پيله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تدبیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

¹⁰ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html

¹¹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۲۰۰۲، ۱۳۹۰

۱۰. **سطح دوم ارجاع:** شامل خدمات تخصصی می شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می شود. همانند: خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویربرداری می گردد. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول قرار می گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه باز خورد کتبی، پزشک خانواده ارجاع دهنده را از نتیجه یا پیشرفت کار مطلع سازد. این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می گیرد. اولویت خرید خدمت از بخش غیردولتی می باشد.
۱۱. **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 شیوه های زیر انجام می شود:
 - اعمال حمایت های 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.
 - مشارکت با بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی از طریق اجاره، واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی.
 - واگذاری مدیریت واحدهای دولتی به بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی با پرداخت تمام یا بخشی از هزینه سرانه خدمات^{۱۱}.
۱۲. **پزشک خانواده:** فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی که علاوه بر ارائه خدمات سطح اول (خدمات پایه سلامت)، مسئولیت تداوم خدمات و اداره گروه سلامت را بر عهده دارد^{۱۲}. پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسئولیت های زیر را بر عهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می تواند برای حفظ و ارتقای سلامت؛ برابر دستور عمل، از ارجاع فرد به سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود است^{۱۳}.
۱۳. **گروه سلامت:** گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی که با مسئولیت پزشک خانواده بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند^{۱۴}. بیمار و خانواده وی نیز جزو این گروه محسوب می شوند.
۱۴. **سازمان بیمه گر پایه:** سازمان بیمه ای (دولتی/تجاری یا غیرتجاری) است که با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت را تامین مالی می نماید که زیر مجموعه ای از بسته خدمات سلامت در سطوح نظام ارائه خدمات سلامت می باشد و با توجه به محدودیت های مالی، سیاسی و اجتماعی در یک فرآیند اولویت گذاری و سهم بندی تعیین می شود^{۱۵}. تا قبل از اجرای برنامه منظور یکی از ۴ بیمه گر اصلی یعنی سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره) است. اما بعد از اجرای برنامه تمامی افراد، تحت پوشش شورای خرید راهبردی خدمات سلامت (به طور مستقیم یا از طریق بیمه معین) می باشند.
۱۵. **بسته خدمات سلامت مورد تمهید این برنامه:** مجموعه ای از خدمات هزینه اثر بخش و دارای اولویت همچون خدمات خود مراقبتی، خدمات سلامت سطح اول ارجاع، خدمات ویژه (تغذیه، سلامت روان و آسیب های اجتماعی) است که توسط پزشک خانواده یا گروه سلامت ارائه یا فراهم می شود.
۱۶. **خرید راهبردی خدمات سلامت:** جستجوی مستمر روش هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه دهنده 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^{۱۶}.
۱۷. **نظام پرداخت به ارائه دهندگان خدمات:** شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشک خانواده یا گروه سلامت، در اختیار افراد یا جامعه می گذارند^{۱۷}. پرداخت در این برنامه، به صورت ترکیبی از روش های سرانه وزن دهی شده، به ازای خدمات یا کارانه، پرداخت ثابت، مبتنی بر عملکرد کمی و کیفی و تشویقی می باشد.
۱۸. **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 است و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می شود. 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^{۱۸}. بدیهی است این پرداخت به میزان پوشش خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط مستقیمی دارد و در صورتی که کیفیت یا پوشش خدمات مطابق با شاخص های طراحی شده پایین تر از سطح قابل قبول (استاندارد تعریف شده) باشد، کسوراتی به آن تعلق می گیرد.
۱۹. **پرداخت ثابت به ازای حضور:** این شیوه پرداخت برای اطمینان از حضور اعضای تیم سلامت اعمال می شود. بدیهی است این پرداخت به ساعات حضور فیزیکی نیروهای درگیر ارتباط مستقیمی دارد و در صورت عدم تطابق با استاندارد تعریف شده، کسوراتی به آن تعلق می گیرد.
۲۰. **پرداخت به ازای خدمت/کارانه:** این شیوه پرداخت به منظور خرید خدمات تشخیصی و درمانی اعمال می گردد و به ازای هر خدمت ارائه شده در واحد ارائه خدمت بر اساس مندرجات نظام اطلاعات سلامت پرداخت می گردد. بدیهی است این پرداخت به میزان کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط مستقیمی دارد و در صورتی که کیفیت مطابق با شاخص های طراحی شده پایین تر از سطح قابل قبول (استاندارد تعریف شده) باشد، کسوراتی به آن تعلق می گیرد.
۲۱. **پرداخت به ازای کیفیت و پوشش خدمات:** این شیوه پرداخت به عنوان مکمل و برای اطمینان از کیفیت و پوشش خدمات به صورت ضریبی از هر یک از ۲ پرداخت فوق اعمال می گردد. ضریب حاصل از این پرداخت از عدد یک بزرگتر می باشد که به منظور تشویق ارائه دهندگان خدماتی است که خدمات خود را در سطحی بالاتر از پوشش یا کیفیت استاندارد ارائه می دهند. از سویی دیگر ضریب کمتر از یک برای مواردی است که خدمت در مقوله پوشش یا کیفیت، پایین تر از سطح استاندارد ارائه گردیده است.
۲۲. **پرونده الکترونیک سلامت:** پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی که برای هر ایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می شود و با استفاده از رمز عبور و الزامات لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط وی یا پزشک معالج او در سراسر کشور به وجود می آید^{۲۰}.

^{۱۲} ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری. مصوب ۱۳۸۶/۷/۸ مجلس شورای اسلامی

^{۱۳} اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ ات ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

^{۱۴} وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲-۱۳۹۰

^{۱۵} وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲-۱۳۹۰ و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ ات ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

^{۱۶} اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ ات ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ و آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه، تصویبنامه شماره ۴۸۹۴۱ ات ۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

^{۱۷} آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه، تصویبنامه شماره ۴۸۹۴۱ ات ۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

^{۱۸} وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲-۱۳۹۰

^{۱۹} آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه، تصویبنامه شماره ۴۸۹۴۱ ات ۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

^{۲۰} اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ ات ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

۲۳. **دستور عمل اجرایی:** تمامی نکات اجرایی برنامه تامین خدمات سلامت در حاشیه شهر و سکونتگاه‌های غیررسمی، در سطوح ارائه خدمت در دستور عمل اجرایی مشخص می‌شود. موارد ذکر شده در دستور عمل مطابق با استانداردهای تعریف شده در وزارت بهداشت خواهد بود و با ابلاغ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابلیت اجرایی دارد.
۲۴. **ارکان اجرای برنامه:** سازماندهی واحدهای ستادی، در سطوح کشوری، استانی/دانشگاهی و شهرستانی برای تامین خدمات سلامت است.
۲۵. **قرارداد:** قرارداد توافق نامه‌ای است که شرایط خرید در آن درج و ثبت می‌شود. معمولاً قرارداد بین دولت و یا سازمان‌های بیمه سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (بیشتر اوقات خصوصی) برقرار می‌گردد. باید توجه داشت که در قرارداد معمولاً دو طرف دارای شخصیت حقوقی مستقل وجود دارند. قرارداد را توافقی نوشتاری (یا گفتاری) بین دو طرف می‌دانند که توسط قانون تنفیذ و اجرا می‌گردد. در اصل قرارداد بیانیه و یا مدرکی است که در آن حقوق و وظایف هر طرف را در یک مبادله مشخص می‌نماید.

۱. مرکز مدیریت سلامت منطقه موظف است با کمک واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت موجود در منطقه، خدمات تشخیصی درمانی تخصصی سرپایی مورد نیاز را در چهار تخصص اصلی و دو تخصص به تشخیص خود برای جمعیت تحت پوشش فراهم کند.
 - تبصره:** سایر خدمات تخصصی مورد نیاز از طریق طراحی زنجیره ارجاع توسط مرکز و هماهنگی با بیمارستان‌های عمومی و تخصصی شهرستان/ استان/ قطب و ملی فراهم می شود.
 ۲. بیماران نیازمند به خدمات بستری همانند سایر مردم می توانند از خدمات ارائه شده در طرح هدفمندی یارانه‌های سلامت، استفاده کنند.
 - تبصره:** کلیه ساکنین این مناطق می توانند در صورتی که از مسیر ارجاع استفاده کنند به بیمارستان های دولتی مراجعه و با پرداخت ۵ درصد از هزینه‌ها (براساس تعرفه) به عنوان فرانشیز به صورت بستری از این خدمات استفاده کنند. بدیهی است ۹۵ درصد از هزینه‌های بستری از محل اعتبارات در اختیار معاونت درمان در طرح تحول درمان و بیمه‌ها، تامین خواهد شد.
 ۳. 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. هر بیماری بنا به تشخیص خود می تواند به عنوان بیمار اورژانسی به بیمارستان مراجعه نماید. تشخیص این مسئله با مسئول یا پزشک اورژانس بیمارستان است. برگه ارجاع باید توسط پزشک خانواده و قبل از مراجعه بیمار به مرکز درمانی بستری تکمیل شده باشد. بدیهی است که دستور بستری با نظر متخصص مقیم بیمارستان انجام می گیرد و در صورت بستری مراتب به پزشک ارجاع دهنده اعلام می گردد.
 - تبصره ۱:** خدمات ارائه شده در بیمارستان باید منطبق بر درخواست اولیه پزشک خانواده باشد.
 - تبصره ۲:** پزشک ارجاع دهنده باید پیگیر بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر باشد و تا انتهای درمان بیمار را پیگیری کند.
 ۴. بیمارستان باید اقدامات لازم را در خصوص تکمیل بخش بازخورد برگه های ارجاع ارائه شده بر اساس دستورالعمل اجرایی، را انجام دهد.
 - تبصره:** آنچه از اهمیت بسزایی برخوردار است، لزوم اطلاع رسانی به ساکنین حاشیه شهرها در مورد امکان استفاده از چنین خدمتی است.
- شرایط:**
- برای طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده، خواهد بود، تمامی ابعاد سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش، فرهنگسازی، تحقیقات بنیادین، توسعه‌ای و کاربردی در نظر گرفته خواهد شد. برای طراحی نظام اطلاعات سلامت به منظور تبادل اطلاعات و تشکیل بانک داده‌ها در سطوح دانشگاهی و ستادی وزارت متبوع لازم است استانداردهای مورد نیاز (استاندارد پرونده الکترونیک-سیاس) رعایت گردد.
 - دبیرخانه ستاد ملی شبکه جامع و همگانی سلامت باید نسبت به طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت با تشکیل کارگروه ویژه با مشارکت کلیه ذی نفعان شامل مراکز/دفا تر تخصصی معاونت بهداشت، معاونت درمان و سازمان های بیمه گر و دفتر مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات، اقدام کند.
 - لازم است در طراحی پرونده الکترونیک سلامت از همه پتانسیل ها و تجارب موجود کشور در این زمینه از جمله: سامانه سیاس، سامانه خدمات سلامت ایران، برنامه ساختار شبکه (HNIS^۱)، پورتال معاونت های بهداشت و درمان، پرونده الکترونیک بیمارستانی و شبکه ملی سلامت (شمس^۲) استفاده شود و نظام اطلاعات یکپارچه اطلاعات واحد های بهداشتی درمانی (بر اساس استانداردهای تعریف شده ۱۳۶۰۶ در پروژه سیاس) طراحی و اجرا شود.
 - تا شش ماه بعد از شروع برنامه در حاشیه شهر، ستاد عملیاتی شهرستان موظف است همکاران طرف قرارداد را بگونه‌ای ساماندهی کند که اطلاعات مورد نیاز از طریق سامانه یکپارچه براساس استانداردهای موجود، قابل انتقال باشد.
 - ستاد عملیاتی شهرستان باید نسبت به در اختیار گذاشتن کمک هزینه خرید رایانه، سخت افزارها و نرم افزارهای لازم (به صورت وام قرض الحسنه ۲ ساله از طریق بانک عامل) به طرف قرارداد به میزان ۵۰ میلیون ریال اقدام نماید.

۱) شورای خرید راهبردی در زیررده ستاد عملیاتی شهرستان تشکیل می‌شود و وظایف زیر را به عهده دارد:

۱. اعتبارسنجی داوطلبان ارائه خدمات.
۲. اعطای گواهینامه در هر یک از سطوح ارائه خدمت به پذیرفته‌شدگان.
۳. اجرای ضوابط خرید خدمات، در سطح شهرستان در چارچوب این آیین‌نامه.
۴. جانمایی مراکز ارائه خدمت در مناطق شهرستان.
۵. ابلاغ انتظارات، اهداف و شاخص‌های مورد انتظار از ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت.
۶. بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آن‌ها بر اساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این شیوه‌نامه.

۲) فرآیند خرید:

۱. شورای خرید راهبردی شهرستان با توجه به رهنمودها، اصول و شاخص‌های اعلام شده توسط کمیته فنی خرید راهبردی و انتخاب ارائه‌دهندگان در چارچوب این شیوه‌نامه و با در نظر گرفتن شرایط منطقه اقدام می‌کند.
۲. شورای خرید راهبردی شهرستان، پس از نیازسنجی نسبت به فراخوان عمومی از طریق به درج آگهی در روزنامه‌ها و سایر رسانه‌های معتبر اقدام می‌کند.
۳. شورای خرید راهبردی پس از دریافت مدارک و مستندات متقاضیان ابتدا نسبت به اعتبارسنجی آنان اقدام می‌کند و با ایشان برای توجیه شرایط و ضوابط همکاری وارد مذاکره می‌شود.
۴. پس از توجیه ارائه‌دهندگان، در صورت لزوم آموزش‌های لازم به ارائه‌دهنده خدمت با توجه به تایید ستاد عملیاتی و ستادهای بالاتر شبکه جامع و از طریق مرکز آموزش و پژوهش شهرستان، دانشگاه منطقه یا سایر مراکز کشوری انجام می‌شود و در صورت تایید دانش و مهارت‌های ارائه‌دهنده، گواهینامه معتبر از سوی شورای خرید راهبردی / دانشگاه ... به ارائه‌دهنده اعطا می‌شود.
- ۴/۱. اعطای گواهی نامه آموزشی تا زمان بستن قرارداد، مجوز ارائه خدمت نیست و تعهدی برای شورای خرید راهبردی ایجاد نمی‌کند، هر چند که در رتبه‌بندی، اولویت‌بندی و تعیین شایستگی ارائه‌دهندگان موثر است و هر گاه باعث ارتقای سطح و رتبه ارائه‌دهنده شود، در میزان و نوع قرارداد تاثیر مثبت خواهد داشت.
۵. پس از موفقیت در دوره آموزشی قرارداد همکاری بین شورای خرید راهبردی و ارائه‌دهنده بسته می‌شود.
- ۵/۱. نمونه قرارداد با اشخاص حقیقی یا حقوقی و دستورعمل آن پیوست این شیوه‌نامه است.
۶. همزمان با قرارداد امضا شده، گواهی نامه شایستگی ارائه خدمت (رتبه‌بندی شده) منطبق با سطح ارائه، به مرکز داده می‌شود.
۷. تمامی قراردادها حداقل ۳ ساله تنظیم می‌شود و پس از مدت ۳ سال در صورت توافق و رضایت از عملکرد، قابل تمدید و تعدیل هستند.
۸. در صورت نیاز به بکارگیری نیروهای رسمی یا پیمانی دولت، شورای خرید راهبردی درخواست خود را برای اخذ مجوز مودی از ستاد ملی به سطح بالاتر ارائه می‌کند.
۹. در صورت خرید خدمات از کارمند رسمی یا پیمانی دولت، ملاک پرداخت محاسبات این آیین‌نامه خواهد بود و پیش از پرداخت، کلیه دریافتی‌های سازمانی محاسبه و از میزان پرداخت بر اساس آیین‌نامه کسر می‌شود و تنها تفاوت مبلغ آن تا محاسبه این آیین‌نامه پرداخت می‌گردد.
۱۰. در صورت واگذاری واحدهای موجود به بخش غیر دولتی، با کارمندان رسمی و پیمانی واحدهای فوق، به یکی از روش‌های زیر عمل خواهد شد.
 - ۱۰/۱. انتقال به سایر واحدهای همان دانشگاه علوم پزشکی، سایر موسسات و یا دستگاه‌های اجرایی دیگر.
 - ۱۰/۲. بازخرید سنوات خدمت.
 - ۱۰/۳. موافقت با مرخصی بدون حقوق برای مدت ۳ تا ۵ سال.
 - ۱۰/۴. انجام وظیفه در بخش تفویض اختیار شده به شکل مامور.
 - ۱۰/۵. آماده به خدمت.
 - ۱۰/۶. موافقت با درخواست کارمند حسب مورد بر اساس ماده ۳۰ قانون برنامه پنجم توسعه.
 - ۱۰/۷. موافقت با بازنشستگی در صورت تحقق شرایط مندرج در آیین‌نامه اداری استخدامی مصوب سال ۱۳۹۱.
- کارمند می‌تواند ۲ روش از روش‌های هفتگانه بالا را به ترتیب اولویت انتخاب و به دانشگاه علوم پزشکی اعلام کند. دانشگاه مربوطه مکلف است با توجه به اولویت تعیین شده کارمند و صرفه و صلاح دانشگاه، یکی از روش‌ها را انتخاب و اقدام کند. کارمندان فوق تا زمان تعیین تکلیف (حداکثر ۴ ماه) از حقوق و فوق‌العاده‌های مستمر برخوردار خواهند بود.
۱۱. کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که حداکثر ظرف ۶ ماه از ابلاغ این دستورعمل، با شورای خرید راهبردی خدمات سلامت، قرارداد ببندند، مشمول تبصره یک بند "د" ماده ۲۲ قانون پنجم برنامه توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور، می‌باشند. ۲۴
- ۱۱/۱. پس از مهلت فوق، با نسخ بیمه ای که توسط این دسته از ارائه‌دهندگان، تجویز می‌شود، همانند نسخ آزاد رفتار خواهد شد.

۳) گردش مالی

۱. برای کنترل گردش نقدینگی، یک بانک عامل توسط انتخاب و خدمات مورد انتظار در قالب تفاهم‌نامه با بانک منعقد خواهد شد.
 ۲. به منظور تجمیع منابع، حساب درآمدی خرید راهبردی شهرستان در یکی از بانک‌های عامل ایجاد می‌شود و هر یک از تامین‌کنندگان اعم از شبکه شهرستان، بیمه‌های پایه، شهرداری، نهادهای خیریه و ... ایجاد می‌شود و هر یک از تامین‌کنندگان سهم خود را در زیرحساب با نام خود واریز می‌کنند.
 ۳. فرایند گردش نقدینگی با هماهنگی بانک عامل به گونه‌ای تدوین می‌شود که حساب درآمدی به عنوان پشتیبان یک حساب هزینه برای پرداخت به ارائه‌دهندگان عمل کند.
 ۴. کلیه ارائه‌دهندگان خدمت، باید حساب درآمدی خود را طبق ضوابط موضوع تفاهم‌نامه با بانک، در بانک عامل ایجاد نمایند.
 ۵. دستور پرداخت با امضای مشترک رئیس شورای خرید راهبردی و رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان صادر می‌شود.
 ۶. در هر پرداخت سهم هر یک از تامین‌کنندگان تعیین و به بانک عامل اعلام می‌شود. پرداخت سهم هر یک از تامین‌کنندگان به حساب درآمدی ارائه‌دهنده واریز خواهد شد.
- برای مثال جدول زیر می‌تواند کمک کند:

۲۳ بر اساس مصوبه هیات وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۱/۲۰ 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 (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
 خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و با انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.
 ۲۴ تبصره ۱- کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نبوده و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند.

ردیف	بسته خدمت	ارائه‌دهنده	معیار خرید	شیوه پرداخت	خریدار
۱	درمان عمومی	پزشک	بارمراجعه/جمعیت ثبت نام شده/تعرفه بخش خصوصی	پرداخت ترکیبی	شبکه بیمه‌های پایه
۲	مراقبت‌های اولیه سلامت	پزشک	جمعیت ثبت نام شده	سرايه	شبکه
۳	مراقبت‌های اولیه سلامت	مراقب سلامت	جمعیت ثبت نام شده/تعرفه	سرايه	شبکه
۴	خدمات سیاری	پزشک و ...	به ازای خدمت/پاداش	به ازای خدمت	شبکه بیمه‌های پایه

۴) پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و مراقبت‌های سلامت (سریایی): پرداخت به تیم سلامت به ۴ شیوه زیر و با شرایط مشخصی از لحاظ نحوه توزیع و سطح پرداخت، شیوه قرارداد، روش نظارت و پرداخت و تشویق اهداف راهبردی خواهد بود که در بندهای زیر می‌آید:

- پرداخت ثابت:** در این شیوه محاسبه بر اساس الف - حضور ۵۵ ساعت کار در هفته پزشک ب - کارشناس مراقب سلامت ج - ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت توسط پزشک که حدوداً معادل ۶۰ میلیون ریال ماهانه خواهد شد.
- شیوه پرداخت سرانه (متوسط و وزن‌دهی شده):** این شیوه محاسبه بر اساس بخشی از کارانه خواهد بود که بر اساس گروه‌های هدف (که در شش ماه دوم و پس از استقرار برنامه و ثبت نام مردم مشخص می‌شود) که فعلاً بر اساس سرانه متوسط برای هر نفر ۸۰۰۰ ریال معادل ۲۰ میلیون ریال خواهد شد. مبنای محاسبه به این صورت است:
تبصره ۱: هزینه این دو بند به صورت پیش‌پرداخت و در دوره اول قرارداد (۳ ماهه) در ازای تضمین مشخص پرداخت می‌گردد. کمک هزینه خرید رایانه و نرم افزار مربوطه بصورت جداگانه محاسبه و به همین پرداخت اضافه خواهد شد.
تبصره ۲: در شش ماهه اول قرارداد پرداخت ثابت و سرانه طبق بند ۱ و ۲ خواهد بود و ارتباط مستقیمی به افراد ثبت نام شده ندارد. پس از شش ماه وزن پرداخت ثابت و سرانه هر کدام ۴۰ میلیون ریال خواهد بود و متوسط سرانه ۱۶۰۰۰ ریال بر اساس هر ماه تعیین و پرداخت می‌شود (باید توجه داشت که وزن‌دهی سرانه بر اساس فرمولی خواهد بود که پس از ابلاغ، همان متوسط را محقق می‌کند).
- پرداخت به ازای خدمت/کارانه:** پرداخت به صورت کارانه در ازای برگه بیمه و ۵۰٪ تعرفه خصوصی خواهد بود.
تبصره ۳: در سه ماهه اول اجرای طرح به تعداد برگه‌های بیمه و براساس ۵۰٪ تعرفه خصوصی پرداخت خواهد شد. شایان ذکر است که در این مدت برای رعایت فرصت مناسب برای ثبت نام افراد، پرداخت تعداد ۴۲۷ برگه (۷۰٪ ضربدر ۶۲۵ برگه در ماه) در ماه تضمین می‌شود. ضمناً محاسبه بیش از ۴۲۷ برگه براساس فرمول است.
تبصره ۴: در سه ماه دوم اجرای طرح به تعداد برگه‌های بیمه و براساس ۵۰٪ تعرفه خصوصی پرداخت خواهد شد. شایان ذکر است که در این مدت برای رعایت فرصت مناسب برای ثبت نام افراد، پرداخت تعداد ۳۱۳ برگه (۵۰٪ ضربدر ۶۲۵ برگه در ماه) در ماه تضمین می‌شود. ضمناً محاسبه بیش از ۳۱۳ برگه براساس فرمول است.
تبصره ۵: پس از شش ماهه اول اجرای طرح، پرداخت براساس متوسط مراجعه جمعیت ثبت نام شده و صرفاً به تعداد برگه‌های بیمه و براساس ۵۰٪ تعرفه خصوصی صورت می‌پذیرد.
تبصره ۶: برای جلوگیری از ارائه خدمات اضافه، نحوه محاسبه به گونه‌ای اعمال می‌شود که پرداخت تنها در ارائه خدمت درمانی به حداکثر جمعیت تحت پوشش، حداکثر در یافتی از این بابت را خواهد داشت و بعد یا قبل از آن از این میزان کسر می‌گردد. فرمول مورد محاسبه به شرح زیر است:
با توجه به اینکه میانگین عدد ۶۲۵ (برای ۲/۵۰۰ جمعیت) و حدود معقول برای متغیر بین ۱۲۵ تا ۱۱۲۵ است بنابراین میانگین پاسخ ۶۲۵ و ۲ برابر انحراف معیار برابر با ۵۰۰ است که در نتیجه توزیع نرمال با میانگین ۶۲۵ و انحراف معیار ۲۵۰ مناسب است. Density توزیع در نقطه میانگین نیز برابر 0.001595769 است.

Probability density function

$$f(x) = \frac{1}{\sigma \times \sqrt{2\pi}} \times e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}}$$

$$= \frac{1}{250 \times \sqrt{2\pi}} \times e^{-\frac{(x-625)^2}{2 \times (250)^2}}$$

$$= 0.0015957691 \times e^{-\frac{(x-625)^2}{125000}}$$

با استفاده از جدول توزیع نرمال یا با استفاده از نرم افزار تابع توزیع تجمعی به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$F(x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{250 \times \sqrt{2\pi}} \times e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2 \times (250)^2}}$$

$$= \int_{-\infty}^x 0.0015957691 \times e^{-\frac{(x-625)^2}{125000}}$$

$$= \Phi\left(\frac{x-625}{250}\right)$$

که Φ تابع توزیع تجمعی نرمال استاندارد است.

تبصره ۵: نحوه محاسبه فرمول پرداخت به شرح زیر است:

$$\text{کل پرداختی به پزشک و مراقب سلامت} = (P * (T/10)) + (C+S) * Q + \frac{(x-625)^2}{125000} \times e^{0.00159957691x} \quad (F * \int_{-\infty}^x)$$

0.00159957691

F = ۷۵ درصد درمان سرپایی منهای ورودیه (بارمراجعه ضریب ۱۵۰۰۰ تومان ضریب ۷۵٪)

C = هزینه مراقبت‌های اولیه سلامت ماهانه پزشک (۲۵٪ ضریب ۶۲۵ نفر ضریب ۱۵۰۰۰ تومان)

S = هزینه مراقبت‌های اولیه سلامت ماهانه مراقب سلامت (۲۰۰,۰۰۰ تومان ضریب ۱/۶)

P = هزینه پرداختی بابت حضور ۱۰ ساعته پزشک (۲۵٪ ضریب ۶۲۵ نفر ضریب ۱۵۰۰۰ تومان)

Q = کیفیت به ازای عملکرد (مثلاً ۸۰٪ تا ۱۲۰٪ محاسبه می‌شود)

T = ساعات حضور موظفی

V = تعداد ویزیت ماهانه

N = تعداد افراد تحت پوشش

بدیهی است که ملاک محاسبه ۶۲۵ برای ۲۵۰۰ نفر افراد تحت پوشش است و در مواقعی که جمعیت تحت پوشش بیشتر باشد، این امر در فرمول پرداخت محاسبه شده و منظور می‌گردد.

۴. پرداخت به ازای کیفیت و پوشش خدمات: این پرداخت به دو صورت اعمال می‌گردد:

ا) پرداخت برای استاندارد پوشش و کیفیت استاندارد خدمت به صورت ضریبی خواهد بود که مقدار آن از ۱۰۰٪ - ۸۰٪ است و در کل مبلغ پرداخت ضرب می‌شود. در صورت کسب ضرایب پایین امکان لغو قرارداد پیش می‌آید (تبصره ۳).

ب) پرداخت برای کیفیت بالاتر از استاندارد که کیفیت واقعی از این نقطه آغاز می‌شود نیز به صورت ضریبی خواهد بود که مقدار آن از ۱۲۰٪ - ۱۰۰٪ است که در کل مبلغ پرداخت ضرب می‌شود.

تبصره: تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک که به تنهایی کار می‌کند حداکثر ۲۵۰۰ نفر است. در صورتی که پزشکان پایگاه چند نفره یا مجتمع متمرکز تشکیل دهند، به ازای افزایش هر پزشک ۱۰۰ نفر به سقف تعداد افراد تحت پوشش اضافه و در محاسبات اعمال می‌گردد. حداکثر تعداد پزشک در این بند، ۷ نفر و جمعیت تحت پوشش ۲,۰۰۰ نفر است. در مورد اضافه شدن اولین پزشک زن به پایگاه چند نفره یا مجتمع متمرکز، ۱۰۰ نفر به سقف همه افزوده می‌گردد. در هر صورت حداکثر تعداد افراد تحت پوشش ۳,۰۰۰ نفر خواهد بود. (برای مثال در پایگاه ۳ نفره که همه پزشکان مرد باشند سقف ۲۷۰۰ نفر و اگر یکی زن باشد سقف افراد تحت پوشش ۲۸۰۰ نفر خواهد بود).

تبصره: بستن قرارداد با پزشک منفرد به ۸۰٪ مبالغ فوق امکان‌پذیر است، در پایگاه چند نفره یا مجتمع متمرکز در صورتی که با ایجاد موسسه و نهاد طرف قرارداد باشند (موسسه یا تعاونی و ... که شرایط آن بعد اعلام خواهد شد) بستن قرارداد با ۹۰٪ اعداد و مبالغ پیشگفت امکان‌پذیر است. کسب دوره‌های آموزشی ضروری اولیه پیش نیاز بستن قرارداد است. اما گذراندن دوره‌های بالینی و مدیریتی تعریف شده که منجر به کسب ستاره خواهد شد به ازای ستاره اول ۹۵٪ اعداد فوق و به ازای هر ستاره بعدی ۵٪ به قرارداد اضافه خواهد شد، یعنی با پزشک ۲ ستاره ۱۰۰٪ و پزشک ۵ ستاره (حداکثر امتیاز) یا ۱۱۵٪ ارقام بالا قرارداد بسته خواهد شد.

تبصره: بستن قرارداد ۲ ساله مد نظر است و قراردادهای کمتر از آن به ازای هر سال ۱۰٪ از کل مبلغ کسر می‌شود. (برای مثال در قرارداد یک ساله ۸۰٪ از مبلغ در این ماده و با لحاظ تبصره ۷ را می‌تواند در قرارداد پرداخت شود).

۵) در مورد پرسنل رسمی و پیمانی نظام سلامت کشور که در منطقه حاشیه‌نشین مشغول خدمت هستند، چنانچه حقوق معمول آنها از مبلغ اعلام شده کمتر باشد باید کارانه‌ای به آنها تا سقف مبلغ مذکور پرداخت گردد. در صورتی که، حقوق آنها از مبلغ پیشگفت، بیشتر یا مساوی باشد بر اساس نتیجه عملکرد، کارانه‌ای به آنها تعلق می‌گیرد.

۶) بر اساس قانون، ارائه خدمات بهداشتی به مردم رایگان است و بهای این خدمات به صورت سرانه به تیمهای طرف قرارداد از منابع دولتی و بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می‌کنند. مبلغ دریافتی طرف قرارداد در سقف تعیین شده در قرارداد و بر اساس ضوابط تعریف شده پرداخت می‌گردد.

۷) بر اساس نتیجه ارزیابی عملکرد مالی که هر ۳ ماه یکبار برای ارائه‌دهنده خدمت انجام می‌شود، عالی (کسب امتیاز بیش از ۹۰٪ از ۱۰۰ امتیاز) ۱۰۰ درصد مبلغ تعیین شده، پرداخت می‌شود و به ازای هر ۱ امتیاز بیشتر از ۹۰، دو درصد تشویقی به سقف پرداخت اضافه می‌گردد. بنابراین، در نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش پرداخت خواهد داشت. به ازای هر ۱ امتیاز کمتر از ۹۰ پرداختی از ۱۰۰٪ کم می‌شود یعنی اگر نتیجه پایش ۸۷٪ شد به میزان ۱۳٪ از مبلغ قرارداد کسر می‌گردد.

تبصره: در صورت نتیجه ارزیابی زیر ۷۰، به ازای هر ۱ امتیاز کمتر از ۷۰، دو درصد از سقف پرداخت کسر می‌گردد. از این رو، در نتیجه پایش امتیاز ۶۰ معادل ۵۰٪ از مبلغ قرارداد را دریافت خواهد کرد. همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی داده می‌شود و در صورت تکرار نمره زیر ۷۰ در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

تبصره: در صورت لغو قرارداد بدلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت بر اساس مفاد قرارداد است.

تبصره: شورای خرید راهبردی موظف است به هنگام بستن قرارداد تضمین‌های لازم برای قرارداد را اخذ نمایند.

۸) پرداخت به خدمات دارویی پاراکلینیک و رادیولوژی: فعلاً بصورت معمول و به شرط تجویز توسط پزشک مراقبت اولیه پرداخت خواهد شد.

تبصره: نظام پرداخت مدیریتی و نظارتی در سطوح مختلف این برنامه که منابع آن از محل سرانه مدیریتی تأمین شده است، توسط دبیرخانه ستاد ملی تهیه و پس از تصویب و تأیید وزیر ابلاغ خواهد شد.

تامین منابع مالی برنامه: ابتدا میزان هزینه‌ها با معیارهای مشخصی مانند سطح پرداخت، روش محاسبه، منشا تامین هزینه، روش نظارت و مدیریت و پرداخت و تشویق خرید راهبردی، تعیین خواهد شد که در بندهای زیر می‌آید:

برآورد تامین منابع و سطح پرداخت: سطح کل پرداخت براساس بهای بسته‌های خدمات قابل ارائه و برای ارتقاء شرایط موجود و تکمیل آن و ایجاد ثبات و اعتماد در ارائه‌دهندگان خدمات تعیین می‌شود. در این راستا ارائه خدمات درمانی ویزیت اولیه و نیاز فعلی به آن به عنوان مبنا در نظر گرفته شد:

بخش اول: بابت بسته خدمات درمان عمومی است که براساس محاسبات بعمل آمده، تعداد بار مراجعه به پزشک عمومی بابت دریافت خدمات درمان سرپایی عمومی حدود ۲ بار مراجعه در سال است. این تعداد در جمعیت تحت پوشش پزشک (۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر) ضرب شده و براساس تعرفه بخش خصوصی محاسبه و برای یک ماه در نظر گرفته می‌شود (برای مثال در جمعیت تحت پوشش پزشک خدمات اولیه منفرد که ۲۵۰۰ نفر است این مبلغ ۹۳.۷۵۰.۰۰۰ ریال خواهد شد).

$$۹۳.۷۵۰.۰۰۰ \times ۲ \times (۱۶۵.۰۰۰ - ۱۵.۰۰۰) \div ۱۲ = ۹۳.۷۵۰.۰۰۰$$

این مبلغ به دو جزء زیر تقسیم می‌گردد:

۱) بابت سهم پزشک بر اساس نقش وی در ارائه بسته خدمات تشخیصی درمانی عمومی محاسبه می‌شود.

$$\text{سهم پزشک در ارائه خدمات درمانی (کارانه)} = ۷۰.۷۵۰.۰۰۰ = ۷۵\% \times ۹۳.۷۵۰.۰۰۰$$

۲) بابت سهم پزشک بر اساس نقش وی در ارائه بسته مراقبت‌های اولیه سلامت محاسبه می‌شود. یعنی اینکه بر اساس محاسبات مراقبت‌های اولیه سلامت، میزان خدمت ارائه شده توسط پزشک با توجه به زمان‌سنجی خدمات، حدود ۰/۲۶۶ از کل حجم کاری می‌شود که در محاسبه ۲۵٪ در نظر گرفته شد.

$$\text{سهم پزشک در ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت} = ۲۳.۴۳۷.۵۰۰ = ۲۵\% \times ۹۳.۷۵۰.۰۰۰$$

بخش دوم: بمنظور ایجاد دسترسی و بابت حضور ۵۵ ساعت در هفته پزشک در واحد ارائه خدمات است که معادل ۲۰٪ کل مبلغ محاسبه شده در بخش اول است.

$$۱۸.۷۵۰.۰۰۰ = ۲۰\% \times ۹۳.۷۵۰.۰۰۰$$

بخش سوم: سهم مراقب سلامت/بهداشتی (کارشناس، کاردان، ماما...) بر اساس حقوق و هزینه‌های مترتب بر آن به عنوان مبلغ ثابت در تامین مالی محاسبه شد:

$$\text{سهم هزینه‌ای مراقب سلامت در خدمات} = ۲۱.۴۵۰.۰۰۰ = ۱/۶۵ \times ۱۳۰.۰۰۰.۰۰۰$$

بخش چهارم: سهم پرداخت مستقیم مردم که به هنگام دریافت خدمت درمانی و ویزیت پزشک (و نه برای خدمت بهداشتی)، مبلغ ورودیه ثابت اکنون ۱۵.۰۰۰ ریال تعیین شده و باید دریافت شود. محدوده آن بین ۳۰.۰۰۰-۱۰۰.۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. مقدار این ورودیه بر اساس شهرستان‌ها و استان‌های مختلف، نحوه رفتار مردم و ارائه‌دهندگان، شاخص‌ها و پیش‌بینی‌های در میزان مصرف، درآمد و دیگر موارد با پیشنهاد کمیته فنی و نظر دبیرخانه ستاد ملی شبکه جامع و همگانی سلامت می‌تواند تعدیل گردد.

بخش پنجم: برآورد مالی سرانه دارو، خدمات آزمایشگاهی و خدمات تصویربرداری در مناطق حاشیه به شرح زیر است:

سرانه دارو: ۲۶۰.۰۰۰ = ۰/۴۰۰ ریال (متوسط هزینه هر نسخه) \times ۲/۵ (بار مراجعه دارویی در سال).

سرانه آزمایشگاه: ۶۰۰.۰۰۰ = ۳۰۰.۰۰۰ ریال (متوسط هزینه هر نسخه آزمایشگاه) \times ۰/۲ (بار مراجعه آزمایشگاه در سال).

سرانه رادیولوژی: ۳۰۰.۰۰۰ = ۳۰۰.۰۰۰ ریال (متوسط هزینه هر نسخه رادیولوژی) \times ۱/۱ (بار مراجعه رادیولوژی در سال).

جمع سرانه دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی سالانه = ۳۵۰.۰۰۰ ریال سرانه.

سرانه سالانه داروهای مکمل شامل داروهای بهداشتی و واکسن پنتاوالان = ۴۸۰.۰۰۰ ریال.

بخش ششم: برآورد مالی هزینه نظارت و مدیریت سالانه ۱۰۰.۰۰۰ ریال است.

بخش هفتم: بابت هزینه مطالعات میدانی و عملیاتی مبلغ سالانه ۲۰.۰۰۰ ریال است.

بخش هشتم: هزینه پرسنل و فضای فیزیکی و... مجتمع سلامت خانواده ماهانه ۱۶۰.۰۰۰ ریال است.

بخش نهم: هزینه آموزش تیم سلامت در سطوح مختلف، تیم مدیریت ستاد ملی، دانشگاه/دانشکده، شهرستان و سایر ذینفعان مبلغ ۴۰.۰۰۰ ریال سالانه

بخش دهم: هزینه ارجاع به متخصص برای ارائه پس‌خوراند

سرانه متخصص: ۱۶۵.۰۰۰ = ۱۱۰.۰۰۰ ریال (هزینه هر ویزیت دولتی متخصص) \times ۱/۵ (بار مراجعه به متخصص در سال). ماهانه ۱۳۰.۷۵۰ ریال

تبصره: براساس موارد بالا، کل سرانه ماهانه ۱۳۲.۷۵۰ ریال است که از این مبلغ ۳.۴۵۰ ریال توسط مردم بابت ورودیه پرداخت می‌شود.

نحوه تامین منابع به شرح زیر است:

- سهم سازمان‌های بیمه پایه در خرید خدمات راهبردی
- از محل ردیف اعتباری برنامه پزشک خانواده شهری
- از برنامه‌های بهداشتی موجود
- از برنامه طرح تحول بخش درمان
- ورودیه
- سایر شامل فرمانداری، شهرداری، بیمه‌های خصوصی، سایر ادارات، خیرین و...