

دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع-گام اول

(مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری)

این دستورالعمل در راستای اجرای مفاد ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران در جهت ارتقا بسته خدمات روستاییان، عشایر و شهرهای با جمعیت 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 ۱۳۹۶ 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 دستورالعمل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که تولید نظام سلامت کشور را به عهده دارد.

❖ دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی:

منظور از دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی در این دستورالعمل، 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 در فاز یک گام اول قرار نمی گیرند. سایر سازمان های بیمه ای پایه در صورت ایجاد زیرساخت های نظام ارجاع و تطبیق فنی سامانه های خود با اسناد فنی نظام ارجاع (سیاب و سنا) در فازهای بعدی مشمول برنامه خواهند شد.

❖ نظام ارجاع و مراحل اجرای آن:

منظور از نظام ارجاع در این مستند، برنامه نظام ارجاع مبتنی بر برنامه پزشک خانواده، به ترتیب اولویت در گام اول مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری، گام دوم - جمعیت شهری در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر و گام سوم - جمعیت شهری کل کشور می باشد.

❖ تعرفه مصوب:

منظور از 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 نظام ارجاع سطح یک مراکز بهداشتی (سیاب):

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح یک بهداشتی (سیاب)، سندی است که توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، معاونت بهداشت، و معاونت درمان وزارت بهداشت و با همکاری سازمان بیمه سلامت ایران 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 گردیده 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 دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت بهداشت با همکاری سازمان بیمه سلامت ایران جهت دریافت اطلاعات ارجاع و ثبت و ارسال اطلاعات بازخوراند در سامانه های سطوح دو و سه ارائه خدمات تنظیم گردیده است.

❖ گواهی قابلیت فنی برقراری سرویس های نظام ارجاع:

این گواهی توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت 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 وزارت بهداشت:

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

❖ سامانه سمد:

منظور از سامانه سمد، "سامانه مدیریت ارجاعات درمان بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران" می باشد که وظیفه صدور شناسه یکتای ارجاع و صحت سنجی آن را بر عهده دارد.

❖ داشبورد مدیریتی نظام ارجاع:

داشبورد 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 سمد سازمان بیمه سلامت، 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.

ماده ۱: کلیات

این دستورالعمل در برگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به برنامه "استقرار نظام ارجاع-گام اول (مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری)" می باشد .

معاونین درمان و بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی کشور موظفند با هماهنگی مدیران کل بیمه های سلامت استان اطلاع رسانی لازم در خصوص استقرار نظام ارجاع و کلیه مراکز مجاز ارائه کننده خدمات در سطوح ۲ و ۳ را 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 انجام دهند.

ماده ۲: هدف کلی

تکمیل نظام ارجاع برای افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری با فوریت ارائه خدمات سرپایی و بستری سطح ۲ و ۳ به عنوان گام اول استقرار کامل نظام ارجاع مد نظر می باشد.

الف- در این راستا فاز یک گام اول مربوط به بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت می باشد.

ب- روستاییان بیمه شده سایر سازمان های بیمه ای پایه در صورت ایجاد زیرساخت های نظام ارجاع و تطبیق فنی سامانه های خود با اسناد فنی نظام ارجاع (سیاب و سنا) در فازهای بعدی مشمول برنامه خواهند شد.

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 بازخورد در کل فرایند ارجاع از سطح ۱ تا ۳
۳. اجرای فرایند پرداخت هزینه بازخورد ارجاع خدمات بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر توسط سازمان بیمه سلامت
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 بازخورد اقدامات در کل سطوح
۵. امکان سنجی بهره برداری از نرم افزار های مرتبط در واحد های تشخیصی و درمانی بخش خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد سازمان بیمه و ایجاد شرایط دسترسی برای آن ها
۶. ایجاد امکان کنترل ارجاع توسط پزشکان خانواده و جلوگیری از ارجاع بیماران توسط سایر پزشکان فاقد صلاحیت (به جز پزشک جایگزین)
۷. مدیریت هزینه ارائه خدمات به بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر

ماده ۴: جمعیت هدف:

افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری، با تمرکز بر بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت در فاز یک گام اول و روستاییان بیمه شده سایر سازمان های بیمه ای پایه، در صورت ایجاد ساختار نظام ارجاع در فازهای بعدی، مشمول برنامه خواهند شد.

ماده ۵: واحدهای مجری:

تمامی خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت شهری و روستایی، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری، کلینیک های ویژه، 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 هزینه کرد منابع:

الف) تامین منابع این دستورالعمل، پس از ابلاغ، در سال اول اجرای برنامه، به شرح مفاد بندهای زیر می باشد که با بررسی روند استقرار برنامه و سایر شرایط، در صورت لزوم بطور سالانه بازنگری و ابلاغ خواهد شد.

ب) در صورت مراجعه بیماران (سرپایی و بستری) غیر اورژانسی خارج از مسیر ارجاع به سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمات، هرگونه ویزیت، خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی و داروی تجویز شده توسط پزشک متخصص با هزینه آزاد و پرداخت ۱۰٪ تعرفه مصوب توسط بیمار، ارائه خواهد شد.

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

الف) به ازای ثبت و ارائه بازخوراند ارجاع در بخش دولتی (اعم از ارائه آن توسط متخصص، فوق تخصص، فلوشیپ، روانپزشک و اعضای هیئت علمی و یا تمام وقت درمان) معادل ۵۰ درصد تعرفه ویزیت متخصص در بخش دولتی بدون احتساب ضریب تمام وقت جغرافیایی توسط سازمان بیمه به کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت پرداخت می شود.

ب) مراکز طرف قرارداد سرپایی سطوح ۲ و ۳ موضوع تبصره ماده ۵ این دستورالعمل، در صورت تکمیل دقیق فرم بازخوراند ارجاع و ثبت در سامانه نظام ارجاع، به ازای هر بازخوراند، ۵۰ درصد تعرفه ویزیت متخصص در بخش دولتی بدون احتساب ضریب تمام وقت جغرافیایی را از سازمان بیمه دریافت خواهند نمود.

ج) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلف است این مبلغ را حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از پرداخت سازمان بیمه در اختیار مدیران کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی قرار دهد تا جهت موارد ذیل صرف گردد:

- تشویق پزشکان موثر در استقرار نظام ارجاع و ثبت بازخوراند با کیفیت،
- ارتقای تکریم بیماران ارجاعی از سطح یک،
- بهینه سازی نوبت دهی برای بیماران ارجاعی از سطح یک،

- اطمینان از تکمیل دقیق بازخوراند ارجاع،
- ارتقا فرایند های مدیریتی لازم برای حفظ کیفیت ارائه خدمات در نظام ارجاع،
- ایجاد فرآیند های مورد نیاز برای ثبت الکترونیکی دقیق و به موقع اطلاعات بازخوراند،
- خرید و ارتقاء نرم افزارهای لازم دارای گواهی فنی نظام ارجاع به منظور برقراری و بهینه سازی زیرساخت اطلاعاتی نظام ارجاع در مراکز ارایه کننده خدمات.

د) مسئولیت حسن اجرا و نظارت بر نحوه هزینه کرد مبلغ مذکور به عهده مدیریت کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی می باشد.

ه) برای هر شناسه ارجاع جهت یک پزشک از زمان صدور به مدت یک ماه برای مراجعات بیمار به همان پزشک دارای اعتبار می باشد و پرداخت بازخوراند ارجاع بر اساس آن انجام می گیرد. 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.

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

الف) 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 مرتبط (پانصد هزار ریال) بابت هر پرونده بستری از طرف سازمان به بیمارستان پرداخت خواهد شد که ۵۰٪ از این مبلغ سهم بیمارستان و ۵۰٪ نیز سهم پزشک معالج می باشد.

ب) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلف است این مبلغ را در اختیار مدیران بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی قرار دهد تا جهت اطمینان از تکمیل دقیق بازخوراند ارجاع الکترونیکی، ایجاد و ارتقا فرایند های مدیریتی لازم برای حفظ کیفیت ارائه خدمات در نظام ارجاع صرف گردد.

ج) مسئولیت حسن اجرا و نظارت بر نحوه هزینه کرد مبلغ مذکور به عهده مدیریت بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی می باشد.

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 سهم معاونت درمان وزارت بهداشت تامین شده و تخصیص اعتبار مربوطه طی تفاهم نامه سالانه، به سازمان بیمه بر اساس گزارش مندرج در داشبورد مدیریتی مشترک پرداخت می گردد.

پرداخت سازمان بیمه به مراکز درمانی براساس گزارش عملکرد ماهانه به تفکیک بیمارستان و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی تسویه می گردد و می بایست عملکرد مرتبط در داشبورد مدیریتی قابل مشاهده و گزارشگیری باشد.

- 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 تقویت پایش و نظارت در اجرای این تفاهم نامه خواهد شد. این هزینه کرد، شامل موارد زیر خواهد بود:
- به روز رسانی و نگهداری سامانه سمد، به منظور صدور برخط شناسه یکتای درخواست و تایید بازخوراند نظام ارجاع
- طراحی و نگهداری داشبورد های مدیریتی نظام ارجاع حوزه بیمه

• طراحی، به روزرسانی، و نگهداری سامانه رسیدگی الکترونیک اسناد نظام ارجاع

۴. نحوه تامین اعتبارات لازم برای راه اندازی و نگهداری زیرساخت سامانه ای و داشبوردی نظام ارجاع وزارت بهداشت:

پنج درصد از اعتبارات سالانه برنامه بر اساس این دستورالعمل، در اختیار دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، صرف هزینه های عملیاتی زیرساخت سامانه ای و داشبوردی نظام ارجاع وزارت بهداشت در طی سال های اجرای برنامه خواهد شد. این موارد شامل:

- آماده سازی زیرساخت مراکز داده ابری برای مدیریت برخط نظام ارجاع کشور (حداقل سه مرکز برخط متصل)
- طراحی، پیاده سازی و به روز رسانی وب سرویس های فنی نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری مرکز تبادل داده اطلاعات نظام ارجاع کشور
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری سامانه امضاء الکترونیک و گواهی میانی اسناد الکترونیک نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و به روز رسانی و نگهداری سامانه رسیدگی پیش بیمه اسناد الکترونیک نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری داشبورد های مدیریتی نظام ارجاع وزارت بهداشت
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری نظام نوبت دهی یکپارچه نظام ارجاع کشور
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری سامانه یکپارچه پیام رسان نظام ارجاع به مراکز و شهروندان

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

پرداخت سازمان بیمه به کلینیک های ویژه، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت (بیمارستان، درمانگاه و مطب) حداکثر ۳۰ روز بعد از دریافت هر فرم الکترونیک بازخوراند صورت می پذیرد. کارشناسان سازمان پس از رسیدگی در مدت زمان مذکور نسبت به تایید مبلغ و ثبت پرداخت در سامانه مرتبط اقدام می نمایند.

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

تبصره ۱: پرداخت مبلغ مرتبط با بازخوراند ارجاع بر اساس گزارشات سامانه مرتبط خواهد بود.

تبصره ۲: پرداخت مبلغ مرتبط با بازخوراند ارجاع می بایست از سایر پرداخت های سازمان جدا گردد.

ماده ۷: ساختار مدیریت برنامه :

الف) هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع بعهدہ کمیته مشترک کشوری نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ شامل معاونین درمان، بهداشت و مدیرکل آمار و فناوری اطلاعات وزارت، مدیرعامل سازمان بیمه، معاون بیمه خدمات سلامت و مدیر فناوری اطلاعات سازمان بیمه می باشد.

ب) هماهنگی های اجرایی این دستورالعمل به عهده کمیته دانشگاهی نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ مرکز استان شامل معاونین درمان و بهداشت و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی، مدیرکل بیمه سلامت استان، معاون بیمه خدمات سلامت و رییس اداره فناوری اطلاعات بیمه سلامت استان بوده و ریاست این کمیته با رییس دانشگاه/دانشکده 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 الکترونیک 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 اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان ها را طی مجموعه ای الکترونیک و قابل اشتراک با اداره بیمه سلامت استان تهیه و ارائه نماید.

تبصره ۲: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است در شروع برنامه، اطلاعات مرتبط با 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، 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 پزشک خانواده ارائه دهد. لیست نهایی تغییرات پیش آمده حداکثر در فواصل ۳ ماهه باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد و شناسه یکتای مراکز می بایست منطبق بر پایگاه مرجع مراکز وزارت بهداشت باشد.

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 نظام 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، به این شکل که لیست نوبت دهی بیماران سرپایی ابتدا با بیماران نظام ارجاع تکمیل شود، سپس سایر بیماران در لیست پذیرش 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 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.

تبصره ۹: مراکز ارائه دهنده خدمات در سطح ۲ و ۳ می بایست اطلاعات بازخوراند ارجاع را در سامانه های پذیرش درمانگاهی/بیمارستانی خود ثبت و داده های مربوطه را به مرکز تبادل داده نظام ارجاع ارسال نمایند.

ماده ۹: فرایند تنظیم، ارسال اسناد و مدیریت اطلاعات:

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

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاع شده به سطح ۲ و ۳ تحت پوشش خود را پیگیری و باز خواند ارجاع را در سامانه مرتبط مشاهده و تایید نماید.

ماده ۱۰ - پایش و نظارت بر کیفیت اجرای برنامه:

پایش و نظارت بر کیفیت اجرای این برنامه در سه حوزه سازمان بیمه، 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 کمیته مشترک نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ 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 بازخواند، 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 مشترک نظام ارجاع مطرح می گردند.

تبصره ۱: با توجه به تعریف سطوح دسترسی در داشبورد مدیریتی نظام ارجاع برای دانشگاه های علوم پزشکی، متناظر این فرایند توسط کمیته دانشگاهی نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی انجام می گیرد.

ب - روش غیر مکانیزه پایش و نظارت: با تنظیم و تصویب استاندارد نظارتی در کمیته مشترک 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.

دکتر سید محمود تارا
رییس دفتر مدیریت آمار و
فناوری اطلاعات
وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

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