

شماره: ۱۴۰۰/۸۰۵۳۳

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

یوست: فایل

باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴-عادی



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان فارس

دراستی کلمه بنام مدیریت کینت

ISO-۹۰۰۱-۲۰۰۸

ابلاغیه شماره دو

معاونین محترم بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، لارستان و گراش

معاونین محترم درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، لارستان و گراش

معاونین محترم دارو و غذای دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، لارستان و گراش

موضوع: حذف دفترچه روستایی در مراکز خدمات جامع سلامت

با سلام و احترام

پیرو مکاتبه شماره ۱۴۰۰/۳۶۰۰۴ به تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ و تفاهم‌نامه شماره ۱۴۰۰/۷۴۲۵۲ به تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۹، مبنی بر لزوم اجرای نسخه‌نویسی، نسخه‌پیچی و ارجاع الکترونیک در سطح مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع روستائی، در خصوص حذف دفاتر بیمه سلامت روستائی از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱، موارد زیر جهت استحضار و اطلاع‌رسانی به مراکز تابعه اعلام می‌گردد:

الف - اجرای نسخه‌نویسی در سطح یک مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع روستائی:

۱- با توجه به ماده سه تفاهم‌نامه بیمه روستائیان و عشایر سال ۱۴۰۰، کلیه مراکز خدمات جامع مجری برنامه، باید نسخ سطح یک را از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱، در بستر سامانه سبب تجویز نمایند.

۲- تاکید می‌گردد از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱، مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه از تجویز دارو و درخواست خدمات در برگ دفاتر بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستائی، خودداری نموده و خدمات تجویزی از طریق پرینت کاغذی که از سامانه سبب صادر می‌گردد، در اختیار بیمه شده جهت دریافت خدمات قرار گیرد.

۳- در صورت عدم امکان نسخه‌نویسی الکترونیک، هر گونه تجویز دارو یا درخواست خدمات برای بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستائی باید در سربرگ مراکز، درج و ممه‌ور به مهر پزشک خانواده/ دندانپزشک گردد و در اختیار بیمه شده، قرار گیرد.

شش ۵۶۹۰۶۹۷

شیراز-خیابان وصال شمالی کپسیتی: ۱۴۳۹۷-۷۱۳۳۹ صندوق پستی: ۱۶۱-۷۱۶۴۵ تلفن: ۰۷۱-۳۲۳۲۲۴۳۱۲-۰۷۱-۳۲۳۲۲۵۴۶

پست الکترونیکی: info.fr@ihio.gov.ir وبسایت: <http://fr.ihio.gov.ir> تلفن گویا: ۱۶۶۶



۴- دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی باید نسبت به نظارت، پایش و ارزیابی اجرای فرایند نسخه نویسی الکترونیک در سطح مراکز و عدم استفاده از دفاتر بیمه روستائی جهت دریافت خدمات سطح یک، اطمینان حاصل نمایند.

ب - نسخه پیچی الکترونیک در سطح یک مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع روستائی:

۱- لازم است؛ اجرای فرایند نسخه پیچی الکترونیک در سامانه سیب از تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۱، انجام شود.

۲ - با توجه به لزوم نسخه پیچی الکترونیک در سامانه سیب، مؤسسات طرف قرارداد شبکه های بهداشت و درمان (داروخانه ها و مراکز پاراکلینیک)، مقتضی است؛ هم زمان با فراهم شدن امکان نسخه پیچی از سوی معاونت بهداشت دانشگاه ها، زیرساخت های لازم جهت اجرای این فرایند را ظرف مدت یک ماه تامین نمایند.

۳- لازم است؛ تا زمان اجرایی شدن فرایند نسخه پیچی الکترونیک، پرینت نسخ تجویزی در سامانه های سطح یک، در اختیار بیمه شده برای دریافت خدمات قرار گیرد. بدیهی است؛ درج کد ملی بیمه شده، مهر پزشک و مرکز، در پرینت اخذ شده، الزامی می باشد.

نسخ دارویی:

• داروخانه های طرف قرارداد سطح یک مستقر در روستا، باید نسخ سربرگی سطح یک (بسته ۴۳۶ قلم دارویی سطح یک روستائی) را همچون گذشته به دانشگاه ارسال نمایند.

• داروخانه های طرف قرارداد، باید نسخ سربرگی حاوی داروهای تمدید نسخ درمان (Reorder)، خارج از بسته دارویی سطح یک تجویز شده توسط پزشک خانواده روستائی را با رعایت قوانین (درج مهر مرکز بهداشت، شماره پرونده خانوار و ذکر عبارت "تمدید نسخ درمان") پذیرش نموده و به ادارات بیمه سلامت در استان تحویل نمایند.

• نسخ دارویی تجویزی بیمه شدگان صندوق روستائی توسط پزشکان عمومی با مهر اورژانس و دندانپزشکان (عمومی و متخصص) قابل پذیرش نمی باشد.

نسخ پاراکلینیک:

• خدمات پاراکلینیک خارج از بسته خدمتی سطح یک (آزمایشگاه و رادیوگرافی ساده) که توسط پزشکان خانواده روستائی در سر برگ مرکز جامع سلامت روستائی تجویز می گردد؛ با داشتن نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی، مهر مرکز بهداشت، تاریخ تجویز، مهر و امضای پزشک خانواده، قابل پذیرش می باشد.



۴- در خصوص نسخ تجویزی که به علت عدم امکان نسخه نویسی الکترونیک در برخی از مراکز مجری برنامه، در سربرگ مراکز، تجویز گردیده، لازم است؛ نسخه پیچی توسط موسسات طرف قرارداد، بر اساس اطلاعات مندرج در سربرگ مرکز (با درج کد ملی بیمه شده، مهر و امضاء پزشک و مهر مرکز) صورت پذیرد.

ب - نسخه پیچی الکترونیک بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی در سطوح تخصصی و فوق تخصصی: نسخ دارویی:

- نسخ دارویی تجویزی توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد در سربرگ مرکز جامع سلامت (که از سوی پزشک خانواده روستایی ارجاع شده)، با داشتن نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی، کد ارجاع، مهر و امضای پزشک خانواده در بالای سربرگ، مهر مرکز بهداشت، تاریخ ارجاع، همراه با مهر و امضای پزشک معالج، قابل پذیرش می باشد.
- نسخ دارویی تجویزی بیمه شدگان صندوق روستایی که در سربرگ پزشکان متخصص و فوق تخصص و مراکز درمانی طرف قرارداد، تجویز می شود؛ با داشتن (نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی، کد ارجاع، همراه با مهر و امضای پزشک معالج) قابل پذیرش می باشد.

نسخ پاراکلینیک (آزمایشگاه، پرتو پزشکی و توانبخشی):

- نسخ پاراکلینیک تجویزی توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد در سربرگ مرکز جامع سلامت (که از سوی پزشک خانواده روستایی ارجاع شده)، با داشتن نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی، کد ارجاع، مهر و امضای پزشک خانواده در بالای سربرگ، مهر مرکز بهداشت، تاریخ ارجاع، همراه با مهر و امضای پزشک معالج، قابل پذیرش می باشد.
- نسخ پاراکلینیک تجویزی بیمه شدگان صندوق روستایی که در سربرگ پزشکان متخصص و فوق تخصص و مراکز درمانی طرف قرارداد، تجویز می شود؛ با داشتن (نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی، کد ارجاع، مهر و امضای پزشک معالج) قابل پذیرش می باشد.

ج - ارجاع الکترونیک به سطوح تخصصی و فوق تخصصی:

۱- با توجه به فراهم نبودن امکان تبادل الکترونیک اطلاعات، در سطوح مختلف خدمات برای ارجاع به سطوح تخصصی و فوق تخصصی از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱، باید از برگه های موجود در دفترچه بیمه شدگان روستائی و در صورت اتمام برگه دفترچه، از فرم ارجاع ابلاغی (پیوست ۱) استفاده گردد.



- ۲- با توجه به بند فوق، ضروری است؛ پزشک خانواده روستایی، فرم ارجاع را تکمیل و در اختیار بیمه شده جهت دریافت خدمات در سطوح تخصصی و فوق تخصصی قرار دهد. لازم به ذکر است؛ تکمیل تمامی اطلاعات فرم مذکور توسط پزشک خانواده الزامی می باشد.
- ۳- در صورت عدم دسترسی مراکز به فرم ارجاع جهت مراجعه بیمه شده به سطوح تخصصی و فوق تخصصی، باید در سربرگ مرکز، نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی بیمار، کد ارجاع، تاریخ ارجاع، تشخیص احتمالی، نوع تخصص پزشک، تاریخ، مهر و امضاء پزشک مرکز، مهر شناسایی مرکز، درج و در اختیار بیمه شده قرار گیرد.
- ۴- جهت ارائه اسناد مثبت به سطوح تخصصی و فوق تخصصی به اداره کل بیمه سلامت، پزشک متخصص / فوق تخصص و یا مراکز درمانی طرف قرارداد، باید فرم ارجاع دریافتی از بیمار را تکمیل و در زمان ارائه اسناد به ادارات بیمه سلامت، تحویل نمایند.
- ۵- چنانچه بیمه شده ای هنگام مراجعه به پزشک متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد، احتیاج به چند خدمت (دارو، آزمایش و رادیولوژی) داشته باشد؛ باید کد ارجاع و کد نظام پزشکی پزشک خانواده روستایی همراه با کلیه مشخصات، شامل نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی بیمار، تشخیص احتمالی، تاریخ ویزیت، مهر و امضاء پزشک در سربرگ مطب خود یا مرکز درمانی طرف قرارداد، درج و تحویل بیمار نماید.
- ۶- پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد، تا زمان فراهم شدن بستر ارائه خدمات الکترونیک، باید خدمات مورد نظر را در دفاتر بیمه و یا در سربرگ مطب یا مرکز درمانی به همراه کد ارجاع ثبت نمایند.
- ۷- جهت دریافت خدمات دارو و پاراکلینیک تجویزی توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد تا فراهم شدن بستر نسخه پیچی الکترونیک، لازم است؛ ارائه خدمات به بیمه شده از طریق تجویز نسخه در دفترچه بیمه و یا سربرگ پزشک متخصص / فوق تخصص یا مراکز درمانی با رعایت نظام ارجاع، صورت پذیرد.
- ۸- بدیهی است؛ فرایند ارجاع افقی و برگشت ارجاع (بیوست ۲) توسط پزشکان متخصص / فوق تخصص و مراکز درمانی طرف قرارداد نیز باید در فرمت های طراحی شده، صورت پذیرد.
- ۹- مراکز دولتی یا خصوصی که امکان نسخه نویسی الکترونیک در سامانه های نسخه نویسی بیمه سلامت دارند، لازم است از تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۱، نسبت به نسخه نویسی در سامانه برای این بیمه شدگان اقدام نمایند.
- ۱۰- معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی استان، باید حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۰۱، فرایند ارجاع الکترونیک در بستر سامانه سیب را اجرایی نمایند.

شماره: ۱۴۰۰/۸۰۵۳۳

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

یوست: فایل

باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴-عادی



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره گل بیمه سلامت استان فارس

دوای کولمبوس بن اعلی مدیریت کیفیت

ISO ۹۰۰۱-۲۰۰۸

۱۱- بیماران خاص و بیماران تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی جهت مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و کلیه مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد، نیاز به ارجاع از سوی پزشک خانواده روستایی ندارند.

• شایان ذکر است؛ سایر ضوابط مربوط به پذیرش بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی، به قوت خود باقی است.

دکتر فرهاد لطفی
مدیر کل

رونوشت:

رئیس محترم نظام پزشکی استان فارس جهت استحضار و اطلاع رسانی به مراکز زیر مجموعه

روسای محترم انجمن های پزشکان متخصص و فوق تخصص، داروسازان، آزمایشگاه ها، رادیولوژی، فیزیوتراپی، درمانگاه ها، دندانپزشکان جهت استحضار و اطلاع رسانی

رئیس محترم بیمارستانهای ارتش، دوران و ایران جهت استحضار و اقدام لازم

ش ش ۵۶۹۰۶۹۷

شیراز-خیابان وصال شمالی کد پستی: ۱۴۳۹۷-۷۱۳۳۹ صندوق پستی: ۱۶۱-۷۱۶۴۵ تلفن: ۰۷۱-۳۲۲۲۴۳۱۲-۰۷۱-۳۲۲۲۲۵۴۶

پست الکترونیکی: info.fr@ihio.gov.ir وبسایت: <http://fr.ihio.gov.ir> تلفن گویا: ۱۶۶۶

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستائی (شماره ۱)

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع:

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به متخصص

مهر شناسایی مرکز:

مهر و امضاء پزشک خانواده:

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک متخصص فوق تخصص به سایر رشته های تخصصی و فوق تخصصی (شماره ۲)

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع:

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به متخصص/فوق تخصص

مهر و امضاء پزشک متخصص/فوق تخصص و یا مهر مرکز درمانی/بیمارستان

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک متخصص فوق تخصص به مراکز درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد برنامه جهت دریافت خدمات بستری (شماره ۳)

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع:

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به مرکز درمانی/بیمارستان

مهر و امضاء پزشک متخصص/فوق تخصص:

* مهر شناسایی مرکز درمانی/بیمارستان:

پیوست ۱- فرم ارجاع

- توضیحات : در صورت عدم امکان ارائه خدمتی در بیمارستان مبدا و نیاز به ارجاع بیمه شده به بیمارستان دیگر این فرم توسط پزشک متخصص/فوق تخصص مسافر در بیمارستان تکمیل و مهپور گردد .

فرم برگشت از ارجاع (بر اساس فرم ارجاع شماره ۱ و ۲)

بیمار با تشخیص تحت درمان قرار گرفت. اقدامات انجام یافته / داروهای تجویز شده به شرح ذیل می باشد:

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵
- ۶
- ۷

موارد قابل پیگیری

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵
- ۶
- ۷

مهر و امضا پزشک متخصص / فوق تخصصی