

آئین نامه تاسیس مراکز ارائه خدمات و مراقبت‌های بالینی در منازل

ماده ۱: تعریف : مرکز ارائه خدمات و مراقبت‌های بالینی در منازل، مرکزی است که به منظور ارائه خدمات بالینی و بهداشتی شامل : انجام کلیه دستورات پزشکی و پیراپزشکی و بهداشتی در منزل با حداقل مراجعه مستقیم بیمار به مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی تاسیس می گردد .

تبصره : مرکز ارائه خدمات و مراقبت‌های بالینی در منازل که در این آئین نامه به اختصار مرکز نامیده می شود مرکزی است که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بعد از اخذ پروانه قانونی دائر می شود .

ماده ۲: افراد همکار در این مرکز به سه گروه زیر تقسیم می شوند

۱-۲ : گروه پزشکی شامل : پزشک عمومی و متخصصین رشته های مختلف بالینی

۲-۲ : گروه پیراپزشکی شامل : پرستار - ماما - فیزیوتراپ و کلیه واجدین حرف پیراپزشکی که به نحوی در پیشگیری ، تشخیص درمانی و توانبخشی دخالت دارند

۳-۲ : گروه پشتیبانی

ماده ۳ : مدارک لازم جهت هر یک از گروه‌های مذکور به ترتیب ذیل می باشد .

۱-۳ گروه پزشکی - پزشک : - دارا بودن پروانه مطب (مجوز اشتغال در بخش خصوصی) جهت شهر و یا منطقه فعالیت

- گواهی عدم سوء پیشینه کیفری و یا در صورت اشتغال رسمی : ارائه تصویر آخرین حکم استخدامی که به تایید محل خدمت رسیده باشد .

- گواهی عدم محرومیت از طبابت از سازمان نظام پزشکی

۲-۳: گروه پیراپزشکی - گواهی پایان طرح و خدمات قانونی

- گواهی عدم سوء پیشینه کیفری و یا در صورت اشتغال رسمی: ارائه تصویر آخرین حکم استنادی که به تایید محل خدمت رسیده باشد.

۳-۳: گروه پشتیبانی - گواهی عدم سوء پیشینه کیفری و یا در صورت اشتغال رسمی، ارائه تصویر آخرین حکم استنادی که به تایید محل خدمت رسیده باشد.

ماده ۴: به هر مرکز یک پروانه تاسیس و یک پروانه مسئول فنی اعطاء می گردد. این پروانه ها، پروانه های قانونی میباشد که از طریق حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پس از تصویب کمیسیون قانونی تشخیص امور پزشکی موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، داروئی مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحیه سال ۱۳۶۷ آن جهت فعالیت مرکز صادر خواهد شد.

تبصره: به هر متقاضی واجد شرایط و صلاحیت موضوع این آئین نامه فقط پروانه تاسیس یک مرکز تعلق خواهد گرفت.

ماده ۵: موسس و مسئول فنی در صورت احراز شرایط می تواند شخص واحد باشد.

تبصره: موسس و مسئول فنی می بایست پزشک باشند.

ماده ۶: پروانه تاسیس بنام اشخاص حقیقی و حقوقی و خیریه و تعاونی های بهداشتی درمانی صادر خواهد شد.

ماده ۷: مرکز موظف است در مورد درخواست بیمار یا وابستگان او جهت انجام خدمات بهداشتی درمانی در منزل فهرستی را که حیطه عملیات مراقبتی مرکز و تعرفه بهای خدمات را مشخص می نماید تنظیم و به اطلاع ورویت گیرنده خدمات برساند.

ماده ۸: سقف ارائه خدمات مرکز میتواند شامل موارد ذیل باشد:

۸-۱: ویزیت در منزل

۸-۲: ارائه خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی و توانبخشی در منزل با دستورات پزشک

۸-۳: نگهداری بیماران ناتوان و نیازمند خدمات پرستاری در منزل با نظارت پزشک

۸-۴: تزریقات و پانسمان در منزل با دستورات پزشک

۸-۵: انجام نمونه گیری خون و ادرار با دستورات پزشک جهت انواع آزمایشات

۸-۶: انجام اقدامات تشخیصی اولیه مثل (رادیوگرافی پرتابل-گرفتن نوارقلب و) با دستور پزشک

۸-۷: انجام اقدامات اولیه درمانی مثل (احیاء قلب، ریه - انواع سونداژ - شستشوی معده و اتل گیری) زیر نظردستور

پزشک

۸-۸: تهیه داروی تجویز شده توسط پزشک و ارائه به بیمار

۸-۹: ویزیت اولیه بیمار در منزل و در صورت نیاز به ارائه خدمات در مراکز درمانی مجهز، انتقال بیمار به درمانگاه و یا

بیمارستان طرف قرار داد با مرکز

۸-۱۰: ارائه خدمات آموزشی در خصوص (تشخیص بموقع علائم بیماری - چگونگی مصرف دارو - خود مراقبتی در

منزل - بهداشت جسمی، روانی، اجتماعی - بهداشت ازدواج - مراقبتهای دوران بارداری و پس از زایمان - تنظیم

خانواده) گذاشتن IUD در منزل مجاز نمی باشد - نحوه مراقبت نوزاد شیر خوار -

نحوه برخورد یا بیماریهای واگیر و غیرواگیر - بررسی وضعیت سلامت افراد خانواده - و اندازه گیری فشار خون و علائم

حیاتی - رعایت اصول نگهداری بیمار در منزل

۸-۱۱: ارائه کلیه خدمات پرستاری در منزل

۸-۱۲: نقل و انتقال بیماران به مراکز درمانی و تشخیص در صورت دارا بودن واحد آمبولانس

۸-۱۳: انجام واکسیناسیون در منزل

۸-۱۴: ارائه مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در منزل

تبصره ۵: ایجاد واحد آمبولانس در مرکز میبایست بر اساس مفاد آئین نامه مراکز آمبولانس خصوصی انجام شود

ماده ۹: وظایف مسئول فنی مرکز به شرح زیر می باشد .

۹-۱: سرپرستی کلیه امور فنی خدمات پزشکی و پیراپزشکی و مسئولیت رعایت موازین قانونی

۹-۲: نظارت بر انتخاب و بکار گیری نیروی انسانی واجد شرائط و صلاحیت بر اساس ضوابط مورد قبول وزارت برای اینگونه موسسات و نظارت بر عملکرد آنها

۹-۳: رسیدگی به شکایات فنی بیماران و پاسخگویی به آنان و مراجع ذیصلاح

۹-۴: جلوگیری از ارائه خدمات پزشکی و پیراپزشکی غیر مجاز و خارج از وظایف مرکز

۹-۵: ارائه آمار فعالیت ماهانه مرکز به تفکیک خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی، و پرستاری به دانشگاه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه (لازم است آمار مربوط به فعالیتهای بهداشتی به حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده مربوطه نیز منعکس گردد).

۹-۶: اعلام فهرست اسامی پزشکان و پیراپزشکان که در ساعات مختلف با مرکز همکاری می نمایند، به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه

ماده ۱۰: مرکز جهت ارجاع بیماران به مراکز درمانی مجهزتر می بایست حداقل با یک درمانگاه عمومی شبانه روزی و یک بیمارستان غیر تخصصی قرار داد همکاری منعقد نماید .

تبصره: مرکز در صورت نداشتن واحد آمبولانس می تواند جهت نقل و انتقال بیماران به مراکز تشخیصی و درمانی و بیمارستان با مراکز آمبولانس خصوصی قرار داد همکاری منعقد نماید .

ماده ۱۱: مرکز جهت ارتباطات باید حداقل دارای دو خط مستقل تلفن باشد .

ماده ۱۲: مرکز بر حسب شرح و وظایف خود بایستی محل مناسبی را به همراه تجهیزات مورد نیاز به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه معرفی نماید .

ماده ۱۳ : محل ساختمان مرکز و تجهیزات موجود در آن باید قبل از صدور پروانه و مجوز بهره برداری توسط کارشناسان ذیربط دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی مورد ارزشیابی و تأیید قرار گیرد .

ماده ۱۴ : نظارت و ارزشیابی کلیه خدمات اینگونه مراکز در سراسر کشور به عهده دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هر استان خواهد بود .

ماده ۱۵ : پس از کسب موافقت اصولی از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر ظرف مدت یک سال مهلت مندرج در قرارداد تاسیس ، منعقدہ بین وزارت متبوع و متقاضیان ، باید مرکز جهت ارائه خدمات آماده و قبل از شروع به کار ، مراتب جهت باز دید تأیید نهایی به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه کتبا "اعلام گردیده و در صورت عدم آمادگی بنا به دلایلی ، بر اساس مفاد قرار داد تاسیس عمل خواهد شد .

ماده ۱۶ : تغییرات نام و محل مرکز باید با هماهنگی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه و با موافقت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باشد و در این صورت پروانه جدید به نام و یا برای محل جدید صادر خواهد شد .

ماده ۱۷ : مسئول فنی میتواند در صورت غیبت به مدت کمتر از سه ماه یکنفر جانشین را با تأیید موسس مرکز بطور موقت انتخاب و کتبا " به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه معرفی نماید .

تبصره : در صورتیکه غیبت مسئول فنی بیش از سه ماه بطول انجامد پروانه اش لغو خواهد شد .

ماده ۱۸ : در صورتی که موسس یا موسسین به دلایل موجهی قصد تعطیل و انحلال مرکز را داشته باشند باید مراتب را با ذکر دلیل و مستندات لازم حداقل سه ماه قبل از اقدام به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه گزارش نمایند .

ماده ۱۹ : تشکیل پرونده شامل : ضبط مشخصات کامل بیمار – نام پزشک و پیراپزشکی و مراحل سیر بیمار ی و اقدامات انجام شده برای بیمار بایگانی و نگهداری مدارک جهت هر یک از خدمت گیران الزامی است .

ماده ۲۰ : در ارائه خدمات بالینی به بیماران ، رعایت طرح انطباق تا حداکثر توان ممکن برای مرکز ، الزامی است .

ماده ۲۱ : در صورتی که موسس یا موسسین مرکز از ضوابط مقررات و وظایف موضوع این آئین نامه تخطی نمایند به نحو زیر اقدام خواهد شد :

۲۱-۱ : تذکر شفاهی باقید موضوع در صورت جلسه بازرسی محل توسط دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ذیربط

۲۱-۲ : اخطار کتبی توسط دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه

۲۱-۳ : لغو پروانه تاسیس و تعطیل مرکز به مدت یک تا سه ماه به پیشنهاد دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه و تصویب کمیسیون قانونی موضوع ماده ۲۰

۲۱-۴ : لغو پروانه تاسیس و تعطیل مرکز به مدت سه ماه تا یکسال به پیشنهاد دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه و تصویب کمیسیون قانونی موضوع ماده ۲۰

۲۱-۵ : لغو دائم پروانه تاسیس مرکز به پیشنهاد دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه و تصویب کمیسیون قانونی موضوع ماده ۲۰ و در صورت لزوم اعلام به مراجع قضایی

این آئین نامه شامل ۲۱ ماده و ۶ تبصره در تاریخ ۱۳۷۸/۷/۱۷ به تصویب رسید .

دکتر محمد فرهادی

وزیر

ریاست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

سلام علیکم

پیرو تصویب و ابلاغ آئین نامه مراکز ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منازل (۲۴۵۹۸/ ک مورخ ۱۳۷۸/۱۲/۹) و جهت ایجاد بستری الگو و نمونه در زمینه اجرا، دستورالعمل اجرائی این آئین نامه به شرح ذیل ارائه میگردد:

مشخصات و ملزومات مورد نیاز:

۱- مرکز به عنوان محل هماهنگ کننده جهت ارائه خدمات بالینی بین خدمات دهندگان (پزشکان و پیراپزشکان طرف قرار داد همکاری) و خدمت گیرندگان (بیماران و نیازمندان به مراقبت و نگهداری در منازل) به صورت شبانه روزی عمل خواهند نمود.

۲- حداقل فضای فیزیکی مورد نیاز شامل: سالن پذیرش و عقد قرارداد - سرویس بهداشتی - بایگانی

۳- مرکز می بایست مجهز به سیستم مکانیزاسیون باشد. (حداقل شامل یک دستگاه رایانه و چاپگر و یک

(MODEM)

۴- مرکز موظف به تکمیل فرمهای پیوستی شماره ۱ (فرم ثبت اطلاعات بیماران که در اولین ویزیت بیماران و خدمت گیرندگان تکمیل می گردد) و فرم شماره ۲ (ثبت مشخصات پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد با مراکز) و فرم شماره ۳ (نمونه قرارداد منعقد بین خدمت گیرندگان و مراکز) و فرم شماره ۴ (نمونه فرم ارزیابی اولیه مدد خواه در صورت نیاز به ارائه خدمات پیراپزشکی مدت دار) میباشد.

۵- مراکز در صورت ارائه خدمات آمبولانس خصوصی، موظف به رعایت مفاد الزامات آئین نامه مربوطه خواهند بود.

۶- وجود تجهیزات پزشکی مورد نیاز جهت ارائه خدمات، در محل مرکز الزامی نبوده و مرکز می تواند با افراد و یا مراکز در مانی دیگر جهت استفاده از تجهیزات آنها، قرارداد همکاری منعقد نماید (بدیهی است نظارت بر کیفیت و کمیت تجهیزات بکار گرفته شده توسط این مراکز، بر عهده کارشناسان و بازرسان نظارت بر درمان معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه خواهد بود)

تبصره: ارائه خدمات تزریقات ، پانسمان ، واکسیناسیون ، ویزیت و در محل مراکز ستادی ارائه خدمات بالینی مجاز نمی باشد .

شرایط و نحوه پذیرش و ویزیت بیماران و خدمت گیرندگان:

۱- جهت خدمات ویزیت پزشکی به تنهایی ، پزشک طرف قرارداد و یا مرکز موظف به حضور بر بالین بیمار در منزل با روپوش سفید پزشکی واتیکت و کارت شناسایی و تکمیل فرم مشخصات بیمار به همراه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده می باشد . بدیهی است کلیه تجهیزات مورد لزوم جهت معاینه بیمار بر حسب نوع بیماری می بایست در بالین بیمار مهیا باشد .

۲- جهت ارائه خدمات پرستاری ، پیراپزشکی می بایست در اولین مراجعه بر بالین توانخواه در صورت عدم وجود نسخه و یا دستور پزشک معالج قبلی ، پزشک و گروه پیراپزشک مربوطه حضور داشته و با تکمیل فرم ثبت اطلاعات به صورت مشترک ، نسبت به ارائه برنامه درمانی ، نگهداری و توانبخشی جهت عقد قرارداد خدمتی ، اقدام نمایند .

- ظرفیت تاسیس مراکز ارائه خدمات بالینی در منازل بر اساس نیاز منطقه ای دانشگاهها و با تایید هیئت رئیسه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه خواهد بود (مفاد بخشنامه مقام محترم وزارت به شماره ۴۵۵۴/ک مورخ ۱۳۷۸/۴/۲۱)

- مراکز ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منازل موظف به تکمیل فرم پیوستی شماره ۵ (در خصوص متقاضیان همکاری با مرکز) می باشند . بدیهی است ارائه آمار عملکرد و لیست پرسنل همکار و طرف قرارداد به معاونتهای درمان و دارو دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی از وظائف اینگونه مراکز می باشد .

- ارائه کلیه خدمات و مراقبتهای بالینی در منازل توسط مراکز درمانی بزرگتر همچون درمانگاهها ، بیمارستانها و می بایست به شرط همکاری با یکی از موسسات ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منزل و توسط مراکز دارای مجوز قانونی از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی صورت پذیرد .

دکتر محمد علی بیطرف معاون درمان

فرم ثبت اطلاعات بیماران

موسسه ارائه خدمات و مراقبت‌های بالینی در منازل

(.....)

۱) اطلاعات بیمار :

نام خانوادگی : نام : جنس : مذکر ☐ مونث ☐ سال تولد:

آدرس : تلفن :

علت تقاضای خدمات از موسسه (تلفنی / مراجعه)

۲) نتیجه اقدامات انجام شده برای بیمار :

الف (خلاصه ای از معاینات فیزیکی و تشخیص :

ب) داروهای تجویز شده :

ج (اقدامات پاراکلینیکی درخواست شده :

سایر توضیحات :

۳) اطلاعات مالی :

۴) بدینوسیله تأیید می گردد مبلغ..... ریال بابت اقدامات انجام شده بالا از درمانخواه دریافت گردید .

امضاء درمانخواه: نام و نام خانوادگی درمانگر

مهر و امضاء

آدرس موسسه : تلفن تماس :

نمونه فرم ارزیابی اولیه مدد خواه

مشخصات مدد خواه :

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز

الف) مشخصات مدد خواه :

نام : نام خانوادگی جنس تاریخ تولد: محل تولد :
..... شماره شناسنامه صادره: وضعیت تاهل شغل
..... وضعیت بیمه

آدرس و تلفن محل سکونت

.....

آدرس و تلفن محل کار :

.....

ب) مشخصات ولی / قیم مددخواه :

نام : نام خانوادگی جنس تاریخ تولد: محل تولد :
..... شماره شناسنامه صادره: وضعیت تاهل نسبت فامیلی با مددخواه
.....

آدرس و تلفن محل سکونت

.....

آدرس و تلفن محل کار :

.....

توضیحات : بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم که در این قرار داد مدد خواه نامیده می شود و اطلاعات
مندرج در فرم ارزیابی اولیه مددخواه که توسط گروه هماهنگ کننده تکمیل گردیده است .

خدمات مورد نیاز مدد خواه یاد شده شامل موارد :

۱-

.....

.....

۲-

.....

.....

۳-

.....

.....

برآورده گردیده است که هزینه انجام آنها در طول دوره خدمات حدودریال محاسبه می گردد و بر همین اساس مدد خواه / ولی مدد خواه متعهد می گردد در آغاز هر دوره نسبت به پرداخت مبلغ فوق راسا" اقدام نماید.

تبصره ۱ : مبلغ ذکر شده به عنوان هزینه مدت ارائه خدمات تقریبی می باشد که بر اساس وضعیت فردی مدد خواه و نیاز های وی و یا سایر عوامل ممکن است هزینه اصلی و واقعی اندکی بیشتر یا کمتر از مبلغ یاد شده در این قرار داد باشد و بر همین اساس ، مدد خواه با اطلاع از این مورد اقدام به تکمیل قرارداد می نماید .

آدرس موسسه :تلفن تماس :

تاریخ :

شماره پرونده :

تبصره ۲ : در صورتیکه مدد خواه / ولی مدد خواه به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات ، قصد لغو و فسخ قرارداد را داشته باشند باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً" اعلام نمایند تا تسویه حساب و نسخ قرار داد در اسرع وقت به عمل آید .

تبصره ۳ : مراکز در صورتیکه ارائه و یا ادامه خدمات مورد نیاز مدد جو را به هر علتی صلاح و یا مقدور نداند ، می تواند پس از اطلاع کتبی به مدد خواه / ولی مدد خواه طی مدت ۴۸ ساعت نسبت به فسخ قرار داد بصورت یکطرفه اقدام نماید و مدد خواه / ولی مدد خواه حق هیچگونه اعتراضی نخواهد داشت .

اینجانب(مدد خواه / ولی مدد خواه)(پس از مطالعه دقیق مندرات این قرار داد تعهد می نمایم که کلیه موارد فوق را پذیرفته و به مسئولین و مجریان مرکز اجازه می دهم آنگونه که صلاح می دانند نسبت به مراقبت درمان ازاقدام نمایند همچنین متعهد می گردم که امنیت و احترام پرسنل در زمانیکه در محل سکونت مدد خواه مشغول ارائه خدمات می باشند را تامین و تضمین نمایم و حق هر گونه دخالت غیر منطقی در نحوه ارائه خدمات را از خود و خانواده ام سلب نمایم .

امضاء یا اثر انگشت مدد خواه

امضاء یا اثر انگشت ولی مدد خواه

آدرس موسسه :تلفن تماس :

پرسشنامه متقاضیان همکاری با موسسه ارائه خدمات و
مراقبتهای بالینی در منزل
(.....)

(۱) مشخصات فردی :

نام : نام خانوادگی : نام پدر : سن :

جنس : مذکر ☐ مونث ☐ تاریخ تولد : شماره شناسنامه : محل تولد :

وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐ آیا اتومبیل یا وسیله نقلیه شخصی دارید ؟ بلی ☐ خیر ☐

شماره تلفن :

آدرس منزل :

آدرس محل کار :

آدرس و شماره تلفنی که در مواقع ضروری بتوان با شما تماس گرفت .

(۱) سابقه تحصیلات و اشتغال :

آخرین مدرک تحصیلی : سال اخذ مدرک : دانشگاه محل تحصیل :

سابقه کاری خود را از زمان فارغ التحصیلی تا کنون بنویسید :

(۲) آیا سابقه محکومیت کیفری و یا نظام پزشکی دارید ؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیح دهید :

(۳) آمادگی فعالیت در کدامیک از نوبتهای کاری صبح / عصر / شب را دارید ؟

اینجانب کلیه مندرجات فوق را تایید نموده و تعهد می نمایم در صورت مغایرت هر کدام از موارد

فوق با واقعیت حق هیچگونه اعتراضی نسبت به تصمیمات متخذه از سوی موسسه را ندارم .

امضاء و مهر

