



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دبیرخانه شورای عالی پرستاری کشور

## دستورالعمل خرید راهبردی بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو

سال ۱۴۰۳



## مقدمه و کلیات

این دستورالعمل با استناد به بند (۱) و (۳) تصویب نامه هیات محترم وزیران به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ.م. مورخ ۱۴۰۰/۵/۳۱ با هدف ایجاد انسجام و وحدت رویه فی مابین مراکز ارائه دهنده خدمت و خریدار خدمت و در راستای فرآیند بازنگری دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد و براساس مصوبات جلسات کارشناسی و مدیران شورای عالی بیمه سلامت کشور، تهیه و تنظیم گردیده است.

اهداف اصلی این دستورالعمل به شرح ذیل می‌باشد:

- ایجاد مبانی خرید راهبردی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو
- حمایت مالی و کاهش پرداخت از جیب بیماران نیازمند دریافت خدمات
- مدیریت و کنترل منابع مالی بیمه و افزایش بهرهوری و هزینه - اثربخشی منابع بیمه‌ای

### ماده ۱: تعاریف و ازگان

سازمان‌های بیمه‌گر پایه: سازمان‌های بیمه‌گر پایه شامل سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح است.

موسسه / مراکز ارائه دهنده خدمت: کلیه موسسات یا مراکز ارائه دهنده خدمت که مجاز به ارائه خدمات سلامت می‌باشند.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق بیمه به صورت درصدی از حقوق و دستمزد یا سرانه تعیین شده (از سوی فرد یا مراجع مشمول در قانون) می‌تواند از مزایای خدمات سلامت بهره‌مند گردد.

سهام سازمان: قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

خود پرداخت (فرانشیز) / سهم بیمار: قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

کسورات: میزان هزینه‌ای که بعلت خدمات انجام نشده و یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات، ضوابط و تعرفه‌های مصوب اعلام شده، از مبلغ درخواستی موسسات کسر می‌شود.

اسناد مثبت: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی در بیمارستان‌ها به بیمه شدگان، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

رسیدگی به اسناد: فرآیندی است که سازمان‌های بیمه‌گر طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط مؤسسات درمانی برای بیماران بررسی و بعد از انطباق با ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب ارزش گذاری می‌گردد.

دبیرخانه: منظور دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور است.

### ماده ۲: تعریف و تشریح خدمت

دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

دکتر بهرام بن الهادی  
وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور

نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)	امضا
امضا							
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت	
امضا							

یک اختلال روانی مزمن و شدید که بر نحوه تفکر، عمل، احساسات و درک و ارتباطات بیمار تأثیر مخرب می‌گذارد و شخص دستخوش ادراک تحریف شده از واقعیت، اختلال در تفکر، رفتار، عاطفه و انگیزش می‌گردد. در این دستورالعمل تلاش گردیده است، جمعیت هدف، خدمات، دارو و میزان دوز مورد نیاز آن برای بیمار و افراد صاحب صلاحیت تجویز آنها جهت مدیریت بهتر درمان بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو بصورت شفاف بیان گردد. روند و مدیریت درمان این بیماران به دو صورت سرپایی و بستری صورت می‌پذیرد.

### ماده ۳: جمعیت مشمول دستورالعمل

بیماران با نشان اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو (با کد ICD ۱۰: F۲۰ تا ICD ۱۰: F۲۵.۹) و زیرمجموعه‌های آن از ۰ تا ۹) جمعیت مشمول دستورالعمل می‌باشند.

تبصره ۱: بر اساس سوابق پرونده بستری بیمار در اولین مراجعه به مراکز آموزشی یا درمانی، پس از بررسی وضعیت وی و تایید و تشخیص بیماری اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، نشان دار شدن بیمار توسط روانپزشک در سیستم نسخه الکترونیک صورت می‌پذیرد.

تبصره ۲: نشان دار شدن بیماران جهت شمولیت این دستورالعمل الزامی است.

تبصره ۳: افراد صاحب صلاحیت جهت نشان دار کردن بیماران اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، متخصص / فوق تخصص / فلوشیپ روانپزشکی است.

### ماده ۴: بسته خدمت و ضوابط آن

با توجه به نوع و ماهیت بیماری، بسته خدمت شامل خدمات با کد ملی ۹۰۱۸۲۰-۹۰۱۹۹۵ و خدمات کاردرمانی با کد ملی ۹۰۱۶۳۰-۹۰۰۱۲۷-۹۰۰۱۲۵ و داروهای مورد نیاز می‌باشد.

### الف- بسته خدمات پیگیری فرآیند درمان بیمار:

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	کل	حرفه‌ای	سقف اعداد جلسات سالانه مورد تعهد
۹۰۱۸۲۰	#*	ارائه مشاوره پزشکی به بیمار یا خانواده وی با صلاحیت حرفه‌ای (پزشک یا غیر پزشک) بصورت تلفنی حداقل ۱۵ دقیقه	۱.۵	۱	۱۲
۹۰۱۹۹۵	*	ارائه خدمات درمانی در منزل ✓ برای کلان شهرها (برای گزارش خدمات بالینی، تشخیصی، درمانی و توجیهی در منزل به کدهای مربوطه، مراجعه گردد) (استفاده از این کد برای هر بار مراجعه فقط یک بار قابل محاسبه و گزارش می‌باشد). ✓ برای سایر نقاط کشور تا ۷۰٪ (به استثنای شهرهای محروم الف و ب بر اساس فهرست شهرهای اعلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) این تعرفه قابل اخذ می‌باشد. ✓ برای شهرهای محروم الف و ب، تا ۷۵٪ این تعرفه قابل اخذ می‌باشد. ✓ برای پزشک عمومی تا ۸۰٪ این تعرفه و برای کارشناسان پروانه دار تا ۷۵٪ این تعرفه قابل اخذ می‌باشد.	۴.۵	۴.۵	۲

### دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)	اعضا
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	فهرست شورای عالی بیمه سلامت	دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر وزیران شورای عالی بیمه سلامت کشور
اعضا							

## در خصوص مراقبت پس از ترخیص

- کد ۹۰۱۹۹۵ توسط مددکار اجتماعی بیمارستان، صرفاً برای بیماران بستری اسکیزوفرنی و اسکیزواکتیو پس از ترخیص از بیمارستان، به منظور ارائه پیگیری حضوری بیماران جهت ارزیابی، پیگیری، روند بهبودی و ادامه درمان سالیانه دو بار تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرد.
- کد ۹۰۱۸۳۰ توسط مددکار اجتماعی بیمارستان، صرفاً برای بیماران بستری اسکیزوفرنی و اسکیزواکتیو پس از ترخیص از بیمارستان، به منظور ارائه سرویس پیگیری تلفنی این بیماران جهت ارزیابی، پیگیری، روند بهبودی و ادامه درمان تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرد.
- سقف تعداد جلسات در تعهد بیمه پایه در سال اول، تا زمان ابلاغ استاندارد وزارت بهداشت به شرح جدول می‌باشد. ادامه روند تجویز از سال دوم به بعد، بر اساس صلاحدید روانپزشک امکان‌پذیر می‌باشد.
- فرم پیگیری مددکاری مطابق با فرم اعلامی اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

## ب- خدمات کاردرمانی

خدمت کاردرمانی در بیماران نشان‌دار اسکیزوفرنی و اسکیزواکتیو در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه به شرح جدول ذیل قرار می‌گیرد.

۱. شرط تجویز، تجویز توسط پزشک متخصص روانپزشکی می‌باشد.
۲. سقف تعداد جلسات در تعهد بیمه در سال اول، تا زمان ابلاغ استاندارد وزارت بهداشت به شرح جدول ذیل می‌باشد. ادامه روند تجویز از سال دوم به بعد، بر اساس صلاحدید روانپزشک امکان‌پذیر می‌باشد.

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	کل	حرفه‌ای	سقف تعداد جلسات سالانه مورد تعهد
۹۰۰۱۲۵	##*	کاردرمانی فردی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر جلسه حداقل ۳۰ دقیقه‌ای	۲,۵	۲,۵	۴۰
۹۰۰۱۲۷	##*	کاردرمانی گروهی برای بیماران روانپزشکی به ازای هر بیمار در هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفر	۰,۷۵	۰,۷۵	۶۰
۹۰۱۶۳۰	##*	ارزیابی جامع کاردرمانی یا شغلی جهت برنامه ریزی برای کاردرمانی بیمار برای یک دوره درمان	۱	۱	۴

تیم‌واره: برای کاردرمانی گروهی مبنای تعداد نفرات حداقل ۳ نفر تا حداکثر ۱۲ نفر می‌باشد و کد مربوطه به ازای تعداد نفرات حاضر در جلسه کدهای مربوطه قابل محاسبه و اخذ خواهد بود.

## ج- بسته دارو:

۱. داروهای استاتالوپرام، دولوکستین، میرتازاپین، پاروکستین و بوپروپیون که حداکثر دوز تجویز تا زمان ابلاغ راهنمای تجویز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داروهای فوق براساس جدول زیر باشد.

نام دارو	دوز (میلی گرم)	سقف تعداد تجویز برای دو ماه	نام دارو	دوز (میلی گرم)	سقف تعداد تجویز برای دو ماه
پاروکستین	۲۰	۱۵۰	میرتازاپین	۳۰	۱۲۰
پاروکستین	۴۰	۱۰۰	میرتازاپین	۴۵	۸۰

## دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

امضا	دکتر بهرام بن الهادی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور				
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان آگاهی و استخدامی کشور
امضا					



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی

برگ ارزیابی تخصصی و مدیریت موردی مددکاری اجتماعی

شماره Record No:	د. ۵۸۵۸۵
---------------------	----------

CASE MANAGEMENT SHEET & SOCIAL WORK ASSESSMENT

Date of Admission: تاریخ مراجعه:	Sex: جنس:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Time of Admission ساعت مراجعه:	ADM Code: کد پذیرش:	Address: آدرس:	
Tel: تلفن:	Father's Name & Family name: نام و نام خانوادگی پدر:	Date of Birth: تاریخ تولد:	National/Segment code: کد ملی / کد آمایش:
Mother's Name & Family name: نام و نام خانوادگی مادر:	Patient Companion Name & Family Name: نام و نام خانوادگی همراه:	Nationality: ملیت:	Marital Status: وضعیت ناهل:
Relative: نسبت با بیمار:	Ward: بخش:	Job: شغل:	Education Level: سطح تحصیلات:
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Job: شغل:	Education Level: سطح تحصیلات:
Basic Insurance: بیمه پایه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> سلامت ایرانیان <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> فاقد بیمه			
Complementary Insurance: بیمه تکمیلی: <input type="checkbox"/> خود ارجاع <input type="checkbox"/> رانند <input type="checkbox"/> تراباز <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other			
Arrival/Referral Type: نحوه ورود / ارجاع به واحد مددکاری اجتماعی: خود ارجاع <input type="checkbox"/> رانند <input type="checkbox"/> تراباز <input type="checkbox"/> ارجاع از کادر درمان <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های دولتی <input type="checkbox"/> ارجاع از سازمان های غیر دولتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Other			

دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان آمار و استخدام کشور	دبیر شورای عالی سلامت
امضا						

گروه هدف: Target Group:

ترتیب					
تیمین اولویت Prioritization	حضور همراهان موثر Effective participant	پوشش بیمه ای Insurance coverage	شدت بیماری بر اساس ESI Illness severity based on ESI	گروه های پرخطر High risk group	ساعت و تاریخ & date) (time)
اولویت	مجموع امتیاز				

Brief Description : شرح مختصر :

راند							
شرح مختصر Brief Description	مسائل قانونی Legal issues	گروه های پرخطر High risk group	اختلال در عملکرد اجتماعی به علت بیماری و بستری Social dysfunction due to illness and hospitalization	وضعیت اقتصادی Financial / insurance	شرایط روانی Psychological conditions	شبکه حمایتی Social Support	ساعت و تاریخ & date) (time)

Final Assessment Summary: شرح نهایی ارزیابی:

Purpose of Intervention: اهداف مداخله:

Description of the intervention	شرح مداخله	Title of Intervention	عنوان مداخله	Date of Intervention	تاریخ مداخله
---------------------------------	------------	-----------------------	--------------	----------------------	--------------

**دستور العمل خرید راهبردی خدمات پزشکی - بیماری اسکیزوفرنی**

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
						امضا
دبیر شورای عالی بیمه سلامت	سازمان اداری و استخدامی کشور	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تامین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
						امضا



Financial Support:	آیا بیمار حمایت اقتصادی نیاز دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	درصد اولیه حمایت اقتصادی بر اساس گروه های هدف: .....
	بیمار الکتیو است یا اورژانسی؟ <input type="checkbox"/> الکتیو <input type="checkbox"/> اورژانسی
	احتمال نظر مددکار اجتماعی (± ۳۰٪)
	درصد نهایی حمایت اقتصادی: .....
	منع تامین حمایت اقتصادی:
	۹-۱ آورده وزارت بهداشت (ردیف نیازمندان): درصد ... / مبلغ .....
	۹-۲ آورده نهادهای حمایتی دولتی: درصد ... / مبلغ .....
	۹-۳ آورده نهادهای حمایتی غیردولتی: درصد ... / مبلغ .....
	۹-۴ آورده موسسه خیریه بیمارستانی: درصد ... / مبلغ .....
	۹-۵ آورده خیرین: درصد ... / مبلغ .....
Final Result of Intervention:	نتیجه نهایی مذاخله:
Recommendation on Discharge:	توصیه های پس از ترخیص:
Need to Follow Up :	نیاز به پیگیری پس از ترخیص دارد؟ <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
Aftercare Follow-up:	برنامه پیگیری:
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مددکار اجتماعی:	

دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بینابری اسکیزوفرنی

<p>دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

دکتر بهرام مین الهی  
وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور

دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی						اعضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
						اعضا
دبیر شورای عالی بیمه سلامت	سازمان اداری و استخدامی کشور	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
						اعضا

راهنمای تکمیل فرم "ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد مداخلتی اجتماعی"

جهت تکمیل فرم از دستورالعمل زیر استفاده کنید.

بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک بیمار و اطلاعات پذیرش است. در انتهای بخش اول منظور از "توجه مراجعه" ابتدا باید مشخص کنید که گزینه خدمت به چه صورت شناسایی شده است. که شامل ۷ گزینه می باشد. خود ارجاع، راند مداخلتی اجتماعی، تریال مداخلتی اجتماعی، ارجاع از کلین درمان، ارجاع از سازمان های دولتی و سایر می باشد. منظور از "ارزیابی اولیه" فرآیند تعیین تکلیف ارزیابی در تریال اورژانس انجام گرفته است و یا بر اساس راند ارزیابی شده است. با استفاده از اصول مصاحبه و مشاهده در مداخلتی اجتماعی و بر اساس پروتکل تریال و راند بیمار را ارزیابی کنید.

در بخش دوم منظور از گروه هدف و کد گروه هدف، لیست گروه های هدف مداخلتی اجتماعی است که پیوست فرم ابلاغ می شود. کدهای گروه هدف نیز از کتاب ICPC استخراج و همسان سازی شده است. بخش ارزیابی تریال: در بخش تریال، در ردیف اول تاریخ و ساعت دقیق تریال را ذکر کنید. در ستون دوم بیمار را از نظر احتمال فرار گرفتن در یکی از گروه های پرخطر دهگانه به شرح ذیل ارزیابی کنید. چنانچه شواهد و مستندات وجود دارد که احتمال می دهید بیمار در یکی از گروه های تکرر شده قرار بگیرد، امتیاز ۱۵ را به او بدهید. در ستون سوم، بیمار را از نظر شدت بیماری، اسبب طبق ارزیابی تریال بلایی لحاظ شود، در ستون چهارم از نظر پوشش بیمه ای و در ستون پنجم از نظر حضور همراه موثر بر اساس آنچه در جدول ذیل آمده است نمره دهی نمایید.

بیمار	گروه های پر خطر (تشخیص احتمالی)	بیماری	شدت بیماری/ آسیب بر اساس سیستم ESI	پوشش بیمه ای	بیمار	حضور همراه موثر			
۱۵	گرونگ ارزیابی	۱۵	اختلال سایکوتیک	۵	فقد پاسخ دهی (سطح یک)	۵	بیمار بیمه غیر ایرانی و فاقد بیمه است.	۵	فقد همراه موثر است
۱۵	خشونت خانگی	۱۵	بی خانمانی	۴	وضعیت پرخطر (سطح دو)	۴	بیمار فرد ایرانی و فاقد مدارک هویتی است	۴	اطلاعات دارد، می تواند رضایت قانونی بدهد اما مشارکت خوبی ندارد
۱۵	سوء مصرف مواد	۱۵	مجویول الیهوبه	۳	تعداد تسهیلات مورد نیاز، نو یا بیشتر (سطح سه)	۳	بیمار بیمه غیر ایرانی و دارای بیمه است	۳	اطلاعات کافی دارد، مشارکت دارد اما مجاز به ارائه رضایت قانونی نیست
۱۵	نزاع و درگیری (ضرب و جرح)	۱۵	بیماری خاص	۲	تعداد تسهیلات مورد نیاز: یک (سطح چهار)	۲	بیمار فرد ایرانی و دارای مدارک هویتی بدون بیمه است	۲	اطلاعات ندارد، مشارکت می کند و می تواند رضایت قانونی بدهد
۱۵	اندام به خونگی	۱۵	صعب العلاج	۱	عدم نیاز به تسهیلات (سطح پنج)	۱	بیمار فرد ایرانی دارای بیمه است	۱	همراه موثر حضور دارد
۱۵	ملتان پرخطر	۱۵							

در ستون ششم امتیازات داده شده در قسمت ارزیابی را جمع کرده و مجموع را در زیر ستون جمع امتیاز درج کنید. بر اساس مجموع امتیازات بیمار را در یکی از اولویت های ذیل دسته بندی کرده و در زیر ستون اولویت قید نموده و اقدام لازم برای اولویت ذکر شده طبق پروتکل بلاغی شماره ۴۰۹/۱۴۹۰۰ مورخ ۹۶/۷/۸ صورت پذیرد. در پایان شرح مختصری از ارزیابی را در ستون آخر بنویسید.

۱۵ و بالاتر: اولویت اول	۱۰ تا ۱۴: اولویت دوم	۷ تا ۹: اولویت سوم	۲ تا ۶: اولویت چهارم
-------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

بخش ارزیابی راند: در راند اول حداقل ده دقیقه زمان دارید تا ستون های شناسگانه ارزیابی را تکمیل کنید.

- در ستون اول تاریخ ها و ساعات انجام راند را تکمیل کنید. در ستون دوم بیمار را از نظر شبکه حمایتی رسمی (عضویت در سازمان های حمایتی نظیر کمیته امداد، یزیدی، هلال احمر/ بنیاد شهید و امور ایثارگران/ سازمان اوقاف/ کمیته های عالی امور یتیمان/ موسسات خیریه/ سازمان های مردم) شبکه حمایت غیر رسمی: خانواده/ خویشاوندان/ نوسان/ امنیاس) و عدم عضویت بررسی کنید. در این قسمت در صورتیکه بیمار عضو شبکه های حمایتی باشد، نام ارگان و در غیر اینصورت خط تیره ( ) وارد می شود.
- در ستون سوم شرایط روانی بیمار و همراه را از نظر استرس، اضطراب، اختلالات سایکوتیک، رفتار های تهاجمی، عدم مشارکت در مصاحبه و ... بررسی کنید. در این قسمت یکی از گزینه های نیاز به مداخله، عدم نیاز به مداخله و عدم ارزیابی را انتخاب کنید.
- در ستون چهارم وضعیت اقتصادی بیمار را بر اساس پروتکل حمایت اقتصادی (معموقاً ابلاغ خواهد شد) ارزیابی کنید. در این قسمت یکی از گزینه های نیاز به مداخله، عدم نیاز به مداخله و عدم ارزیابی را انتخاب کنید.
- در ستون پنجم بیمار را از نظر مشکلاتی که به دلیل بستری شدن برای وی ممکن است اتفاق بیفتد ارزیابی کنید. مثلا مشکلاتی که باعث شود شغل بیمار یا سایر نقش های اجتماعی وی دچار اختلال شود. در این قسمت یکی از گزینه های نیاز به مداخله، عدم نیاز به مداخله و عدم ارزیابی را انتخاب کنید.
- در ستون ششم بیمار را از نظر احتمال بودن در یکی از گروه های پرخطر جدول فوق الیکار ارزیابی کنید. در صورت بودن در گروه پرخطر عنوان گروه در اینجا ذکر شود در غیر اینصورت خط تیره ( ) وارد کنید.
- در ستون هفتم بیمار را از نظر مشکلات قضایی و یا حقوقی که در فرایند درمان وی تحویل است بررسی نمایید. مثلا بیمار از ارگان قضایی (دادسرا، کلانتری، زندان و ...) جهت درمان و ارزیابی جسمی ارجاع داده شده باشد و یا کسب گروه پرخطر بوده و نیاز به مداخله قضایی دارد. در این قسمت یکی از گزینه های نیاز به مداخله، عدم نیاز به مداخله و عدم ارزیابی را انتخاب کنید.

بر اساس ارزیابی خود به ترتیب زیر یکی از ستون نمرات ۱، ۲ و ۳ را علامت بزنید:

۱: نیاز به مداخله	۲: عدم نیاز به مداخله	۳: عدم ارزیابی
-------------------	-----------------------	----------------

پس از بررسی در هر نوبت راند شرح مختصر ارزیابی راند خود را در ستون شرح مختصر ثبت کنید. این شرح حداقل باید شامل کدبندواژه های شاخص هایی باشد که نیاز به مداخله دارد.

در راندهای بعدی تغییرات بیمار در هر یک از ستون ها را پایش و ارزیابی خود را ثبت کنید.

شرح نهایی (ارزیابی): چنانچه بر اساس ارزیابی راند تشخیص دادید بیمار نیازمند دریافت مداخلات مداخلتی اجتماعی می باشد، ابتدا بیمار را مورد ارزیابی روانی-اجتماعی (PSA) قرار دهید و سپس در این قسمت شرح مختصری از ارزیابی خود را با رعایت اصول راننداری حرفه ای درج نمایید. در صورتی که بر اساس ارزیابی های اولیه بین نتیجه رسیدید که بیمار نیاز به مداخلات مداخلتی اجتماعی ندارد در این قسمت "عدم نیاز به مداخله مددکار اجتماعی" را درج نمایید.

هدف با اهداف مداخله: لازم است مددکار اجتماعی قبل از شروع مداخلات خود هدف مداخله ای را مشخص کند و در قسمت اهداف مداخله ذکر کند. نکته کنید که اهداف مطابق پروتکل نوشته شده و حتما SMART باشد.

دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

امضا	نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)

برنامه مذاکره: در ستون اول تاریخی که فعالیت مذاکره ای خود را برای بیمار انجام داده اید ذکر کنید.

در ستون دوم عنوان فعالیت خود را بنویسید. این عنوان می تواند یکی از موارد ذیل باشد:

ارزیابی روانی اجتماعی (مشاهده، مصاحبه، مطالعه اسناد) / مشاوره (فردی، گروهی، خانوادگی) / آموزش (فردی، گروهی، خانوادگی) / حمایت یابی درون سازمانی (حمایت اقتصادی، حمایت روانی، اجتماعی) / حمایت یابی بیرون سازمانی (حمایت اقتصادی، حمایت روانی، اجتماعی) / ارجاع بیرون سازمانی / مذاکره در بحران / پیگیری پس از ترخیص / بازدید منزل / مراجعه به سازمان های حمایتی یا قانونی / سایر مداخلات

در ستون سوم و در مقابل عنوان فعالیتی که ذکر کرده اید شرح کامل فعالیت خود و نتیجه ای که فعالیت شما داشته است را ثبت کنید.

حمایت اقتصادی: در صورتیکه در خصوص مداخله، حمایت اقتصادی را انتخاب کرده اید، این قسمت باید تکمیل شود. پس از انتخاب گزینه بده یا خیر، بصورت خودکار سامانه براساس گروه های هدف تعیین شده یک درصد را محاسبه خواهد کرد. پس از آن نوع پذیرش بیمار که انکتیو (اختیاری) یا اورژانسی بوده است را انتخاب کنید. بیمار آن اورژانسی ضریب ۱/۳ و بیمار آن انکتیو ضریب ۱ در یافت خواهد کرد. سپس مددکار اجتماعی امکان اصل نظر تا ۳۰٪ را خواهد داشت. پس از آن بصورت خودکار سامانه درصد نهایی حمایت اقتصادی را مشخص می کند. درصد تعیین شده از سهم فرانتینر بیمار در صورتحساب کسر می گردد. در نهایت مددکار اجتماعی با بررسی منابع حمایتی باید مشخص کند حمایت اقتصادی پیشنهادی از کدام منابع تامین می شوند. منابع نامین شامل: آورده وزارت بهداشت (ردیف بیمارستان) / آورده مددکاری اجتماعی / آورده نهادهای حمایتی غیر دولتی. آورده موسسه خیریه بیمارستانی - آورده خیرین. برای حمایت اقتصادی از هر بیمار می توان از چند منبع استفاده کرد. برای مثال ۱۰ درصد از منابع وزارت بهداشت، ۲۰ درصد از آورده خیرین.

نتیجه نهایی مذاکره: در این قسمت نتیجه نهایی که از مداخلات خود داشته اید و دلیل اختتام فعالیت خود را بیان کنید. این قسمت شامل ۳ عنوان کلی و چند عنوان فرعی به شرح ذیل می باشد: ۱- دستیابی موفق به اهداف مذاکره و ترخیص این بیمار (هسکیزی و همراهی بیمار در پیشبرد مداخلات/ همکاری همراهان موثر و خانواده بیمار در پیشبرد مداخلات/ استقلاله موثر از منابع موجود/ همکاری موثر سازمان های بیرون بخشی) ۲- دستیابی نسبی به اهداف مذاکره و ترخیص بیمار (نداشتن همراهان موثر / عدم همکاری موثر بیمار / ضعف همکاری سازمان های بیرون بخشی / نتیجه مداخلات منوط به اقدامات سایر سازمان های بیرون بخشی / کمبود منابع و امکانات موجود) ۳- عدم دستیابی به اهداف مذاکره و عدم ترخیص بیمار (استیجاب بیمار از پیشبرد مداخلات/ امتناع خانواده یا همراهان بیمار از پیشبرد مداخلات / عدم موافقت در جذب منابع / ترخیص بیمار مشروط به اقدامات سایر سازمان های متولی (گروه های آسیب پذیر) است) دولتگذار بصورت لزوم توضیحات تکمیلی ارائه کند.

نیاز به پیگیری پس از ترخیص: منظور اینست که آیا پس از ترخیص بیمار از بیمارستان و بسته شدن پرونده وی هنوز مداخلاتی وجود دارد که نیاز به پیگیری توسط مددکار اجتماعی وجود داشته باشد یا خیر. توضیح های پس از ترخیص و برنامه پیگیری: در صورتیکه پاسخ به سوال قبلی مثبت باشد، در این قسمت با توجه به پروتکل مدیریت مورد، برنامه خود جهت انجام حداقل پیگیری پس از ترخیص را ذکر کنید. در نظر داشته باشید که پس از انجام پیگیری فعالیت خود را در سیستم HIS گزارش کنید. برنامه پیگیری گزارش و وضعیت بیمار پس از ترخیص است. در صورت عدم ترک بیمارستان که اقدامات انجام شده برای بیمار بر اساس پروتکل خدمات پایه مددکاری، اعلام میگردد.

در انتهای برگ نیز مهر و امضای مددکار اجتماعی، تاریخ تکمیل:

دستور العمل خرید راهبردی خدمات درمانی - بیماری اسکیزوفرنی

دکتر بهرام عین اللهی

وزیر بهداشت، شورای عالی بیمه سلامت کشور

نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
اعضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
اعضا						