|  |  |
| --- | --- |
|  C:\Documents and Settings\user\Desktop\download (5).jpg معاونت بهداشت  | C:\Documents and Settings\user\Desktop\download (4).jpg |
|  سازمان بیمه سلامت ایران**دستورعمل اجرايي****برنامه****پزشك خانواده** **و بيمه روستايي** **نسخه 17** **سال 1395**  |

فهرست مطالب صفحه

مقدمه 5

فصل اول: كليات برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي 7

ماده 1: تعاریف 7

ماده 2: ستادها و کمیته های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی 11

ماده 3: هیئت امناء 14

ماده 4: کارکنان مرتبط با برنامه 15

ماده 5: شيوه استقرار برنامه پزشك خانواده درمناطق مجري بيمه روستايي 16

فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی 17

ماده 6: تعيين نیروهای مورد نياز تیم سلامت 17

ماده 7: اولویت در جذب اعضای تیم سلامت 20

ماده 8: روند جذب اعضای تیم سلامت 21

ماده 9: جذب نیروهای بازخرید یا بازنشسته 21

ماده 10: سقف سنی جذب پزشک 22

ماده 11: جذب در مناطق با شرایط خاص 22

فصل سوم: چارچوب و شرایط قرارداد 23

ماده 12: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بيمه 23

 سلامت استان

ماده 13: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان و اعضای تیم سلامت و مراکز 23

 ارائه خدمت

ماده 14: تعهدات شبکه بهداشت و درمان شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت 24

ماده 15: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان شهرستان وداروخانه 27

فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت 29

فهرست مطالب صفحه

ماده 16: تشکیل پرونده سلامت 29

ماده 17: سركشي و نظارت (دهگردشي) 30

ماده 18: ثبت روزانه آمار مراجعين و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان 30

ماده 19: ارائه خدمات در قالب بسته خدمت 31

فصل پنجم: ساعات کار و نحوه مرخصی اعضای تیم سلامت 32

ماده 20: ساعات کار اعضای تیم سلامت 32

ماده 21: بیتوته پزشک خانواده 34

ماده 22: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت 36

فصل ششم: دارو 39

ماده23: اقلام دارویی 39

ماده24: اقلام مکمل 41

ماده 25: راه اندازی داروخانه 43

ماده 26: میزان تجویز دارو 43

ماده 27: تعرفه ارائه خدمات دارویی 43

فصل هفتم: پاراکلینیک 45

ماده 28: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی 45

ماده 29: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک 45

ماده 30: سطح بندی آزمایشگاه 46

ماده 31: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه پزشک خانواده 46

و بیمه روستایی

ماده 32: خدمات وآزمایش های سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه 50

پزشک خانواده و بیمه روستایی

ماده 33: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک 53

فهرست مطالب صفحه

ماده 34: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک درمراکز خدمات 53

جامع سلامت

فصل هشتم: خدمات دهان و دندان 55

ماده 35: نحوه ارا ئه خدمات سلامت دهان و دندان 55

ماده 36: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری 55

ماده 37: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان 56

ماده 38: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان 57

ماده 39: ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان 57

ماده 40: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان 57

ماده 41: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان 58

ماده 42: نظارت براجرا ی برنامه سلامت دهان و دندان 58

ماده 43: شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان 58

ماده 44: روش خرید خدمت در خدمات دهان و دندان 59

فصل نهم: درآمدها و هزینه های مالی برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي 60

ماده 45: درآمدهای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی 60

ماده 46: شرایط اختصاصی درآمد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی 63

ماده 47: بودجه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی 63

ماده 48: مبلغ سرانه و محل تامین آن 64

ماده 49: سهم توزیع سرانه 65

ماده 50: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات 67

ماده 51: شيوه پرداخت سرانه خريد خدمت 67

ماده 52: شیوه پرداخت حقوق و مزایا 70

ماده 53: استانداردهاي توزيع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي 71

فهرست مطالب صفحه

# **ماده 54: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته**  72

فصل دهم: نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی 73

ماده 55: ارجاع در سطح یک خدمات 73

ماده 56: ارجاع در سطح دو خدمات 73

ماده57: میانگین موارد ارجاع 75

**فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی 76**

ماده 58: شیوه پایش و نظارت 76

ماده 59: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان 76

ماده 60: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت 77

ماده 61: مسئوليت اجراي برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی 77

فصل دوازدهم: مكانيسم پرداخت 79

ماده 62: مكانيسم پرداخت پزشك 79

ماده 63: مكانيسم پرداخت ماما/ پاراکلینیک 91

ماده 64: مکانیسم پرداخت دندانپزشکی 102

ماده 65: مکانیسم پرداخت مراقب سلامت دهان 105

# **ماده 66: مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی 105**

# **ماده 67: مکانیسم پرداخت نگهبان/ سرایدار 105**

ماده 68: کارانه سایر پرسنل 106

ماده 69: زمان اجرا 106

# مقدمه

# موفقيت برنامه مراقبت هاي اوليه بهداشتي (PHC) در قالب نظام شبكه هاي بهداشتي درماني كشور و در حال حاضر با رویکرد نظام جامع و همگانی سلامت، موجب به کارگیری چهار اصل بنياني نظام شبكه بهداشت و درمان كشور يعني برقراري عدالت اجتماعي، همكاري بين بخشي، مشاركت مردمي و استفاده از تكنولوژي مناسب، درتمامي مراحل اجراي برنامه پزشك خانواده روستایی شد.

# تصويب ماده 91 در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي کشور و بندهای ج و د ماده 32 و بند الف ماده 35 و بند ج ماده 38 برنامه پنجم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي کشور نيز تاكيدي بر استقرار بيمه سلامت با محوريت پزشك خانواده و نظام ارجاع هستند. براساس بند 8 سياست هاي كلي سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزايش و بهبود كيفيت و ايمني خدمات و مراقبت هاي جامع و يكپارچه سلامت با محوريت عدالت و تاكيد بر پاسخگويي، اطلاع رساني شفاف، اثربخشي، كارآيي و بهره وري بايد در قالب شبكه بهداشتي درمانی و منطبق برنظام سطح بندي و ارجاع صورت گیرد. در تصويب نامه هيات وزيران به شماره 142435/ت49863ه مورخ 29/8/1392 با هدف بهره مندی وبرخورداری مردم از خدمات پایه سلامت وکاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، كارگروه بررسي طرح تحول سلامت و هماهنگي دستگاههاي اجرايي به منظور استقرار سامانه خدمات جامع و همگاني سلامت در كليه روستاها، حاشيه شهرها و مناطق عشايري تشكیل شد.

# براساس قانون بودجه سال 1384، سازمان بيمه سلامت ایران موظف گرديد تا با صدور دفترچه بيمه سلامت براي تمام ساكنين مناطق روستايي، عشايري و شهرهاي زير 20 هزار نفر امكان بهره مندي از خدمات سلامت را درقالب برنامه پزشك خانواده و از طريق نظام ارجاع فراهم آورد. بدين ترتيب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسي به خدمات سلامت براي ساکنین این مناطق پديد آمد.

# در برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع، پزشك عمومي و تيم سلامت وي مسئوليت مدیریت سلامت افراد و خانوارهاي تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصي، مسئوليت پیگیری اقدامات انجام شده را نيز بعهده دارند. لذا، يكي از مهمترين وظايف پزشك خانواده ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت است كه بدون ارائه اين خدمات، استفاده از اصطلاح پزشك خانواده براي ارائه صرف خدمات درماني، كاري نابجاست. همچنين، تمامي خدمات سلامت در برنامه پزشك خانواده به جمعيت تحت پوشش به شكل فعال (Active) ارائه مي شود.

# محورهاي زير، مهمترين محورهاي اجراي برنامه پزشك خانواده در راستاي پوشش بيمه اي جمعيت روستايي، عشايری و ساکنين شهرهاي زير 20 هزار نفر خواهد بود:

# -ساختار مناسب براي ارائه خدمات سلامت در قالب بيمه روستايي، شبكه هاي بهداشتي درماني كشور است. درمورد استقرار اعضای تیم سلامت طرحهاي گسترش شبكه ملاك خواهد بود.

# از سويي ديگر، ملاك در بخش خدمات بستري، موضوع سطح بندي خدمات در قالب اجراي ماده 193 برنامه سوم توسعه يا ماده 89 برنامه چهارم توسعه كشور مي باشد.

# - وجود بسته خدمات سلامت سطح اول كه امكان ارائه خدمات با كيفيت و كميت مناسب را توسط تیم سلامت فراهم مي كند.

# - تعيين جمعيت معين براي يك تيم سلامت (پزشك خانواده). با انجام بررسي هاي بعمل آمده كارشناسي در برنامه كشوري اصلاح نظام سلامت ودرنظر گرفتن بسته خدمات پزشك خانواده، جمعيتي درحدود 2500 تا 4000 نفر به ازاي هر تيم پزشك خانواده مناسب خواهد بود. بسيار ضروريست كه جمعيت هاي روستايي در قالب جمعيت هاي تحت پوشش خانه هاي بهداشت و بدون تغيير در طرح هاي گسترش شبكه، تحت پوشش پزشك خانواده قرار گيرند.

# -تبيين مسير ارجاع كه يكي ديگر از محورهاي اصلي پزشك خانواده است، در مناطق روستايي كشور براساس شرايط منطقه، ميزان دسترسي به خدمات تخصصي، طراحي راهكارهايي براي مديريت اطلاعات از سطح متخصص به پزشك خانواده و شرايط ترابري روستايي متغير خواهد بود. در چنين شرايطي بايد ضمن رعايت كليه نكات پيشگفت، مناسب ترين شكل ارجاع برای بيمار طراحي گردد.

# -از مهمترین شيوه های ارزشيابي برنامه پزشك خانواده، سنجش ميزان رضايت گيرندگان خدمت است كه بايد در مراحل طراحي، اجرا و ارزشيابي به عنوان یکی ازمحوري ترين شاخص های موفقيت برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده مد نظر قرار گیرد.

# -اصلي ترين محور اجراي برنامه پزشك خانواده، موضوع سازوکار پرداخت و فرايند پايش عملكرد پزشك خانواده باتوجه به شاخص های سلامت است.

# **فصل اول: كليات برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي**

# **ماده 1: تعاریف**

# اصطلاحات بکار برده شده در این دستورعمل به شرح زیر تعریف می گردد:

# **1- پزشك خانواده**

# پزشك خانواده فردی است که داراي حداقل مدرك دكتراي حرفه­اي پزشكي و مجوز معتبر كار پزشكي است و عهده­دار خدمات پزشكي سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد واز طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد. مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.

# **2- فرد روستایی**

#  فرد روستایی فردی است که سکونت وی در روستا مورد تایید خانه بهداشت یا شورای اسلامی روستا و دارای پرونده خانوار فعال باشد.

# **3- خدمات سلامت**

مجموعه فعالیت‌ها و فرآیند‌هایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌كند. خدمات سلامت بطور اعم در برگيرنده امور مربوط به تغذيه، بهداشت، پيشگيري، تشخيص، درمان، بازتواني، بيمه خدمات سلامت، آموزش و تحقيقات و فناوري در حوزه‌هاي ذيربط و همچنين، كنترل كيفيت و ايمني مواد و فرآورده‌هاي دارويي، بيولوژيك، خوردني، آرايشي، بهداشتي و ملزومات و تجهيزات پزشكي و اثربخشي فرآورده‌هاي دارويي و بيولوژيك می‌باشد.

# **4- 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، بازتوانی، تسکینی و مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می شود و از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می شود.

# **5- 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 فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

# **6- نظام ارجاع**

# ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره ای مرتبط و تکاملی می باشد تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاترارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می گردد.

# **7- سطح ‌بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت**

# چيدمان واحدهاي ارایه دهنده خدمات و مراقبت­هاي سلامت به منظور دسترسي عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد.

# خدمات و مراقبت‌هاي سلامت در سه سطح در اختيار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته مي‌شود:

# 7-1- سطح یک: شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین توسط واحدي در نظام سلامت (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی يا مرکز خدمات جامع سلامت شهري روستايي يا شهري و خانه هاي بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبكه شهرستان) ارائه مي گردد. اين واحد به طور معمول در جايي نزديك به محل زندگي مردم قرار دارد، و در آن، نخستين تماس فرد با نظام سلامت از طريق پزشك خانواده يا تيم سلامت اتفاق مي­افتد.

# سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها) و خدمات سلامت دهان و دندان و .. نیز در مراکز مجری برنامه و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

# سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح بالاتر و با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح یک انجام می‌گیرد.

# 7-2- سطح دو و سه: شامل خدمات تخصصي و فوق تخصصی می شود كه توسط واحدهاي سرپايي و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/ نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده­های مربوطه،آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

.

# **8- بسته هاي خدمات سطح یک**

# خدمات سلامت قابل ارائه در سطح یک ( ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) كه توسط پزشك خانواده و تيم سلامت ارائه مي‌شود.

# **9- نظام پرداخت به ارائه­كنندگان خدمات**

# شيوه خريد يا جبران مالي خدمات­ و مراقبت هايي كه پزشكان خانواده يا تيم هاي سلامت در اختيار جمعيت يا جامعه مي‌گذارند.

# **10- پرداخت سرانه**

# روشي از شيوه خريد خدمت است كه در آن، پرداخت به ازاي جمعيت تحت پوشش، اعم از سالم يا بیمار، صورت مي گيرد. در اين شيوه، ريسك مالي به ارائه دهنده خدمت معطوف مي شود.

# **11- پرداخت كارانه**

# روشي از شيوه خريد خدمت است كه در آن، پرداخت به ازاي خدمات ارائه شده به مراجعه كنندگان صورت مي گیرد. در اين شيوه ريسك مالي به سازمان هاي بيمه گر منتقل مي گردد.

# **12- تفاهم نامه سطح یک خدمات بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر 20 هزار نفر**

# سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح یک بطور مشترک بين معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بيمه سلامت منعقد می گردد.

# **13- دستور العمل اجرایی**

# منظور دستورعمل اجرايي برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي می باشد که جزییات، مسوولیت ها و شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می دهد.

# **14- قرارداد همکاری مشترک**

# قرارداد همکاری بين اداره کل بيمه سلامت استان با مراکز بهداشت يا شبکه های بهداشت و درمان شهرستان به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی منعقد گردد.

# **15-تيم سلامت**

# گروهي از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتي درماني شامل: پزشک، دندانپزشک،کاردان یا کارشناسان مامائی، پرستار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد قراردادکه با مدیریت پزشک خانواده بسته­ي خدمات سطح اول را در اختيار جامعه تعريف شده قرار مي­دهند.

# **16- مركز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشك خانواده**

# مرکزی که در آن، حداقل خدمات پزشک در مرکز و همچنین دارو در داروخانه فعال در محدوده روستا و در شهرهای زیر 20 هزار نفر ( به فاصله پانصد متر از مراکز مجری برنامه) ارائه شود.

# **17- مرکز دارای بیتوته**

# مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که در آن حداقل، خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعات اداری نیز ارائه می شود.

# **18- مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی**

# مرکز خدمات جامع سلامت که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی بصورت 24 ساعته فعال می باشند.

# **19- مرکز معین**

# مراکزارائه دهنده خدمات جامع سلامت که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشک و داروهای اوراژنس را ارائه می نماید.

# **20 - مرکز اقماری**

#  مرکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت 85/1 و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نمی باشد.

# **21- جمعیت تحت پوشش برنامه**

# شامل کلیه جمعیت ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

همچنین براساس تبصره 3 ماده 3 مصوبه 17613/ت 51775 ه مورخ 95 هیئت محترم دولت مبنی بر دریافت خدمت از طریق روستاییان و لزوم استمرار نظام سطح بندی برای ساکنین شهرهای با جمعیت زیر 20 هزار نفر که در سال های اخیر به بیش از 20 هزار نفر رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از 20 هزار ملحق گردیده اند، دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مکلفند نحوه سرویس دهی به ساکنین مناطق فوق الذکر را با ثبت نام این گروه ها در سامانه امید و در چارچوب تعریف شده در مصوبه فوق استمرار بخشند.

# **22- فرانشیز خدمات**

# سهم پرداختی بیمه شدگان به کليه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت­های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعرفه قرار گرفته اند.

# **ماده 2: ستاد ها و کمیته های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

#  به منظور عملياتي كردن برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده در سطوح ملي، دانشگاهي و شهرستاني ، ستادهاي هماهنگی برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده تشكيل مي شود. در اين ستادها طراحي برنامه هاي عملياتي در هر سطح، ارائه راهكارهاي عملي، كمك­هاي فني و پشتيباني به سطوح پايين تر، نظارت بر عملكرد سطح بلافصل خود، تنظيم جريان منابع مالي به شكلي موثر و بهنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژي­ها و محورهاي پيشگفت در طراحي­هاي همان سطح و سطوح پايين تر، هماهنگي با كليه شُرکای برنامه پزشك خانواده در هر سطح، طراحي نظام مديريت اطلاعات به منظور كسب نظر مردم از نحوه اجراي برنامه و پس از استقرار، انجام تمامي فعاليت­هاي لازم به منظور اجراي هرچه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت می گیرد.

**1. ستاد هماهنگی کشوری:** شامل معاون بهداشت، معاون درمان، معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو، رييس مركز مديريت شبكه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي، مديرعامل و معاون سلامت سازمان بيمه سلامت ایران و معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور است. وظایف اين ستاد عبارتند است از:

# الف) نظارت بر اجراي صحيح مفاد تفاهم نامه و دستورعمل اجرائی برنامه در سطح کشور

# ب) بررسي هزينه و برآورد بودجه سالانه برنامه پزشک خانواده در سطح کشور

# ج) بررسی وپیگیری مشکلات ستادهای هماهنگی دانشگاه/دانشکده ها و ارائه راهکار لازم

# رياست ستاد با معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و دبيري آن با مديرعامل سازمان بيمه سلامت ایران خواهد بود. محل دبيرخانه اين ستاد، سازمان بيمه سلامت ایران است.

**2. ستاد هماهنگي دانشگاه/ دانشکده (استانی):** ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده به منظور بررسی و ارزیابی روند فعالیت ها حداقل هر3 ماه يكبار تشكيل مي شود وگزارش عملكرد خودرا به ستاد هماهنگي كشوري ارسال مي کند. تصميمات اين كميته با توافق جمعي (اکثریت آرا) و طي صورتجلسه با امضاي تمامي حاضرين در جلسه، مصوبه استانی/ شهرستانی تلقي شده و براي طرفين لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعي، موضوع به ستاد هماهنگی كشوري منعكس و تصميمات آن براي استان/ شهرستان مربوط لازم الاجراست. اعضاي اين ستاد عبارتند از: رييس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشكي، مديرکل بيمه سلامت استان، معاونين بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده، مدیر گروه گسترش شبكه دانشگاه/ دانشکده، معاون بیمه سلامت، رييس اداره نظارت يا اسناد پزشکی و مسئول امور روستاييان بيمه سلامت استان و مديركل امور اجتماعي استانداري در مراکز استان­ها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هايي که مرکز استان نيستند. در تمامي دانشگاه ها/ دانشكده ها، رياست ستاد به عهده رييس دانشگاه/ دانشکده و دبیری آن به عهده مديرکل بيمه سلامت استان یا رییس اداره بیمه سلامت شهرستان است. بر حسب مورد معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت غذا و دارو و معاونت آموزشی دانشگاه در جلسات ستاد هماهنگی حضور می یابند.

تبصره: ستاد هماهنگي دانشگاه/ دانشکده نمی تواند خارج از چارچوب تفاهم نامه و اصول كلي آن تصميم گيري کند.

وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

الف) بررسي هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پيشنهاد، سوال يا استفسار از سطح شهرستان درباره بيمه روستاييان، پزشک خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهايي

ب) اتخاذ تصميم درباره موارد مهمي كه در سطح شهرستان قابل حل نيست

ج) تصميم گيري درباره موارد اختلاف بین اداره بيمه سلامت و مركز بهداشت شهرستان

د) سیاستگذاری و تصمیم گیری در خصوص اجرای برنامه پزشک خانواده در سطح دانشگاه/ دانشکده براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرائی برنامه

# ه) برنامه ریزی برای انجام حسابرسی مشترک و رصد منابع تخصیصی

# و) برنامه ریزی برای تحلیل هزینه های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به منظور بررسی هزینه ها، بار مراجعات و ارجاعات سطح دو

# **3. ستاد هماهنگی شهرستان:** اعضای این ستاد شامل مديرشبكه، رييس مركز بهداشت یا جانشین وی، مسئول واحد گسترش شبکه (معاون درمان يا يکی از روسای بيمارستان يا بيمارستان های موجود در شبكه بهداشت و درمان شهرستان و نماینده معاونت غذا و دارو حسب مورد بصورت میهمان) و کارشناس مسئول بیمه روستایی و رييس اداره بيمه سلامت شهرستان و کارشناس ناظر برنامه بیمه روستایی شهرستان و فرماندار یا نماینده تام الاختیار ایشان می باشد. ابلاغ اعضاي ستاد با دو امضاء مديرشبكه بهداشت و درمان شهرستان و مديركل بيمه سلامت استان صادر مي شود. رييس و دبير ستاد هماهنگی شهرستان در اولين جلسه تشکيل ستاد تعيين می شوند. زمان برگزاری جلسات ماهانه یکبار می باشد.

# وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

# الف) هماهنگی و نظارت بر جذب نیرو و انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اعضای تیم سلامت

# ب) هماهنگی و نظارت بر برگزاری دوره های آموزشی در ابتدای و حین کار

# ج) هماهنگی و نظارت برروند اجرای برنامه و گزارش آن به ستاد استانی

# د) هماهنگی و نظارت براجرای مفاد کامل دستورعمل اجرایی و تفاهم نامه

# ه) ارائه گزارشات عملکردی و اعتباری برنامه به سطوح بالاتر

# و) برقراری تعامل بین سطوح ارائه خدمت سلامت اول و دوم يا بالاتر

# ز) ارسال مشکلات غیرقابل حل به ستاد استان و پیگیری آنها

# ح) تحلیل هزینه های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

# ط) ارزیابی و بررسی نتایج پایش مراکز خدمات جامع سلامت

# ی) هماهنگی برای رفع مغایرت جمعیت مشمول

# **4. كميته فني كشوري برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع:** اعضاي اين كميته را رییس مرکز مدیریت شبکه، یک نفر از معاونین بهداشتی و یک نفر از مدیران گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور به انتخاب مرکز مدیریت شبکه، مدیر گروه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مرکز مدیریت شبکه، معاون بیمه سلامت، مدیر کل بیمه سلامت عمومی و یک نفر مدیر کل بیمه سلامت استان به انتخاب معاونت بیمه سلامت؛ براساس ابلاغ صادره توسط رييس مرکز مديريت شبکه تشكيل مي دهند.

# تبصره: بر حسب نیاز کمیته می تواند برای اخذ نظر کارشناسی از صاحب نظران در معاونت بهداشت، معاونت غذا و دارو، معاونت توسعه منابع و نیروی انسانی، معاونت آموزشی و فن آوری اطلاعات و همچمنین معاونت بیمه سلامت دعوت بعمل آورد.

# رياست کمیته با معاونت بیمه سلامت ایران و دبيري آن با مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت خواهد بود. محل دبيرخانه اين کمیته، معاونت بهداشت است.

# وظایف اصلی این کمیته عبارتنداز:

# الف) تهیه دستورعمل ها و بخشنامه ها و قراردادهای نمونه و ارائه تفسیر از مفاد آن در صورت لزوم

# ب) بررسی مشکلات اجرایی در روند اجرای برنامه و ارائه راه حل

# ج) نظارت و ارزشیابی و تهیه وتدوین چک لیست اجرای برنامه در ارائه کلیه خدمات

# د) تهیه شیوه نامه آموزشی در اجرای برنامه

# ه) سیاستگذاری و تدوین اقلام دارویی مورد نیاز

# و) نظارت بر عملکرد کمیته بررسی نسخ دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی

# ز) تدوین استاندارد تجهیزات مورد نیاز جهت اجرای برنامه

# **ماده 3: هیئت امناء**

#  در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز بهداشتي درماني مجري برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده، هيات امنایي متشكل از افراد زير حداقل فصلی یکبارتشكيل مي گردد: دهيار، 1 يا 2 نفر نماينده شوراي اسلامي روستا/ شهر، مدير يا معلم مدرسه روستا، 2 نفر از معتمدين روستا، 1 نفر نماينده شوراي حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود) ، 1 نفر بهورز و 1 نفر پزشك روستا كه سرپرستي اين هيات با پزشك مسئول مرکز خدمات جامع سلامت مي باشد و بنا به صلاحديد منطقه مي توان افرادي را به آن اضافه كرد. درمورد شهرهای با جمعيت کمتراز 20 هزار نفر، به جای دهيار، بخشدار به عنوان عضو هيات امناء انتخاب می شود. اختیارات هيات امناي روستا عبارت است از: برگزاري نشست هاي جمعي با مردم روستا به منظور اطلاع رساني و آموزش برنامه بيمه روستايي توسط پزشك و مسئولين شبكه شهرستان، هماهنگي با بخشدار، فرماندار و اطلاع رساني به آنها درمورد شاخص هاي سلامت منطقه، جلب مشاركت هاي مردمي/ خیرین، وضعيت ساختار جمعيت، و حل مشكلات اجرايي موجود در برنامه مثل تهيه و توسعه مكان مناسب براي بيتوته پزشك و کارکنان و ...

# **ماده 4: کارکنان مرتبط با برنامه**

# نیروهای درگیر در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی علاوه بر اعضای تیم سلامت شامل موارد ذیل می باشند:

# 1. كليه کارکنان شاغل در مركز خدمات جامع سلامت اعم از قراردادي، رسمي، پيمانی، طرحي و پيام آورکه در برنامه بيمه روستايي به كار گرفته شده اند.

# تبصره: ضمن تذکر در خصوص الزام تعیین تکلیف جمعیت شهری زیر 20 هزار نفر توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان، در شرايطي كه تيم پزشك خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعيت روستايي در مرکز خدمات جامع سلامت شهري روستايي مستقر گردد و جمعيت شهري نيز جزء قرارداد با بيمه نباشد (شهرهای بالای 20 هزار نفر)، به هيچوجه نبايد جمعيت شهري و روستايي تحت پوشش اين مركز بين پرسنل مركز تقسيم شود. بايد همكاري كامل بين پرسنل براي ارائه خدمت به كل جمعيت برقرار باشد و كارانه ای براساس ضريب عملكرد كل پرسنل مركز (غيراز افراد طرف قرارداد) بين همه آنها توزيع گردد.

#  تاکید می گردد در چنين شرايطي به ازاي جمعيت طرف قرارداد بايد نيروي پزشك و ماماي موردنياز را تامين كرد و براي جمعيت شهري نيز به تعداد پزشكان افزود بطوري كه ناچار نباشيم جمعیت تحت پوشش يك پزشك را بیش از 4000 نفر قرار دهیم.

# 2. تمام کارکنان شاغل در واحدهاي مختلف تخصصي و پشتيباني ستادی در مركز بهداشت استان (دانشگاه/ دانشکده)/ شهرستان كه در اجراي برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده همكاري دارند.

# 3. تمام کارکنان شاغل در معاونت توسعه دانشگاه كه بطور مستقيم برای تسهیل در اجرای برنامه پزشك خانواده و برنامه بيمه روستايي فعالیت می­کنند و وظايف تعيين شده در بخشنامه هاي صادره از سوي كميته هماهنگي مشترك برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده را درمورد شيوه پرداخت ها و انعقاد قراردادها انجام مي دهند.

# 4. تمام کارکنان شاغل در معاونت بهداشت وزارت متبوع كه برای سیاست گذاری، نظارت و تسهیل در اجرای برنامه پزشك خانواده و برنامه بيمه روستايي فعالیت می­کنند و وظايف تعيين شده در بخشنامه هاي صادره از سوي كميته های مشترك برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده را انجام مي دهند.

# **ماده 5: شيوه استقرار برنامه پزشك خانواده درمناطق مجري بيمه روستايي**

# با تكيه بر اصل سطح بندي خدمات بهداشتي درماني، تمامي مناطق روستايي و شهری كشور در قالب طرح هاي گسترش شبكه بهداشت و درمان قرار دارند. اين بدان معناست كه در دفترچه هاي طرح گسترش شبكه هر شهرستان، براي تمامی روستاها و شهرهای زیر20 هزار نفر و کلا" برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شيوه دريافت خدمت كاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می باشد.

# در واقع، يك روستا در شهرستان از شمول چهار حالت ممكن زير خارج نيست:

# 1-روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه هاي طرح گسترش، داراي خانه بهداشت يا پايگاه بهداشت روستايي است. اين روستا، روستاي اصلي نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی نیز باشند. معمولاً يك يا چند خانه بهداشت ، تحت پوشش يك مرکز خدمات جامع سلامت فعاليت مي كنند. درصورت نزديكي خانه بهداشت به منطقه شهري ممكن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مركز خدمات جامع سلامت شهري قرارگيرد كه دراين شرايط به آن مركز، مركز خدمات جامع سلامت شهري روستايي گفته مي شود.

# 2-روستاي قمر: روستایی که طبق دفترچه هاي طرح گسترش، محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی يا خانه بهداشت نبوده ولي تحت پوشش خانه بهداشت مي باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

# 3-روستای سیاری: به برخي از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تيم سيار (سياري خانه بهداشت، سياري مرکز خدمات جامع سلامت يا سياري مركز بهداشت شهرستان) به جمعیت ساکن در آنها ارائه مي گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

# 4-روستای مستقیم به شهر: روستاهايي كه مستقيما" و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش يك مرکز خدمات جامع سلامت شهري روستايي قرار دارند. معمولا" اين روستاها در حاشيه شهرها واقع شده اند و از آنجا كه مسير حركت جمعيت به سمت شهر است و اغلب جمعيت قابل توجهي نيز ندارند، مستقيما" در پوشش نزديكترين مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهري قرار مي گيرند.

# **فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی**

# **ماده 6: تعيين نیروهای مورد نياز تیم سلامت**

# معیار تعیین اعضای تیم سلامت جمعیت کل تحت پوشش برنامه است. براین اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت بشرح زیر می باشد:

# **1-پزشک:** براي ارائه خدمت در هر مركز به ازاي هر 4000 نفر جمعيت تحت پوشش جمعیت ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) يك پزشك تعيين می گردد. براي جمعيت بيش از 4000 نفر تا سقف 8000 نفر به دو پزشك و براي جمعيت بيش از 8000 نفر تا سقف 12000 نفر به سه پزشك و ... نيازخواهد بود.

# تبصره 1: چنانچه كل جمعيت مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه، بيش از 4000 نفر باشند كه 2 يا چند پزشك براي آن مركز نياز است، مي بايست جمعيت تا حد امکان به تساوي بين پزشكان آن مركز تقسيم و مشخص گردد كه هر پزشك، مسئول كدام خانوارها است.

# تبصره 2: وجود حداقل یک پزشک جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر 11 پزشک خانواده، با يک پزشک دیگر نیز به عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. اين پزشکان در ايام معمول بايد در مراکز موردنياز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با ساير پزشکان را داشته باشند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جانشین واحد نداشته باشد. بدیهی است در مراکز چند پزشکه در صورت مرخصی پزشکان، علیرغم پوشش توسط سایر پزشکان مرکز، بدلیل عدم تناسب جمعیت به تعداد پزشک، مشمول تعدیلات جمعیتی می گردد. پزشکان جانشین کلیه فعالیت های پزشک خانواده اصلی را می بایست انجام دهند.

تبصره 3: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از 5000 نفر را تحت پوشش یک پزشک قرار داد.

# **2-ماما:** به ازای هر 7000 نفر جمعيت تحت پوشش جمعیت ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) ، بايد يک ماما تعيين کرد.

تبصره 1: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از 7000 نفر را تحت پوشش یک ماما قرار داد.

تبصره 2: در مناطق محروم که امکان جذب ماما/ پرستار وجود ندارد، ستاد هماهنگی استان موظف است پیشنهادات مبنی بر جذب نیروی جایگزین را به مرکز مدیریت شبکه و سازمان بیمه سلامت ارسال نماید.

# تبصره 3: درصورت نبود امكان جذب ماما در يك مركز، در مراكز خدمات جامع سلامت فعال و مجري برنامه پزشك خانواده که واحد تسهيلات زايماني ضميمه دارند، مي توان از ماماي تسهيلات زايماني استفاده كرد. در اين صورت، چنانچه نیروی کار بهيار يا پرستار در مركز وجود نداشته باشد، مي توان به جاي ماما با يك نفر پرستار قرارداد منعقد نمود. همچنين، چنانچه به بيش از يك ماما در مركز نياز باشد و درصورت نبود داوطلب مامايي، مي توان به عنوان نفر دوم، بنابه صلاحديد مركز بهداشت شهرستان و با اطلاع كتبي به اداره كل بيمه سلامت استان و به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامايي، از نيروي پرستار استفاده كرد. درصورت نبود امكان جذب ماما در يك مركز، جايگزيني حداكثر تا سقف 5% تعداد ماماهاي تيم سلامت شهرستان با پرستاران به نحوي كه ارایه خدمات مامایی متوقف نشود و با اطلاع اداره كل بيمه سلامت استان مربوطه، بلامانع است.

# تبصره 4: چنانچه امکان جذب نیروی انسانی پرستار یا بهیار جهت انجام امور تکنیکی درمان از قبیل تزریقات عضلانی، وریدی، پانسمان و سرم تراپی وجود نداشته باشد دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می تواند نسبت به بکارگیری نیروی انسانی ماما اقدام نماید.

# تبصره 5: ماما به هيچوجه جايگزين دیگر نيروهاي بهداشتی تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت نخواهد بود. به کارگیری نیروی کاردان/کارشناس بهداشتی ( از جمله بهداشت خانواده، بهداشت محیط و حرفه ای، مبارزه با بیماریها، بهیار و پرستار) در مراكز و براساس دفاتر طرح گسترش شبكه شهرستان الزامی است. دانشگاه موظف است نسبت به جذب نیروهای بهداشتی مورد نیاز در بازه زمانی مناسب اقدام نماید. همچنین به منظور رفع کمبود نیروی بهداشتی مورد نیاز می توان از محل جذب سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت برابر ضوابط مربوطه اقدام نمود. بدیهی است بر این اساس به کارگیری مامای تیم سلامت به عنوان پذیرش بیماران، بهورز، نمونه گیری آزمایشات و سایر وظایف تعیین شده خارج از بسته خدمتی ممنوع می باشد.

# تبصره6: برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که جمعيت کمتراز 4000 نفر تحت پوشش خود دارند، حداقل يک پزشک و يک ماما بايد درنظر گرفت. در مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت کمتر از 2000 نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است می بایست باقی روزهای هفته در مراکز مشابه و یا همان مرکز حضور یابند. همچنین از پزشک و مامای ثابتی در این مراکز استفاده گردد.

# تبصره 7: وجود حداقل یک مامای جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر 11 ماما، با يک مامای دیگر نیز به عنوان مامای جانشین قرارداد منعقد نماید. اين ماما ها در ايام معمول بايد در مراکز موردنياز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با ساير ماما ها را داشته باشند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماما های خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به مامای جانشین واحد نداشته باشد.

# تبصره 8: در شهرهای زیر بیست هزار نفر که فاقد خانه بهداشت می باشند، به کارگیری فقط یک نفر مامای تیم سلامت از طریق برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی امکان پذیر است. به ازای وجود یک تا سه خانه بهداشت، می توان با یک مامای دیگر قرارداد پزشک خانواده منعقد نمود. به کار گیری ماماهای دیگر از طریق عقد قرارداد با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت عنوان مراقب سلامت ناظر ( با عنوان سایر نیروهای بهداشتی) میسر است.

# تبصره 9: در صورت استقرار چندین مامای تیم سلامت از قبل و وجود ماما مازاد بر نیاز، فعالیت آنان با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی ادامه خواهد داشت به این ترتیب که اولویت نگهداری مامای تیم سلامت با مامای با سابقه بیشتر بوده و در خصوص ادامه فعالیت ماماهای دیگر، اولویت جذب ماما در مراکز مجری دیگر برنامه که نیاز به ماما دارند با آنها خواهد بود و همچنین می توانند در صورت تمایل، به عنوان مراقب سلامت ناظر (سایر نیروهای بهداشتی) با ایشان قرارداد پزشک خانواده منعقد نمود.

# **3-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:** تعداد دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان مورد نياز براي ارائه خدمت حداکثر تا 15 هزار نفر جمعیت تحت پوشش ( در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعيين با حداقل 4 ساعت روزانه خدمات دندانپزشکی ( با یونیت) می گردد.

# **4-نیروی آزمایشگاه:** نیروی آزمایشگاه مورد نياز براي ارائه خدمت حداکثر تا 7000 نفر جمعیت تحت پوشش در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت و دارای واحد نمونه گیری یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعيين می گردد.

# **5-نیروی رادیولوژی:** در مراکزی که دارای واحد رادیولوژی فعال هستند، حداقل یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعيين می گردد.

# **6- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک):** به ازای هر دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، با حداقل روزانه 4 ساعت خدمات دندانپزشکی ( با یونیت) در مرکز خدمات جامع سلامت یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت کاردان بهداشت دهان/ پرستاری دندانپزشکی و در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تعیین می گردد. این فرد بایستی در موارد دهگردشی همراه دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان حضور یابد.

# **7-سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کار گیری در برنامه پزشک خانواده:** علاوه بر نیروهای فوق الذکر سایر نیروی انسانی مورد نیاز تیم سلامت شامل موارد زیر می باشد.

# - پرستار/ بهیار

# - کاردان/کارشناس بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها )مراقب سلامت ناظر(

# - کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای

# - کارشناس روانشناسی بالینی

# - کارشناس تغذیه

# جذب پرسنل سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز بر اساس ضوابط این دستور عمل با رعایت دو شرط زیر امکان پذیر می باشد:

# الف) جذب نیرو در سقف اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه ( از محل بند ج ماده 4 تفاهم نامه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی)

# ب) تکمیل حداقل 50 درصد از کلیه پست های مصوب بلاتصدی نیروهای بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده روستائی بر اساس چارت تشکیلاتی

# تبصره: به کارگیری هر گونه نیروی انسانی با عناوین غیر از اعضای تیم سلامت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و خارج از مفاد این دستور عمل ممنوع می باشد.

# **ماده 7: اولویت جذب اعضای تیم سلامت**

# اولویت جذب اعضای تیم سلامت به ترتیب عبارت است از:

# نیروهای استخدامی رسمی و پیمانی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت محل خدمت

# نیروهای بخش خصوصی فعال در محل

# سایر نیروهایی که بر اساس فراخوان و ضوابط تعيين شده توسط مراكز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشند.

# نیروهای طرحی و پیام آور

# تبصره: تحت شرايط استثنايي و فقط با نظر معاون بهداشتي دانشگاه/ دانشکده مي توان از پزشك استخدامی ( رسمی/ پیمانی) كه مايل به فعاليت دراين برنامه نيست به عنوان پزشك جايگزين در زمان نبود ساير پزشكان شاغل استفاده كرد. اين امر براي پزشكان پيام آور و مشمول قانون طرح نيروي انساني صدق نمي كند و حضور آنان در صورت نياز مركز بهداشت شهرستان در اين برنامه اجباري است.

# **ماده 8: روند جذب اعضای تیم سلامت**

#  با توجه به تبصره 6 ماده 31 آئین نامه اداری، استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی، جذب نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی با معرفی معاونت بهداشتی دانشگاه پس از انجام مصاحبه، جهت طی مراحل بعدی به کارگیری و گزینش از طریق معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه انجام می شود.

# تبصره1: نظر به اینکه قرارداد کارکنان قراردادی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بر اساس مفاد دستور عمل تبصره 3 ماده 2 آئین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی سال 1386 می باشد، کلیه مواردی که در دستور عمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی پیش بینی نگردیده است تابع ضوابط مندرج در دستور عمل فوق الذکر خواهد بود.

#  تبصره 2: در برنامه بيمه روستايي، پزشكان تیم سلامت كه از هر طريق ممكن ( قرارداد با مركز بهداشت شهرستان يا در قالب رابطه استخدامي با مركز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان اعضای تیم سلامت مشغول خدمت به مردم روستايي/ عشاير يا شهرهاي زير 20 هزار نفر مي­شوند، اجازه فعاليت در بخش خصوصي حرف پزشکی (مطب، درمانگاه، مراکز پیش بیمارستان، بیمارستان، مرکز درمان سوء مصرف مواد و ...) را نخواهند داشت ولي مجوز مطب آنها نبايد ابطال گردد. دانشگاه نیز اجازه ندارد از اين پزشکان در مراکز پیش بیمارستانی و بيمارستان­ها در ساعات اداری و غيراداری استفاده کند. بر همین اساس می بایست به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب، کلینیک و ... آنان استعلام گردد.

# تبصره 3: با توجه به پرداخت کارانه علاوه بر حکم کارگزینی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، هرگونه پرداخت دیگری از جمله پرداخت حق محرومیت از مطب، تمام وقتی و فوق العاده حق ماموریت به ایشان، مقدور نمی باشد.

# **ماده 9: جذب نیروهای بازخرید یا بازنشسته**

# به كارگيري افراد بازخريد يا بازنشسته شده در برنامه پزشک خانواده ممنوع است به استثناء مقامات، اعضاء هيات علمي ، ايثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه هاي اجرايي يا داراي رديف يا هر دستگاهي كه بنحوي از انحا از بودجه كل كشور استفاده مي كند.

# **ماده 10: سقف سنی جذب پزشک**

# دانشگاه مجاز است پزشکان مشمول برنامه پزشک خانواده را طبق بند الف ماده 34 آئین نامه اداری استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی حسب ضرورت تا سن 50 سالگی بصورت قراردادی در بدو ورود به کارگیری کند بدیهی است سال های خدمت اشتغال نامبرده در برنامه مذکور (در سطوح ستاد کشوری، استانی و شهرستانی دانشگاه/ دانشکده و بیمه سلامت و مراکز مجری برنامه) به سقف سنی پیشگفت اضافه می شود. تعیین سقف سنی جهت سایر نیروها طبق ضوابط آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

# **ماده 11: جذب در مناطق با شرایط خاص**

# در مراکز اقماری به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/ دانشگاه و تایید معاونت بهداشت وزارت متبوع، می توان از نوع قرارداد اقماری ( 15 روز کاری در ماه برای هر پزشک/ ماما) استفاده کرد، تعیین و فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت ، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد.

# **فصل سوم: چارچوب و شرایط قرارداد**

# **ماده 12: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بيمه سلامت استان**

# قرارداد مابين شبکه/ مرکز بهداشت و درمان شهرستان و اداره کل بيمه سلامت استان سالانه براساس تغييرات جمعيت دارای دفترچه بيمه روستاييان تجديد خواهد شد. ماخذ آمار اين جمعيت سازمان بيمه سلامت ایران است و در مواردی که رقم اعلام شده سازمان بیمه سلامت ایران با سرشماری ابتدای سال خانه های بهداشت اختلاف داشته باشد، موضوع بايد مجدداً توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی گردد و در همين زمان باید جمعيت اصلاح شده به تفکیک شهرستان و برحسب جمعیت روستایی و شهری به مركز مديريت شبكه نيز اعلام شود.

تبصره 1: انعقاد قرارداد براي ارائه خدمات به جمعيت ساكن در شهرهاي زير 20 هزار نفر بايد از همان الگوي سرانه جمعيت روستايي تبعيت كند. ملاک آمار جمعیت بیمه شدگان (صندوق روستایی) در سال جاری، امور بیمه گری سازمان بیمه سلامت می باشد و ملاک جمعیت ساکن در سال جاری، وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تبصره 2: سازمان بیمه سلامت ایران موظف است نسبت به تامین به موقع دفترچه های بیمه اقدام کند. ارائه دفترچه بيمه روستاييان در سطح یک خدمات براي دريافت خدمات درماني، دارويي و پاراكلينيكي ضرورت دارد و باید اوراق مربوطه از دفترچه جدا شده و به سازمان ارائه گردد. برگ مربوط به پزشک خدمات سطح اول توسط شبکه به اداره کل بیمه سلامت تحویل شود. بدیهی است در صورتی که سازمان بیمه سلامت تصمیم به حذف دفاتر بیمه کاغذی را داشته باشد مراتب به نحو مقتضی اطلاع رسانی خواهد شد.

تبصره 3: تاييد معاون بهداشتي دانشگاه/ دانشکده علوم پزشكي براي انعقاد قرارداد همكاري بين اداره بيمه سلامت استان و شبکه/ مركز بهداشت شهرستان ضرورت دارد.

**ماده 13: انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات**

با کلیه نیروهای به کارگیری شده در برنامه اعم از نیروهای آزاد (بر اساس تبصره 5 ماده 31 آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاهها و دانشکده های علو م پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی)، رسمی، پیمانی، طرحی وپیام آور می بایست قرارداد همکاری تنظیم شده و به امضاء طرفین برسد.

تبصره1: انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت صرفا از سوی مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

تبصره 2: انعقاد قرارداد با مراکز ارایه دهنده خدمات نیز صرفا از سوی مرکز بهداشت شهرستان میسر است.

# تبصره 3: مبلغ مندرج در متن قرارداد مذکور بر مبنای حکم کارگزینی صادره ( بر اساس ضوابط معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی) و پرداخت کارانه ( در صورت استحقاق و بر اساس عملکرد و فرمول مکانیسم پرداخت دستور عمل برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی) تعیین می گردد.

# تبصره 4: مدت زمان قرارداد حداکثر یکسال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد.

# تبصره 5: ارائه یک نسخه از متن قرارداد در ابتدای قرارداد یا تمدید آن و همچنین ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه به مستخدم الزامی است. مستخدم پس از انعقاد قرارداد متعهد به پذیرش مفاد قرارداد و دستور عمل اجرایی برنامه خواهد بود.

تبصره 6: یک نسخه از قرارداد های مذکور توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال می گردد.

تبصره 7: امکان عقد قرارداد پاره وقت با اعضای تیم سلامت مقدور نمی باشد.

**ماده 14: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت**

تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت به شرح زیر می باشد:

1-ارائه يك نسخه از قرارداد و دستورعمل اجرایی برنامه به پزشك خانواده و اعضای تیم سلامت طرف قرارداد

2-ارائه آموزش لازم براساس دستورالعملها، بسته های خدمت و راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت

تبصره : اولویت انجام آموزش با روش غیر حضوری می باشد.

3-برگزاری دوره آموزشي3 روزه با هدف شناخت نظام شبكه و وظايف تيم سلامت و دستورعمل اجرايي برنامه پزشك خانواده براي اعضای تیم سلامت و صدور گواهي مربوط به اين دوره. لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مرکز مجری برنامه منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه انجام گردد.

4-برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تيم سلامت و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده

5-تامين، تعمیر وتجهیز فضاي فيزيكي ارائه خدمات پزشك خانواده در مناطق روستايي و شهرهاي زير20 هزار نفر

تبصره: دانشگاه/ دانشکده موظف است فهرست تجهیزات فنی اساسی و تعمیرات ضروری موردنیاز برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و خانه بهداشت را به تفکیک نام مرکز و برآورد اعتبار براساس سرانه به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.

6-برگزاری دوره آموزشی در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدورگواهینامه آموزشی توسط اداره کل بیمه سلامت استان

تبصره 1: برگزاری انجام این دوره آموزشی در تعهد اداره بیمه سلامت می باشد.

تبصره 2: زمان حضور پزشکان در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.

7- برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان/ اعضای تیم سلامت برنامه پزشک خانواده جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان

8-اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش در خصوص نرخ تعرفه ويزيت پزشک، نظام ارجاع و ساير خدمات قابل ارائه در مركز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهيار/بخشدار

تبصره: جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی می باشد.

9- پزشكان خانواده، بهورزان و ساير اعضاي تيم سلامت بايد آموزش ببینند تا در شرايط فوريت هاي پزشكي براي مراجعه كننده به واحد ارائه خدمت، در اسرع وقت با مركز فوريت هاي پزشكي 115 تماس بگيرند تا افراد نيازمند به نزديكترين واحد درماني و بيمارستاني انتقال يابند.

10-پزشكان خانواده و اعضاي تيم سلامت موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرايط نياز به اقدام فوري با شماره تلفن 115 تماس بگيرند. در اين آموزش باید مشخص شود كه بيماران در چه شرايطي مي توانند مستقيماً خدمات را از طريق اورژانس 115 دريافت كنند و درچه شرايطي بايد از طريق پزشك خانواده خود اقدام نمايند

11- چنانچه میانگین مراجعين روزانه به يك پزشك خانواده براي مدت يك ماه بالغ بر 70 نفر شود، بايد موضوع از طریق مرکز بهداشت شهرستان به ستاد هماهنگی شهرستان براي بررسي و پيشنهاد ارائه طريق، ارجاع گردد. در اینصورت پس از بررسی علل کثرت مراجعات ، گزارشی تهیه و برای ستاد هماهنگی استان ارسال گردیده، ستاد هماهنگی استان پس از بررسی مورد یکی از اقدامات زیر را انجام می دهد:

# چنانچه به ازای هر پزشک جمعیت بیش از 5000 نفر باشد ،كم كردن جمعيت تحت پوشش هر پزشك با تسریع در جذب پزشک جدید

# چنانچه جمعیت در محدوده کمتر از 5000 نفر باشد استفاده از تمام امکانات محلی برای فرهنگ سازی و آموزش عمومی مردم

# احاله موضوع بررسی علل بار مراجعه بالا به مرکز تحقیقاتی یا گروه آموزشی –تحقیقاتی (HSR) مرتبط در هر دانشکده/دانشگاه

# لازم است نتایج بررسی از علل افزایش بار مراجعه به ستاد اجرایی استان جهت اتخاذ تصمیمات بعدی انعکاس یابد

# 12-ارائه گواهی انجام کار به پزشک خانواده و ماما پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملكرد، رضايت مندي و نمره ارزشيابي و مدت زمان خدمت

# تبصره 1: چنانچه پزشك يا ماماي طرف قرارداد، محل خدمت فعلي خود را ترك كند اعم از اينكه فرد، خود مايل به ترك خدمت شده باشد يا به دلايلي قرارداد وي توسط مركز بهداشت شهرستان لغو گردد، در هنگام انعقاد قرارداد با اين افراد براي محل ديگر، بايد اين گواهي مبناي به كارگيري (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضريب ماندگاري (از اين به بعد) وي قرارگيرد. در صورت جابجایی فرد با درخواست شخصی، ضریب ماندگاری با شرایط مقصد برقرار می گردد و چنانچه با نظر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و زودتر از پایان زمان قرارداد باشد ملاک تا زمان پایان قرارداد قبلی ، مرکز مجری مبدا خواهد بود. در هر دو صورت، انعقاد قرارداد جدید مورد نیاز است. تغییرات ماندگاری در جابجایی در صورت تمایل خود فرد در محدوده شهرستان قبل از پایان زمان قرارداد قبلی خود معادل 85% ماندگاری و در صورت جابجایی با نظر مرکز بهداشت شهرستان تا پایان زمان قرارداد قبلی 100% ماندگاری خواهد بود.

# تبصره 2: مرخصی های استعلاجی مستمر بیش از یک ماه، به تعداد روزهای مرخصی، در ماندگاری فرد محاسبه نمی گردد، لیکن، در حکم کارگزینی بر اساس ضوابط مربوطه لحاظ می گردد.

# در صورت جابجایی محل اشتغال فرد در حوزه دانشگاه/ دانشکده محل فعالیت، و عدم وقفه کاری، نیازی به طی مراحل گزینش مجدد نمی باشد.

# تبصره 3: با افرادي كه در گواهي انجام كار نمره ارزشيابي كمتر از 70 درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از طی حداقل یک دوره سه ماهه بوده واستمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز چک لیست اولین پایش بالای70 می باشد. در صورت کسب امتیاز چک لیست پایش کمتر از 70 برای بار دوم لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید برای وی در سال جاری میسر نمی باشد.

# تبصره 4: لغو قرارداد اعضای تیم سلامت بر اساس دلایل مستند و صرفا پس از تذکر کتبی جهت اصلاح امور حداقل یک ماه قبل و با دستور و ابلاغ معاون بهداشتی دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی امکان پذیر خواهد بود.

# تبصره 5: لیست پایان کار اعضای تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره کل بیمه سلامت شهرستان ارسال گردد.

# 13: در صورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت، صدور حکم ماموریت، بدون پرداخت فوق العاده صورت می گیرد.

# **ماده 15: انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی**

# به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، مرکز بهداشت شهرستان می تواند نسبت به عقد قرارداد با داروخانه های غیر دولتی حوزه تحت پوشش و پذیرش نسخ دارویی تجویزی توسط پزشک خانواده اقدام نماید. در این صورت ادارات بیمه شهرستان می بایست از پذیرش نسخ دارویی تجویزی پزشک خانواده ارائه شده از سوی داروخانه مذکور امتناع ورزند. درصورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و وجود داروخانه بخش خصوصي در روستاي محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه بيمه روستايي، اولويت براي تامين و توزيع داروهاي مورد نياز از طريق انعقاد قرارداد با اين داروخانه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه و در چارچوب قرارداد و ضوابط مربوطه مي باشد. اگر بيش از يك داروخانه در محل وجود داشته باشد، مي توان با هر يك از آنان بر اساس ضوابط مربوطه عقد قرارداد، قراردادی جداگانه منعقد كرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد مي شود شعبه اي از داروخانه را با اقلام داروهاي سطح اول (اقلام مورد درخواست پزشک) از نظر فضای فيزيکی در مركز مستقر نمايد مگرآنكه داروخانه در محدوده روستا و یا در شهر زیر 20 هزار نفر در شعاع 500 متری تا مركز مستقر باشد. داروخانه غیر دولتی طرف قرارداد موظف است کلیه اقلام دارویی مورد نیاز در بسته خدمتی ( 436 قلم) را تامین نموده و کسورات ناشی از عدم تامین اقلام دارویی به هر شکل مرتبط با کمبود اقلام یا عدم ارائه خدمات دارویی به عهده داروخانه طرف قرارداد می باشد. لازم است این مورد در متن قرارداد فی مابین لحاظ گردد. درصورت نبود داروخانه بخش خصوصي در محل استقرار مركز بهداشتي درماني، مي توان با داروخانه بخش خصوصی موجود در مناطق مجاور تا شعاع 500 متری مرکز و قابل دسترس مردم بنا به تشخيص مركز بهداشت شهرستان، جهت تامين داروهاي مورد نياز برنامه پزشك خانواده انعقاد قرارداد نمود. بدیهی است داروخانه های خصوصی طرف قرارداد موظف به رعایت کلیه ضوابط موجود در داروخانه های مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت (فرانشیز ،حق فنی ،عقد قرارداد و...) می باشند.

# تبصره1: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامين و توزيع دارو و تامين نيرو برای ارائه خدمت در شيفت های صبح و عصر و در برنامه سياري پزشك خانواده (دهگردشي) به روستاهاي تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و تامين دارو در شيفت شب براي موارد اورژانس مي باشد. مسئوليت تامين پرسنل و ارائه خدمات دارویی در مرکز مجری برنامه و در دهگردشی ها با مسئول داروخانه طرف قرارداد مي باشد. پرسنل به کارگیری شده باید واجد تاییدیه معاونت غذا و داروی دانشگاه باشند.

# تبصره2: در ساعات غيراداری ( بیتوته) باید حداقل داروهای موردنیاز در قالب قفسه دارویی ضروری اورژانس در اختيار پزشک خانواده قرار داده شود.

# تبصره 3: داروخانه طرف قرارداد که در محل مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه قرار دارد، فقط مجاز به ارائه دارو، ملزومات دارویی، پزشکی و اقلام بهداشتی و خدمات مربوطه از اين محل به مردم می باشد و مجاز به فروش لوازم آرايشی نيست.

# تبصره4: نظارت بر عملکرد دارویی داروخانه های مجری برنامه پزشک خانواده بر عهده کمیته دارویی متشکل از کارشناسان حوزه بهداشت و غذا و داروی دانشگاه با ریاست معاون غذا و دارو و دبیری مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی/ مرکز بهداشت استان خواهد بود.

# **فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت**

# **ماده 16: تشکیل پرونده سلامت**

# اولين اقدام پزشك خانواده پس از شناخت جمعيت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشكيل پرونده سلامت براي هر فرد از افراد خانوار و انجام اولين ويزيت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش صورت گرفته و فرمهای مربوطه که از طریق ستاد هماهنگی شهرستان تهیه و به تیم سلامت تحویل داده می شود، تکمیل و در پرونده ثبت می گردد ( و یا ثبت در سامانه الکترونیک). هر اقدام درماني كه پزشك خانواده براي افراد تحت پوشش خود انجام مي دهد بايد در پرونده سلامت خانوار وي ثبت گردد. هر سال يكبار بايد ويزيت دوره اي براي كليه افراد تحت پوشش و برای گروه های هدف مطابق با بسته های خدمت انجام گردیده و در پرونده سلامت ثبت شود در صورت استقرار سامانه نرم افزاری پرونده الکترونیک سلامت بایستی تمامی اقدامات فوق در پرونده الکترونیک سلامت ثبت گردد.

# تبصره 1: در صورت استقرار سامانه نرم افزاری پزشکان خانواده باید برای تمامی جمعیت تحت پوشش خود پرونده الکترونیک سلامت تشکیل دهند. در صورت عدم دسترسی به رایانه و اینترنت و تامین نشدن زیر ساخت پرونده الکترونیک، باید ویزیت اول انجام شده و پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

# تبصره 2: هر زمان كه خانواري به منطقه تحت پوشش پزشك خانواده نقل مكان كرد، اولين اقدام، تشكيل پرونده سلامت خانوار و ويزيت اول تمام افراد خانوار جديد توسط پزشک خانواده است. اما اگر پرونده سلامت بصورت الکترونیکی انجام شده باشد، اطلاعات خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

# تبصره 3: در هنگام ويزيت دوره اي افراد تحت پوشش توسط پزشك خانواده، بايد ماما يا پرستار يا بهورز حضور داشته باشد و برخي از اطلاعات فرم اولين ويزيت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت استخراج شده و كنترل گردد. اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخيص داد که به دليل حضور بهورز در هنگام ويزيت دوره اي، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که بايد ويزيت شوند، دراختيار ماما يا پرستار/ مراقب سلامت همراه پزشک قرار می گيرد. دراين حالت نيازی به حضور اجباری بهورز نيست.

# تبصره 4: چنانچه فرد برای اولين ويزيت خود به پزشك مراجعه نكرد، بهورز یا کاردان یا رابط بهداشت او را در زمان حضور پزشك به خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت دعوت مي كند تا پزشك در دهگردشي خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت يا مكان مناسب ديگري که برای این امر اختصاص داده شده است، ويزيت كند.

# **ماده 17: سركشي و نظارت (دهگردشي)**

# پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی به خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از 2000 نفر حداقل 1 بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای 2000 نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین ماهانه یکبار به جمعيت تحت پوشش خود در روستاهاي قمر و هر سه ماه يکبار به جمعيت تحت پوشش خود در روستاهاي سياری ( به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نماید. برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مرکز خدمات جامع سلامت تک پزشک تا ساعت 11 صبح خالی از پزشک نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود. این زمان می تواند بسته به نظر ستاد هماهنگی برنامه پزشک خانواده استان تغییر نماید.

# تبصره 1: محل استقرار پزشك در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم دهگردشی در کارانه خود، از انجام این کار اجتناب کند). كليه بيماران تحت پوشش پزشكی که به دهگردشي رفته است، بايد توسط پزشك يا پزشكان ديگر موجود در مركز ويزيت گردند.

# تبصره2: درمورد تعيين تعداد خانه بهداشت ، چنانچه مركز موردنظر بيش از يك پزشك دارد، تعداد خانه هاي بهداشت و روستاهاي سياري و قمر بايد بين پزشكان تا حد امکان بطور مساوي تقسيم گردد. مثلا" اگر مركزي 6 خانه بهداشت در پوشش دارد و داراي 2 پزشك است براي هر پزشك، 3 خانه بهداشت درنظر گرفته شود.

# تبصره 3: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسئول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، بهورز خانه بهداشت مزبور باید حتماً در محل کار خود حضور داشته باشد.

# تبصره 4: در صورت عدم تامین خودروی مورد نیاز دهگردشی از سوی مرکز بهداشت شهرستان و همچنین عدم حضور بهورز، پرداختی شبکه بهداشت و درمان به پزشک/ ماما بابت دهگردشی از کارانه وی کسر نخواهد شد.

# **ماده 18: ثبت روزانه آمار مراجعين و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان**

# مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار مراجعین روزانه به مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه اقدام و گزارش ماهانه آمار مراجعین را براساس فرمت تعیین شده به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

# تبصره: مرکز بهداشت شهرستان پس از اطمينان از صحت اطلاعات ارسالی مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه تابعه، آن اطلاعات را جمع بندی نموده و بر اساس فرمت تعیین شده به مرکز بهداشت استان ارسال می دارد. اطلاعات فوق در مرکز بهداشت استان جمع بندی شده و هر ماهه براساس فرمت تعیین شده میبایست به اداره کل بیمه استان و مركز مديريت شبكه ارسال گردد.

# **ماده 19: ارائه خدمات در قالب بسته خدمت**

# بسته خدمت تیم سلامت توسط کمیته فنی کشوری پزشک خانواده با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تدوین و پس از تصویب ستاد هماهنگی کشوری پزشک خانواده به ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده ابلاغ شده است.

# **فصل پنجم: ساعات کار و نحوه مرخصی اعضای تیم سلامت**

# **ماده 20: ساعات کار اعضای تیم سلامت**

# براساس تبصره یک ذیل ماده 87 فصل دهم "حقوق و وظایف کارمندان" از مجموعه قوانین مرتبط با هیئت امناء دانشگاه ساعت کاری پرسنل مرتبط با برنامه پزشک خانواده (پزشک، دندانپزشک، بهداشتکاردهان و دندان، پرستار، ماما، کاردان یا کارشناسان بهداشتی، پذیرش، نگهبان و...) بر اساس اعلام نظر شبکه بهداشت و درمان شهرستان/ مرکز بهداشت شهرستان مطابق ساعت کاری پزشک خانواده مربوطه تنظیم می شود.

# زمان کار پزشک خانواده به شرح زیر می باشد:

# الف: ساعت كار موظف تیم سلامت در دو شیفت صبح و بعدازظهر به مدت 8 ساعت کامل به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه و متناسب با بار مراجعه تعيين مي گردد. پایان ساعت فعالیت مرکز در روزهای پنجشنبه در مراکز دارای بیتوته تا 1 بعدازظهر است. چنانچه مرکز بدون بیتوته باشد باید پنجشنبه ها یکسره تا ساعت 3 بعدازظهر فعالیت نمایند. فرانشیز ویزیت پزشک خانواده که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل 5000 ريال است. البته درمورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد.

# ب: زمان بيتوته شامل ساعات خارج از زمان كاري و روزهای تعطیل مي باشد ( به جز مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی) و مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران غیر اورژانسی ( حوادث و تروما) برای ویزیت و خدمات جانبی 30% تعرفه دولتی می باشد.

# چنانچه پزشكي در زمان بيتوته بدون اطلاع قبلی غيبت نمايد، معادل دو برابر حق بیتوته همان شب از دستمزد وي كسر مي­شود. در صورتی که این غیبت برای بیتوته در روز تعطيل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر دو برابر حق بیتوته ، معادل دو سی ام کارانه او نیز به ازای هر روز غیبت کسر می­گردد.

# تبصره1: پزشكان خانواده مستقر در مراكز مجري برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر ( برحسب شيفت بندی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و به مدت 8 ساعت کار) و نیز در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس ضوابط بیتوته، فعاليت كنند. چنانچه در هريك از اوقات صبح و بعدازظهر (شيفت های خدمت) يا در زمان بيتوته (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شيفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غيراز زمان دهگردشي، مرخصی استحقاقی يا شركت در كلاسهاي آموزشي كه برنامه آن بايد برروي تابلوي اعلانات مركز نصب باشد) از مبلغ کارانه آنها كسر مي شود.

# تبصره2: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شیفت بندی زمان کار پزشک را باید طوری برنامه ریزی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم باشد. همچنین فرم ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

# تبصره 3: حضور فعال پزشكان، ماماها يا پرستاران، كاردان/ کارشناسان بهداشتي، کارکنان آزمايشگاه و راديولوژی (در صورت وجود) دارای قرارداد پزشک خانواده و بهورزان تيم سلامت در مراكز مجري برنامه بيمه روستايي و خانه هاي بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه براي شيفت هاي فعال و تعيين شده توسط دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، الزامي است و این نیروها موظف هستند حتما" همسان با ساعات كار اداري پزشك خانواده در شيفت هاي خدمت وي، حضور فعال داشته باشند. درمورد بهورزان فقط درصورتيکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود بايد بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد.

# تبصره 4: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها/ پرستاران طرف قرارداد در ایام ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیئت محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

# تبصره5: درصورتيكه نیروی شاغل در قالب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی در روزهای کاری، بدون عذر موجه 10 روز بطور كامل در محل خدمت خود حضور نيابد، بايد به ازای هر روز غيبت به ميزان 5/2 روز از کارانه وی کسر شده و لغو قرارداد گردد. در غیبت کمتر از ده روز نیز به ازای هر روز غيبت به ميزان 2 روز از کارانه ماهانه وی کسر می شود. اين موضوع، شامل روزهاي تعطيل كه فرد موظف به ارائه شيفت بود نيز مي شود. همچنین در این مواردکسر از مبلغ حکم کارگزینی به ازای غیبت، بر اساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه خواهد بود

# تبصره6: مرکز بهداشت يا شبکه بهداشت و درمان شهرستان بايد در صورت استفاده نكردن فرد طرف قرارداد از مرخصي استحقاقي تا 15 روز آن را محاسبه كرده و در پايان زمان قرارداد مبلغ آن 15 روز را (برای پرسنل قراردادی معادل مبلغ 15 روز از حکم کارگزینی به اضافه 15 روز میانگین کارانه منهای بیتوته و برای نیروهای رسمی و پیمانی از آنجایی که حکم کارگزینی مبنای پرداخت ذخیره مرخصی آنان در پایان خدمت می باشد، صرفا معادل 15 روز میانگین کارانه منهای بیتوته) به وي در پایان سال پرداخت كند.

# تبصره 7: مبنای محاسبه سنوات، بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره 3 ماده 2 آیین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیات علمی دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور، حکم کارگزینی بوده و پس از پایان هر دوره قرارداد (یک سال) معادل یک ماه مبلغ مندرج در قرارداد، به کارکنان مشمول، پرداخت می شود. بدیهی است بازخرید سنوات خدمت در قراردادهایی که مدت انجام آنها کمتر از یک سال باشد به تناسب مدت قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد. همچنین برای نیروهای رسمی و پیمانی در پایان خدمت تسویه می گردد.

# تبصره 8: مبنای محاسبه سهم ماندگاری، بر اساس فرمول مکانیسم پرداخت کارانه و بر حسب سال های همکاری فرد در برنامه پزشک خانواده می باشد.

# **ماده 21: بیتوته پزشک خانواده**

# ارائه خدمات پزشكي درغير ساعات اداري و روزهای تعطیل، به جمعيت ساكن در منطقه تحت پوشش مركز مجری مطابق مفاد زیر الزامي است.

# حد اکثر سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، 20000 نفر می باشد. درمورد مراكز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که فاصله بیشتر از 25 تا 30 کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی فعال یا بیمارستان دارند می توان یکی از مراکزموجود در شعاع 25 تا 30 کیلومتری را به عنوان بیتوته (معین) مشخص کرد و از پزشک/ ماما/ پرستار/ بهیارآن مرکز و مراکز مجری بدون بیتوته در همان محدوده برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد. ( نیازی به بيتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمي باشد). در این مراکز می بایست امکانات بیتوته فراهم گردد. حضور پرستار (بهیار)/ ماما، نگهبان/ سرایدار نیز به همراه پزشک الزامی است. بدیهی است در سایر مراکز که شرایط تجمیع شدن با شرایط فوق الذکر را ندارند، بیتوته پزشک الزامی است. انتخاب این مراکز در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی استان و اداره کل بیمه سلامت استان، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت تحت پوشش، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه روزی مشخص و اطلاع رسانی لازم به جمعیت تحت پوشش انجام شود.

#  اگر بیمارستان به عنوان مرکز معین باشد صرفا بیماران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت روستایی را ویزیت می نماید و در اين وضعيت، هزينه هاي مربوطه برحسب ساعات شيفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشك مركز كم می گردد ولی اعتبار آن ازسوی اداره کل بیمه استان دراختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه به صورت FFS به بیمارستان ندارد. در ضمن برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در برنامه بیتوته حضور داشته باشند. با توجه به پرداخت سرانه خدمات سطح اول جمعیت روستاییان و پیشگیری از اختلال در نظام ارجاع،کلیه خدمات تجویزی پزشک عمومی مستقر در اورژانس بیمارستان، از قبیل دارو، پاراکلینیک، و سایر خدمات (بجز موارد بستری) از سوی اداره کل بیمه سلامت قابل پرداخت نمی باشد.

# تبصره 1: با درنظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست پزشک و ماما، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل بیتوته نماید.

# تبصره 2: مركز بهداشت شهرستان پزشكان مركز را با مركز مجاور به طور نوبتي در كشيك شبانه یا روزهای تعطیل قرار دهد و به مردم نيز اعلام كند كه در شرايط اضطرار مي توانند به مركز داراي پزشك مراجعه کنند.

# تبصره 3:در صورت وجود بيش از يك پزشك خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت مجری، مسئوليت شيفت بندي ارائه خدمات در ساعات غيراداري و روزهاي تعطيل با پزشك مسئول مركز خواهد بود.

# تبصره 4: در مراکز شبانه روزی دارای 4 پزشک یا بیشتر، در صورت حضور پزشک خانواده در شیفت شب، روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF درنظر گرفته می شود. بدیهی است عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیلات جمعیتی و عدم حضور نخواهد شد.

# تبصره 5: برای مراکزی که فقط يک پزشک دارند، می توان جمعه ها و ساير روزهای تعطيل را تعطيل کرد. البته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعيت، امکان ارایه خدمت به جمعیت تحت پوشش را از نزدیکترین مرکز معین یا شبانه روزی را فراهم کند. درضمن، لازم است نام، محل و نشانی مراکز مزبور و ساعت کشيک به نحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطيل بايد به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز داراي يك پزشك نيز بصورت شيفت بندي شده براساس نظر مرکز بهداشت شهرستان بايد در اين مرکز بیتوته نمایند و نبايد بابت روزهايي که بیتوته برای آنها درنظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.

# تبصره 6: هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم بیتوته در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند.

# تبصره 7: درصورتيكه مطابق بندهاي پيشگفت مقرر گرديد پزشك در شيفت هاي شب در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بیتوته نماید، مركز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود كه فضاي فيزيكي، امنيت و حداقل امكانات بيتوته را در آن مركز فراهم كند. وجود نگهبان/ سرايدار براي اين مراكز بويژه در شرايط حضور پزشك خانم، ضرورت دارد.

# تبصره 8: از سوی شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان برای دندانپزشکانی که مایل به بیتوته در برنامه پزشک خانواده روستایی می باشند امکانات لازم فراهم گردد.

# تبصره 9: درصورت فقدان امكانات بيتوته براي پزشك، بايد تلاش شود ازمحل اعتباردر نظرگرفته شده هرچه سريعتر محلي تامين گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزديكترين مركز داراي محل بيتوته بصورت شيفتي بيتوته صورت گيرد. بدیهی است درمواردی که بیتوته برای بیمه شدگان مرکز به هر طریق ممکن تعریف نگردد موجبات کسر سرانه بیتوته مرکز می گردد.

# تبصره 10: ضرورت دارد معاون درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشكي هماهنگی لازم را به منظور پذیرش دارندگان دفترچه بیمه روستائی توسط بيمارستان ها انجام دهد. براي استفاده از خدمات پزشك خانواده در ساعات غيراداري كليه هزينه های بیماران غیر بستری به عهده مركز بهداشت شهرستان است ( ازمحل حذف اعتبار بيتوته پزشك مركز).

# تبصره 11: مركز بهداشت شهرستان موظف است با مراكز اورژانس 115 در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوريت ها را مديريت كنند و درصورت ضرورت، بیمار را به نزديكترين واحد بيمارستاني انتقال دهند.

# تبصره 12: استفاده از پزشکان بخش خصوصی در بیتوته واحد های مجری برنامه، در صورت عدم وجود ظرفیت در بخش دولتی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک بلامانع است. ضوابط قرارداد و پرداختی این پزشکان مانند پزشکان بیتوته می باشد.

# تبصره 13: خدمات جانبی غیر اورژانس شامل ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل بندی شکستگی ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم؛ حسب مهارت پزشک خانواده قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور در مراکز مجری ارائه هنده سطح یک خدمات، شامل پایش و تعدیلات بیمه ای نخواهد شد. بدیهی است انجام آنها در سطوح تخصصی مشمول خدمات سطح دو و ضوابط مربوطه خواهد بود.

# تبصره 14: در صورت مراجعه بیمه شدگان بیمه روستایی ( غیر اورژانس) در ساعات اداری و غیر بیتوته به بیمارستان، فرانشیز مربوطه به صورت آزاد محاسبه خواهد شد.

# تبصره 15: تعرفه اخذ شده از مراجعین بیمه شده روستایی که مستقیما و بدون مسیر ارجاع به بیمارستان مراجعه و منجر به بستری موقت یا دایم آنها شود با فرانشیز دولتی و مراجعات غیر اورژانس منجر به ویزیت سرپایی و عدم بستری، به صورت آزاد می باشد. لازم است اطلاع رسانی در این خصوص به جمعیت تحت پوشش صورت پذیرد.

# **ماده 22: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت**

# اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از 30 روز مرخصي استحقاقي با حقوق و مزایا بهرمند شوند ولي بطور متوالي نمي توانند بيش از 10 روز از مرخصي استحقاقي استفاده کنند. در مورد حج تمتع و صرفا یکبار در طول خدمت این مدت یکماه می باشد.

# تبصره 1: جهت پیشگیری از تعدیلات جمعیتی و غیبت پزشک و ماما، در زمان مرخصی پزشک و ماما ( استحقاقی روزانه و استعلاجی) حضور پزشک و مامای جانشین الزامی است.

# تبصره 2: اگر زمان مرخصي پزشک با بيتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بيتوته كسر مي شود.

# تبصره 3:مرکز بهداشت شهرستان موظف است در جهت تامين نيروهای جانشین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها يا آموزش های شغلی آنها اقدام کند. مركز بهداشت شهرستان موظف است تغييرات ايجاد شده در فهرست پزشكان خانواده و ماماها يا پرستاران قراردادي يا فهرست پزشكان جانشین را در اسرع وقت به مرکز بهداشت استان و اداره كل بيمه سلامت استان اعلام كند.

# تبصره 4: در مراکز مجری برنامه با بيش از يک پزشک (غير زن و شوهر) بايد طوری برنامه ريزی کرد تا در زمان مرخصی يا شرکت در کلاس آموزشی يک پزشک، ساير پزشکان در مرکز حضور داشته باشند. بدیهی است عدم حضور به علت انجام دهگردشی و شرکت در جلسات آموزشی و اداری ( با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، مشمول تعدیلات نخواهد بود.

# تبصره 5: در مورد مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه داراي تک پزشک يا با پزشکان زن و شوهر می توان به گونه ای برنامه ريزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، يا پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستايي يا شبانه روزی استفاده کرد.

# اعضای تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/ دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت 4 ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصي استعلاجي کمتر از 3 روز منحصرا" حکم کارگزینی را دریافت نموده ولی كارانه محاسبه و پرداخت نمي شود. در مرخصي هاي استعلاجي بيش از 3 روز و مرخصي زايمان، فرد به سازمان تامين اجتماعي معرفي مي شود و در زمان مرخصي براساس قوانين اين سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دريافت مي كند. پس از پايان دوره مرخصي فرد مي توان 2 اقدام مختلف انجام داد:

# الف- تا زمان پايان مدت قرارداد وي، مركز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز خدمات جامع سلامت تابعه خود كه نياز دارد به كارگمارد.

# ب- چنانچه فرد استفاده كننده از مرخصي داراي سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وي رضايت حاصل است، در زمان مرخصي وي با فرد جانشین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصي استعلاجي فرد) تا فرد پس از پايان مرخصي به سركار خود بازگردد.

# با توجه به ابلاغ سیاست های جمعیتی، پس از پایان زایمان و در جهت حفظ امنیت شغلی مادر، می بایست نیروی طرف قرارداد در همان مرکز قبلی مجددا بکار گیری گردد. در طول مدت مرخصی زایمان می توان از نیروی جانشین استفاده نمود.

# مدت زمان مرخصی زایمان در حال حاضر به مدت 9 ماه می باشد و محل پرداخت دستمزد در طی شش ماهه اول از طریق سازمان تامین اجتماعی و سه ماهه بعدی از محل اعتبارات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد.

# 6-در راستای اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسئول مستقیم ، اگر به شکل کاهش 80 دقیقه در تمام روزهای هفته باشد نیاز به جانشین نداشته و مشمول کسورات نمی گردد. در صورتی که یک روز کامل در هفته باشد لازم است نیروی جانشین حضور داشته باشد و هزینه تامین نیروی جانشین از اعتبارات دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی خواهد بود.

# **فصل ششم: دارو**

# **ماده23: اقلام دارویی**

# مراکز بهداشت شهرستان موظف به تامين 436 قلم داروی مصرفی با احتساب تمامی اشکال دارویی موجود مورد تعهد و داروهای ترالی اورژانس است. این داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه نیازهای دارویی مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین کنند. تصميم گيري درمورد تركيب و تغيير اقلام دارويي تا حداكثر 10% اقلام آن به عهده كميته اي تحت عنوان كميته تدوين فهرست دارويي پزشك خانواده متشكل از مديركل بيمه سلامت استان، معاون بهداشتي دانشگاه/ دانشکده، نماینده معاونت غذا و دارو و مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی، رييس اداره رسيدگي به اسناد پزشكي يا رييس اداره نظارت و ارزشيابي اداره کل بيمه سلامت استان و نماينده پزشكان خانواده مي باشد كه براساس بيماري هاي بومي و مشكلات سلامت منطقه، بنا به ضرورت تشكيل خواهد شد. تمام تغييرات فهرست دارويي بايد به کمیته ملی سیاستگذاری دارو و ملزومات پزشکی و دارویی برنامه پزشک خانواده اعلام گردد.

# تبصره 1: پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه باید درخواست دارویی خود را زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل 50% از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشند.

# تبصره 2: در صورت نرسیدن به موقع داروهای درخواستی و موجودی صفر برای داروی مرکز (دولتی یا خصوصی)، تا دو برابر قیمت دارو از سرانه دارویی مرکز کسر می شود. تامین داروهای خاص بیماران صعب العلاج مشمول این بند نمی شود.

# تبصره 3: پزشک خانواده مجاز به تجويز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از 436 قلم داروی تعيين شده پیوست لیست دارویی برنامه، نیست اما تمديد نسخ درمان به شرط آنکه داروی تجویزی شرط تجویز توسط متخصص را نداشته باشد در بيماران ديابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسايي عروق کرونری وبیماری های قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهاي بالینی ابلاغی وزارت بهداشت و به شرط وجود پرونده سلامت و پيگيری ماهانه اين بيماران و ثبت ميزان مصرفي دارو در پرونده سلامت ادامه می یابد، از این قاعده مستثنی است. درصورتی که، داروهای مربوطه جزو اقلام 436 قلم داروی تعیین شده نباشند و امکان دسترسی به داروخانه واجد مسئول فنی داروساز طبق ضوابط طرح گسترش نباشد، پزشک خانواده باید این داروها را در نسخه جداگانه ضمن درج عبارت ادامه تمدید درمان در قسمت کادر ارجاع نسخه تجویزی تجویز کند و داروخانه مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت می باید نسبت به تامین این اقلام اقدام نموده و هزینه این داروها باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان به شبکه بهداشت پرداخت می شود و مشمول کسورات نمی شود.

# تبصره 4: تجویز نسخ دارویی توسط دندانپزشک خانواده در محدوه 436 قلم داروی مصوب برنامه و سایر ضوابط تعریف شده، مانند پزشکان خانواده، در مراکز مجری برنامه امکان پذیر است.

# تبصره 5: داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان که دارای پرونده فعال مراقبت هستند و در فهرست 436 قلم دارو قرار می گیرند به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند. هزینه تامین این داروها از محل اعتبارات دانشگاه یا سهم دارو از محل 1 درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد. لازم است اقلام دارویی این بیماران ( که دارای پرونده فعال اعصاب و روان می باشند) در برگه جداگانه با عنوان سلامت روان نسخه گردد.

# تبصره 6: کلیه نسخ دارویی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در کمیته تجویز و مصرف منطقی داروی دانشگاه ارزیابی شده و نتایج ضمن ارسال به اداره کل بیمه سلامت استان، جهت تصمیم گیری در کمیته دارویی مطرح می گردد.

# تبصره 7: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور بايد از محل اعتبارات جاري دانشگاه علوم پزشکی تامين شده و براساس دستورعمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه­های بهداشت دراختيار مردم قرار داده شوند.

# تبصره 8: در هر بازديد از مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، درصورت فقدان اقلام دارويي تجویزشده توسط پزشکان مرکز (درخواست پزشک) برای همان ماه مورد بازديد و صرفا" سهم سرانه داروی مرکز مربوطه کسر می شود.

# تبصره 9: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دليل کمبود کشوری دارو، با نظر ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده، مشمول کسورات نمی شود.

# تبصره 10: براي داروهايي كه با ثبت در دفترچه بيمه روستاييان و عشاير و دارندگان دفترچه ساير سازمانهاي بيمه گر و ساير صندوق های سازمان بيمه سلامت ایران تجويز مي شوند، 30% فرانشيز از بيماران اخذ مي گردد و در مورد داروهاي تجويز شده براي افراد فاقد هرگونه دفترچه بيمه، بايد هزينه كامل از بيمار دریافت شود. فرانشیز داروهایی مانند انسولین مشمول ضوابط مربوطه مصوبه سازمان غذا و دارو خواهد بود.

# تبصره 11: تجویز نسخ دارویی توسط کارشناس مامایی دارای نظام مامایی صرفا در محدوده داروهای قابل تجویز آنان و طبق بسته خدمتی پزشک خانواده و بیمه روستایی، مقدور می باشد.

# **ماده24: اقلام مکمل**

# مركز بهداشت شهرستان موظف به تامين اقلام مکمل ها در انبار دارویی شبکه بهداشت و درمان شهرستان/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده برای گروه­های هدف برنامه مکمل دراختیار خانه های بهداشت یا پایگاه­های بهداشت روستایی/ شهری مجری برنامه قرار داده تا به صورت رایگان دراختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار گیرند.

# تبصره: داروهای بهداشتی یا مکمل که در اختیار خانه بهداشت قرار دارد، مطابق بسته خدمتی و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه قرار گرفته و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده ندارد.

جدول لیست مكمل هاي مورد نياز گروه هاي سني و فيزيولوژيك

|  |  |
| --- | --- |
| گروه ستی | نام مکمل |
| شروع از روز 3 تا 5 تولد تا پايان 24 ماهگي روزانه یک سی سی | قطره مولتي ويتامين يا ويتامين آ+د |
| قطره آهن از پايان 6 ماهگي تا پايان 24 ماهگي روزانه یک میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تا حدکثر 15 میلی گرم آهن المنتال معادل 15 قطره؛ قرص آهن برای مادران باردار، شروع از هفته 16 بارداري تا پايان بارداري و مادران شيرده، از زمان زايمان تا سه ماه بعد از زايمان روزانه یک عدد و دختران نوجوان 12 تا 18 سال به مدت 16 هفته در طول هر سال تحصيلي هفته ای یک عدد | قطره/ قرص آهن يا سولفات فرو |
| مادران باردار؛ شروع از هفته 16 بارداري تا 3 ماه بعد اززايمان و مادران شيرده تا سه ماه بعد از زايمان روزانه یک عدد | مولتي ويتامينمينرال حاوي 150 ميکروگرم يد |
| به محض اطلاع از بارداري و يا ترجيحاً سه ماه قبل از شروع بارداري تا پايان بارداري روزانه نصف قرص یک میلی گرمی | قرص اسيدفوليک |
| نوجوانان سن مدرسه (18-12 سال)، جوانان، میانسالان و سالمندان؛ ماهیانه یک عدد | پرل ویتامین د 50 هزار واحدی |
| سالمندان روزانه یک عدد | قرص کلسیم/ کلسیم د (حاوی 500 میلی گرم کلسیم/ 400 یا 500 واحد بین المللی ویتامین د) |

# **ماده 25 : راه اندازی داروخانه**

# درصورت عدم ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و درصورت نبود داروخانه بخش خصوصي در روستاي محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت يا مناطق مجاور يا تمايل نداشتن آنها به همكاري با برنامه پزشك خانواده، مركز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازي واحد داروخانه در محل مرکز خدمات جامع سلامت مزبور و تامين و توزيع دارو به مردم و در زمان دهگردشي پزشك مي باشد.

# **ماده 26: میزان تجویز دارو**

#  ميانگين مورد انتظار اقلام دارويي تجويز شده در بررسی های کلی نسخ هر پزشك 3 قلم می باشد. این شاخص در کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو مورد بررسی قرار می گیرد. چنانچه بيش از 25% جمعيت تحت پوشش پزشك خانواده در گروه سني بالاي 50 سال باشند، اين میانگین می تواند تا 3.5 قلم دارو افزایش یابد.

# تبصره: رعایت سقف مذکور شامل موارد تجدید نسخ متخصص، نسخ تکراری بیماریهای مزمن مانند دیابت و فشارخون و نسخ بیماران دارای پرونده فعال اعصاب و روان نمی باشد. لازم به ذکر است تجدید نسخ متخصصین در بازه زمانی حداکثر یک ماهه با رعایت دو شرط زیر مقدور می باشد.

# تاریخ نسخه مربوط به ماه پیش باشد.

# به اندازه یک ماه دارو تجویز شود.

# **ماده 27: تعرفه ارائه خدمات دارویی**

براساس کتاب ارزش نسبی خدمات تعرفه ارائه خدمات دارویی در داروخانه ها (دولتی یا غیردولتی) مستقر و غیر مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت دولتي و یا بخش خصوصی طرف قرارداد به شرط حضور داروساز، به ازای هر نسخه صرفا مبلغ 8000 ریال مي باشد و دریافت سایر مبالغ با عناوین مختلف(تعرفه های نظام پزشکی) ممنوع می باشد. ارائه دارو از قفسه دارویی اورژانس توسط پزشک يا کارکنان مرکز خدمات جامع سلامت در ساعات اداری (بدون حضور داروساز) و غيراداری و شيفت شب مشمول دريافت اين تعرفه نيست.

# تبصره 1: اخذ تعرفه "ارائه خدمات دارویی" فقط زماني که ارائه خدمات دارويي درمحل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام مي شود، وجاهت قانوني دارد.

# تبصره 2: به استناد آیین نامه تاسیس داروخانه ها و در راستای ثبت الکترونیک نسخ دارویی و ارائه اطلاعات مورد نیاز به کمیته دانشگاهی تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده توسط داروخانه های فاقد مسئول فنی داروساز، مقرر گردید در ازای هر نسخه ارائه شده از داروخانه به مرکز بهداشت شهرستان، مبلغ 3500 ریال در پرداخت مطالبات داروخانه ( مستقر یا غیر مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت) در هنگام تنظیم و پرداخت اسناد دارویی منظور گردد. بدیهی است دریافت هر گونه وجهی خارج از سهم بیمار از نسخه دارویی توسط داروخانه از بیمه شده ممنوع می باشد. یادآوری می شود این مبلغ مشمول داروخانه های واجد مسئول فنی داروساز نمی باشد و در این قبیل داروخانه ها، صرفا تعرفه خدمات دارویی اخذمی گردد.کلیه داروخانه ها مکلف به ارائه دیسکت اطلاعات دارویی می باشند.

تبصره 3: ارائه خدمات دارویی توسط دارویار می باشد. در صورت عدم وجود دارویار از نیروی پرستار استفاده می گردد. حتی الامکان از به کار گیری ماما جهت ارائه دارو به بیماران پرهیز گردد.

# تبصره 4: در صورت عدم ارائه خدمات دارویی به میزان دو برابر سهم سازمان از قیمت داروی خریداری شده از سهم سرانه دارویی شهرستان مراکز مذکور در واحدهایی که مطابق با طرح گسترش شبکه ملزم به ارائه خدمت بوده اند کسر می گردد.

# تبصره 5: داروخانه های طرف قرارداد موظف به ارائه داروهای ژنریک ایران می باشند.

# **فصل هفتم: پاراکلینیک**

# **ماده 28: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی**

# ارائه خدمات پاراکلينيک بايستی يا در مرکز مجری برنامه يا حداکثر با نيم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور (یا حداقل فاصله زمانی ممکن) صورت گیرد. مرکز بهداشت هر شهرستان می تواند برای تدارک خدمات پاراکلينيک نسبت به عقد قرارداد با ساير مراکز دولتی يا غيردولتی واجد شرايط اقدام نمايد. مركز بهداشت شهرستان موظف به تامين خدمات پاراکلینیک در تمامی مراكز خدمات جامع سلامت محل اجراي برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده خواهد بودکه از طریق راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خريد خدمات آزمايشگاهي و رادیولوژی از بخش غيردولتي یا دولتی يا امكان جمع آوري نمونه از مراكز روستايي و انجام اين آزمايشات در شهر يا هدايت به مركز معين و امكان استفاده از خدمات راديولوژي دولتي يا ارجاع برنامه ريزي شده بيماران به راديولوژي شهر محقق می گردد.

# **ماده 29: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک**

# 1-چنانچه شبکه بهداشت و درمان شهرستان، واحد آزمايشگاهی خاص را براي ارائه خدمات تعيين كرده باشد، پزشك ملزم است بيمار را به همان آزمايشگاه ارجاع دهد. درصورت مراجعه بیمار به واحد آزمايشگاهی ديگر غيراز واحد معرفي شده، تمام هزينه ها بر عهده شخص خواهد بود.

# 2-چنانچه خدمات پاراکلينيکی تعيين شده توسط سازمان بيمه سلامت ایران، (ساير موارد آزمايشگاه و تصويربرداری و سونوگرافی که جزو فهرست خدمات پاراكلينيكي پزشك خانواده و بسته خدمت سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی ( و ماما در محدوده نسخ قابل تجویز) مجاز به تجویز آنها می باشد را در دفترچه بيمه تجويز نمايد، هزينه اين خدمات توسط سازمان بيمه سلامت ایران پرداخت می شود.

# 3- فرانشیز خدمات پاراکلینیک برای بیمه شدگان صندوق روستایی 15% و برای سایر صندوقهای بیمه سلامت و سایر بیمه ها 30% تعرفه دولتی است.

# **ماده 30: سطح بندی آزمایشگاه از نظر ساختاری**

# واحدهای ارائه دهنده خدمات، به شرح ذیل تقسیم می شوند:

# 1-آزمايشگاه مرکز مجری: به آزمايشگاهي اطلاق مي شودکه درمرکز مجری برنامه پزشک خانواده با جمعيت تحت پوشش بیشتر از 4000 نفر یا فاصله آن مرکز تا نزديکترين آزمايشگاه فعال بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد قرار دارد.

# 2- واحد نمونه گيري: در صورتیکه مرکز خدمات جامع سلامت دارای جمعیت کمتر از 4000 نفر باشد و راه اندازي آزمايشگاه در آن مرکز مقرون به صرفه نبوده و یا فاصله آن مرکز تا نزديکترين آزمايشگاه فعال کمتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد نیاز به راه اندازی آزمایشگاه نبوده و راه اندازی واحد نمونه گیری کافی است. این مرکز ملزم به نمونه گیری توسط پرسنل معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان برای جمعیت کمتر از 2500 نفر یک روز در هفته، برای جمعیت 2500 تا 4000 نفر دو روز در هفته و برای جمعیت 4000 تا 7000 نفر سه روزدر هفته می باشد.

# 3- آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده (سطح یک) از مسیر ارجاع در مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. بدیهی است چنانچه در نسخ تجویزی خدمات آزمایشگاهی توسط پزشک خانواده یک یا تعدادی از اقلام خدمات آزمایشگاهی مربوط به خدمات مجاز آزمایشگاه شهرستان باشد جهت جلوگیری از نمونه گیری مجدد،کلیه خدمات نسخه تجویزی بایستی در آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان انجام گیرد.

# تبصره 1: جذب نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال وجمعیت مراکزدارای واحد نمونه گیری محاسبه می گردد. به ازای هر 7000 نفر جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت دارای آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروی کاردان/کارشناس آزمایشگاه به کارگیری می شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعال مستقر بوده و موظف به انجام نمونه گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت پوشش این مرکز می باشد.

تبصره 2: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره کل بیمه مصوب و در کلیه مراکز مجری در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

**ماده 31: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بر اساس لیست پیوست تجهیزات آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد.

تبصره1: الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی های فنی آنها مبتنی بر نوع خدمات آزمایشگاهی قابل انجام در آزمایشگاه و بارکاری آن می باشد. بنابراین متناسب با بارکاری ممکن است از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر نیز برای تجهیز آزمایشگاه استفاده شود.

# تبصره2: تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که تعریف آنها در ماده 2 آیین نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی آمده است، باید دارای تاییدیه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند و تمام کارکنان آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه های دانشگاه علوم پزشکی متبوع گزارش نمایند.

جدول لیست تجهیزات آزمایشگاههای مراکز خدمات جامع سلامت

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| واحد پذیرش و نمونه گیری | مراکز خدمات جامع سلامت روستايي/ شهری دارای آزمایشگاه | آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان |
| يخچالجعبه کمکهای اوليهتابورهساعت آزمايشگاهیپاراوانوسایل حفاظت شخصی ظروف ایمن (Safety box)نمونه گیری :دفتر پذيرش يا کامپيوتر ، پرینتر و نرم افزار پذیرش-جوابدهیصندلی نمونه گيریگاروپنبه و الکل یا پد الکلیترالی استيلبیکس دردار در چند اندازهتخت معاينهانواع ظروف جمع آوري نمونه و وسايل مربوط به نمونه گيري در مورد بيماري هاي تحت مراقبتلانستهولدر یا سرنگ (در اندازه های مختلف)لوله هاي در دار با یا بدون خلاء (در اندازه های مختلف - خالی یا حاوي ضد انعقادهاي مختلف جهت نمونه های لازم برایCBC,ESR و غیره)رولر ميکسرلامآماده سازی نمونه ها :سانتريفوژ حداقل 8 يا 16 شاخهسمپلربا حجم هاي100 تا 1000میکرولیتر يا يک سمپلر متغيرنوک سمپلر (در اندازه های مختلف)جای سر سمپلرپايه سمپلرجا لوله ای قلم الماسارسال نمونه :Cold box،ice pack | کلیه وسایل واحد پذیرش و نمونه گیری به علاوه:هود معمولیپايه ولامپ UVمحافظ ولتاژ وسايل الکتريکيدیونایزر یا آب مقطر گيريدماسنج معمولي در دامنه های دمایی مختلفدماسنج ماگزیمم-مینیمم به تعداد وسایل حرارتی و برودتیاتوكلاوفريزر منهاي 20 درجهفوركرونومترپودر دکستروز در وزن های مختلفترازوي يك يا دو كفه اي معموليوسایل شیشه ای شامل پي پت سديمان ، پي پتور، مزور، ارلن، قيف، بشر، بالن ژوژه و قطره چکان و شيشه های در سمباده ايهماتولوژی :آنتی سرم های گروه بندی خونچراغ مطالعهپايه سديمانلام نئوبارلامل سنگین به ابعاد متناسب برای لام نئوبار موجودتشتك رنگ آميزي با جاي لاملوله موئینهخمیر هماتوکریتکیت اندازه گیری هموگلوبینمحلول شمارش گلبول های سفیدرنگ رایت / گیمسا / رایت-گیمساخط كش میکرو هماتوكريتميكروسكوپ دو چشميسانتريفوژ میکرو هماتوكريتكانتر ديف دستي ويا ديجيتالهاون چينيبیوشیمی :لوله آزمایش معمولی در اندازه های مختلف سانتريفوژ8 يا 16 شاخهپیپت در اندازه های 1 تا 10 میلی لیترپيپت فيلرميكسر لولهاسپكتروفوتومتر يا ترجيحاً فتومترانواع کیت های بیوشیمی مطابق فهرست آزمایش های قابل انجامبن ماریکالیبراتور تست های بیوشیمیسرم کنترل بیوشیمی دست کم در 2 سطحمیکرب شناسی :دسته و تیغ بيستوريپنس و قیچی در شکل و اندازه های مختلفرنگ گرمسبد استیلتوری نسوزبن ماری جوش )جهت مراکز شهری)مداد الماسهچراغ الكليلام ولاملفیلدو پلاتیندسته فیلدو پلاتینانکوباتور)جهت مراکز شهری)لوله های حاوی محیط های انتقالیسه پايه فلزيجار شمع داربک گازمحیط های کشت لازم برای کشت ادرارسرولوژی :لام سرولوژيروتاتورآنتی هیومنآنتی ژن PPDانواع کیت های سرولوژی مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام کیت تشخیص كالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر)کامل ادرار و انگل شناسی:رپید تست تشخیص حاملگی روی ادرار یا سرمرفراكتومترنوار ادرارنوار گلوکز ادرارمحلول لوگلکیت جستجوی خون مخفی | کلیه وسایل سطح 1 به علاوه:هود كلاس 2ترازوي حساس ديجيتالاتو آنالايزر بيوشيميسل كانتر خون شناسيدستگاه خودکار سدیمانتاسیون (در صورت حجم کاری بالا)دستگاه قرائت كننده پليت اليزاالايزا واشرانواع کیت های الایزا مطابق فهرست آزمایش های قابل انجامسمپلر متغير در دامنه های حجمی مختلف سمپلر مولتي كانال(8 يا 12 كاناله)ميكروسكوپ دو چشمي برای بخش میکرب شناسی و سل ميكروسكوپ دو چشمي برای بخش کامل ادرار و انگل شناسیسانتريفوژ24 یا 48 شاخهPHمتر الكتريكيهيتر مغناطيسيرنگ شمارش رتیکولوسیترنگ ذیل نلسونکاغذ PHانواع محیط های کشت میکربیانواع دیسک های آنتی بیوگراماستاندارد 5/0 مک فارلندوسایل کامل کروماتوگرافی نازک لایهدوربین مداربستهانواع رپید تست های جستجوی مواد مخدرظرف جمع آوری ادرار 24 ساعتهآنتی ژن های رایت، ویدال، 2MEآنتی سرم های ضد سالمونلا، شیگلا، E.coli انتروپاتوژن، ویبریو و . . .دستگاه اندازه گیری HbA1c(در صورتی که اتوآنالیزر قادر به انجام این تست نباشد)خون کنترل دست کم در 2 سطحسرم کنترل برای تست هایی که به روش الایزا انجام می شوند. دست کم در دو سطح |
|  |

# **ماده 32: خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

# خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی طرف قرارداد شبکه می بایست بر اساس خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باشد. همچنین آزمایشات رایگان غربالگری بیماری ها بر اساس بسته خدمتی مربوطه، انجام می گردد.

# تبصره1: به تشخیص متولیان نظام مراقبت از بیماریها و برنامه های کشوری، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایشهای مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.

# تبصره 2: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی انجام شده و نمونه های بالینی با رعايت اصول ايمني و زنجيره سرد در همان روز نمونه برداری از طریق پرسنل به آزمايشگاههاي طرف قرارداد (آزمایشگاههای بهداشتي-درماني سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی یا غیر دولتی یا آزمايشگاههاي خصوصي تایید شده) ارجاع می شود. آن دسته از نمونه ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداری شوند.

# تبصره 3: نمونه گیری آزمایش پاپ اسمیر و آزمایشات تکمیلیHPV در مراکز خدمات جامع سلامت جهت غربالگری گروه های هدف (زنان 30-49 ساله) به صورت رایگان انجام می شود. انجام پاپ اسمیر بنا به درخواست بیمار یا پاپ اسمیر تشخیصی برای گروه هدف و سایر گروهها مشمول فرانشیز مصوب مربوط به خدمات پاراکلینیک (15درصد) می باشد. کلیه نمونه ها ی پاپ اسمیر و واژینال براش ها با رعایت استانداردهای انتقال امن و ایمن نمونه، جهت انجام آزمایش غربالگری سرطان دهانه رحم با هماهنگی آزمایشگاه مرجع سلامت کشور انتقال می یابد.

# تبصره 4: حق پذیرش و نمونه گیری هر نسخه در سر جمع هزینه خدمات آزمایشگاهی محاسبه شده و سپس فرانشیز 15 درصد اخذ گردد.

# تبصره 5: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروههای سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد.

# آزمایشات مادران باردار شامل Blood Group & Rh- آزمایشCBC و شمارش افتراقي سلول هاي خوني - آزمایش آناليز كامل ادرار- کشت ادرار- Serum BUN- Serum Creatinin-آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران RH منفی)FBS- - TSH –VDRL- HBSAg (در صورت نیاز)، آزمایش غربالگری دیابت بارداری Glucose Chalenge Test(GCT) - Oral Glucose Tolerance Test(OGTT).

# آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol جهت جمعیت بالای سی سال.

# آزمایش های غربالگری نوزادان شامل اندازه گیری TSH (CH) - اندازه‌گيري کمّی فنيل آلانين (PKU)

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاههای بهداشتی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| واحد پذیرش و نمونه گیری(نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه) | آزمایشگاه سطح 1مرکز خدمات جامع سلامت روستايي /شهری دارای آزمایشگاه | آزمایشگاه سطح 2مرکز بهداشت شهرستان/استان |
| پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایشهای قابل نمونه گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده | آزمایشCBC و شمارش افتراقي سلول هاي خونيهموگلوبينهماتوكريتگروه خون Blood Group & Rhقند خون ناشتا (FBS)آزمایش Glucose Chalenge Test(GCT)آزمایش Oral Glucose Tolerance Test(OGTT)آزمایش قند 2 ساعت بعد از غذا 2hPP))آزمایش Serum BUNآزمایش Serum Creatininآزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglycerideآزمایش Serum HDL-Cholesterolآزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود)آزمایش Serum SGOTآزمایش Serum SGPTآزمایش کیفی تشخیص حاملگیآزمایش Serum RPR/VDRL سدیمانتاسیون (ESR)آزمایش( -Stool Examination (Ova/Parasiteآزمایش خون مخفی در مدفوع occult bloodآزمایش آناليز كامل ادرارآزمایش كشت ادراررایتویداللام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا) | کلیه خدمات آزمایشگاههای سطج 1 به علاوه:بيليروبين مستقيم و توتالآزمایش Uric Acidآزمایش HbA2آهن  ظرفيت اتصال آهن( TIBC) شمارش رتيكولوسيت كومبس رايت (Coombes Wright)2-مرکاپتواتانول(2ME)آزمایش کمّی Beta-HCG سرمآزمایش كومبس غير مستقيمبررسي اسمير مستقيم خلط از نظر سلکشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor)آزمایش TSH (غربالگري نوزادان CH)-مادر باردارآزمایش T4اندازه‌گيري کمّی فنيل آلانين ( غربالگري نوزادان PKU)ESRآزمایش HbA1cآزمایش HIVAbآزمایش HBsAgآزمایش HBsAbآزمایش HCVAbآزمایش ‍Ca/Pآزمایش Na/KSerum ALPپاپ اسمیر/ HPVآزمایش DAT برای تشخیص كالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر) |
| كليه نمونه هاي گرفته شده بايد در اسرع وقت و با رعايت اصول ايمني و زنجيره سرد (طبق دستورالعمل پيوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمايشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه های بهداشتي- درماني سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمايشگاههاي خصوصي تائید شده) ارسال گردند.در واحدهای پذیرش و نمونه گیری كليه وسايل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجراي برنامه ايمني وبهداشت در آزمايشگاه) جهت فرآيند نمونه گيري و نیز ارسال امن و ایمن نمونه بايد تهيه شده و مورد استفاده قرار گیرد. |

# ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت هر شهرستان برای تدارک خدمات پاراکلینیک بصورت یکسان عمل نماید.(دریافت FFS یا سرانه) و در صورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیر دولتی واجد شرایط اقدام نماید.ارائه خدمات آزمایشگاهی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور (یا حداقل فاصله زمانی ممکن) گیرد.

# **ماده 33: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک**

# تبصره1: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک فقط در اين دو صورت و برای ارائه کلیه خدمات

# تبصره 2: چنانچه سهم سرانه خدمات پاراکلینیک به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت شود ولی مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه در پوشش شهرستان مربوطه قادر به ارائه خدمات با دو شرط ذکر شده نباشد، برابر سهم پاراکلینیک از مبلغ کل سرانه تعریف شده بابت پاراکلینیک آن مراکز کسر می گردد.

# تبصره 3: در صورت عدم ارائه خدمات پاراکلینیک به میزان یک و نیم برابر سهم سازمان از قیمت نسخه از سرانه تعریف شده خدمات پاراکلینیک مراکز مذکور در واحدهایی که مطابق با طرح گسترش شبکه ملزم به ارائه خدمت بوده اند کسر می گردد.

# **ماده 34: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز مجری**

# خدمات تصویر برداری مورد تعهد سطح یک شامل رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب و سونوگرافی بارداری ( شکمی) در دو نوبت (16 تا 18 هفته و 31 تا 34 هفته بارداری طبق بسته خدمتی) می باشد.

# تبصره 1: بسته خدمات تصویر برداری سطح یک صرفا از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا خصوصی طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارائه خواهد بود.

# تبصره 2: در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداری دولتی و خصوصی، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداری بسته یک تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.

# تبصره 3: لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداری طرف قرارداد شبکه برای انجام سونوگرافی مورد تعهد سطح یک خدمات به بیمه شدگان در مراکز مجری برنامه صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

# تبصره 4: گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.

# تبصره 5: فراشیز یک نوبت از سونوگرافی های تجویزی توسط پزشک خانواده رایگان می باشد و نوبت دیگر سونوگرافی بارداری و همچنین رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب بر اساس تفاهم نامه بیمه روستاییان، با پرداخت 15 درصد فرانشیز تعرفه مصوب دولتی توسط بیمه شده، انجام می گردد. سونوگرافی همراه بررسی آنومالی جنینی جزو نوبت رایگان سونوگرافی نمی باشد. بدیهی است به دلیل پرداخت سهم سرانه تصویر برداری سطح یک خدمات، اداره کل بیمه سلامت هیچ گونه پرداختی به مراکز مجری برنامه ندارد.

# تبصره 6: درج عبارت " فرانشیز رایگان" جهت یک نوبت سونوگرافی بارداری سطح یک خدمت و نیز درج عبارت " فرانشیز 15 درصد" جهت نوبت دیگر سونوگرافی بارداری سطح یک خدمت بر روی نسخ تجویزی توسط پزشک خانواده الزامی است.

# تبصره 7: تصویر برداری سطح دو خدمات ( سونوگرافی های بارداری که علاوه بر دو نوبت مذکور انجام شود و سونوگرافی های غیر بارداری و رادیوگرافی های غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب) بر اساس سهم سازمان و فرانشیزهای مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق ها در مراکز طرف قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران می باشد.

# تبصره 8: برگ دوم نسخ تجویزی سونوگرافی های مورد تعهد سطح یک خدمات ، توسط مراکز بهداشت شهرستان، ماهانه به اداره کل بیمه سلامت استان/ شهرستان ارسال گردد.

# تبصره 9: اصل نسخ تجویزی انجام شده مورد تعهد خدمات سطح یک و لیست پذیرش شدگان، توسط مرکز تصویر برداری طرف قرارداد جهت دریافت هزینه ها از شبکه در دو نسخه تنظیم وبه مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهانه ارسال گردد که پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان، یک نسخه از آن به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال می گردد.

# تبصره 10: نسخ دریافت شده از مراکز بهداشتی با لیست پذرش شدگان دریافتی از شبکه بهداشت توسط ادارات کل بیمه سلامت استانی تطبیق داده خواهد شد.

# **فصل هشتم: خدمات دهان و دندان**

# **ماده 35: نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان**

# ارتقاء سلامت دهان ودندان ازطریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری ودرمانی دندان پزشکی به جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی، شهر های زیر 20 هزار نفر و عشایری با اولویت گروه هدف ( افراد زیر 14 سال و مادران باردار و شیرده) کشور صورت می پذیرد.

# تبصره 1: ارایه خدمات سطح یک قابلیت اجرا در مدرسه، مهدکودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد و یا محل کار و اطراق عشایر کوچ کننده دارد.(تاریخ و روزهای برنامه ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدکودکها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می­گردد)

# تبصره 2: در صورت وجود واحد دندانپزشکی ثابت و یا استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارایه فیشورسیلنت، بروساژ و خدمات درمانی نیز در مراکز فوق الذکر میسر می باشد. صدور مجوز بهره برداری و نظارت بر عملکرد آن بر اساس آیین نامه مربوطه به عهده معاونت بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور می باشد.

# **ماده 36: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری**

# بسته خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز مجر ی در دو سطح ارائه می شود:

# **1) سطح یک:** در پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت به ارایه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان بدین شرح می پردازند: شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در محل یا منطقه تحت پوشش با جلب حمایت شورا و هیئت امناء روستاو اتخاذ یک تصمیم یا فعالیتهای مکمل با هماهنگیهای برون بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه، آموزش بهداشت دهان و دندان با رعایت اصول مصاحبه انگیزشی و یا سایر مدلهای آموزش بهداشت ( به منظور ارتقای مهارتهای فردی گروه هدف در رابطه با استفاده درست از مسواک، نخ دندان، مشکلات هنگام رویش دندانها،ترک عادات بد و مضر سلامت دهان و دندان،تغذیه غیر پوسیدگی زا، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان 6 سالگی)، معاینه وثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان ترجیحاً در سامانه الکترونیک مربوطه و یا در پرونده خانوار، انجام وارنیش فلوراید جهت ارایه به گروه هدف و توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر 3 سال،پایش به کارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خودمراقبتی دهان و دندان می پردازند.ارجاع به سطوح بالاتر برای افرادی که نیاز به خدمات درمانی دارند، در این سطح باید صورت پذیرد. بدیهی است در صورت ارائه خدمات سطح یک توسط هر کدام از ارائه دهندگان خدمت ( بهورز، مراقب سلامت دهان، بهداشتکار دهان و دندان و دندانپزشک) سرانه آن خدمت قابل پرداخت می با شد.

# **2) سطح دو:** در مراکز خدمات جامع سلامت مجری و واحد های طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظیر مراکز معین و مطب های دندانپزشکی و درمانگاه های طرف قرارداد جهت اجرای سطح 2 خدمات در قالب خرید خدمت به ارایه خدمات پیشگیری ثانویه شامل آموزش بهداشت دهان به مراجعین ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان مراجعین، فیشور سیلانت تراپی، فلورایدتراپی، ترمیم دندانها (شیری و دایمی) با استفاده از آمالگام و کامپوزیت، کشیدن دندان های غیر قابل نگهداری (شیری و دایمی)، درمان پالپ زنده (vpt) دندان های شیری و دایمی، جرم گیری و بروساژ و پالپوتومی به شرط تامین یونیت دندان پزشکی (ثابت و سیار)، می پردازند.

# تبصره 1: لیست مراکز مجری طرح دندانپزشک خانواده در هر دانشکده/ دانشگاه تهیه و به اداره بیمه سلامت استان و اداره سلامت دهان دندان معاونت بهداشت وزارت متبوع ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صد درصدی گروه هدف ، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیری و لیست مراکز جدید هر 3 ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

# تبصره 2: با توجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، در صورت عدم تامین دندانپزشک توسط شبکه بهداشت/ مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه/ دانشکده می تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت فرانشیز/ تعرفه دولتی گروه هدف، با بخش خصوصی قرارداد همکاری با دندانپزشک منعقد نماید. به منظور اطلاع رسانی مناسب به بیمه شدگان لیست این مراکز در معرض دید عموم در مراکز خدمات جامع سلامت نصب گردد.

# **ماده 37: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان**

#  تعرفه خدمات مربوطه، بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده می باشد.

# تبصره1: برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی خارج از گروه هدف و سایر بیمه ها، تعرفه پالپوتومی و پالپ زنده معادل تعرفه ترمیم سه سطحی در نظر گرفته می شود.

# تبصره 2: کل بسته خدمات دندانپزشکی برای صندوق روستاییان صرفا در قالب خدمات سطح یک مرکز مجری ارائه میگردد و هیچ گونه نسخه ای بصورت ffs برای خدمات دندانپزشکی قابل پذیرش و پرداخت توسط بیمه سلامت نمی باشد و صرفا نسخ تجویزشده توسط دندانپزشک تیم سلامت (شامل رادیوگرافی پری اپیکال، بایت وینگ، رادیوگرافی سری کامل دندان، پانورکس) در صندوق روستاییان سطح دو قابل پذیرش و رسیدگی می باشد.

# **ماده 38: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان**

# الف) ارائه خدمات پیشگیری سطح یک برای کل جمعیت ساکن رایگان است.

# ب) فرانشیز ارائه خدمات سطح دو برای جمعیت تحت پوشش به شرح زیر می باشد.

# 1- برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی: در گروه هدف (زیر 14 سال، مادران باردار و شیرده) رایگان و برای سایر افراد برای خدمات در تعهد بیمه، سی درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.

# 2- برای دارندگان دفاتر سایر بیمه ها (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر صندوق های بیمه سلامت و...): خدمات در تعهد بیمه، سی درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.

# 3-برای افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه: کل هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد.

# **ماده 39: ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان**

# ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان شامل دندانپزشک، بهداشتکار دهان ودندان، در ساختار سطح دو و مراقب سلامت دهان، مراقب سلامت و بهورز در ساختار سطح یک می باشد.

# **ماده 40: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان**

#  واحد آمار و فن آوری اطلاعات مرکز بهداشت استان/ شهرستان مسئول برنامه ریزی و هرگونه اقدام لازم برای حصول اطمینان از ثبت اطلاعات سلامت دهان و دندان در فرم های کاغذی یا سامانه الکترونیکی می باشد. همچنین آمار خدمات مراکز تحت پوشش می بایستی از طریق نرم افزار سطح دو خدمات اداره سلامت دهان و دندان گزارش گردد.

# بدیهی است در کلیه مواد مرتبط با خدمات سلامت دهان و دندان، خدمات سطح یک و دو همان خدمات بسته سطح یک تفاهم نامه بوده که به صورت سرانه ای ارائه می گردد و تقسیم بندی موجود ساختاری می باشد.

# **ماده 41: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان**

# به منظور ارتقاء خدمات و همچنین بهبود کیفیت شاخصDMFT می بایستی 60% ساعت کاری موظف برای خدمات پیشگیرانه ثانویه شامل فیشور سیلانت، ترمیمی، پالپوتومی، پالپ زنده و جرمگیری گروه هدف لحاظ گردد و همچنین10% آن برای کارهای آموزشی گروه هدف و همچنین دهگردشی و بازدید از مدرسه و مابقی ساعت کار یعنی 30% باقی مانده برای سایر خدمات و برای کل جمعیت تحت پوشش مد نظر قرار گیرد.

# **ماده 42: نظارت بر اجرا ی برنامه سلامت دهان و دندان**

# معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده به منظور برنامه ریزی، اجرا، نظارت ، پایش و پشتیبانی، باید نسبت به تشکیل کمیته ای با حضور کارشناس مسئول بهداشت دهان ودندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسئول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال درشهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات ارایه شده بر اساس فرم های جمع بندی عملکرد طرح سلامت دهان ودندان مادران باردار، کودکان زیر 6 سال، کودکان 6 تا 14 سال و بر اساس کتابچه مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل کتابچه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران می باشد. ضمناً پایش های هر سطح توسط سطح بالاتر انجام می گیرد. مثلاً بهورز توسط کاردان های بهداشتی و این کاردان ها توسط دندانپزشک و ... نظارت می شوند. همچنین تیم استانی مسئولیت نظارت بر فعالیتهای شهرستان ها را عهده دار می باشد. این گزارشات ترجیحاً بایستی به روز و از طریق سامانه الکترونیک در دسترس قرار گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان بوده وپس از تایید انجام خدمات دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، پرداختها صورت می گیرد . نظارت بر عملکرد مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان انجام می شود.

# **ماده 43: شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان**

# 1-گروههای سنی هدف شامل: زیر 14 سال، مادران باردار و شیرده می باشد.کلیه گروه های سنی، مخصوصاً گروه های سنی هدف در خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی غربالگری شده و اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان های آنها در پرونده خانوار یا نرم افزار کامپیوتری مربوطه ثبت می گردد. پس از انجام آموزش بهداشت دهان با استفاده از وسایل کمک آموزشی، افرادی که نیاز به درمان های دندانپزشکی دارند به دندانپزشک یا سایر کارکنانی که با یونیت کار می کنند، ارجاع و نتیجه ارجاع در پرونده خانوار مربوط به آن فرد ثبت می گردد. کودکان گروه هدف زیر 14 سال بایستی هر 6 ماه یکبار توسط بهورز و یا مراقب سلامت، مراقبت شوند. همچنین وارنیش فلوراید بر اساس دستورالعمل مربوطه به کودکان بالای2 سال ارایه و شرح خدمات در پرونده فرد/ خانوار ثبت می گردد. مراقبت های مازاد بر مراقبت های کودک سالم در قسمت مراجعات کودک ثبت شود.

# 2- از آنجا که گروه سنی 6 تا 14 سال به دلیل ضرورت مراقبت جدی از دندان های دائمی دارای اولویت می باشند، لذا انجام خدمات پایه سلامت دهان ودندان شامل معاینه دهان و دندانها، آموزش بهداشت دهان، وارنیش فلوراید، فیشور سیلانت برای کلیه دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در پایگاه های سنجش بر اساس دستورالعمل های مربوطه ضروری می باشد. ارایه این خدمات محدودیت زمانی نداشته و خدمات تعریف شده می بایست توسط ارایه دهندگان ادامه یافته و انجام گیرد و پوشش این خدمات به طور کامل انجام پذیرد.

# تبصره: آموزش مورد نیاز برای ارایه دهندگان خدمت زیر نظر اداره سلامت دهان دندان معاونت بهداشت وزارت متبوع، توسط واحد بهداشت دهان ودندان دانشکده/ دانشگاه های علوم پزشکی و با مشارکت مراکز آموزش بهورزی انجام گیرد.

# 3- نظارت خدمات فنی می بایست زیر نظر دندانپزشک و در تمامی کمیته های تعریف شده و با همکاری گسترش شبکه مرکز بهداشت شهرستان باشد.

# **ماده 44: روش خرید خدمت در خدمات دهان و دندان**

# پرداخت حق الزحمه تشویقی کارانه به منظور افزایش بهره­وری و انگیزه کارکنان بدین شرح است:

# 1- بهداشتکار دهان و دندان چنانچه کف خدمات موظف بر اساس جدول زمان سنجی را ارایه نمایند حداقل 30 میلیون ریال و با توجه به ضرایب محرومیت چهارگانه قابل پرداخت خواهد شد و برای خدمات مازاد ارائه شده تا سقف دو برابر به شرط حضور در دو شیفت فعال( 4 ساعته با یونیت)، بر اساس جدول زمان سنجی خدمات و تایید کارشناسان مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

# 2- دندانپزشک چنانچه حداقل کف خدمات موظف بر اساس جدول زمان سنجی را ارایه نمایند حداقل 69 میلیون ریال و با توجه ضرایب محرومیت چهار گانه قابل پرداخت خواهد بود و برای خدمات مازاد ارائه شده تا سقف دو برابر به شرط حضور در دو شیفت فعال( 4 ساعته با یونیت)، بر اساس جدول زمان سنجی خدمات و تایید کارشناسان مربوطه، قابل پرداخت خواهد بود.

# 3- خرید خدمت از بخش خصوصی نیز مطابق با تعرفه های مصوب از محل سهم سرانه برنامه بیمه روستایی مربوط به خدمات سلامت دهان و دندان بلامانع است که فرم قرارداد آن از طرف اداره دهان و دندان معاونت بهداشتی وزارت به دانشگاههای علوم پزشکی/ دانشکده ابلاغ می گردد.

# **فصل نهم: درآمدها و هزینه های مالی برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي**

# **ماده 45: درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده**

# درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از طرق زیر تامین خواهد شد:

1. منابع حاصل از عقد قرارداد مركز بهداشت شهرستان يا شبكه بهداشت درمان شهرستان با اداره كل بيمه سلامت استان.
2. منابع حاصل از اخذ فرانشيز ويزيت پزشك خانواده يا ماما با رعايت سيستم ارجاع درمورد افرادي كه دفترچه بيمه روستايي دارند. تعرفه وروديه براي خدمات درماني تعيين شده در بسته خدمت كه توسط پزشك خانواده يا ماما ارائه مي شود، بشرح زیر می باشد و دریافت هرگونه مبلغ خارج از موارد ابلاغی وجاهت ندارد و منجر به کسورات پایش می گردد.

الف) فرانشیز ویزیت پزشک عمومی مبلغ 5000 ریال می باشد.

ب) فرانشيز ویزیت کارشناس مامایی معادل 60 % فرانشيز پزشک عمومی (3000 ريال) مي باشد.

ج) فرانشيز ویزیت كارشناس ارشد مامایی معادل 70% فرانشيز پزشک عمومی (3500 ريال) مي باشد.

1. منابع حاصل از اخذ فرانشيز 30% از تعرفه دارو درمورد افراديكه دفترچه بيمه روستايي دارند.
2. منابع حاصل از اخذ فرانشيز 15% از تعرفه خدمات آزمايشگاهي درمورد افراديكه دفترچه بيمه روستايي دارند.
3. منابع حاصل از اخذ فرانشيز 15% از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افراديكه دفترچه بيمه روستايي دارند.

6-منابع حاصل از اخذ فرانشيز 10% از تعرفه هاي خدمات جانبی از جمله تزريقات و پانسمان و ساير خدمات سرپايی که مشمول تعرفه هستند.

7- منابع حاصل از اخذ هزینه کامل مواد مصرفی (مانند دستكش، سرنگ، ماسك، پنبه، الكل، ليدوكايين، بتادين و...)

8- منابع حاصل از اخذ فرانشيز 30% کل خدمات ارائه شده (پزشكي، دارويي، و پاراكلينيكي و ...) به ساير بيمه شدگان (تامين اجتماعي، نيروهاي مسلح، ساير صندوق هاي بيمه سلامت و ....).

9-منابع حاصل ازاخذ سهم ساير سازمان هاي بيمه گر (تامين اجتماعي، نيروهاي مسلح و ...) درقبال ارائه برگه­ي بيمه شدگان.

10-منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی

11- منابع حاصل از 100% تعرفه ارائه خدمت به ساير افرادي كه خارج از سيستم ارجاع مراجعه مي كنند. به عنوان مثال شهرنشيناني كه بصورت ميهمان در روستا به پزشك خانواده مراجعه كرده اند.

12- منابع حاصل از 100% تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بيمه (اعم از بيمه روستايي يا ساير بيمه ها).

# تبصره 1: تعرفه اين خدمات در كتاب ویرایش دوم ارزش نسبی خدمات و مراقبت­های سلامت جمهوری اسلامی ایران- سال 1396 كه دراختيار معاونت درمان دانشگاه­هاي علوم پزشكي كشور مي­باشد، بدست می آید.

# تبصره 2: چنانچه بيمار صرفاً براي دريافت خدمات درماني زنان به ماماي مركز مراجعه كند، فقط فرانشيز تعرفه آن خدمت را خواهد پرداخت. درصورت مراجعه به پزشك و ماما فقط فرانشيز تعرفه خدمت پزشك از بيمار اخذ مي گردد. غيراز انجام مراقبت ها كه در بسته خدمت آمده است(که رایگان می باشد)، براي تمام موارد ويزيت درماني پزشك، بايد فرانشيزمصوب دريافت گردد.

# تبصره 3: دریافت فرانشیز در مورد برنامه هاي جاري نظام شبكه بهداشت و درمان از قبيل ویزیت گروه های هدف و مصداق ندارد و چنين خدماتي، در کل جمیت ساکن، رايگان ارائه می گردد.

# تبصره 4: ارائه مکمل های دارویی باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت به صورت رایگان انجام گیرد.

# تبصره 5: حقوق پزشکان يا ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پيمانی، طرحی يا پيام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

# تبصره 6: بيمارستان هاي همكار از مراجعين روستايي داراي دفترچه بيمه روستايي و برگه ارجاع ، فرانشيز خدمات پزشكي و خدمات دارويي و پاراكلينيكي را باید براساس دستورعمل اجرايي برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده دريافت و ليست بيماران غیر اورژانسی همراه هزينه مربوطه را ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان/ شبكه بهداشت و درمان شهرستان ارائه کنند. در مواردی که منجر به بستری گردد از طریق اداره بیمه به بیمارستان پرداخت می شود.

# تبصره 7: افرادی که برگه های دفترچه بيمه روستايي آنها به پايان رسيده باشد تا زمان اخذ دفترچه جديد، بايد 100% تعرفه را پرداخت کنند. در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه براي آنان، مي توان با استفاده از دفترچه بيمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشيز مصوب دريافت كرد.

# تبصره 8: استمرار پرداختها توسط اداره کل بیمه استان منوط به دریافت اوراق جداشده دفترچه بیمه روستایی و ارائه فایل الکترونیک حاوی اطلاعات نسخ و مداخلات مورد تایید سازمان بیمه سلامت است.

# تبصره 9: چنانچه فرد تابع هيچ نوع بيمه اي نباشد بايد كل تعرفه خدمات را پرداخت كند ( به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). مرکز خدمات جامع سلامت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی راهنمائی نماید.

# تبصره 10: فرانشیزی که در ساعات موظف کاری مرکز خدمات جامع سلامت توسط بیمار باید پرداخت شود معادل 5000 ريال است.

# تبصره 11: در زمان بيتوته و روزهاي تعطيل مبلغ فرانشیز دریافتی پزشک جهت ویزیت و خدمات جانبی از بیماران غیر از موارد اورژانسی ناشی از حوادث و تروما 30% تعرفه دولتی می باشد.

# تبصره 12: در صورت وجود واحد تسهيلات زايماني فعال، زايمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رايگان مي باشد و نبايد وجهي از مراجعه کننده دريافت شود و برای سایر صندوق ها (به جز صندوق روستایی) با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده با ارائه به اداره بیمه باید سهم تعرفه آن به صورت (FFS) به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت فقدان واحد تسهيلات زايماني، فرد به سطح دوم ارجاع مي گردد، بديهي است در صورت انجام زايمان در بيمارستان، هزينه هاي مربوطه توسط بيمه پرداخت خواهد شد.

تبصره 13: ارائه تمامی خدمات و مراقبت های بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمت کاملا رایگان است. درصورت ارائه سایر خدمات(خارج از بسته خدمات سلامت) باید فرانشیز خدمت اخذ گردد. بدیهی است دریافت فرانشیز در مورد ارائه خدمات سطح یک مورد تعهد بیمه از قبیل ویزیت و ارائه دارو به بیماران، خدمات پاراکلینیک و خدمات جانبی ( به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما)، جهت افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه با فرانشیز آزاد محاسبه خواهد شد.

تبصره 14: تعرفه خدماتي كه در چارچوب قراردادهاي عقد شده نباشد و بيمار از مسير ارجاع و پزشك خانواده مراجعه نكند، مانند خدمات پزشكي، دارويي، راديولوژي و آزمايشگاهي نسخه شده توسط سایر پزشكان عمومي (غيراز پزشك خانواده تعيين شده براي محل و یا پزشک خانواده جانشین که مهر پزشک خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصين در مراجعات خارج از نظام ارجاع، بايد با تعرفه آزاد از بيمار اخذ گردد.

تبصره 15: اعتبار نسخ ارجاع از تاریخ صدور به مدت یک ماه می باشد. همچنین بیماران صعب العلاج، خاص و سرطانی و بیمارانی که بطور مستقیم بستری شده اند نیازی به ارائه نسخ ارجاع ندارند.

تبصره 16: محل تامین اعتبار داروهای مصوب خانه های بهداشت از سهم سرانه دارویی و مکمل می باشد.

# **ماده 46: شرایط اختصاصی درآمد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

# بر اساس مصوبات هیئت امناء دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال 1384 درآمد بیمه روستایی از شمول کسر 5 درصد سهم رياست دانشگاه، معاف است. همچنین بر اساس مصوبه هيات امناء (نامه شماره 62984 مورخ 29/3/1384 ) مطرح و مقرر گرديد به منظور استقرار و گسترش برنامه بيمه روستايي، دانشگاه هاي علوم پزشكي مكلف هستند كليه اعتبارات تخصيص يافته برنامه بيمه روستايي، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهاي بيمه و يا ساير درآمدهاي ناشي از بيمه روستايي را منحصرا" در چهارچوب دستورعملهاي ارسالي از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزينه كرده و نسبت به استقرار تجهيزات و خودروهاي تحويل شده به دانشگاه براي مراكز تعيين شده توسط وزارت بهداشت اقدام كنند. همچنين، اجراي مفاد دستورعمل بيمه روستايي و پزشك خانواده صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي الزامي بوده و دراين راستا مجوز موارد ذيل صادر مي گردد

# پرداخت كارانه به پرسنل استخدامي (رسمي، پيماني، پيام آور و طرحي) در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

# عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشكي و غيرپزشكي مورد نياز برنامه از طريق بخش غيردولتي، اعم از اشخاص حقيقي يا حقوقي درصورت نياز

# **ماده 47: بودجه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

# سرانه سالانه خدمات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از محل سهم سرانه توسط سازمان بیمه سلامت ایران تامین و در اختیار وزارت بهداشت و درمان وآموزش پزشکی قرار می گیرد. استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر از موارد تعیین شده در تفاهم نامه توسط ریاست دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استان ممنوع می باشد.

# تبصره: سرانه سلامت ( از محل اعتبارات 1% مالیات بر ارزش افزوده) برای کل جمعیت ساکن در روستاها، شهرهای زیر 20 هزار نفر و عشایر محاسبه و توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی در اختیار سازمان بیمه سلامت قرار می گیرد تامطابق بسته خدمات و اجرای مفاد تفاهم نامه، بر اساس لیست توزیع ارسالی از سوی معاونت در اختیار دانشگاه/ دانشکده ها قرار گیرد.

# سرانه سلامت ( از محل اعتبارات صندوق بیمه روستایی) برای جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در روستاها، شهرهای زیر 20 هزار نفر و عشایر محاسبه می شود تا مطابق لیست توزیع ارسالی بر اساس ضرایب محرومیت توسط معاونت بهداشت محاسبه شده و از سوی سازمان بیمه سلامت مطابق بسته خدمات و اجرای مفاد تفاهم نامه در اختیار دانشگاه/ دانشکده ها قرار گیرد.

# **ماده 48: مبلغ سرانه و محل تامین آن**

# سرانه سالانه خدمات سطح اول برای جمعيت مشمول برنامه (ساکنان روستاها، نقاط عشايري و شهرهای زیر 20 هزار نفر داراي دفترچه بيمه سلامت روستايي)، غير از بيمه شدگان ساير سازمان­هاي بيمه گر با جدول ضرایب و سرانه های هر شبکه تعيين مي‌گردد.

# تبصره: چنانچه جمعيت تحت پوشش هر پزشک خانواده از 4000 نفر دارای دفترچه بیمه روستایی بيشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعيت از سوی اداره کل بيمه استان به قرار زير می شود.

# الف) تا 4000 نفر جمعیت بیمه شده روستایی هر پزشک 100درصد سرانه پزشک پرداخت می گردد.

# ب) از 4001 نفر تا 5000 نفر جمعیت بیمه شده روستایی به ازای افراد مازاد بر 4000 نفر 50 درصد از سرانه پزشک پرداخت می گردد.

# ج) در شرایطی که مرکز دارای ضریب محرومیت بالاتر از 7/1 باشد و امکان جذب پزشک میسر نباشد، به ازاء جمعیت مازاد بر 5000 نفر (صرفاً تا سقف 7000 نفر) 25% سرانه پزشک پرداخت می گردد.

# **ماده 49: سهم توزیع سرانه**

# توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده به شرح ذیل می باشد.

|  |
| --- |
| جدول سهم توزیع سرانه: |
| موضوع | سهم ازسرانه (میلیارد ریال) | محل تامین اعتبار | محل هزینه کرد |
| حق الزحمه پزشک | 9250 | صندوق بیمه روستاییان | دانشگاه/ دانشکده |
| حق الزحمه ماما/ سایر نیروهای بهداشتی | 3300 | صندوق بیمه روستاییان | دانشگاه/ دانشکده |
| مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (وزارت) | 1320 | صندوق بیمه روستاییان | ستاد وزارت بهداشت دانشگاه/ دانشکده |
| هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (بیمه) | 660 | صندوق بیمه روستاییان | سازمان بیمه سلامت ایران |
| خدمات سلامت دهان و دندان | 1800 | صندوق بیمه روستاییان | دانشگاه/ دانشکده |
| فرهنگ سازی،آموزش و بسترسازی | 170 | صندوق بیمه روستاییان | سازمان بیمه سلامت  |
| راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت  | 500 | 1درصد ارزش افزوده | ستاد وزارت بهداشت/ دانشگاه/ دانشکده |
| خدمات دارویی | 3000 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه) | 1350 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| خدمات پاراکلینیک (رادیولوژی) و سونوگرافی بارداری | 450 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| تامین مکمل های دارویی | 800 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| آماده سازی و بهبود استانداردهای واحدهای مجری برنامه و ساختارهای پیوسته آن | 3000 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| بابت هزینه اجرای برنامه های فنی ادغام یافته با اولویت تقویت نظام مراقبت بیماری ها و کنترل عوامل خطر از قبیل کم تحرکی، رژیم غذایی ناسالم، مصرف سیگار و خودمراقبتی به منظور ارتقاء سلامت ، پیشگیری از بیماری ها، غربالگری و کنترل بیماری های واگیر و غیر واگیر ازجمله دیابت ، فشار خون، بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها ،بیماری های مزمن تنفسی و بیماری های اعصاب و روان ،اعتیاد،سل ،ایدز، هپاتیت ، فراهم نمودن جلب مشارکت فرد و جامعه در ارتقاء سلامت در بسته خدمت تعریف شده در سطوح نظام ارائه خدمت شبکه | 600 | 1 درصد ارزش افزوده | ستاد وزارت بهداشت /دانشگاه/ دانشکده |
| تامین خودروی سالم برای دهگردشی | 800 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |
| ما به تفاوت سرانه جمعیت ساکن و بیمه شده و عشایر | 3000 | 1 درصد ارزش افزوده | دانشگاه/ دانشکده |

# **ماده 50: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات**

# درتخصيص کل اعتبارات از اداره کل بيمه سلامت استان به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، رونوشتي از اداره کل بیمه سلامت به معاون بهداشتی و رييس مركز بهداشت دانشگاه/دانشکده علوم پزشكي مربوط ارسال گردد تا مجريان برنامه در جريان زمان و نحوه تخصیص اعتبارات باشند و به موقع براي دريافت اعتبار خود اقدام نمايند. معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان، وظیفه نظارت بر اعتبارات تخصیص یافته و هزینه کرد آنها درمنابع تعریف شده را به عهده دارد. ادارات کل بيمه سلامت استان ها، باید ماهانه 80 % کل سرانه را تا پانزدهم هرماه و 20% باقیمانده را حداکثر ظرف یک ماه پس از پایش عملکرد به شرط رعایت مفاد تفاهم نامه پرداخت کنند. معاون توسعه دانشگاه موظف است با نظارت معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده بلافاصله گردش مالي را اجرایی كند تا حق الزحمه پزشكان، ماماها، پرستاران و ساير کارکنان دست اندركار اجراي برنامه به موقع به دست آنان برسد.

# مدیرمالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است ریزهزینه ها را هر سه ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان و مرکز مدیریت شبکه اعلام کند. پرداخت بعدی از سوی اداره کل بیمه استان منوط به دریافت این گزارش خواهد بود.

# تبصره: براساس تبصره بند 4 ماده 4 تفاهم نامه مشترک، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است حداکثر 72 ساعت کاری پس از دریافت منابع، اعتبارات مربوطه را برای سطح یک خدمات ابلاغ نماید و مدیران کل استانی حداکثر ظرف 72 ساعت کاری پس از دریافت اعتبار آن را به دانشگاه پرداخت نمایند .همچنین دانشگاه مکلف است پس از دریافت اعتبار حداکثر ظرف مدت 72 ساعت کاری نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به شبکه ها و مراکز بهداشت شهرستان ها اقدام نمایند. به نحوی که پرداخت حقوق تیم سلامت در اولین فرصت مشخص شده در تفاهم نامه صورت پذیرد. در ضمن هر زمان اعتباری از محل ادارات کل بیمه سلامت استانها یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درمورد این برنامه به دانشگاه/دانشکده علوم پزشكي تخصيص داده شود، اداره کل بیمه سلامت استان و دانشگاه/ دانشکده موظف است، رونوشتی از ابلاغ اعتبار را به مرکز مديريت شبکه وزارت بهداشت ارسال دارد.

# **ماده 51: شيوه پرداخت سرانه خريد خدمت**

# جمعیت هدف برنامه شامل کلیه افراد ساکن در مناطق روستايي، عشاير و شهرهاي زير 20 هزار نفر می باشد.

# تبصره 1: درمورد عشاير جمعيت داراي دفترچه بيمه روستاييان و عشاير اعلامی سازمان بیمه سلامت ملاك پرداخت سرانه است. سرانه جمعیت عشایر ساکن و برون کوچ در بین دانشگاه های همجوار برحسب تعداد جمعيت عشاير دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعيت در شهرستان توسط وزارت بهداشت توزیع می گردد.

# تبصره 2: در طول مدت حضور عشاير در منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بيمه روستايي و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما يا پرستار در آن مدت برحسب جمعيت ساکن (روستايي و عشايری) محاسبه می شود. در اين روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از كل اعتبار مشخص مي شود. اداره کل بيمه سلامت استان موظف است سهم اعتبار مربوطه را طي قراردادي، پس از تعيين مراكز بهداشتي درماني فعال (داراي پزشك به کارگیری شده موردنياز و با وضعيت مشخص خدمات دارويي) دراختيار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی قرار دهد. همچنین وزارت بهداشت اعتبارات مربوطه از محل 1 درصد مالیات بر ارزش افزوده برای توزیع در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران قرار می دهد. از منابع مالی برنامه، ابتدا سهم اعضای تیم سلامت (پزشك، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی و سایر نیروهایی که از محل اعتبارات برنامه پزشک خانواده دستمزد آنان پرداخت می گردد) تعیین و سپس بقيه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بيمه روستايي و پزشک خانواده بر اساس مفاد تفاهم نامه ارسالی توزيع مي گردد.

# تبصره 3: اداره کل بيمه سلامت استان موظف است تا قبل از پانزدهم هرماه، حداقل 80% از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبكه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت هر شهرستان را مستقيما" به حساب بانك طرف حساب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی(درآمد غيرقابل برداشت خزانه) واريز نمايد و به معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی رونوشت كند.

# تبصره 4: معاون توسعه دانشگاه موظف است به محض واريز وجوه درآمد بيمه روستايي شهرستان به حساب درآمد استان، تمامي وجوه واريزي را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واريز نمايد و به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتي دانشگاه برساند.

# تبصره 5: معاون بهداشتي با استناد جمعیت تحت پوشش برنامه، حجم ريالي منابع هر شهرستان، درصد عملكرد قابل قبول هر يك از سطوح استاني (دانشگاهی/ دانشکده ای)، شهرستاني و محيطي (شامل پزشك، ماما و ساير پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه بیمه روستائی و پزشک خانواده و دستورعمل پرداخت كارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفكيك تهيه نماید.

# تبصره 6: معاون توسعه دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي را هر ماه يكبار با دستور خرجي كه معاون بهداشتي دانشگاه در اختيار وي قرار مي دهد، ميان شهرستان هاي تابعه توزيع نمايد.

# تبصره 7: مدير شبكه بهداشت و درمان شهرستان يا رييس مركز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي تخصيصي ماهانه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتي كه استانداردهاي آن در همين دستورعمل آمده است، هزينه نمايد. همچنین مدير شبكه بهداشت و درمان شهرستان يا رييس مركز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزينه كرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي را قبل از ارائه به مديريت مالي دانشگاه به تائيد معاون بهداشتي دانشگاه برساند.

# تبصره 8: معاون توسعه دانشگاه و مديريت امور مالي حق پذیرش اسناد هزينه كرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي را قبل از تائيد معاون بهداشتي دانشگاه از شهرستان­هاي تابعه ندارد.

# تبصره 9: روساي دانشگاه/ دانشکده هاي علوم پزشكي و معاونين بهداشتي دانشگاه ها موظف به نظارت بر شيوه هزينه كرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرايي برنامه خواهند بود و بايستي از انتقال اين اعتبارات براي هزينه كرد در ساير بخش هاي شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) جداً ممانعت بعمل آورند و تلاش نمايند تا سهم سرانه مراكز بهداشتي درماني مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شكلي واقعي در همان شهرستان هزينه گردد.

# تبصره 10: اسناد هزينه بايستي پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتي دانشگاه رسیده وگزارش اسناد مالي براساس چارچوب تعيين شده به اداره کل بيمه استان و مرکز مديريت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/ دانشکده موظف است گزارش رعايت اين ماده و هزينه كرد اعتبارات و منابع برنامه پزشك خانواده را از حسابرس دانشگاه/ دانشکده دريافت كرده و در جلسه هيات امناء مطرح كند.

# تبصره 11: مركز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بيست و پنجم هر ماه تمامي درآمدهاي بيمه روستايي ناشی از ارائه خدمات واريز شده به حساب درآمدهاي شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهاي دانشگاه واريز نمايد و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

# تبصره 12: مديرمالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بيمه روستايي را به تفکيک صندوق بيمه و برحسب مناطق روستايي و شهری به معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مديريت شبکه اعلام کند.

# تبصره 13: مركز بهداشت شهرستان بايد فهرست حقوق ارسالي به بانك براي پرداخت حقوق اعضای تیم سلامت طرف قرارداد برنامه را پس از ممهور شدن به مهر بانك در پايان هرماه به تفكيك اسمي به اداره كل بيمه سلامت استان ارائه نمايد.

# تبصره 14: معاون بهداشتي دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملكرد مالي فصلي از شهرستان هاي تابعه، گزارش سالانه عملكرد مالي و فني خود را با امضاي مشترك مديريت مالي دانشگاه به مركز مديريت شبكه ارسال کند.

# **ماده 52: شیوه پرداخت حقوق و مزایا**

# پرداختی به نیروهای تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان وپیراپزشکان طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی برای پزشك، ماما، پرستار ( در صورتی که جایگزین ماما باشد)، نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی، که بر اساس این دستور عمل بکارگیری شده اند معادل حکم کارگزینی بعلاوه کارانه مورد محاسبه بر اساس مکانیسم پرداخت می باشد. معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است ترتیبی اتخاذ کند تا حقوق و مزایای آنان برابر مفاد این دستورالعمل تعیین و برقرار گردد. بدین صورت که حقوق و مزایای مندرج در حکم کارگزینی آنان به صورت ماهانه تا بیست و هشتم هرماه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت شده و پس از آن کارانه مورد محاسبه طبق مکانیسم پرداخت 70% بصورت علی الحساب ماهانه تا پنجم ماه بعد (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت گردد. 30% باقيمانده هر 3 ماه يكبار براساس نتايج پايش عملكرد و پس از کسر کسورات قانونی پرداخت می گردد. لازم است 30% مربوط به پايش عملکرد حداکثر تا يک ماه پس از انجام پايش تسويه گردد. صدور حکم کارگزینی، متمم قرارداد کارانه و ابلاغ تعیین محل خدمت در ابتدای شروع به کار و ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه به این نیروها از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان الزامی میباشد.

# پرداختی جهت دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان بر مبنای عملکرد به صورت کارانه می باشد. کارانه مورد محاسبه طبق مکانیسم پرداخت 70% بصورت علی الحساب ماهانه تا پنجم ماه بعد (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت گردد. 30% باقيمانده هر 3 ماه يكبار براساس نتايج پايش عملكرد و پس از کسر کسورات قانونی پرداخت می گردد. لازم است 30% مربوط به پايش عملکرد حداکثر تا يک ماه پس از انجام پايش تسويه گردد. بدیهی است مبلغ حکم کارگزینی از سرجمع دریافتی دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان کسر می گردد.

# پرداختی جهت سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت شامل پرستار/ بهیار، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای مورد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی معادل نیروی پیمانی همتراز می باشد. همچنین پرداخت کارانه جهت این نیروها مجاز نبوده لیکن پرداخت اضافه کار از محل درآمد جاری و در سقف اعتبارات موجود بلامانع می باشد. صدور حکم کارگزینی و ابلاغ تعیین محل خدمت در ابتدای شروع به کار و ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه برای این نیروها از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان الزامی میباشد.

# تبصره1: پرداختی به مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک) از طریق خرید خدمات و از محل اعتبارات سرانه خدمات سلامت دهان و دندان و در سقف اعتبارات امکان پذیر می باشد.

# تبصره2: چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از يك ماه محل خدمت خود را ترك كند، كل مبلغ قرارداد يك ماه وي پرداخت نمي شود چنانچه این فرد سابقه بیش از یکماه داشته باشد مبلغ مربوط به پايش وي كه نزد مركز بهداشت شهرستان است، كسر مي شود.

تبصره 3: پزشكان، ماماها و پرسنل طرف قرارداد كه براساس تاييد بنياد جانبازان به عنوان جانباز و خانواده شاهد شناخته شده اند، برمبناي بند ج ماده 37 قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بيمه و ماليات معاف هستند.

تبصره 4: مبلغ عيدي براساس رقم اعلام شده هيات محترم دولت و برحسب ماه خدمتي فرد طرف قرارداد، بايد در پايان سال به وي پرداخت گردد.

# **ماده 53: استاندارد هاي توزيع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي**

1. معاون بهداشتي دانشگاه موظف است پس از تعيين سهم هر يك از سطوح براساس مندرجات همين دستورعمل و دستورعمل پرداخت كارانه، ضرايب عملكرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج ماهانه (به تفكيك ماه) را بر اين اساس تنظيم كند و به معاون توسعه دانشگاه ارائه دهد و معاون توسعه نيز عيناً براساس دستور خرج مذكور نسبت به توزيع منابع اقدام نمايد.
2. مركز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصيصي، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهاي منعقده را براساس ضريب عملكرد، محاسبه كرده و سپس پرداخت نمايد و پس از هزينه كرد، اسناد به تاييد معاونت بهداشتي دانشگاه رسانده شود.
3. مركز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصيصي، هزينه هاي مربوط به ارائه خدمات دارويي، آزمايشگاهي و راديولوژي به جمعیت تحت پوشش برنامه بیمه روستائی و پزشک خانواده را تامين و پرداخت نمايد و پس از هزينه كرد، اسناد را به معاونت بهداشتي ارائه دهد.
4. مركز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهاي اختصاصي برنامه موضوع منابع مالي تعيين شده در اين دستورعمل، هزينه هاي مربوط به تامين فضاي زيست يا بيتوته پزشك و مواد مصرفي مورد نياز مراكز بهداشتي درماني را تامين و پرداخت نمايد و پس از هزينه كرد، اسناد را به معاونت بهداشتي ارائه دهد.
5. مركز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/ دانشکده و محل 4% اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان کارانه پرداخت نماید.

# **ماده 54: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته**

# اعتبارات بند (ی) ماده 4 تفاهم نامه مشترک، و اصلاحیه پیوست آن، بر اساس برنامه های عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت هزینه می گردد.

# **فصل دهم: نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی**

# **ماده 55: ارجاع در سطح یک خدمات**

# اجراي برنامه پزشك خانواده در شرايط معمول، مانند دستورعمل هاي قبلي نظام شبكه بهداشت و درمان، اولين محل مراجعه بيمار در روستاها بايد خانه بهداشت و در شهرها باید پایگاه بهداشت باشد و پس از اينكه بهورز یا کاردان/ کارشناس بهداشتی شاغل در پایگاه بهداشت خدمات تعريف شده خود را براي مراجعه كننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در دستورعمل هاي اجرايي هر برنامه آمده است، فرد را به پزشك خانواده مربوطه ارجاع دهد.(در صورت نبود پروتکل درمانی مشخص براي بهورزیا کاردان/ کارشناس بهداشتی ، يا تحت شرايط اضطرار بيمار مي تواند مستقيماً به پزشك خانواده مراجعه کند).

تبصره1: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی از خانه های بهداشت یا پایگاههای بهداشتی را معاینه، ویزیت و بر اساس پروتکل های درمانی تعیین شده تحت درمان قرار دهد ونتیجه اقدامات انجام شده و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی ارجاع دهنده برساند.
تبصره 2: در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه ارجاع می نماید.

تبصره 3 : در هرحال مسئولیت مدیریت سلامت و بیماری جمعیت تحت پوشش بر عهده پزشک خانواده مربوطه می باشد وپزشک موظف است وضعیت بیمار ارجاع شده به سطح تخصصی را پیگیری و مشخص نماید.

**ماده 56: ارجاع در سطح دو خدمات**

به منظور تقویت و توسعه نظام ارجاع و عملیاتی نمودن آن در برنامه پزشک خانواده در جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر 20 هزار نفر، تفاهم نامه جداگانه ای بین معاون درمان و سازمان بیمه سلامت ایران منعقد گردید. براساس این تفاهم نامه، پزشکان متخصص پذیرنده ارجاع در مراکز تخصصی سرپایی دولتی(که بیمار از طریق پزشک خانواده با فرم تکمیل شده ارجاع به آن مراکز معرفی شده است)، نسبت به تکمیل دقیق فرم پس خوراند اقدام نموده که سازوکار اجرایی آن متعاقبا" توسط سازمان بیمه سلامت ایران اعلام می شود. بدیهی است اجرای کامل مفاد تفاهم نامه مذکور توسط کلیه مراکز مجری سطح اول الزامی می باشد.

تبصره1: معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشكي موظف است مسير ارجاع تمامي شهرستان های دانشگاه/ دانشکده را تهيه و به اداره بيمه سلامت استان ارائه دهد.

تبصره2: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسير ارجاع بيمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپايي و بستری) را به ستاد هماهنگي دانشگاه اعلام دارد. در مناطقی که امکان ارائه خدمات تخصصی از طریق ظرفیت های بخش دولتی میسر نمی باشد، با اعلام دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، سازمان بیمه سلامت موظف است از بخش غیر دولتی استفاده نماید.

تبصره3: در صورت عقد قرارداد بين بيمه با بيمارستان/ بيمارستان هاي شبكه، بيمارستان/ بيمارستان ها بايد موظف به ايجادپلي­كلينيك­هاي تخصصي شوند تا در ساعات خاصي (مناسب با شرايط تردد روستاييان) به بيمه شدگان روستايي خدمت ارائه دهند.

تبصره 4: اداره بيمه سلامت استان موظف است در آغاز، پس از دريافت مسير ارجاع، فهرست و مشخصات كليه واحدهاي ارائه دهنده خدمات سرپايي تخصصي و بستري سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بيمه هستند، حداکثر تا يك ماه پس از انعقاد قرارداد به مركز بهداشت شهرستان و واحد پزشك خانواده ارائه دهد. هر تغييري كه پيش مي آيد، بايستي مجدد اعلام شود. به هرحال، حداكثر در فواصل 3 ماهه ليست نهايي بايد به مركز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

تبصره5: معاون درمان دانشگاه/دانشکده موظف است براي تسهيل در بستري بيماران تحت پوشش بيمه روستايي در هر بیمارستان يك نفر را بطور شبانه روزي براي پذيرش بيماران به جهت بستري بيمه شده روستايي اختصاص دهد.

تبصره6:خدمات بخش بستري و درمان سرپايي تخصصي نيز بر اساس بسته خدمت و مراقبت هاي مديريت شده و ساير ابزار كنترل ، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشكي و با همكاري اداره بيمه سلامت استان نظارت مي شوند.

تبصره 7: تکميل نظام ارجاع براي افراد ساکن در روستاها و شهر هاي داراي بيست هزار نفر جمعيت و پايين تر و جامعه عشايري با فوريت ارائه خدمات سرپايي و بستري سطح 2 به عنوان گام اول استقرار کامل نظام ارجاع الکترونیک مد نظر مي باشد. پس از آنکه سامانه های نرم افزاری سطح یک براساس سند تبادل اطلاعات، آمادگی انتقال اطلاعات فرم ارجاع الکترونیک را به سطح 2 ایجاد نمودند، پزشکان خانواده موظفند تا درصورت تشخيص و لزوم ادامه درمان در سطوح بالاتر، در صورتي که بيمار نياز به دريافت خدمات تخصصي و فوق تخصصي داشته باشد با تکميل فرم الکترونیک ارجاع، بيمار را به سطح تخصصي طرف قرارداد در مسير ارجاع آموزش و هدايت نمايند. در این فرآیند پس از صدور شناسه ارجاع توسط بیمه سلامت، مراکز ارائه دهنده خدمات سطح 2 امکان پذیرش بیمار در راستای نظام ارجاع الکترونیک را خواهند داشت.

**ماده57: ارجاع به سطوح بالاتر**

سقف ارجاع به متخصص تا حداکثر 15% مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد. بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد.

تبصره1: در عقد قرارداد با نيروهاي متخصص، مكانيسم هاي ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشك خانواده توسط بيمه سلامت براساس دستورعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی در سطح تخصصی خواهد بود.

تبصره 2: لازم است جهت جلوگیری از ارجاع معکوس، ترتیبی اتخاذ گردد تا پذیرش بستری بیماران دارای دفترچه بیمه روستایی غیر اورژانسی در بیمارستانهای دولتی تحت پوشش دانشگاه با رعایت نظام ارجاع در زمان پذیرش صورت گیرد.

# **فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی**

**ماده 58: شیوه پایش و نظارت**

باتوجه به اهميت پايش و نظارت برنحوه انجام فعاليت ها در سطوح مختلف و به ويژه سطح محيطي، ضرورت دارد تمامي گروهها و واحدهای زيرمجموعه معاونت بهداشتی به مراكز مجري برنامه مراجعه كرده و چگونگي اجراي بسته هاي خدمت به گروه هاي هدف را مورد پايش قرار دهند. نتيجه نظارت ها در مركز بهداشت شهرستان مورد تحليل قرار مي گيرد و آموزش هاي لازم به پرسنل محيطي به ويژه پزشك خانواده ارائه مي شود.

تبصره1: لازم است پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه ماه یکبار توسط ستاد مرکز بهداشت شهرستان بر اساس چک لیست های ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت متبوع صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت قطعی سه ماهه (30%) خواهد بود ونتایج پایش در اختیار اداره بیمه شهرستان قرار گیرد.

# تبصره2: لازم است نمره پایش در پرونده اعضای تیم سلامت با ثبت امضای آنان درج گردد كه علت كسر شدن حقوق يا تشويقي وي براساس نتيجه پايش سه ماهه فرد روشن باشد.

# **ماده 59: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان**

# اجرای پايش مشترك با اداره کل بيمه سلامت استان توسط چك ليست مورد توافق، هر ماه یکبار انجام مي شود.

# تبصره1: اداره کل بيمه استان موظف است پس خوراند بازديدهای انجام شده در طول ماه قبل را حداکثر تا دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها فراهم باشد. نتایج پایش های مشترک و نظارت های انفرادی پس از بررسی در جلسات هماهنگی ماهانه بین مرکز بهداشت و اداره بیمه شهرستان مبنای کسورات خواهد بود. بديهی است که نکات مورد نظر اداره کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان منعکس مي گردد و مركز بهداشت موظف به پيگيري مي باشد.

# تبصره2: ادارات كل بيمه سلامت استان بصورت مشترك يا اختصاصي با استفاده از چك ليستي كه با تفاهم مشترك وزارت بهداشت و سازمان بيمه سلامت تهيه شده است، اقدام به نظارت ماهانه از مراكز مجري برنامه مي نمايند. نتيجه اين چك ليست بايد تا قبل از نظارت بعدي به مركز بهداشت شهرستان اعلام شود تا مركز بهداشت شهرستان هرچه سريعتر نسبت به رفع مشكلاتي كه ازسوي اداره كل بيمه استان اعلام شده است، اقدام كند. بدیهی است ثبت موارد چک لیست پایش در سامانه پایش سازمان بیمه سلامت پس از رفع مشکلات ارائه شده در بازه زمانی مشخص باشد. نتایج پایش مشترک باید در جلسات هماهنگی ماهانه که بین مرکز بهداشت و ادارات بیمه شهرستان برگزار می گردد مورد ارزیابی قرار گرفته و نواقص خدمات صرفا مربوط به بخش پرسنلی پایش کیفی تا پایان ماه توسط شبکه اصلاح گردد در غیر این صورت مشمول کسورات می شود. همچنین اداره کل بیمه سلامت استان موظف است امکان دسترسی به سامانه ورود اطلاعات پایش را برای معاونت بهداشتی دانشگاه و مرکز بهداشت شهرستان فراهم نموده و گزارش کلیه اقدامات انجام شده به ستاد هماهنگی استان اعلام گردد.

# **ماده 60: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت**

# ستاد هماهنگي شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/ دانشکده باید برای طراحی و اجرای برنامه آموزشي پزشك خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتداي خدمت و حين خدمت براساس نتايج پايش در مرکز آموزش بهورزی تقویت شده اقدام کند.با توجه به ناهمگونی مهارت­های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت شده با مکانیسم خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/ دانشکده مربوطه یا ستاد هماهنگي کشوری/ دانشگاهي/ دانشکده ای انجام شود.

# تبصره: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماهای طرف قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین شده بعمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنها و بسته های خدمت الزام دارد. آموزش های ضمن خدمت براساس نتایج پایش ها، تعیین می گردند. برنامه ریزی برای برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره بیمه برگزار گردد.

# **ماده 61: مسئوليت اجراي برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

# مسئوليت كلي اجراي برنامه بيمه روستايي در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به عهده رييس آن دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي مي باشد. همچنین مسئولیت و نظارت بر كليه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتي و مسئوليت حسن اجراي برنامه پزشک خانواده و بيمه روستايي در موارد مطروحه در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشكي خواهد بود. همچنین حسن اجرای برنامه در سطح شهرستان به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان می باشد. بديهي است هيچيك از نظارت هاي مربوط به دانشگاه علوم پزشكي، نافي نظارت اداره بيمه سلامت استان بر كيفيت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.

# تبصره1: پزشك خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره كردن تيم های سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز مجری پزشک خانواده می باشد.

# تبصره2: پزشك خانواده مسئوليت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته­ي تعريف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعيض سني، جنسي، ويژگي­هاي اقتصادي اجتماعي و ريسك بيماري در اختيار فرد، خانواده، جمعيت و جامعه­ي تحت پوشش خود قرار دهد.

# **فصل دوازدهم: مكانيسم پرداخت**

# در برنامه پزشك خانواده براي دستيابي به وضعيت مطلوب جنبه هاي مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده مي شود.

دریافتی نیروهای طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی جهت پزشک، ماما، آزمایشگاه و رادیولوژی شامل دو بخش می باشد:

الف: حکم کارگزینی ب: کارانه

حکم کارگزینی: براساس آیین نامه اداری – استخدامی اعضاء غیر هیئت علمی دانشگاه ها، حکم کارگزینی نیروهای قراردادی پزشک خانواده در ابتدای قرارداد صادر شده ومبلغ تعیین شده، پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه همراه با پرداختی های سایر پرسنل، پرداخت می گردد.

کارانه: براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه محاسبه ، و 70% آن در پایان ماه و 30% باقیمانده پس از انجام پایش به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.

بدیهی است افرادی که مشمول این مکانیسم پرداخت می باشند، تابع ضوابط طرح تمام وقتی با شرایط و وظایف مندرج در این دستور عمل خواهند بود.

# **ماده 62: مكانيسم پرداخت کارانه پزشك**

الف) اجزا تاثير گذار بر کارانه پزشك شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، جمعیت، تعداد شب بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت

1- سهم محروميت: بر اساس جدول زیر محاسبه می شود ، عدد 1 معادل 7700000 ریال و بازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 97460 ریال اضافه گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ تعيين شده برای متوسط ضريب محروميت پزشک (ریال) |
| **00/1** | 7,700,000 |
| **05/1** | 8,187,300 |
| **10/1** | 8,674,600 |
| **15/1** | 9,161,900 |
| **20/1** | 9,649,200 |
| **25/1** | 10,136,500 |
| **30/1** | 10,623,800 |
| **35/1** | 11,111,100 |
| **40/1** | 11,598,400 |
| **45/1** | 12,085,700 |
| **50/1** | 12,573,000 |
| **55/1** | 13,060,300 |
| **60/1** | 13,547,600 |
| **65/1** | 14,034,900 |
| **70/1** | 14,522,200 |
| **75/1** | 15,009,500 |
| **80/1** | 15,496,800 |
| **85/1** | 15,984,100 |
| **90/1** | 16,471,400 |
| **95/1** | 16,958,700 |
| **00/2** | 17,446,000 |

# 2 -سهم ماندگاري: عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

#  -در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه معادل 100%

# -در محدوده شهرستان معادل 85%

# -در محدوده دانشگاه/ استان معادل 70%

# -كل كشور معادل 50%

#  سوابق خدمت به سال محاسبه و به ازاي يك سال كامل خدمت (برحسب ریال) براساس جدول زير تعيين مي شود، عدد 1 معادل 1188000 ریال و به ازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 14960 ریال اضافه گردد *.*

# تبصره1: برای افرادی که در شهرهای زیر بیست هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاری نامبردگان در سال های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (50 درصد) در نظر گرفته شود.

# تبصره2: برای افرادی که در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این روستاها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاری نامبردگان در سال های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/ استان (70 درصد) در نظر گرفته شود.

|  |  |
| --- | --- |
| ميانگين ضريب محروميت تعيين شده | بازاي يكسال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت (ریال) |
| **00/1** | 1,188,000 |
| **05/1** | 1,262,800 |
| **10/1** | 1,337,600 |
| **15/1** | 1,412,400 |
| **20/1** | 1,487,200 |
| **25/1** | 1,562,000 |
| **30/1** | 1,636,800 |
| **35/1** | 1,711,600 |
| **40/1** | 1,786,400 |
| **45/1** | 1,861,200 |
| **50/1** | 1,936,000 |
| **55/1** | 2,010,800 |
| **60/1** | 2,085,600 |
| **65/1** | 2,160,400 |
| **70/1** | 2,235,200 |
| **75/1** | 2,310,000 |
| **80/1** | 2,384,800 |
| **85/1** | 2,459,600 |
| **90/1** | 2,534,400 |
| **95/1** | 2,609,200 |
| **00/2** | 2,684,000 |

#

# تبصره3: دراین دستورعمل هرجا از سوابق ماندگاری (سال های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستائی (در قالب طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. چنانچه پزشکی با اداره کل بیمه سلامت بعنوان پزشک خانواده طرف قرارداد بوده و به تازگی جزو نیروهای پزشک خانواده طرف قرارداد شبکه شده است، سال های خدمت همکاری در برنامه پزشک خانواده بعنوان ماندگاری مورد محاسبه قرار می گیرد. در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمانهای بیمه گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول ماندگاری نمی شود. سال های خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه پزشک خانواده در سطوح ستادی شاغل در مرکزمدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا 50 درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا 25 درصد سوابق کار ستادی (در دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی با تایید معاون بهداشتی دانشگاه) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

# تبصره 4: جهت محاسبه کلیه سال های خدمتی فرد بر اساس سال آخرين محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است بعنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود .

# 3*-*جمعيت: به ازاي هرنفر جمعيت تحت پوشش پزشك خانواده (کل جمعیت ساکن در مناطق روستایی،عشایر و شهرهای زیر 20 هزار نفر )، در مناطق با ميانگين ضريب محروميت 1 مبلغ 7425 ریال مي باشد؛ *و به ازای هر* 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 93.5 ریال اضافه گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ تعيين شده بازاي هر نفر جمعيت ساکن تحت پوشش پزشك (K) (ریال) |
| **00/1** | 7425 |
| **05/1** | 7892.5 |
| **10/1** | 8360 |
| **15/1** | 8827.5 |
| **20/1** | 9295 |
| **25/1** | 9762.5 |
| **30/1** | 10230 |
| **35/1** | 10697.5 |
| **40/1** | 11165 |
| **45/1** | 11632.5 |
| **50/1** | 12100 |
| **55/1** | 12567.5 |
| **60/1** | 13035 |
| **65/1** | 13502.5 |
| **70/1** | 13970 |
| **75/1** | 14437.5 |
| **80/1** | 14905 |
| **85/1** | 15372.5 |
| **90/1** | 15840 |
| **95/1** | 16307.5 |
| **00/2** | 16775 |

# 4-تعداد شب بيتوته: بيتوته جزو وظايف لاينفك پزشك خانواده طرف قرارداد است و هيچ پزشكي مجاز نيست از آن سرپيچي كند. مبالغ در نظر گرفته شده به ازای هر شب به شرح جدول زیر می باشد.

|  |  |
| --- | --- |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه،شهرستان، بخش و مرکز | سهم بيتوته (ریال) |
| تک پزشک | دو پزشک | سه پزشک و بیشتر | مراکز معین | شبانه روزی |
| **00/1** | 660,000 | 770,000 | 990,000 | 1,320,000 | 1,650,000 |
| 05/1 | 693,000 | 803,000 | 1,023,000 | 1,353,000 | 1,683,000 |
| 10/1 | 726,000 | 836,000 | 1,056,000 | 1,386,000 | 1,716,000 |
| 15/1 | 759,000 | 869,000 | 1,089,000 | 1,419,000 | 1,749,000 |
| 20/1 | 792,000 | 902,000 | 1,122,000 | 1,452,000 | 1,782,000 |
| 25/1 | 825,000 | 935,000 | 1,155,000 | 1,485,000 | 1,815,000 |
| 30/1 | 858,000 | 968,000 | 1,188,000 | 1,518,000 | 1,848,000 |
| 35/1 | 891,000 | 1,001,000 | 1,221,000 | 1,551,000 | 1,881,000 |
| 40/1 | 924,000 | 1,034,000 | 1,254,000 | 1,584,000 | 1,914,000 |
| 45/1 | 957,000 | 1,067,000 | 1,287,000 | 1,617,000 | 1,947,000 |
| 50/1 | 990,000 | 1,100,000 | 1,320,000 | 1,650,000 | 1,980,000 |
| 55/1 | 1,023,000 | 1,133,000 | 1,353,000 | 1,683,000 | 2,013,000 |
| 60/1 | 1,056,000 | 1,166,000 | 1,386,000 | 1,716,000 | 2,046,000 |
| 65/1 | 1,089,000 | 1,199,000 | 1,419,000 | 1,749,000 | 2,079,000 |
| 70/1 | 1,122,000 | 1,232,000 | 1,452,000 | 1,782,000 | 2,112,000 |
| 75/1 | 1,155,000 | 1,265,000 | 1,485,000 | 1,815,000 | 2,145,000 |
| 80/1 | 1,188,000 | 1,298,000 | 1,518,000 | 1,848,000 | 2,178,000 |
| 85/1 | 1,221,000 | 1,331,000 | 1,551,000 | 1,881,000 | 2,211,000 |
| 90/1 | 1,254,000 | 1,364,000 | 1,584,000 | 1,914,000 | 2,244,000 |
| 95/1 | 1,287,000 | 1,397,000 | 1,617,000 | 1,947,000 | 2,277,000 |
| 00/2 | 1,320,000 | 1,430,000 | 1,650,000 | 1,980,000 | 2,310,000 |

# 5-سهم پراكندگي يا دهگردشي:

# - دهگردشی: پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی با خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از 2000 نفر حداقل 1 بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای 2000 نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنين، بايد هر ماه يك بار به روستاهاي قمر و هر سه ماه يك بار به روستاهاي سياري مراجعه داشته باشد. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از 500 نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

# - سهم پراكندگي: اين سهم، خود شامل چند گزينه مي باشد:

# تعداد واحد تحت پوشش پزشک (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش پزشک): (تعداد خانه بهداشت تحت پوشش پزشك ضربدر چهار) به اضافه (تعداد روستای قمر تحت پوشش پزشک) به اضافه (تعداد روستای سياری تحت پوشش پزشک تقسيم بر سه)

# فواصل (نحوه محاسبه فواصل):( مجموع فواصل خانه هاي بهداشت تحت پوشش پزشك برحسب كيلومتر ضربدر چهار) باضافه( مجموع فواصل روستاهاي قمر تحت پوشش پزشك تا مركز برحسب كيلومتر)به اضافه (مجموع فواصل روستاهاي سياري مسكوني تحت پوشش پزشك تا مركز تقسيم بر سه برحسب كيلومتر)

# ضريب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسيم بر تعداد دهگردشی استاندارد

# در محاسبه ضریب دهگردشی، در هر روز حداکثر یک واحد در نظر گرفته می شود. که می تواند دورترین مسافت برای واحدهای دهگردشی شده لحاظ گردد.

# ضريب دهگردشی \* ( سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحد های تحت پوشش) = سهم پراكندگي

# در مناطق با ميانگين ضريب محروميت 1 مبلغ 237600 ریال برای هر واحد مي باشد؛ و بازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 2992 ریال اضافه گردد.

# در مناطق با ميانگين ضريب محروميت 1 مبلغ 7700 ریال برای هر کیلومتر خاکی مي باشد؛ و بازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 83.6 ریال اضافه گردد.

# در مناطق با ميانگين ضريب محروميت 1 مبلغ 5500 ریال برای هر کیلومتر آسفالته مي باشد؛ و بازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 83.6 ریال اضافه گردد و همچنین برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر 20 هزار نفر معادل یک خانه (پایگاه ضمیمه) در نظر گرفته شود.

# *.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز | به ازای هر واحد(ریال) | به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) (ریال) | به ازای هر کیلومتر مسافت(آسفالت) (ریال) |
| 00/1 | 237,600 | 7,700 | 5,500 |
| 05/1 | 252,560 | 8,118 | 5,918 |
| 10/1 | 267,520 | 8,536 | 6,336 |
| 15/1 | 282,480 | 8,954 | 6,754 |
| 20/1 | 297,440 | 9,372 | 7,172 |
| 25/1 | 312,400 | 9,790 | 7,590 |
| 30/1 | 327,360 | 10,208 | 8,008 |
| 35/1 | 342,320 | 10,626 | 8,426 |
| 40/1 | 357,280 | 11,044 | 8,844 |
| 45/1 | 372,240 | 11,462 | 9,262 |
| 50/1 | 387,200 | 11,880 | 9,680 |
| 55/1 | 402,160 | 12,298 | 10,098 |
| 60/1 | 417,120 | 12,716 | 10,516 |
| 65/1 | 432,080 | 13,134 | 10,934 |
| 70/1 | 447,040 | 13,552 | 11,352 |
| 75/1 | 462,000 | 13,970 | 11,770 |
| 80/1 | 476,960 | 14,388 | 12,188 |
| 85/1 | 491,920 | 14,806 | 12,606 |
| 90/1 | 506,880 | 15,224 | 13,024 |
| 95/1 | 521,840 | 15,642 | 13,442 |
| 00/2 | 536,800 | 16,060 | 13,860 |

# 6-ضريب عملكرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود. نحوه محاسبه

# ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در 100

# مکانیسم های عملکردی:

# الف: تشویق

# در صورت کسب امتیاز 90% ، معادل 100 درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضريب عملکرد برابر 0/1 ثبت مي گردد.

# در صورت کسب امتیاز بیش از 90% بازای هر 1% افزايش معادل 2 صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از 90 حتماً مشخص گردد.

# ب : تنبیه

# كسب ضريب عملكرد40% سبب لغو قرارداد مي شود

# کسب ضريب عملكرد 70% و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود

# کسب ضريب عملكرد 70% سبب كسر 30% مبلغ کارانه می شود ، البته نبايد هريک از بخش های چک ليست، کمتراز 50% شود. در چنين شرايطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

# دریافتی ضریب عملکرد بین 70 تا 90 معادل نمره کسب شده خواهد بود.

# می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد .

# 7-ضریب حضور: عبارتست از نسبت روزهايي كه پزشك در محل خدمت خود حضور داشته است تقسیم بر تعداد روزهای ماه. بدیهی است حضور در جلسات آموزشی و ماموریت های مورد تایید، جزو روزهای حضور می باشد.

# خاطرنشان مي گردد مراكزي كه براساس دستورعمل نياز به بيتوته ندارند، بايد پزشك آن مركز با نزديكترين مركز داراي بيتوته بصورت شيفتي بيتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رساني شود.

# 8-حق مسئولیت: پزشک مسئول در مرکز خدمات جامع سلامت بعنوان مسئول تیم های سلامت مرکز محسوب می شود. حق مسئولیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت با یک تیم سلامت تا 4% مبلغ کارانه به سرجمع مبلغ کارانه نامبرده اضافه می گردد، به ازای هرتیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز می باشد 1% به این مبلغ اضافه می گردد.

# بعنوان مثال در مرکز خدمات جامع سلامت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول تا 5 درصد مبلغ کارانه می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثرتا 7 درصد مبلغ کارانه می باشد.

# تبصره1: کارانه پزشكان طرحي و پيام آور می بایست معادل 80% کارانه پزشكان غيرطرحي باشد.

# تبصره 2: در مراکز مجری برنامه که امکان جذب پزشک و ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه 85/1 و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/ دانشگاه میتوان از نوع قرارداد اقماری (15 روزه) استفاده کرد و پرداخت به ازای هر روز کارکرد معادل 4/1 روز حضور و صرفا در فرمول کارانه انجام می گردد. (حق بیتوته پزشکان و ماماهای مذکور به ازای تعداد شب بیتوته و بطور کامل پرداخت می گردد). در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه وجود ندارد و فقط در شرایط اضطرار ضمن ارائه شواهد و مستندات مربوطه میتواند از نصف مرخصی استحقاقی بدون کسر حقوق در ماه استفاده نماید. همچنین ایشان مشمول ذخیره مرخصی و پرداخت ذخیره مرخصی نمی باشند. لازم است که فهرست پزشکان و ماماهای مراکز اقماری به همراه کد ملی به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال شود و این پزشکان حق هیچ گونه فعالیت پزشکی دیگری در کشور را ندارند. بدیهی است در صورت فعالیت ایشان در فعالیت پزشکی دولتی و خصوصی دیگر، لغو قرارداد شده و پس از آن اجازه فعالیت در برنامه پزشک خانواده (روستایی و شهری) را مگر با موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و اخذ تعهد کتبی نخواهند داشت.

# تبصره 3: در مناطقی ( به جز مراکز اقماری) که امکان جذب پزشک یا ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه 80/1 و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف 20% به کارانه فرد اضافه کرد

# تبصره 4: جذب نیروی اقماری بر اساس شرایط خاص صرفا جهت پزشک و مامای تیم سلامت میسر است. در این مناطق، در خصوص دندانپزشکان می توان از یک یا چند دندانپزشک جهت پوشش خدمات یک مرکز طی روزهای حضور آنان استفاده نمود. بدیهی است پرداختی به دندانپزشک مطابق با مکانیسم پرداخت مربوطه و بر اساس عملکرد طی روزهای کاری در طول ماه خواهد بود.

# تبصره 5: تمامي پزشكان خانواده مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه بيمه روستايي، مدیریت سلامت کل جمعيت تحت پوشش مركز را عهده دار هستند ( اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعيين شده در اين دستورعمل از نظام پرداخت تقريبا" يكساني برخوردار مي باشند ولي يكي از آنها، به عنوان مسئول مرکز خدمات جامع سلامت و رابط مركز با مركز بهداشت شهرستان تعيين خواهد شد.

تبصره 6: حداکثر سقف جمعیتی قابل محاسبه جهت پزشک خانواده 5000 نفر می باشد.

تبصره 7: درصورتیکه جمعیت تحت پوشش پزشک کمتر از 2500 نفر باشد مبنای محاسبه جهت پزشک حداقل جمعیت معادل 2500 نفر خواهد بود.

# ب) فرمول مكانيسم پرداخت پزشك خانواده در برنامه پزشك خانواده و بيمه روستايي:

# سهم بیتوته +{ضریب حضور \*]ضريب عملكرد\*(سهم پراکندگي+(K ريال\*جمعيت)+سهم ماندگاري + سهم محروميت)[}

# تبصره1: کارانه پزشک جانشین معادل متوسط کارانه پزشکان شهرستان محل ماموريت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی کارانه مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت پرداخت می گردد.

# هر گاه پزشک مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود را پذیرش و ویزیت کند، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می بایست 20 تا 40 درصد تعرفه پزشک را ماهانه به وی پرداخت نماید.

# در مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت بالای 5000 نفر در صورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق بیتوته در جدول محاسبه کارانه معادل بیتوته یک پزشکه لحاظ می گردد.

# در صورت عدم انطباق تعداد پزشک و جمعیت تحت پوشش مطابق شناسنامه تیم سلامت، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است در کوتاهترین زمان ممکن، نسبت به تامین کسری پزشک اقدام نماید.

# **ماده 63: مكانيسم پرداخت کارانه ماما/ پاراکلینیک**

# الف) اجزا تاثيرگذار بر کارانه آنها شامل *سهم محروميت*، سهم ماندگاری، جمعیت، سهم پراکندگی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ارائه خدمات اضافی می باشد.

# 1-سهم محروميت: ميانگين ضرايب كه از عدد 1 شروع مي شود. براي کاردان ها عدد 1 معادل 1100000 ریال و براي کارشناسان رقم 1375000 ریال مي باشد.

# به ازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) برای کاردان مبلغ 38500 ریال و برای کارشناس مبلغ 38500 ریال اضافه گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ تعيين شده برای متوسط ضريب محروميت (ریال) |
| کاردان | کارشناس  |
| 00/1 | 1,100,000 | 1,375,000 |
| 05/1 | 1,292,500 | 1,567,500 |
| 10/1 | 1,485,000 | 1,760,000 |
| 15/1 | 1,677,500 | 1,952,500 |
| 20/1 | 1,870,000 | 2,145,000 |
| 25/1 | 2,062,500 | 2,337,500 |
| 30/1 | 2,255,000 | 2,530,000 |
| 35/1 | 2,447,500 | 2,722,500 |
| 40/1 | 2,640,000 | 2,915,000 |
| 45/1 | 2,832,500 | 3,107,500 |
| 50/1 | 3,025,000 | 3,300,000 |
| 55/1 | 3,217,500 | 3,492,500 |
| 60/1 | 3,410,000 | 3,685,000 |
| 65/1 | 3,602,500 | 3,877,500 |
| 70/1 | 3,795,000 | 4,070,000 |
| 75/1 | 3,987,500 | 4,262,500 |
| 80/1 | 4,180,000 | 4,455,000 |
| 85/1 | 4,372,500 | 4,647,500 |
| 90/1 | 4,565,000 | 4,840,000 |
| 95/1 | 4,757,500 | 5,032,500 |
| 00/2 | 4,950,000 | 5,225,000 |

# *2-سهم ماندگاري:*

# در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه معادل 100%

# در محدوده شهرستان معادل 85%

# در محدوده دانشگاه/ استان معادل 70%

# كل كشور معادل 50%

# خدمت فرد به سال محاسبه و بازاي يك سال كامل خدمت (برحسب ریال) براساس جدول زير تعيين مي شود، عدد 1 معادل 220000 ریال برای کاردان و 275000 ریال برای کارشناس می باشد.

#  بازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 7700 ریال برای کاردان و 7700 ریال برای کارشناس اضافه گردد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ميانگين ضريب محروميت تعيين شده | بازاي يكسال خدمت در مركز بهداشتي درماني(کاردان) ریال | بازاي يكسال خدمت در مركز بهداشتي درماني (کارشناس) ریال |
| 00/1 | 220,000 | 275,000 |
| 05/1 | 258,500 | 313,500 |
| 10/1 | 297,000 | 352,000 |
| 15/1 | 335,500 | 390,500 |
| 20/1 | 374,000 | 429,000 |
| 25/1 | 412,500 | 467,500 |
| 30/1 | 451,000 | 506,000 |
| 35/1 | 489,500 | 544,500 |
| 40/1 | 528,000 | 583,000 |
| 45/1 | 566,500 | 621,500 |
| 50/1 | 605,000 | 660,000 |
| 55/1 | 643,500 | 698,500 |
| 60/1 | 682,000 | 737,000 |
| 65/1 | 720,500 | 775,500 |
| 70/1 | 759,000 | 814,000 |
| 75/1 | 797,500 | 852,500 |
| 80/1 | 836,000 | 891,000 |
| 85/1 | 874,500 | 929,500 |
| 90/1 | 913,000 | 968,000 |
| 95/1 | 951,500 | 1,006,500 |
| 00/2 | 990,000 | 1,045,000 |

# تبصره1: دراین دستورعمل هرجا از سوابق ماندگاری بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان بعنوان مامای طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده روستائی است. چنانچه ماما/پرستاری با یکی از بیمه ها طرف قرارداد بوده و به تازگی جزو نیروهای طرف قرارداد شبکه شده است، همانند ماما/پرستار بدون هیچ ماندگاری محسوب می شود*.*

# تبصره2: جهت محاسبه کلیه سال های خدمتی فرد بر اساس سال آخرين محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

# 3-جمعيت: بازاي هرنفر جمعيت تحت پوشش (کل جمعیت ساکن در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر 20 هزار نفر)، در مناطق با ميانگين ضريب محروميت 1 (ميانگين استان، شهرستان، و منطقه) براي کاردان مبلغ 374 ریال و براي کارشناس مبلغ 462 ریال مي باشد و به ازای هر 0.01 افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ 13.2 ریال برای کاردان و 13.2 ریال برای کارشناس اضافه گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| متوسط ضرايب محروميت استان، شهرستان، و منطقه | مبلغ تعيين شده به ازاي هر نفر جمعيت کل تحت پوشش (ریال) |
| كاردان | كارشناس |
| **00/1** | 374 | 462 |
| **05/1** | 440 | 528 |
| **10/1** | 506 | 594 |
| **15/1** | 572 | 660 |
| **20/1** | 638 | 726 |
| **25/1** | 704 | 792 |
| **30/1** | 770 | 858 |
| **35/1** | 836 | 924 |
| **40/1** | 902 | 990 |
| **45/1** | 968 | 1,056 |
| **50/1** | 1,034 | 1,122 |
| **55/1** | 1,100 | 1,188 |
| **60/1** | 1,166 | 1,254 |
| **65/1** | 1,232 | 1,320 |
| **70/1** | 1,298 | 1,386 |
| **75/1** | 1,364 | 1,452 |
| **80/1** | 1,430 | 1,518 |
| **85/1** | 1,496 | 1,584 |
| **90/1** | 1,562 | 1,650 |
| **95/1** | 1,628 | 1,716 |
| **00/2** | 1,694 | 1,782 |

# *4-*سهم پراكندگي يا دهگردشي: ماما حتی الامکان بايد در تمام دهگردشي هاي پزشك خانواده به خانه هاي بهداشت، روستاهاي قمر و روستاهاي سياري همراه وي باشد.

#  دهگردشي: مامای تیم سلامت در روستاهای اصلی با خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از 2000 نفر حداقل 1 بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای 2000 نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنين، بايد هر ماه يكبار به روستاهاي قمر و هر سه ماه يكبار به روستاهاي سياري مراجعه داشته باشد. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از 500 نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

# در محاسبه ضریب دهگردشی، در هر روز حداکثر یک واحد در نظر گرفته می شود. که میتواند دورترین مسافت برای واحدهای دهگردشی شده لحاظ گردد و همچنین برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر 20 هزار نفر معادل یک خانه (پایگاه ضمیمه) در نظر گرفته شود.

# سهم پراكندگي: اين سهم، خود شامل چند گزينه مي باشد:

# تعداد واحد تحت پوشش (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش): (تعداد خانه بهداشت تحت پوشش ضربدر چهار) به اضافه(تعداد روستای قمر تحت پوشش) به اضافه (تعداد روستای سياری تحت پوشش تقسيم بر سه)

# فواصل (نحوه محاسبه فواصل) :( مجموع فواصل خانه هاي بهداشت تحت پوشش برحسب كيلومتر ضربدر چهار) باضافه (مجموع فواصل روستاهاي قمر تحت پوشش تا مركز برحسب كيلومتر) به اضافه (مجموع فواصل روستاهاي سياري مسكوني تحت پوشش تا مركز تقسيم بر سه برحسب كيلومتر)

# ضريب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسيم بر تعداد دهگردشی استاندارد

# ضريب دهگردشی \* ( مجموع فواصل + تعداد واحد تحت پوشش پزشک) = سهم پراكندگي

# تبصره: با توجه به عدم حضور نیروی پاراکلینیک دربرنامه دهگردشی، این سهم به نامبردگان تعلق نمی گیرد.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **متوسط ضرايب محروميت استان، شهرستان، و منطقه** | **بازای هر واحد (ریال)کاردان** | **بازای هر واحد (ریال)کارشناس** | **بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) (ریال)کاردان** | **بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) (ریال)کارشناس** | **بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی)(ریال)کاردان** | **بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی)(ریال)کارشناس** |
| **00/1** | 14,666 | 18,333 | 3,850 | 4,950 | 4400 | 5500 |
| **05/1** | 17,233 | 20,899 | 4,565 | 5,665 | 5142.5 | 6242.5 |
| **10/1** | 19,799 | 23,465 | 5,280 | 6,380 | 5885 | 6985 |
| **15/1** | 22,365 | 26,032 | 5,995 | 7,095 | 6627.5 | 7727.5 |
| **20/1** | 24,932 | 28,598 | 6,710 | 7,810 | 7370 | 8470 |
| **25/1** | 27,498 | 31,164 | 7,425 | 8,525 | 8112.5 | 9212.5 |
| **30/1** | 30,064 | 33,730 | 8,140 | 9,240 | 8855 | 9955 |
| **35/1** | 32,630 | 36,297 | 8,855 | 9,955 | 9597.5 | 10697.5 |
| **40/1** | 35,197 | 38,863 | 9,570 | 10,670 | 10340 | 11440 |
| **45/1** | 37,763 | 41,429 | 10,285 | 11,385 | 11082.5 | 12182.5 |
| **50/1** | 40,329 | 43,996 | 11,000 | 12,100 | 11825 | 12925 |
| **55/1** | 42,896 | 46,562 | 11,715 | 12,815 | 12567.5 | 13667.5 |
| **60/1** | 45,462 | 49,128 | 12,430 | 13,530 | 13310 | 14410 |
| **65/1** | 48,028 | 51,695 | 13,145 | 14,245 | 14052.5 | 15152.5 |
| **70/1** | 50,595 | 54,261 | 13,860 | 14,960 | 14795 | 15895 |
| **75/1** | 53,161 | 56,827 | 14,575 | 15,675 | 15537.5 | 16637.5 |
| **80/1** | 55,727 | 59,393 | 15,290 | 16,390 | 16280 | 17380 |
| **85/1** | 58,293 | 61,960 | 16,005 | 17,105 | 17022.5 | 18122.5 |
| **90/1** | 60,860 | 64,526 | 16,720 | 17,820 | 17765 | 18865 |
| **95/1** | 63,426 | 67,092 | 17,435 | 18,535 | 18507.5 | 19607.5 |
| **00/2** | 66,000 | 69,666 | 18,150 | 19,250 | 19250 | 20350 |

# 5-ضريب عملكرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در 100

# مکانیسم های عملکردی:

# الف : تشویق

# در صورت کسب امتیاز 90% ، معادل 100 درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضريب عملکرد برابر 0/1 ثبت مي گردد.

# در صورت کسب امتیاز بیش از 90% بازای هر 1% افزايش معادل دو صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد . در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از 90 کاملاً مشخص گردد.

# ب: تنبیه

# كسب ضريب عملكرد40% سبب لغو قرارداد مي شود

# کسب ضريب عملكرد 70% و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود

# کسب ضريب عملكرد 70% سبب كسر 30% مبلغ کارانه می شود، البته نبايد هیچیک از بخش های چک ليست، کمتراز 50% شود. در چنين شرايطی به ماما درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

# دریافتی ضریب عملکرد بین 70 تا 90 معادل نمره کسب شده خواهد بود.

# تبصره: می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط مرکز بهداشت شهرستان به ماما مربوطه ابلاغ گردد

# 6- تعداد شب بيتوته:

# به ازاي هر شب كه ماما در مرکز خدمات جامع سلامت مجري برنامه بيمه روستايي و پزشك خانواده بيتوته مي كند، مبلغی درنظر گرفته می شود شامل جدول زیر می باشد. خاطرنشان مي سازد كه براساس دستورعمل، انجام بيتوته برای ماما/پرستار طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده در مراکز تجمیعی بیتوته ضرورت دارد.

# تبصره: لازم است در صورت نیاز به حضور ماما/ پرستار( جایگزین ماما) در زمان بیتوته، اين نكته در متن قرارداد قید شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه اي براي وي درمورد انجام بیتوته پيش نيايد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| متوسط ضرايب محروميت استان، شهرستان، و منطقه | به ازای هر شب (ریال) کاردان | به ازای هر شب (ریال) کارشناس |
| **00/1** | 275,000 | 330,000 |
| **05/1** | 280,500 | 335,500 |
| **10/1** | 286,000 | 341,000 |
| **15/1** | 291,500 | 346,500 |
| **20/1** | 297,000 | 352,000 |
| **25/1** | 302,500 | 357,500 |
| **30/1** | 308,000 | 363,000 |
| **35/1** | 313,500 | 368,500 |
| **40/1** | 319,000 | 374,000 |
| **45/1** | 324,500 | 379,500 |
| **50/1** | 330,000 | 385,000 |
| **55/1** | 335,500 | 390,500 |
| **60/1** | 341,000 | 396,000 |
| **65/1** | 346,500 | 401,500 |
| **70/1** | 352,000 | 407,000 |
| **75/1** | 357,500 | 412,500 |
| **80/1** | 363,000 | 418,000 |
| **85/1** | 368,500 | 423,500 |
| **90/1** | 374,000 | 429,000 |
| **95/1** | 379,500 | 434,500 |
| **00/2** | 385,000 | 440,000 |

#  7-ارائه خدمات مازاد: چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامايي و مراقبت از مادران، زنان و همياری پزشک به انجام وظايفی چون داروياری و تزريقات و پانسمان نيز مشغول باشد به ازای خدمت داروياری تا 10% کارانه و تا 5% برای خدمات پرستاری (تزريقات و پانسمان) ماهانه به کارانه وی اضافه می شود. ضرورت دارد اين نكته در متن قرارداد قید شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه اي براي وي درمورد انجام خدمات اضافي پيش نيايد.

# 8- ضریب حضور: نسبت روزهايي كه ماما/ پرستار (جایگزین ماما) درمحل خدمت خودحضور داشته است تقسیم برتعداد روزهای ماه. (روزهای تعطیل رسمی و جمعه به روزهای حضور اضافه شود). بدیهی است حضور در جلسات آموزشی و ماموریت های مورد تایید، جزو روزهای حضور می باشد.

تبصره1: حداکثر سقف جمعیتی قابل محاسبه جهت ماما 7000 نفر می باشد.

ب) فرمول محاسبه كارشناس/ کاردان ماما:

سهم بيتوته+{ضریب حضور \*]ضريب عملكرد\*(ارائه خدمات اضافی+سهم پراکندگی+(K ريال\*جمعيت)+*سهم ماندگاري* + سهم محروميت)[}

# تبصره2: کارانه مامای جانشین معادل متوسط کارانه ماماهای شهرستان محل ماموريت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی کارانه مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت پرداخت می گردد.

# هر گاه ماما مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود را پذیرش و ویزیت کند، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می بایست 20 تا 40 درصد تعرفه ماما را ماهانه به وی پرداخت نماید.

# در صورت عدم انطباق تعداد ماما و جمعیت تحت پوشش مطابق شناسنامه تیم سلامت، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است در کوتاهترین زمان ممکن، نسبت به تامین کسری ماما اقدام نماید.

# **ماده 64: مکانیسم پرداخت دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان**

|  |
| --- |
| با توجه به میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه (استان، شهرستان، بخش، مرکز خدمات جامع سلامت) مبلغ قرارداد بر اساس جدول زیر قابل محاسبه می باشد: جدول دریافتی دندان پزشک/ بهداشتکار دهان و دندان با توجه به ضریب محرومیت چهارگانه |
| متوسط ضرايب محروميت استان، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ تعيين شده برای متوسط دریافتی (ريال) |
|  دندانپزشک  | بهداشتكار دهان و دندان  |
| **00/1** | 69,120,000 | 30,240,000 |
| **05/1** | 70,848,000 | 31,752,000 |
| **10/1** | 72,576,000 | 33,264,000 |
| **15/1** | 74,304,000 | 34,776,000 |
| **20/1** | 76,032,000 | 36,288,000 |
| **25/1** | 77,760,000 | 37,800,000 |
| **30/1** | 79,488,000 | 39,312,000 |
| **35/1** | 81,216,000 | 40,824,000 |
| **40/1** | 82,944,000 | 42,336,000 |
| **45/1** | 84,672,000 | 43,848,000 |
| **50/1** | 86,400,000 | 45,360,000 |
| **55/1** | 88,128,000 | 46,872,000 |
| **60/1** | 89,856,000 | 48,384,000 |
| **65/1** | 91,584,000 | 49,896,000 |
| **70/1** | 93,312,000 | 51,408,000 |
| **75/1** | 95,040,000 | 52,920,000 |
| **80/1** | 96,768,000 | 54,432,000 |
| **85/1** | 98,496,000 | 55,944,000 |
| **90/1** | 100,224,000 | 57,456,000 |
| **95/1** | 101,952,000 | 58,968,000 |
| **00/2** | 103,680,000 | 60,480,000 |

# جدول زمان سنجی خدمات بر اساس نوع خدمت و زمان تعیین شده در جدول ذیل محاسبه می گردد.

# مبنای محاسبه جهت پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار به ازای هر شیفت فعال ارائه خدمت بر اساس جدول زیر می باشد. این مبلغ براساس عملکرد در صورت فعالیت در دو شیفت کاری 4 ساعته ( با یونیت) حداکثر تا دو برابر قابل پرداخت خواهد بود.

# جدول زمان سنجی خدمات سطح دو دندان پزشکی در مراکز خدمات جامع سلامت

|  |
| --- |
| محاسبه متوسط مدت زمان انجام خدمات دندان پزشکی و حداقل خدمات مورد تعهد در هر شیفت موظف |
| ردیف | خدمت | متوسط مدت زمان انجام خدمت (دقیقه) |
| 1 | فلورایدتراپی دوفک | 15 |
| 2 | فیشور سیلنت هر دندان 6 | 15 |
| 3 | جرم گیری و بروساژ دو فک | 25 |
| 4 | کشیدن دندان شیری | 15 |
| 5 | کشیدن دندان دائمی | 20 |
| 6 | پالپوتومی | 20 |
| 7 | ترمیم یک سطحی آمالگام | 25 |
| 8 | ترمیم دو سطحی آمالگام | 30 |
| 9 | ترمیم سه سطحی آمالگام | 40 |
| 10 | ترمیم یک سطحی اچ نوری | 30 |
| 11 | ترمیم دو سطحی اچ نوری | 40 |
| 12 | ترمیم سه سطحی اچ نوری | 45 |
| 13 | پالپ زنده | 30 |

# در محاسبات فوق شامل مدت زمان خدمت، زمان قبل و پس از شروع خدمت، بی حسی و غیره می باشد. فعالیت آموزشی و معاینه در متوسط مدت زمان انجام خدمت لحاظ شده است. در محاسبه مدت زمان انجام خدمت، حداکثر خدمت قابل قبول در یک شیفت 4 ساعته با یونیت، حداکثر 240 دقیقه می باشد.

# برای محاسبه تعهد ماهیانه، زمان خدمات انجام شده در شیفت های موظف در طول هر ماه جمع و به روش زیر محاسبه انجام می شود.

# نحوه محاسبه دریافتی=$\frac{دقیقه حسب بر ماه در شده انجام خدمات زمان مجموع }{240 در ضرب ماه کاری روزهای تعداد }$×مبلغ تعيين شده برای متوسط دریافتی

# در فرمول فوق، روزهای کاری ماه شامل تعداد روزهای غیر تعطیل ماه می باشد ( روزهای کاری فرد مد نظر نیست) و تمامی روزهای مرخصی استحقاقی و استعلاجی نیز در مجموع روزهای کاری ماه محاسبه می شود. به عنوان مثال در شهریور ماه سال 1396 با پنج روز تعطیل جمعه، تعداد روزهای کاری در این ماه معادل 25 روز می باشد. حال اگر دندانپزشکی دو روز مرخصی استحقاقی و یا استعلاجی نیز داشته باشد تعداد روزهای کاری این ماه برای ایشان همچنان 25 روز خواهد بود.

# تبصره1: جهت تسریع در اجرای برنامه در پایان هر ماه مبلغ 70% قرارداد بصورت علی الحساب پرداخت و الباقی تا سقف پرداختی مورد تایید، پس از تایید کارشناس دهان و دندان شهرستان و استان با توجه به بررسی عملکرد خدماتی دندان پزشک/ بهداشتکار دهان و دندان محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت خواهد شد.

# تبصره 2: ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود و نحوه محاسبه بصورت زیر می باشد:

# ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در 100

# مکانیسم های عملکردی:

# الف : تشویق

# در صورت کسب امتیاز 90% ، معادل 100 درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضريب عملکرد برابر 0/1 ثبت مي گردد .

# در صورت کسب امتیاز بیش از 90% بازای هر 1% افزايش معادل 2 صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد.

# ب: تنبیه

# كسب ضريب عملكرد40% سبب لغو قرارداد مي شود.

# کسب ضريب عملكرد 70% و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

# کسب ضريب عملكرد 70% سبب كسر30% مبلغ کل قرارداد می شود، البته نبايد هريک از بخش های چک ليست، کمتراز 50% شود. در چنين شرايطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

# می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد.

# تبصره1: دریافتی دندان پزشكان طرحي و پيام آور می بایست معادل80% دریافتی دندان پزشكان غيرطرحي باشد.

# تبصره 2: محاسبه کسر حکم کارگزینی از سر جمع دریافتی، به صورت ماهانه انجام می گردد. بدین ترتیب که هر ماه 70 درصد مبلغ عملکرد منهای مبلغ حکم کارگزینی پرداخت و در پایان فصل نیز 30 درصد باقی مانده هر ماه، بر اساس امتیاز پایش پرداخت می گردد.

#  بدیهی است مبلغ پرداختی هر ماه، از حکم کارگزینی نباید کمتر باشد. بر این اساس در صورت کمتر بودن مبلغ عملکرد از حکم کارگزینی، ادامه همکاری فرد با عنوان قرارداد بیمه روستایی مشروط به افزایش عملکرد ایشان، خواهد بود.

**ماده 65: مکانیسم پرداخت مراقب سلامت دهان**

پرداختی به مراقب سلامت دهان از طریق خرید خدمات، به صورت شرکتی و معادل قانون کار و از محل اعتبارات سرانه خدمات سلامت دهان دندان پیش بینی شده و می بایست صورت پذیرد.

# **ماده 66: مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی**

# پرداختی جهت سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شامل پرستار/ بهیار، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای مورد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی معادل نیروی پیمانی همتراز می باشد. همچنین پرداخت کارانه جهت این نیروها مجاز نبوده و در صورت نیاز به حضور آنان در خارج ساعات اداری، پرداخت اضافه کار از محل درآمد جاری و در سقف اعتبارات موجود بلامانع می باشد.

# تبصره 1: در صورت استفاده از پرستار/ بهیار در شیفت بیتوته معادل حق بیتوته ماما در جدول مکانیسم پرداخت ماما، برای ایشان در نظر گرفته می شود.

**ماده 67: مکانیسم پرداخت نگهبان/ سرایدار**

جذب نیروی نگهبان/ سرایدار/ خدمتگزار/ پذیرش جهت مراکز خدمات جامع سلامت از طریق خرید خدمات و عقد قرارداد با شرکت ها، در صورت اخذ مجوز از هیات رییسه و یا هیات امناء دانشکده/ دانشگاه و از محل اعتبارات جاری، مقدور می باشد.

# **ماده 68: کارانه سایر پرسنل**

#  به منظور جبران ارائه خدمات و درگیری در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی مبلغی با عنوان کارانه برنامه پزشک خانواده به سایر نیروهای درگیر در اجرای برنامه در سطوح مختلف محیطی(بهورزان، نیروهای مراکز خدمات جامع سلامت به جز پزشک و ماما و نیروهایی که براساس قرارداد پزشک خانواده حقوق و مزایا دریافت می دارند) ، پرسنل ستادی مرکز بهداشت شهرستان، پرسنل ستادی مرکز بهداشت استان پرداخت می گردد. اعتبار پرداختی از محل 4 درصد سرانه (مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه) که در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و نیز منابع درآمدی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی تامین می گردد. چگونگی پرداخت کارانه مذکور در دستورعمل جداگانه ای با عنوان دستورعمل پرداخت کارانه پزشک خانواده که تنظیم و ابلاغ می گردد خواهد بود.

# **ماده 69: زمان اجرا**

تاریخ اجرای این دستورعمل از 1/1/96 تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است.

مسئولیت حسن اجرای دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و مدیر کل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوی هر گونه تغییر و یا عدم اجرای مفاد آن خواهند بود.