

تعمیر و  
تعمیرات

مجموعه  
دستورالعمل‌های  
برنامه تحول نظام  
سلامت

نسخه اجرایی

نگارش ۱۰۰

## فهرست مندرجات

|    |  |
|----|--|
| ۴  | .....واژه‌نامه   |
| ۷  | .....ارکان   |
| ۹  | .....دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی |
| ۱۷ | .....دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم   |
| ۲۶ | .....دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی           |
| ۳۳ | .....دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی                |
| ۳۹ | .....دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی              |
| ۴۴ | .....دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند   |
| ۵۲ | .....دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی  |
| ۶۲ | .....شیوه نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه های تحول سلامت  |

## واژه‌نامه

به منظور برداشت یکسان از واژه‌ها و اصطلاحات بکار رفته در این سند، تعاریف و مفاهیم کلیدی به شرح زیر بیان میشوند.

## وزارت بهداشت

منظور از وزارت بهداشت در این دستورالعمل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که تولیت نظام سلامت کشور را به عهده دارد.

## بیمارستانهای مشمول

تمامی بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت مشمول این برنامه‌ها می‌باشند.

## زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی

سامانه هدایت بیماران بستری برای تأمین و دریافت خدمات مورد نیاز ایشان در سطح بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت در این دستورالعمل زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی نامیده می‌شود.

## نظام ارجاع

منظور از نظام ارجاع در این سند، برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در بیمه شدگان بیمه روستایی کل کشور و جمعیت شهرهای استانهای فارس و مازندران است.

## سازمان‌های بیمه پایه

شامل سازمان بیمه سلامت ایرانیان، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح است.

سایر سازمان‌هایی که به موجب قانون مجاز به ارائه و یا خرید بیمه پایه از شرکت‌های بیمه تجاری هستند در شمول بهره مندی از این برنامه قرار نمی‌گیرند.

## پزشک مقیم

پزشک مقیم به پزشک متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ گفته می‌شود که از ساعت ۲ بعدازظهر الی ۸ صبح روز بعد در روزهای غیر تعطیل و ۲۴ ساعته در روزهای تعطیل، در مراکز درمانی/آموزشی-درمانی زیرمجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی، حضور فیزیکی فعال داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام خواهد داد.

## تعرفه دولتی مصوب

نرخ برنامه‌ای خدمات و مراقبتهای تشخیصی و درمانی در مراکز دولتی است که به طور سالانه پس از تصویب شورای عالی بیمه سلامت، توسط هیات وزیران تأیید و ابلاغ می‌شود.

## خدمات هتلینگ

خدمات غیر درمانی مرتبط با اقامت بیمار در بیمارستان و مراکز درمانی است که در این سند ذیل ۷ محور اصلی طبقه بندی شده‌اند.

## بیماری ویژه

منظور از بیماری مورد حمایت این سند، بیماری است که مجموع متوسط تمام هزینه های ضروری برای مراقبت از بیمار مبتلا به آن در طول یک سال (سرانه بار هزینه ای بیماری) از یک پنجم درآمد سالانه آن خانوار ایرانی بیشتر باشد.

### مراکز مرجع بیماری

به مراکز اطلاق می‌گردد که دارای کلیه امکانات اعم از نیروی انسانی متخصص و کارآموده و تجهیزات لازم برای مراقبت از یک بیماری باشد و در دانشگاه به عنوان مرکز مرجع ارائه خدمات آن بیماری تعیین شده باشد. این مرکز توسط دانشگاه‌ها به معاونت درمان وزارت پیشنهاد و پس از تایید به عنوان مرکز مرجع اعلام می‌شود.

### بیمار نیازمند حمایت

به شهروندی اطلاق می‌گردد که مبتلا به حداقل یکی از بیماری‌های ویژه باشد و طبق ارزیابی مددکاری و یا سازمان‌ها و نهادهای حمایتی، نیازمند حمایت شناخته شود.

### فهرست مرجع بیماری‌های ویژه

به بیماری‌هایی اطلاق می‌گردد که توسط معاونت درمان وزارت، بر اساس هزینه بالا و میزان علاج پذیری به ترتیب اولویت تعیین و در این فهرست قرار خواهند گرفت.

### زایمان طبیعی

زایمانی که در فرایند و مجرای طبیعی و فیزیولوژیک، انجام می‌شود.

### زایمان بی درد (موضعی)

زایمان طبیعی است که در فرایند آن برای کاهش درد از بی حس کننده‌های موضعی به شکل اپیدورال یا اسپینال استفاده می‌شود.

### دانشگاه

منظور از دانشگاه در این سند، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

### تخت فعال

تختی است که حداقل به مدت ۲۴ ساعت امکان بستری دارد و بر این اساس تخت‌های دیالیز، اتاق عمل، اتاق زایمان، اورژانس تخت فعال محسوب نمی‌شود. ولی بخش اورژانس که در آن بیماران ب مدت حداقل ۲۴ ساعت بستری می‌شوند، تخت فعال به حساب می‌آید.

## ارکان

ارکان سیاستگذاری و اجرایی این سند عبارتند از:

### ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت

ستادی است که بر اساس ترکیب و شرح وظایف پیوست، مسئولیت سیاستگذاری و راهبری برنامه‌های اجرایی را به عهده دارد.

### دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت

این دبیرخانه ذیل ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، در محل معاونت درمان تشکیل شده و مسئولیت هماهنگی کلیه برنامه‌های تحول را بر اساس ترکیب و شرح وظایف پیوست، به عهده دارد.

کمیته‌های فنی تابعه دبیرخانه به شرح موارد ذیل تشکیل میگرد:

- سیاستگذاری و برنامه ریزی
- نظارت و بازرسی
- دارو و تجهیزات پزشکی
- بیمه و منابع
- مدیریت اطلاعات و اطلاع رسانی

دبیر ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، معاون درمان خواهد بود که مسئولیت دبیرخانه ستاد، ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی و پایش برنامه‌ها را به عهده خواهد داشت. دبیرخانه مذکور رابط بین دانشگاهها و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سئوالات و دریافت پیشنهادات می‌باشد.

### ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت دانشگاه

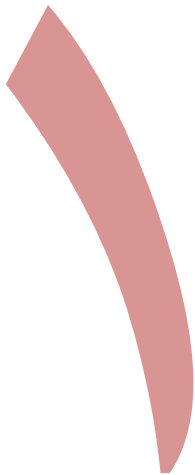
ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف پیوست، مسئولیت مدیریت اجرا در سطح دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای برنامه در سطح بیمارستانهای وابسته را به عهده دارد.

کمیته‌های فنی ستاد دانشگاه متناظر با کمیته‌های ستاد کشوری تشکیل خواهند شد.

*ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت شهرستان:* ستادی که در شهرستانهای تابعه دانشگاه براساس ترکیب و شرح وظایف پیوست، مسئولیت اجرای برنامه را در سطح شهرستان به عهده دارد.

*ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت بیمارستان:* ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف پیوست، مسئولیت اجرای برنامه در سطح بیمارستان رابه عهده دارد.





## دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل در برگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقتشار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰٪ کل هزینه‌ی بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان

#### ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. تمامی بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه می‌باشند.
۲. بیمارستان‌های مشمول مکلفند تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی مشمول این برنامه را برای کلیه بیماران بستری در همان بیمارستان و یا در زنجیره تأمین خدمات در محدوده سقف اعتباری تعیین شده فراهم نمایند.
۳. بیماران بستری واجد بیمه پایه سلامت باید ۱۰٪ از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب پرداخت نمایند.
۴. روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند، ۵ درصد از هزینه خدمات را پرداخت می‌کنند.
۵. بیمارستان‌های غیر دولتی شهر یا شهرستان‌هایی که فاقد بیمارستان دولتی باشد، مشمول برنامه بوده و با توجه به تبصره ۲ بند ۵ مصوبه شماره ۴۱۴۴۱/ت/۴۹۰۷۲ مورخ ۱۳۹۲/۲/۲۴ ارایه خدمت باید با تعرفه دولتی انجام گیرد. حمایت این برنامه در این بیمارستان‌ها، مشمول بیماران تحت پوشش سازمان متبوع بیمارستان نخواهد بود. (به عنوان مثال بیمه شدگان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های ملکی تأمین اجتماعی مشمول این برنامه نمی‌باشند)

#### ماده ۵. جمعیت هدف

۱. کلیه‌ی ایرانیان واجد بیمه پایه سلامت مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه، جمعیت هدف می‌باشند.

۲. سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است همه‌ی افراد فاقد بیمه مراجعه کننده به بیمارستانهای مشمول برنامه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه نماید.

۳. ایرانیان فاقد شناسنامه با مراجعه به نیروی انتظامی یا مراجع ذیربط، اعلام هویت شده و میتوانند جهت پوششش بیمه ای و استفاده از مزایای برنامه اقدام نمایند.

#### ماده ۶. بسته خدمات

۱. دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

۱.۱. تحت پوشش بیمه پایه سلامت

۱.۱.۱. این گروه از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در صورتی که دارای قیمت متفاوت باشند (قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو با قیمت مورد قبول بیمه پایه سلامت) مشمول این برنامه قرار گرفته و مابه التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.

۱.۲. خارج پوشش بیمه پایه

۱.۲.۱. این دسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در چارچوب فهرست اعلامی ستاد اجرایی دانشگاه، به شرط تامین داخل بیمارستان تحت پوشش برنامه می‌باشند.

۱.۲.۲. آندسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی که از لیست مشمول طرح خارج می‌شوند، متعاقباً توسط دبیرخانه ستاد کشوری اعلام می‌گردد.

۲. خدمات تشخیصی درمانی

۲.۱. تحت پوشش بیمه پایه

۲.۱.۱. این گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورایعالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه پایه با خدمات ارائه شده و یا تعرفه مصوب هیات دولت تفاوت داشته باشد مابه التفاوت آنها از محل اعتبارات برنامه پرداخت می‌شود.

۲.۱.۲. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم مورد تعهد سازمانهای بیمه گر سلامت می‌باشد(بر اساس مصوبه ۴۳ شورای عالی بیمه).

۲.۱.۳. هرگونه دریافت مازاد بر تعرفه دولتی مصوب هیأت وزیران یا هیات امناء(در مورد خدمات فاقد تعرفه)، مشمول حمایت این برنامه نیست و بیمارستان مجاز به دریافت این مبالغ از بیمار نیز نمی‌باشد.

۲.۱.۴. کسوراتی که بر اساس دستورالعمل‌های مصوب شورایعالی بیمه و به علت نقص مدارک، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می‌گردد، مشمول حمایت این برنامه نمی‌باشد.

۲.۲. خارج از پوشش بیمه پایه

۲.۲.۱. خدمات تشخیصی درمانی ضروری خارج از پوشش بیمه پایه بجز موارد ذیل تحت حمایت این برنامه میباشد:

- هزینه جراحی‌ها و اقدامات تشخیصی درمانی زیبایی

- هزینه اقامت در اتاق یک تخته (اتاق ایزوله یک تخته محسوب نشده و مشمول برنامه می‌باشد)
- هزینه اقامت در VIP
- هزینه خدمات ناشی از ضرب و جرح
- هزینه خدمات ناشی از خودکشی

۲.۳. سایر خدمات تشخیصی درمانی که از لیست خدمات مشمول طرح خارج می‌شود، متعاقباً توسط دبیرخانه ستاد کشوری اعلام می‌گردد.

۲.۴. در صورتی که خدمات فوق‌الذکر دارای تعرفه مصوب نباشند، قیمت اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات وزیران) ملاک عمل خواهد بود.

۲.۵. خدماتی که برای بیماران تحت مراقبت در بخش بستری یا تحت نظر اورژانس بیمارستان ارائه می‌شود، فارغ از میزان ساعت اقامت بیمار مشمول این برنامه می‌باشد.

۲.۵.۱. ویزیت و سایر اقدامات تشخیصی درمانی سرپایی که در درمانگاه اورژانس و بدون تحت نظر قراردادن بیمار ارائه می‌شود، مشمول حمایت این برنامه نمی‌باشد.

۲.۶. حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی، کماکان مشمول آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه کشور خواهد بود و در این برنامه پوشش ندارد.

#### ماده ۷. خدمات مشمول بیمه تکمیلی

۱. تعهدات شرکت‌های بیمه تجاری در قبال قراردادهای بیمه مکمل درمان، کماکان باقی خواهد بود و اجرای این برنامه نافی این تعهدات نیست.
۲. نحوه رفع همپوشانی حمایت‌های این برنامه و بیمه‌های تکمیلی، بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت با بیمه مرکزی ایران تعیین می‌شود.
۳. بیمارستان مکلف است قبل از ترخیص نسبت به تعیین تکلیف بیماران در مورد دارا بودن بیمه تکمیلی اقدام نماید و بیمارستان مجاز به ارایه صورتحساب به بیماران مشمول این برنامه که فاقد بیمه تکمیلی اعلام شده اند، نمی‌باشد.
۴. بیمارستان باید به گونه ای عمل نماید که میزان تعهد بیمه‌های تکمیلی طرف قرارداد با بیمارستان در طول اجرای برنامه تغییر ننموده و هزینه ای بابت این تعهدات بر این برنامه تحمیل نشود.

#### ماده ۸. نظام توزیع منابع

۱. اعتبارات موضوع این دستورالعمل طبق جدول اعلامی معاونت درمان وزارت و براساس جمع سقف اعتبارات بیمارستان‌های تابعه دانشگاه که بر اساس شاخص‌های عملیاتی بیمارستان محاسبه شده به آن دانشگاه تخصیص داده می‌شود.
۲. دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به حساب بیمارستان‌ها واریز خواهد کرد.

۳. دانشگاه‌ها حداکثر ۱۰٪ امکان جابه‌جایی اعتبارات بین بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه را حسب ضرورت، خواهند داشت.
۴. پرداخت‌های بعدی به بیمارستان‌ها منوط به گزارش رسیدگی به اسناد پزشکی توسط سازمان بیمه سلامت و گزارش پایش عملکرد خواهد بود. ارائه خدمات باید به گونه‌ای باشد که تعداد پذیرش بیماران کمتر از سال ۹۲ نباشد.
۵. بیمارستان مکلف است در سقف اعتبارات تعیین شده، خدمات این دستورالعمل را شامل اقدامات تشخیصی، درمانی، دارو‌ها و ملزومات مصرفی پزشکی را ارائه نماید و فقط ۱۰ درصد از صورتحساب تنظیمی را از بیماران واجد بیمه پایه دریافت نماید.
۶. رؤسای دانشگاه‌ها مکلفند این اعتبارات را صرفاً در راستای اجرای این برنامه هزینه نمایند و در مورد نحوه هزینه کرد این اعتبارات و حسن اجرای برنامه در برابر هیات امناء و ستاد اجرایی پاسخگو باشند.
۷. ستاد اجرایی وزارت می‌تواند بر اساس گزارشات نظارت و پایش برنامه حداکثر تا ۲۰٪ کاهش یا افزایش اعتبارات تخصیصی به دانشگاه‌ها را اعمال نماید.

#### ماده ۹. تامین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

۱. کلیه داروها، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران بستری توسط بیمارستان تامین می‌گردد و بیماران بستری برای تهیه این اقلام به خارج از بیمارستان هدایت نخواهند شد.
۲. سازمان غذا و دارو باید حداکثر ظرف مدت یکماه نسبت به اعلام فهرست قیمت کارشناسی تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و برند آن‌ها اقدام نماید.
۳. کمیته فنی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه با همکاری گروه‌های آموزشی و کمیته دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان‌های تابعه فهرست اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی را از لحاظ نوع و برند آنها از فهرست اعلامی سازمان غذا و دارو و با در نظر گرفتن منابع مالی موجود تهیه کرده و به بیمارستانها ابلاغ می‌کند. بیمارستان‌ها بر اساس فهرست اعلامی دانشگاه نسبت به تهیه این اقلام اقدام نموده بگونه‌ای که هیچگونه کمبودی در زمینه داروها و اقلام فوق‌الذکر در بیمارستان وجود نداشته باشد.
۴. راهنمای نحوه خرید، توزیع، عرضه و مصرف ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی به صورت مشترک توسط معاونت‌های درمان، توسعه و غذا و دارو تهیه و به دانشگاه ابلاغ می‌شود.

#### ماده ۱۰. زنجیره تأمین خدمات تشخیصی و درمانی

۱. بیمارستان موظف است تمامی خدمات مورد نیاز بیمار که در فهرست بیمه پایه و برنامه می‌باشد را به بیماران عرضه نمایند.
۲. در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی مصوب ستاد اجرایی دانشگاه، عمل خواهد نمود.
۳. در صورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه دانشگاه وجود نداشته باشد بر اساس زنجیره ارجاع بین دانشگاه‌های قطب، عمل خواهد شد.

۴. زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی بر اساس وضع موجود بوده و اصلاحات پیشنهادی ظرف مدت ۱۵ روز توسط دانشگاه و زنجیره ارجاع داخل قطب، توسط ستاد اجرایی دانشگاه مرکز قطب طی ۳۰ روز بعد از ابلاغ این دستورالعمل ابلاغ می‌شود.
۵. در صورت وجود شرایط خاص به پیشنهاد دانشگاه و تصویب در ستاد کشوری، زنجیره ارجاع داخل قطب اصلاح خواهد گردید.
۶. مسئولیت و هزینه های نقل و انتقال بیماران (آمیولانس) به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد.
۷. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ارجاع به مراکز صرفاً دولتی می‌باشد و بیماران به مراکز غیردولتی و خصوصی هدایت نخواهند شد.
۸. مسئولیت تأمین هزینه خدمات ارائه شده به بیمار با بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد. لازم است گزارش خدمات ارائه شده در صورت حساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.
۹. قرارداد همکاری با مراکز ارائه‌کننده خدمات و همچنین نحوه پرداخت هزینه‌ها بر اساس قرارداد تیپ و با مسئولیت دانشگاه منعقد خواهد شد.
۱۰. بیمارستان مکلف است از کلیه تجهیزات و امکانات خود جهت ارائه خدمت به بیماران استفاده نماید.

#### ماده ۱۱. نحوه تنظیم صورتحساب و رسیدگی به اسناد

۱. ثبت اطلاعات خدمات ارائه شده به بیمار در بیمارستان و یا خارج بیمارستان مشتمل بر اطلاعات زیر در اتوماسیون بیمارستان و ارسال به سامانه‌های سجاد و سپاس الزامی است.

| نوع خدمت | سهم بیمه پایه | سهم یارانه سلامت | بند ۲.۲.۱ ماده ۶ | بند ۱.۲.۱ ماده ۶ | سهم بیمه تکمیلی | سهم بیمار | جمع کل |
|----------|---------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------|--------|
|          |               |                  |                  |                  |                 |           |        |

- ۱.۱. سهم پرداختی بیمار شامل سهم ۱۰ درصدی فرانشیز و ستون مربوط به بند ۲.۲.۱ و ۱.۲.۱ ماده ۶ (لیست خدمات دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی خارج از حمایت برنامه) میباشد.
۲. بیمارستان موظف به صدور صورتحساب خدمات شامل ۲ بخش بیمه پایه و یارانه‌ای می‌باشد که بخش بیمه پایه توسط بیمه مربوطه و بخش یارانه‌ای توسط سازمان بیمه سلامت بر اساس تفاهم نامه فیما بین رسیدگی می‌شود.
۳. کارشناس مسئول بیمه‌گری بیمارستان در بیمارستان مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:
  - ۳.۱. دریافت و نگهداری دفترچه بیمار از زمان پذیرش تا زمان ترخیص
  - ۳.۲. بررسی صورتحساب مالی به هنگام ترخیص بیمار و تایید دریافت از بیمار مطابق بند های این آیین نامه
  - ۳.۳. ثبت و ارائه موارد تخلف بیمارستان در مورد خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی از خارج بیمارستان و سایر پرداختهای خارج از بیمارستان از طریق مصاحبه با همراه بیمار و مشاهده اسناد در هنگام ترخیص بیمار

#### ماده ۱۲. نظام ارجاع

۱. بیماران بستری روستایی و سایر بیماران ارجاعی که در نظام ارجاع دریافت خدمت میکنند، از جمله بیماران ساکن در دو استان فارس و مازندران، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، که دارای برگه ارجاع میباشند، ۵٪ فرانشیز خدمات بستری را پرداخت خواهند کرد.
۲. بیمارستان ضروریست نسبت به نصب تابلویی در قسمت پذیرش اقدام نماید که در آن فرآیند پذیرش بیماران ارجاع شده از طریق نظام ارجاع به طور کامل درج شده باشد.
۳. برگه ارجاع ارائه شده توسط بیمار باید توسط پزشک خانواده و قبل از مراجعه به مرکز درمانی بستری تکمیل شده باشد.
۴. بیمارستان باید اقدامات لازم را درخصوص تکمیل برگه های ارجاع به منظور ارائه بازخوراند خدمات ارائه شده را انجام دهد.
۵. بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه بعد از دریافت خدمات ضروری اولیه ملزم به تکمیل مراحل ارجاع طبق ضوابط نظام ارجاع می‌باشد.
۶. اعتبارات مربوط به این ماده از محل ۱٪ ارزش افزوده تأمین می‌شود و سایر مواردی که در این دستور عمل درج نشده است طی دستور عمل اجرایی آن اعلام میگردد.

#### ماده ۱۳. مدیریت اطلاعات و تبادل اسناد

۱. همه‌ی بیمارستان‌های فاقد HIS تا پایان شهریور ماه ۹۳ بایستی مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت (دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس) باشند.
۲. کلیه بیمارستان‌هایی که HIS آنها مطابق با استانداردهای سپاس نیست باید تا پایان خردادماه ۱۳۹۳ گواهینامه تبادل اطلاعات با سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) را دریافت نمایند.
۳. بیمارستان ملزم به ثبت الکترونیکی شناسه ملی بیماران هنگام پذیرش می‌باشد. در موارد اورژانس و در زمانیکه ثبت الکترونیکی شناسه ملی منجر به تاخیر در ارائه خدمات سلامت به فرد می‌گردد باید فرآیند ثبت، بعد از ارائه خدمت اورژانس و تا قبل از ترخیص وی از بیمارستان صورت گیرد.
۴. ثبت تشخیص نهایی در HIS برای بیماران بستری تا قبل از ارسال پرونده به سپاس الزامی است.
۵. همه‌ی بیمارستان‌ها باید در HIS خود از کدینگ استاندارد اعلامی وزارت بهداشت استفاده نمایند. آخرین نسخه کدینگ‌های ابلاغی از نشانی اینترنتی <http://coding.behdasht.gov.ir> قابل دسترسی است.
۶. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیک بیماران بستری در زمان ترخیص و اصلاحیه صورت‌حساب، حداکثر ۳ هفته بعد از ترخیص، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۷. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیکی بیماران سرپایی، حداکثر یک‌هفته بعد از دریافت خدمت، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۸. بیمارستان‌ها حداکثر تا پایان مهرماه ۱۳۹۳ از بستر شمس (شبکه ملی سلامت) و یا سرویس اینترنت ملی به جای اینترنت برای ارسال اطلاعات استفاده نمایند.

۹. معاونت درمان دانشگاه (واحد اقتصاد درمان) با همکاری واحد فن آوری اطلاعات دانشگاه بایستی به صورت مستمر با بررسی و صحت‌سنجی داده‌های ارسالی به سپاس، نسبت به رفع اشکالات و اصلاح داده‌های نادرست و یا فاقد کدینگ استاندارد اقدام نماید. به طوری که در شهریور ماه ۱۳۹۳ اشکال داده‌های ارسالی کمتر از ۵ درصد باشد.

#### ماده ۱۴. پایش عملکرد برنامه

۱. پایش عملکرد برنامه در سطوح بیمارستان، شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه، قطبهای کشوری و ستاد وزارت مطابق دستورالعمل نظارتی پیوست انجام خواهد شد.
۲. گزارشات پایش عملکرد مبنای کاهش یا افزایش ۲۰ درصدی اعتبارات پرداختی به بیمارستانها (موضوع ماده ۸) می‌باشد.

#### ماده ۱۵. اطلاع رسانی عمومی

۱. هرگونه اطلاع رسانی عمومی در مورد این برنامه با هماهنگی مرکز روابط عمومی وزارت و در چارچوب سیاست‌های ابلاغی دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت صورت می‌گیرد و بایستی به گونه ای باشد که به لحاظ منابع مالی، ساختاری و نیروی انسانی واقع بینانه باشد.
۲. اطلاع رسانی عمومی از طریق پایگاه HSE.BEHDASHT.GOV.IR انجام خواهد شد.
۳. دبیرخانه ستاد وزارت همه روزه پاسخگوی سوالات و مشکلات دانشگاهها در ۳ ماه اول طرح خواهد بود.
۴. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاهها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.

این دستورالعمل شامل بر ۱۵ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.





## دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم‌الاجرا است.

#### ماده ۲. هدف کلی

این برنامه به منظور ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم، جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق تدوین شده و با اجرای آن از طریق پرداخت‌های تشویقی در مناطق کمتر توسعه یافته، زمینه‌ی تمام‌وقتی پزشکان و در نهایت کاهش پرداخت از جیب مردم، فراهم می‌شود.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور
۲. ارتقای عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم
۳. کاهش پرداخت از جیب مردم
۴. ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته
۵. حذف پرداخت‌های غیررسمی در این مناطق
۶. اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری

#### ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. کلیه پزشکان متخصص، فلوشیپ یا فوق تخصص و پزشکان عمومی شاغل در اورژانس بیمارستان‌ها و اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی که به صورت تمام‌وقت جغرافیایی (اعم از تمام وقت هیات علمی و تمام وقت درمانی)، در مناطق کمتر توسعه یافته کشور با هرگونه رابطه استخدامی (رسمی، پیمانی، قراردادی، متعهد به خدمت و سایر روابط استخدامی)، مشغول به خدمت می‌باشند، مشمول این دستورالعمل قرار می‌گیرند.

۱.۱. رعایت نظام سطح‌بندی خدمات درمانی در واحدهای بهداشتی-درمانی در جذب و به کارگیری پزشکان در شهرهای مشمول این دستورالعمل الزامی است.

#### ماده ۵. تعهدات

۱. پزشکان ماندگار مشمول این دستورالعمل مکلف به رعایت موارد زیر خواهند بود:

۱.۱. فعالیت تمام وقت در واحدهای درمانی/آموزشی و درمانی تابعه دانشگاه و عدم فعالیت پزشکی در قالب مطب، درمانگاه، مراکز جراحی محدود و بیمارستان‌های خصوصی، خیریه و سایر مراکز عمومی غیردولتی

۱.۲. آمادگی ارائه خدمات به صورت ۲۴ ساعته و در ایام تعطیل، در قالب آنکالی، مقیمی و کلینیک عصر

۱.۳. عدم دریافت هرگونه وجهی از بیماران خارج از روال رسمی صندوق بیمارستان

ماده ۶. نحوه امتیازدهی

۱. نحوه امتیازدهی به شهر/شهرستان‌ها براساس معیارهای ذیل صورت می‌گیرد:
  - ۱.۱. ضریب محرومیت (ضرایب مربوط به قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان)
  - ۱.۲. درجه بدی آب و هوا
  - ۱.۳. مرزی یا غیر مرزی بودن
  - ۱.۴. جمعیت شهر/شهرستان
  - ۱.۵. امتیاز مرتبط با شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه جهت جذب پزشک
۲. جزئیات شاخص برای رتبه‌بندی شهرها به شرح زیر است:
  - ۲.۱. ضریب محرومیت (ضرایب مربوط به قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان):
    - ۲.۱.۱. شهر/شهرستان‌های با ضریب ۳/۵: ۳۵ امتیاز
    - ۲.۱.۲. شهر/شهرستان‌های با ضریب ۳.۵/۵: ۳۰ امتیاز
    - ۲.۱.۳. شهر/شهرستان‌های با ضریب ۴/۵: ۱۵ امتیاز
    - ۲.۱.۴. شهر/شهرستان‌های با ضریب ۴.۵/۵: ۱۰ امتیاز
    - ۲.۱.۵. شهر/شهرستان‌های با ضریب ۵/۵: ۳ امتیاز
  - ۲.۲. درجه بدی آب و هوا (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):
    - ۲.۲.۱. درجه ۴: ۲۵ امتیاز
    - ۲.۲.۲. درجه ۳: ۲۰ امتیاز
    - ۲.۲.۳. درجه ۲: ۵ امتیاز
    - ۲.۲.۴. درجه ۱: ۱ امتیاز
  - ۲.۳. مرزی بودن (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):
    - ۲.۳.۱. مرزی بودن بخش یا دهستان‌های تابعه شهر/شهرستان: ۵ امتیاز
  - ۲.۴. جمعیت شهر/شهرستان (براساس آخرین آمار منتشر شده توسط مرکز آمار ایران):
    - ۲.۴.۱. شهر/شهرستان‌های زیر ۳۵ هزار نفر: ۳۵ امتیاز
    - ۲.۴.۲. شهر/شهرستان‌های بین ۳۵ تا ۷۰ هزار نفر: ۲۵ امتیاز
    - ۲.۴.۳. شهر/شهرستان‌های بین ۷۱ تا ۱۰۰ هزار نفر: ۲۰ امتیاز
    - ۲.۴.۴. شهر/شهرستان‌های بین ۱۰۱ تا ۱۵۰ هزار نفر: ۱۵ امتیاز
    - ۲.۴.۵. شهر/شهرستان‌های بین ۱۵۱ تا ۲۰۰ هزار نفر: ۱۰ امتیاز

۲.۴.۶. شهر/شهرستان‌های بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار نفر: ۱ امتیاز

۲.۴.۷. شهر/شهرستان‌های بیش از ۲۵۰ هزار نفر: ۰ امتیاز

۲.۵. امتیاز مرتبط با شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه برای جذب پزشک: ۲۰ امتیاز

۲.۵.۱. شرایط احراز این امتیاز در کمیته‌ای متشکل از دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی، مدیریت منابع انسانی معاونت توسعه و مدیریت منابع و همچنین معاونت درمان دانشگاه مربوطه تعیین و به تائید معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌رسد.

#### ماده ۷. دسته‌بندی شهر/شهرستان‌ها

۱. شهر/شهرستان‌های مشمول براساس امتیاز (ماده ۶)، به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

۱.۱. شهر/شهرستان‌های با امتیاز ۶۱ و بیشتر، گروه (الف).

۱.۲. شهر/شهرستان‌های بین ۵۱ تا ۶۰ امتیاز، گروه (ب).

۱.۳. شهر/شهرستان‌های بین ۴۱ تا ۵۰ امتیاز، گروه (ج).

۱.۴. شهر/شهرستان‌های بین ۳۱ تا ۴۰ امتیاز، گروه (د).

۲. شهر/شهرستان‌های با امتیاز ۳۰ و کمتر از شمول این دستورالعمل مستثنی خواهند بود.

#### ماده ۸. فهرست شهرهای مشمول

۱. فهرست شهر/شهرستان‌های واجد شرایط به طور رسمی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت در ابتدای اجرای این دستورالعمل، ابلاغ می‌گردد. این فهرست به طور سالانه و در ابتدای هر سال توسط معاونت درمان وزارت بهداشت بازنگری می‌گردد.

#### ماده ۹. شیوه‌ی پرداخت به پزشکان عمومی

۱. به پزشکان عمومی شاغل در اورژانس بیمارستان و اورژانس پیش‌بیمارستانی (مقیم در سیستم دیسپچ) که به طور تمام وقت انجام وظیفه می‌نمایند، به ازای هر ۲۴ ساعت مقیمی/کشیک، پرداخت ثابت به شرح جدول زیر صورت می‌گیرد:

| شهر/شهرستان‌های<br>گروه (د) | شهر/شهرستان‌های<br>گروه (ج) | شهر/شهرستان‌های<br>گروه (ب) | شهر/شهرستان‌های<br>گروه (الف) | پرداخت ثابت به<br>ازای ۲۴ ساعت<br>(ریال) |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| .                           | .                           | ۲,۰۰۰,۰۰۰                   | ۳,۰۰۰,۰۰۰                     |  |

۱.۱. در شهرهای (ج) و (د) برای پزشکان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی (مقیم در سیستم دیسپچ) مبلغ ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر ۲۴ ساعت قابل پرداخت می‌باشد.

#### ماده ۱۰. شیوه‌ی پرداخت به پزشکان متخصص و فوق تخصص

۱. پرداخت برای رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی در شهر/شهرستان‌های مشمول به صورت زیر تعیین می‌گردد:

۱.۱. پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهر/شهرستان مربوطه (به صورت آنکالی) به گروه‌های تخصصی

۱.۱.۱. در شهر/شهرستان‌های گروه (الف)، برای همه‌ی گروه‌های تخصصی بالینی و متخصصین داروسازی بالینی مبلغ ۳ میلیون ریال و رشته‌های تخصصی پاراکلینیک (پاتولوژی، آزمایشگاه تشخیصی طبی و دکترای داروسازی) مبلغ ۲ میلیون ریال به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در سطح شهر/شهرستان به صورت آنکال و یا آماده ارائه خدمت، پرداخت می‌گردد.

۱.۱.۲. در شهر/شهرستان‌های گروه (ب) به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهر/شهرستان مربوطه و رعایت بسته خدمت حداقلی، مبالغ به شرح جدول زیر پرداخت می‌گردد:

| دسته‌بندی شهرها          | تخصص‌های طب اورژانس، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، جراحی عمومی، رادیولوژی، بیهوشی، قلب و عروق، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی و فلوشیپ و فوق تخصص رشته‌های جراحی، داخلی و بیهوشی (ریال) | سایر رشته‌های تخصصی بالینی و داروساز بالینی و رشته‌های پاراکلینیک (شامل پاتولوژی، آزمایشگاه تشخیصی طبی و دکترای داروسازی) (ریال) |
|--------------------------|---|--|
| شهر/شهرستان‌های گروه (ب) | ۱,۵۰۰,۰۰۰   | ۱,۰۰۰,۰۰۰  |

۱.۱.۱. در شهرهای (ج) و (د) پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهر/شهرستان مربوطه، از محل اعتبارات این دستورالعمل نباید انجام شود.

۱.۱.۱.۱. پرداخت فعلی و یا تشویقی دانشگاه در این گونه شهرها کمافی‌السابق و طبق روال جاری و از محل سایر اعتبارات دانشگاه قابل پرداخت است.

۱.۱.۲. در شهر/شهرستان‌های گروه (الف) و (ب) بسته حداقلی شامل: حضور فیزیکی در ساعات اداری در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری، حضور ۲۳ روز آنکالی (براساس تعداد پزشکان شاغل در آن شهر بر اساس برنامه‌ریزی معاونت درمان دانشگاه)، حضور فعال در درمانگاه صبح و عصر، انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تخصصی مطابق نیاز منطقه و در نهایت انجام به موقع مشاوره‌های اورژانسی می‌باشد.

۱.۱.۲.۱. در صورت رعایت بسته حداقلی با تائید معاونت درمان دانشگاه، مبلغ ثابت تعیین شده، قابل پرداخت خواهد بود.

۱.۱.۲.۲. معاونت درمان دانشگاه بسته خدمتی را با در نظر گرفتن ملاک‌های مذکور، به طور مکتوب به پزشکان مشمول ابلاغ نموده و بر حسن اجرای آن نظارت می‌کند.

۱.۱.۲.۳. معاونت درمان دانشگاه باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که در همه روزهای هفته در شهرهای مشمول، پزشک متخصص در رشته‌های اعلامی وجود داشته باشد.

۱.۱.۲.۴. در صورت فراهم نبودن شرایط جهت به کارگیری پزشکان تمام وقت برای روزهایی که پزشک ماندگار وجود ندارد، می‌توان از پزشک جایگزین غیرتمام وقت نیز استفاده نمود.

۱.۱.۲.۴.۱. پزشک جایگزین برای روزهای باقی‌مانده‌ی ماه، مبلغ ثابت تعیین شده به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در سطح شهر/شهرستان مربوطه را دریافت خواهد نمود.

۱.۱.۵. در صورت تعدد پزشکان یک رشته، پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت، تنها به یک پزشک قابل پرداخت است.

#### ۱.۲. پرداخت عملکردی

| خدمات رادیوگرافی ساده و رنگی، CT و MRI   | خدمات سونوگرافی | خدمات پاتولوژی | خدمات آزمایشگاه تشخیصی-طبی | حق الزحمه نیروی انسانی (ضریب جراحی، بیهوشی و داخلی) | دسته بندی شهرها                  |
|--|-----------------|----------------|----------------------------|---|----------------------------------|
| درصدهای تعیین شده به تعرفه‌های دولتی مصوب هیات وزیران در سال ۱۳۹۳، اضافه می‌گردد |                 |                |                            | ۳ برابر   | شهر/شهرستان‌های گروه (الف) و (ب) |
| ٪۱۳  | ٪۵۰             | ٪۵۰            | ٪۱۰                        |   |                                  |
| ٪۱۰  | ٪۳۷.۵           | ٪۳۷.۵          | ٪۷.۵                       | ۲.۵ برابر   | شهر/شهرستان‌های گروه (ج)         |
| ٪۶.۵   | ٪۲۵             | ٪۲۵            | ٪۵                         | ۲ برابر   | شهر/شهرستان‌های گروه (د)         |

۱.۲.۱. پرداخت عملکردی در شهرهای (ج) و (د) تنها شامل پزشکانی می‌شود که محل خدمت اصلی آن‌ها با شهرهای مشمول این دستورالعمل، منطبق باشد و حداقل ۷ روز در ماه (در موارد تعدد پزشکان) به صورت مقیم یا آنکال در بیمارستان شهر مربوطه ارائه خدمت نمایند.

۱.۲.۲. ضرایب عملکردی تعیین شده در جدول، جایگزین تعرفه ترجیحی مناطق محروم فعلی شهر/شهرستان می‌گردد. به عنوان مثال، در صورتی که شهری در گروه (الف) دارای ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم ۱/۸ باشد، صرفاً ۱/۲ مابه‌التفاوت تا ضریب تعرفه ترجیحی شهر (الف) را از محل منابع این دستورالعمل دریافت خواهد نمود.

۱.۲.۳. برای اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ماندگار در شهرهای گروه (د)، ضریب اعشاری تعرفه ترجیحی مناطق محروم در ضریب حق الزحمه نیروی انسانی تعیین شده در جدول ضرب می‌گردد. افزایش ضریب از این محل صرفاً تا سقف ۲/۵ قابل پرداخت می‌باشد. به عنوان مثال، در صورتی که ضریب اعشاری تعرفه ترجیحی منطقه، ۰/۳ باشد، ضریب نهایی برای اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی با ضرب ۰/۳ در ضریب ۲/۶ خواهد بود که ۲/۵ آن از محل اعتبارات این دستورالعمل قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱.۲.۴. در مواردی که بیمارستان/دانشگاه نتواند تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران را تامین نماید، پزشک مربوطه می‌تواند تجهیزات تشخیصی مورد نیاز بیمارستان را با رعایت نظام سطح بندی تامین نماید. سهم پرداختی به این دسته از پزشکان توسط هیات عالی نظارت بر نظام نوین اداره بیمارستان‌ها تعیین می‌شود.

۱.۲.۵. ویزیت سرپایی و پرداخت تشویقی در راستای ترویج زایمان طبیعی در شهر/شهرستان‌های (الف)، (ب)، (ج) و (د) از شمول این دستورالعمل خارج و مطابق دستورالعمل‌های مربوطه پرداخت می‌گردد.

۱.۲.۶. در صورت حضور پزشک به صورت مقیم در بیمارستان‌های شهر/شهرستان‌های (الف)، (ب)، (ج) و (د) و دریافت حق الزحمه مقیمی، پرداخت همزمان حق الزحمه ثابت ماندگاری در آن روز، ممنوع است.

۱.۲.۷. در مورد بیماران حوادث ترافیکی موضوع بند (ب) ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه، براساس ضرایب همین دستورالعمل و از محل اعتبارات این دستورالعمل پرداخت می‌گردد.

۱.۲.۸. کلیه پزشکان مشمول این دستورالعمل می‌بایست در قالب قرارداد (فی‌مابین معاون درمان دانشگاه و پزشک مشمول) نسبت به رعایت مفاد بسته حداقلی و سایر شرایط ارائه خدمت در سطح شهر/شهرستان متعهد گردند.

#### ماده ۱۱. نحوه توزیع پرداخت عملکردی این دستورالعمل

۱. سهم پزشک، کارکنان غیرپزشک و بیمارستان از بخش عملکردی این دستورالعمل، مطابق آیین‌نامه توزیع درآمدها (اصلاحیه دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها) خواهد بود که توسط وزارت بهداشت تدوین و به تایید هیات امنای دانشگاه خواهد رسید.

۲. دانشگاه علوم پزشکی می‌تواند حسب شرایط نسبت به تعیین سقف پرداخت به تفکیک رشته‌های تخصصی، برای پزشکان مشمول این دستورالعمل اقدام نماید.

#### ماده ۱۲. نحوه محاسبه فرانشیز بیماران

۱. فرانشیز بیماران برای کلیه شهر/شهرستان‌های مشمول این دستورالعمل به صورت ۱ کا محاسبه می‌گردد و اخذ مابه‌التفاوت تشویقی از بیماران به هر شکل ممنوع می‌باشد.

#### ماده ۱۳. معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان

۱. عملکرد کمی و کیفی پزشکان مشمول این دستورالعمل باید براساس معیارهای ذیل حداقل هر سه ماه یکبار ارزیابی و در میزان پرداخت به پزشک تاثیر داده شود:

| ردیف   | معیارها  | مبنای گزارش    | امتیاز       |
|--------|--|----------------|--------------|
| ۱      | رضایت معاونت درمان دانشگاه از عملکرد پزشک            | معاونت درمان   | تا ۳۰ امتیاز |
| ۲      | رضایت بیماران از پزشک براساس فرم استاندارد وزارتخانه | بیماران بخش    | تا ۴۰ امتیاز |
| ۳      | رضایت حوزه مدیریتی از عملکرد پزشک                    | رئیس بیمارستان | تا ۳۰ امتیاز |
| جمع کل |  |                | ۱۰۰ امتیاز   |

۱.۱. در صورتی که پزشک مشمول عضو هیات علمی دانشگاه/دانشکده باشد، امتیاز ردیف ۱ به طور مساوی میان معاونت درمان و معاونت آموزشی دانشگاه تسهیم می‌گردد.

۱.۲. معیارهای زیر از اصلی‌ترین شاخص‌ها در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشک می‌باشد:

۱.۲.۱. انجام به موقع ویزیت بیماران.

۱.۲.۲. تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی وزارت متبوع.

۱.۲.۳. حضور به موقع در اتاق عمل و در طی انجام اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیماران.

۱.۲.۴. رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌ها و به ویژه بخش‌های مراقبت ویژه.

۱.۲.۵. رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه.

۱.۲.۶. حضور فیزیکی در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری.

۱.۲.۷. انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز دانشگاه که به طور مکتوب به پزشک مربوطه از سوی معاونت درمان دانشگاه ابلاغ می‌گردد.

۱.۲.۸. کارکرد کمی پزشک در قالب شاخص‌هایی مانند تعداد اعمال جراحی و سایر پروسیجرهای تخصصی، میزان ساعت حضور در درمانگاه، تعداد ویزیت‌های انجام شده در هر نوبت کاری و میزان بیماران ارجاعی به سطوح بالاتر.

۱.۲.۹. کمیت و کیفیت فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۰. میزان رضایت فراگیران از عملکرد اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۱. حضور در کمیته‌های بیمارستانی و کمک به ارتقای کیفیت در سطح بیمارستان.

۱.۲.۱۲. مشارکت در نظام ارجاع بیماران در قالب برنامه پزشک خانواده شهر و روستا.

۱.۳. در صورتی که امتیاز ارزیابی پزشک، ۸۰ و بالاتر باشد، ۱۰۰٪ مبلغ پرداختی به پزشک براساس این دستورالعمل، قابل پرداخت خواهد بود؛ در صورتی که امتیاز عملکردی ۶۰ تا ۷۹ باشد، ۸۰٪ مبلغ مذکور و در اعداد پایین تر از ۶۰، ۶۰٪ مبلغ مربوطه قابل پرداخت می‌باشد. در صورتی که نمره ارزشیابی پزشک ۵۰ یا کمتر باشد، دانشگاه می‌تواند در خصوص تمدید یا فسخ قرارداد پزشک مربوطه تصمیم‌گیری نماید.

۲. برای کلیه پزشکان مشمولین این دستورالعمل حقوق و مزایا به صورت جداگانه پرداخت می‌گردد. بدیهی است سایر پرداختی‌های دانشگاه به پزشکان مشمول طبق روال جاری انجام خواهد شد.

#### ماده ۱۴. نحوه برخورد با تخلف

۱. در صورتی که پزشکان مشمول این دستورالعمل، نسبت به دریافت هرگونه وجهی بیش از تعرفه مصوب و یا خارج از روال رسمی بیمارستان و دانشگاه اقدام و یا در قالب مطب و یا هر شکل دیگری به شکل انتفاعی طبابت نمایند، علاوه بر کسر کارانه پزشک مربوطه به مدت یک‌ماه و معرفی به مراجع ذیصلاح جهت برخورد قانونی، از شمول این دستورالعمل به طور دائم خارج می‌گردد.

#### ماده ۱۵. نحوه تخصیص اعتبار

۱. اعتبارات مرتبط با این دستورالعمل، براساس فهرست شهرهای اعلامی معاونت درمان وزارت متبوع، به هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی حسب عملکرد مراکز مشمول، پرداخت می‌گردد.

۲. سقف اعتبار هر یک از دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی از محل اعتبارات این برنامه براساس معیارهای ذیل محاسبه شده و به دانشگاه/دانشکده اعلام می‌گردد:

۲.۱. تعداد پزشک متخصص موجود و مورد نیاز در شهر/شهرستان‌های مشمول برنامه.

۲.۲. تعداد تخت بیمارستانی فعال در شهر/شهرستان‌های مشمول دانشگاه با اعمال درجه محرومیت شهر/شهرستان.



۲.۳. آموزشی یا درمانی بودن بیمارستان‌های مشمول دانشگاه/دانشکده.

۳. کنترل بخش عملکردی این دستورالعمل از طریق رسیدگی به اسناد بیماران توسط سازمان بیمه سلامت انجام می‌شود و گزارش مربوطه به دانشگاه و معاونت درمان وزارت متبوع، ارائه می‌گردد.

۴. دانشگاه مکلف است براساس گزارش عملکرد مربوطه، منابع را به هر یک از مراکز مشمول تخصیص دهد. تسویه حساب نهایی با هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط معاونت توسعه وزارت متبوع براساس گزارش‌های مذکور و منابع تخصیصی به طور ماهانه، صورت می‌گیرد.

۵. در راستای دستیابی به اهداف این برنامه، حداکثر ۱۰٪ از سرجمع اعتبارات تخصیصی این برنامه در اختیار رئیس دانشگاه قرار می‌گیرد تا در شهرهای مشمول و با صلاحدید وی، به پزشکان واجد شرایط پرداخت گردد.

#### ماده ۱۶. لغو موارد مغایر

۱. کلیه دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مغایر با این دستورالعمل و مرتبط با ماندگاری پزشکان لغو می‌گردد.

#### ماده ۱۷. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای این دستورالعمل در دانشگاه بر عهده رئیس دانشگاه می‌باشد. نظارت در سطوح وزارتی، قطب، دانشگاهی، شبکه بهداشت و درمان و سطح بیمارستان صورت می‌گیرد. دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی، نظارتی و جزئیات بسته حداقلی تعیین شده در این دستورالعمل را رعایت نمایند و بر نحوه ارزشیابی پزشک نظارت داشته باشند.

۲. در صورتی که پزشکان طبق برنامه ابلاغی از سوی معاونت درمان دانشگاه، در شهر/شهرستان مشمول حضور نداشته باشند و یا میزان و نحوه پرداخت به پزشکان شاغل در این مناطق با چارجوب‌های این دستورالعمل مطابقت نداشته باشد، به ترتیب اقدامات ذیل صورت می‌گیرد:

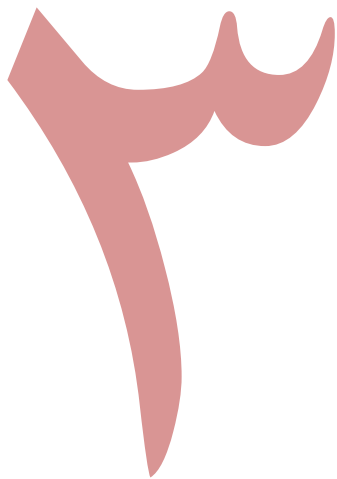
۲.۱. **بار اول:** اخطار مکتوب به رئیس مرکز درمانی/آموزشی-درمانی و عدم پرداخت حق الزحمه ماندگاری به پزشکان متخلف.

۲.۲. **بار دوم:** کسر ۵۰٪ کارانه رئیس و مدیر مرکز درمانی برای سه ماه.

۲.۳. **بار سوم:** تصمیم‌گیری در مورد ادامه فعالیت ریاست مرکز در هیات رئیسه دانشگاه.

۳. در صورت اخذ مکرر گزارشات مبنی بر تخطی بیمارستان‌های تابعه یک دانشگاه از سوی معاونت درمان وزارت متبوع، گزارش مربوطه جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد شد.

این دستورالعمل در ۱۷ ماده در تاریخ --/--/۱۳۹۳ مورد تصویب ستاد هدفمندسازی یارانه قرار گرفته و جهت اجرا توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی از تاریخ --/--/۱۳۹۳، ابلاغ می‌گردد.



## دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. این برنامه به منظور بهره‌مندی به‌هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا می‌شود.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. ارائه به‌موقع خدمات درمانی
۲. پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی
۳. تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن
۴. انجام به‌موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی
۵. افزایش رضایت‌مندی مردم

#### ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. به منظور افزایش پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی و تضمین دریافت خدمات درمانی مناسب در هر ساعت شبانه روز و در همه نقاط کشور و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت، دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلفند در بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی تابعه، از پزشکان متخصص یا فوق‌تخصص / فلوشیپ به عنوان پزشک مقیم استفاده نمایند.

#### ماده ۵. تعهدات پزشک مقیم

۱. پزشک مقیم موظف است در تمام ساعات مقیمی، حضور فیزیکی فعال در بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام دهد.

۱.۱. حضور پزشک در خانه‌های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی‌شود.

#### ماده ۶. مشمولین دستورالعمل

۱. کلیه رشته‌های تخصصی / فوق تخصصی / فلوشیپ‌های مورد نیاز مراکز بیمارستانی، به پیشنهاد رییس دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت، مشمول این دستورالعمل می‌گردند.

۱.۱. دستیاران فلوشیپ و فوق تخصصی در خارج از ساعات موظفی (شامل فعالیت در نوبت کاری صبح و کشیک موظفی)، با اعلام نیاز معاونت درمان و با تایید معاونت آموزشی دانشگاه، به عنوان پزشک مقیم تخصصی مربوطه مشمول این دستورالعمل خواهند بود.

ماده ۷. مراکز مشمول

۱. بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کمتر از ۶۴ تخت فعال از شمول این آیین‌نامه خارج می‌شوند.
- ۱.۱. بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی تک تخصصی کمتر از ۶۴ تخت فعال شامل این دستورالعمل میشوند.
- ۱.۲. در شرایط خاص در بیمارستان‌های درمانی زیر ۶۴ تخت فعال که به تشخیص دانشگاه حضور پزشک مقیم الزامی است این موارد با درخواست دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع مشمول آیین‌نامه می‌گردد.
۲. کلیه بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی جنرال ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال ضروری است دارای یک پزشک مقیم از یکی از رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و یا طب اورژانس باشند.
۳. کلیه بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی جنرال با بیش از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال، ضروری است دارای دو تا چهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند.
۴. کلیه بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی جنرال با بیش از ۲۵۶ تخت فعال، ضروری است دارای چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند.
۵. دانشگاه در انتخاب رشته‌های تخصصی و تعداد متخصصین مورد نیاز بیمارستان باید براساس بخشهای موجود و بیمار پذیری بیمارستان عمل نماید.
- ۵.۱. در بیمارستانهایی که حداقل ۳ متخصص طب اورژانس حضور دارند، حضور متخصصین طب اورژانس مقیم ضروری است.
۶. بیمارستانهای تک تخصصی زنان می‌بایست دارای ۳ پزشک مقیم با تخصصهای زنان، بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق تخصص نوزادان باشند.
۷. در سایر بیمارستانهای تک تخصصی جراحی دو نفر پزشک متخصص شامل یک نفر متخصص جراح مربوط و یک متخصص بیهوشی مقیم ضروری است.
۸. در بیمارستانهای تک تخصصی غیر جراحی یک نفر متخصص همان رشته مقیم ضروری است.
۹. مراکز تروما باید دارای پزشک مقیم متخصص اورتوپدی باشند.
۱۰. مراکز ترومای اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید علاوه بر تعداد پزشکان مندرج در بندهای ۲ و ۳ و ۴ و پزشک مقیم متخصص ارتوپدی، به‌طور همزمان، دارای پزشک مقیم فوق تخصص جراحی عروق و متخصص جراحی مغز و اعصاب نیز باشند.
- ۱۰.۱. در صورت عدم حضور فوق تخصص عروق در استان، دانشگاه مکلف است زنجیره ارجاع بیماران اورژانس مرتبط را با مرکز قطب تعریف و ابلاغ نماید.
۱۱. در مورد پزشکان مقیم بخشهای مراقبت ویژه (NICU, ICU) مطابق دستورالعمل مربوطه عمل خواهد شد و پرداخت حق الزحمه این پزشکان همچنان از محل پیش بینی شده آیین‌نامه مربوطه خواهد بود.

- ۱۱.۱. متخصصین بیهوشی مقیم بخشهای مراقبت ویژه نمی توانند به صورت مقیم بیهوشی مرکز در همان شیفت بکار گیری شوند.
۱۲. در بخشهای مراقبتهای ویژه قلبی (CCU) مراکز درمانی / آموزشی درمانی ریفرال قلب و عروق حضور متخصص قلب مقیم الزامی است.
- ۱۲.۱. مراکز ریفرال قلب و عروق دانشگاهها با اعلام دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع تعیین می گردد.

#### ماده ۸. الزامات برنامه

۱. حداکثر تعداد نوبت کاری پزشک مقیم در هر ماه، معادل ۱۵ شبانه روز غیرمتوالی می باشد.
  - ۱.۱. تنها در بیمارستانهای مشمولی که امکان اجرای این ماده وجود نداشته باشد، با موافقت معاونت درمان دانشگاه و رضایت پزشک مربوطه، این تعداد نوبت کاری قابل افزایش است.
  ۲. دانشگاه درمانی / آموزشی-درمانی موظف است جهت پوشش کامل مقیمی مراکز، با اولویت پزشکان تمام وقت جغرافیایی اقدام نماید.
    - ۲.۱. در صورتی که در هر یک از بیمارستانهای مشمول برنامه امکان پوشش مقیمی توسط پزشکان آن مرکز وجود نداشته، دانشگاه مکلف است از پزشکان سایر مراکز و یا پزشکان آزاد با عقد قرارداد استفاده نماید.
    - ۲.۲. تعیین پزشک مسئول پیگیری بیماران بستری شده در طی زمان مقیمی، برعهده ریاست بخش است.
    - ۲.۳. رئیس بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی موظف است شرایط پذیرش و پیگیری بیماران درمان شده در طی زمان مقیمی را فراهم نماید.
    - ۲.۳.۱. رئیس بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی موظف است فضا و امکانات رفاهی مناسب جهت اقامت پزشک مقیم را فراهم نماید.
  ۳. رئیس بیمارستان و یا بخش مربوط (در بیمارستانهای آموزشی درمانی) موظف است برنامه پوشش رایج خدمات تخصصی بیماران اورژانسی در ساعات اداری و شیفت کاری روزهای هفته را تنظیم نماید.

#### ماده ۹. حق الزحمه مقیمی

۱. حق الزحمه پزشک مقیم بطور متوسط به ازای هر شب مقیمی، ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳ می باشد. در سالهای بعد رقم حق الزحمه از سوی وزارت بهداشت در ابتدای هر سال اعلام می گردد.
  - ۱.۱. دانشگاه علوم پزشکی با نظر ریاست مرکز می تواند با در نظر گرفتن نیاز و درجه محرومیت منطقه، نوع تخصص و میزان کارکرد پزشک، حق الزحمه مقیمی را تا ۵۰٪ کاهش و یا تا ۵۰٪ افزایش دهد.
  - ۱.۲. به حق الزحمه پزشک مقیم در روزهای تعطیل معادل یک سوم مبالغ روزهای غیر تعطیل اضافه می گردد.
  - ۱.۳. حق الزحمه مقیمی علاوه بر حقوق و مزایا و کارانه پزشک می باشد.
  - ۱.۴. در صورت تقسیم پوشش شیفت مقیمی توسط چند نفر، پرداخت به تناسب میزان حضور از ساعات شیفت کامل پرداخت گردد.

۱.۵. متخصصین درمانی و هیات علمی دانشگاهها (با هر نوع رابطه استخدامی) می‌توانند در پوشش شیفت مقیمی بیمارستانهای دانشگاه مشارکت داشته باشند و بخشی از ساعات موظفی خود را از طریق شیفت مقیمی پوشش دهند. حداکثر درصد ساعات موظف قابل محاسبه کشیک مقیمی که بعنوان ساعات موظف قابل محاسبه است و همچنین میزان پرداختی بر اساس مصوبه هیات امانا خواهد بود.

۱.۶. در بخش‌هایی که دارای پزشک مقیم می‌باشند، پرداخت همزمان هرگونه وجهی تحت عنوان حق‌الزحمه آنکالی، به پزشکان شاغل در آن رشته، ممنوع می‌باشد.

۲. در صورتی که امتیاز ارزیابی عملکرد پزشک مقیم براساس ماده ۱۱ این دستورالعمل، ۸۰ و بالاتر باشد، ۱۰۰٪ حق‌الزحمه مربوطه قابل پرداخت است؛ در صورتی که امتیاز عملکردی ۶۰ تا ۷۹ باشد، ۸۰٪ حق‌الزحمه مذکور و در امتیاز پایین تر از ۶۰، ۶۰٪ حق‌الزحمه مربوطه قابل پرداخت است.

۳. دانشگاه مکلف است در پایان هر ماه حق‌الزحمه پزشکان مقیم را همزمان با پرداخت حقوق کارکنان پرداخت نماید.

#### ماده ۱۰. الزامات همکاری پزشک مقیم

۱. کلیه پزشکان مقیم مکلف به رعایت مصوبات و پروتکل‌های مصوب «کمیته تعیین تکلیف بیماران» از جمله رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، ویزیت به موقع و تعیین تکلیف بیماران اورژانسی در کمترین زمان ممکن، انجام به موقع اعمال اورژانسی و در نهایت همکاری با «مدیر تخت‌های بستری یا Bed Manager» خواهند بود.

۲. تمام بیماران بستری تحت نظر اورژانس باید پیش از ترخیص توسط متخصص مقیم مربوط، ویزیت شده باشند.

۳. در صورت تشخیص ستاد هدایت دانشگاه و قطب در موارد بحرانی پزشک مقیم برای انجام خدمات درمانی اورژانس به سایر بیمارستانهای دانشگاه اعزام خواهد شد.

#### ماده ۱۱. معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان مقیم

۱. دانشگاه موظف است بر اساس جدول ذیل ارزیابی عملکرد پزشکان متخصص مقیم را انجام دهد.

##### جدول ارزیابی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی

| ردیف | معیارها                   | مبنای گزارش         | امتیاز       |
|------|---------------------------|---------------------|--------------|
| ۱    | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | معاون درمان دانشگاه | تا ۳۰ امتیاز |
| ۲    | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | معاون آموزشی مرکز   | تا ۳۰ امتیاز |
| ۴    | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | رئیس بیمارستان      | تا ۴۰ امتیاز |
|      | جمع کل                    |                     | ۱۰۰ امتیاز   |

##### جدول ارزیابی در بیمارستان‌های درمانی

| ردیف | معیارها                   | مبنای گزارش         | امتیاز       |
|------|---------------------------|---------------------|--------------|
| ۱    | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | معاون درمان دانشگاه | تا ۳۰ امتیاز |
| ۲    | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | رئیس شبکه           | تا ۳۰ امتیاز |

|        |                           |                |              |
|--------|---------------------------|----------------|--------------|
| ۴      | رضایت از عملکرد پزشک مقیم | رئیس بیمارستان | تا ۴۰ امتیاز |
| جمع کل |                           |                | ۱۰۰ امتیاز   |

۲. در شهرهای محل استقرار دانشگاه، امتیاز مربوط به رئیس شبکه به تساوی بین معاون درمان دانشگاه و رئیس بیمارستان توزیع می‌گردد.
۳. معیارهای ذیل از اصلی‌ترین شاخص‌ها در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشکان مقیم می‌باشند:
  - ۳.۱. انجام به موقع ویزیت بیماران
  - ۳.۲. تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن
  - ۳.۳. کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشک
  - ۳.۴. حضور به موقع در اتاق عمل و انجام کلیه اعمال جراحی با حضور متخصص مقیم و با مشارکت فعال در طول مدت عمل در بیمارستانهای آموزشی- درمانی
  - ۳.۵. رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه علی‌الخصوص بخش ICU.
  - ۳.۶. رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه
  - ۳.۷. مشارکت در فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی در ساعات مقیمی
  - ۳.۸. مشارکت در نظام ارجاع پزشک خانواده شهری و روستایی
  - ۳.۹. حضور فیزیکی منظم در ساعات مقیمی مربوطه
  - ۳.۱۰. رعایت اخلاق حرفه‌ای و شئون‌ات اسلامی

#### ماده ۱۲. تامین اعتبار

۱. منابع مورد نیاز برای تامین اعتبار حق‌الزحمه مقیمی، از محل اعتبارات این برنامه در قالب تفاهم‌نامه و براساس عملکرد دانشگاه علوم پزشکی پرداخت می‌گردد. در ابتدای اجرای طرح، ریاست دانشگاه موظف است لیست رشته‌ها و تعداد پزشکان هر مرکز را به تفکیک به معاونت درمان وزارت متبوع ارسال نماید. اعتبارات مذکور براساس لیست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به صورت ۳ ماهه پیش پرداخت می‌گردد. در پایان هر دوره سه ماهه، عملکرد ارسالی دانشگاه توسط معاونت درمان وزارت بهداشت بررسی شده و در تخصیص بعدی اعمال می‌گردد.
  - ۱.۱. سقف اعتبار این طرح برای هر یک از دانشگاهها بر اساس شاخص تعداد پزشکان مقیم مورد انتظار دانشگاه برای بیمارستانهای دانشگاه خواهد بود.
  - ۱.۲. هرگونه هزینه کرد اعتبارات مذکور در مواردی غیر از حق‌الزحمه مقیمی ممنوع می‌باشد.

#### ماده ۱۳. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای این دستورالعمل بر عهده رییس دانشگاه علوم پزشکی است.

۲. دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این دستورالعمل را رعایت نمایند و بر نحوه ارزشیابی پزشک مقیم نظارت مستمر داشته باشند.

۲.۱. در صورتی که پزشک مقیم در نوبت کاری مقیمی خود، بدون هماهنگی قبلی و تعیین جایگزین مناسب، در مرکز حضور پیدا نکند:

۲.۱.۱. **در نوبت اول:** اخطار کتبی با درج در پرونده به پزشک توسط رئیس مرکز داده خواهد شد، رونوشت این اخطار به معاونت‌های درمان و آموزش دانشگاه ارسال می‌گردد و معادل حق الزحمه ۱ شیفت علاوه بر شیفت مذکور مقیمی از دریافتی پزشک مربوطه کسر می‌گردد.

۲.۱.۲. **در نوبت دوم:** علاوه بر اخطار، معادل حق الزحمه ۳ شیفت مقیمی از دریافتی پزشک مربوطه کسر می‌گردد.

۲.۱.۳. **در نوبت سوم:** پزشک مذکور به هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان / هیات انتظامی اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی عالی کشور معرفی می‌گردد و قرارداد با پزشک لغو می‌شود.

۲.۲. در صورتی که پزشک مقیم طبق برنامه ابلاغی، در زمان مقیمی، در مرکز حضور نداشته باشد، در صورت عدم رسیدگی و اعمال مقررات از سوی ریاست مرکز؛ به ترتیب اقدامات ذیل در خصوص بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی توسط معاونت درمان دانشگاه صورت می‌گیرد:

۲.۲.۱. **در نوبت اول:** تذکر مکتوب به رییس بیمارستان درمانی / آموزشی درمانی.

۲.۲.۲. **در نوبت دوم:** عدم پرداخت حق الزحمه مقیمی به بیمارستان مربوطه از سوی دانشگاه برای یک ماه و الزام بیمارستان به پرداخت حق الزحمه مقیمی به پزشکانی که چارچوب دستورالعمل را مراعات مینمایند، از محل سایر اعتبارات مرکز و کسر ۵۰٪ دریافت غیر مستمر رئیس مرکز درمانی برای سه ماه.

۲.۲.۳. **در نوبت سوم:** تصمیم‌گیری در مورد ادامه فعالیت رییس بیمارستان در هیات رئیسه دانشگاه.

۳. در صورت وجود گزارشات مکرر عدم حضور پزشکان مقیم در مراکز درمانی/آموزشی-درمانی تابعه دانشگاه، معاونت درمان وزارت متبوع گزارش مربوطه را جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد نمود.

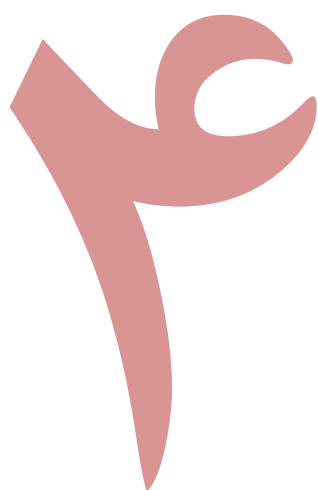
۴. در صورت عدم انجام وظایف محوله و عدم رعایت الزامات، پزشک مربوطه مشمول بند ۱.۱ این ماده خواهد بود.

#### ماده ۱۴. لغو موارد مغایر

۱. با اجرای این دستورالعمل تمامی دستورالعمل‌های پیشین ابلاغی وزارت متبوع در این خصوص ملغی اعلام می‌گردد.

این دستورالعمل در ۱۴ ماده در تاریخ --/--/۱۳۹۲ با امضاء وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ و از تاریخ ۱۵/۲/۱۳۹۳ در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی لازم اجرا می‌باشد.





## دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. این دستورالعمل به منظور حداکثر استفاده از امکانات آموزشی و درمانی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات، ارتقای کیفیت ویزیت، ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، حفظ اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در جهت افزایش رضایت مندی بیماران، اجرایی می‌شود.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی
۲. حفظ و افزایش تعداد اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
۳. استاندارد سازی و ارتقای کیفیت در ارائه خدمت ویزیت سرپایی
۴. افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده
۵. تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت در کلینیک‌های ویژه
۶. بهبود فرآیندهای آموزشی از طریق افزایش کیفیت و زمان ویزیت سرپایی

#### ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. پزشکان غیر هیئت علمی تمام وقت شاغل در واحدهای تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی که فاقد هرگونه کارانتفاعی پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه پزشکی باشند.

۲. اعضاء هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی دانشگاه‌های علوم پزشکی

۲.۱. اشتغال پزشکان در مطب خصوصی موجب خروج از این طرح خواهد شد.

۳. واحدهای تابعه: کلینیک‌های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان‌های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک‌های بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نوبت‌های صبح و عصر

#### ماده ۵. مابه‌التفاوت قابل پرداخت

۱. مابه‌التفاوت قابل پرداخت به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه در صورت رعایت استانداردهای مربوطه:

| شرح خدمت   | قیمت تمام شده | تعرفه مصوب | مابه‌التفاوت پرداختی به ازای هر ویزیت |
|--|---------------|------------|---------------------------------------|
| دکتری MD   | ۱۰۵,۰۰۰       | ۸۰,۰۰۰     | ۲۵,۰۰۰                                |
| دکتری MD دارای تخصص و دکتری MD-PHD بالینی پروانه دار | ۱۹۴,۰۰۰       | ۱۰۰,۰۰۰    | ۹۴,۰۰۰                                |

|         |         |         |                                   |
|---------|---------|---------|-----------------------------------|
| ۱۲۳,۰۰۰ | ۱۲۰,۰۰۰ | ۲۴۳,۰۰۰ | دکتری MD دارای تخصص روانپزشکی     |
| ۱۰۰,۰۰۰ | ۱۰۹,۰۰۰ | ۲۰۹,۰۰۰ | دکتری MD دارای تخصص و فلوشیپ      |
| ۱۵۹,۰۰۰ | ۱۲۰,۰۰۰ | ۲۷۹,۰۰۰ | دکتری MD دارای فوق تخصص           |
| ۱۸۸,۰۰۰ | ۱۴۴,۰۰۰ | ۳۳۲,۰۰۰ | دکتری MD دارای فوق تخصص روانپزشکی |

۱.۱. در مورد پزشکان تمام وقت شاغل در اورژانس فقط در صورتی که درمانگاه اورژانس کاملاً مجزا از فضای اورژانس بوده و پزشک درمانگاه همزمان مسئولیت تحت نظر اورژانس را نداشته باشد و استاندارد حداکثر هشت ویزیت در ساعت را رعایت نماید، مشمول دریافت مابه‌التفاوت خواهد بود.

۱.۲. در خصوص ویزیت اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر برای ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (مشروط به ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان به ترتیب معادل (۱.۶) برابر، (۱.۴۵) برابر و (۱.۳۵) برابر نسبت به سهم آنان تعیین می‌گردد، کمافی‌السابق باقی می‌ماند و پرداخت مابه‌التفاوت در این تفاهم‌نامه علاوه بر بند مذکور بوده و مطابق جدول زیر قابل محاسبه می‌باشد.

| ویزیت              | استادیار     | دانشیار      | استاد        |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| متخصص              | سهم سازمان   | سهم سازمان   | سهم سازمان   |
|                    | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده |
|                    | جمع کل       | جمع کل       | جمع کل       |
| فلوشیپ             | سهم سازمان   | سهم سازمان   | سهم سازمان   |
|                    | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده |
|                    | جمع کل       | جمع کل       | جمع کل       |
| متخصص روانپزشکی    | سهم سازمان   | سهم سازمان   | سهم سازمان   |
|                    | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده |
|                    | جمع کل       | جمع کل       | جمع کل       |
| فوق تخصص           | سهم سازمان   | سهم سازمان   | سهم سازمان   |
|                    | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده |
|                    | جمع کل       | جمع کل       | جمع کل       |
| فوق تخصص روانپزشکی | سهم سازمان   | سهم سازمان   | سهم سازمان   |
|                    | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده | سهم بیمه شده |
|                    | جمع کل       | جمع کل       | جمع کل       |

۱.۳. ویزیت بیمار با توجه به حق الزحمه یکسان صبح و عصر و استاندارد های کیفیت ویزیت باید به صورت مستقیم توسط پزشک مشمول طرح انجام گیرد.

- ۱.۳.۱. حضور فراگیران جهت آموزش با رعایت استانداردهای آموزشی و اخلاق حرفه ای بلامانع است.
- ۱.۳.۲. ویزیت بیمار توسط دستیاران بدون حضور هم زمان پزشک عضو هیات علمی مشمول دریافت مابه التفاوت نخواهد شد.
- ۱.۴. هیچ گروهی از فراگیران (دستیار تخصصی، فلوشیپ، دستیار فوق تخصصی و...) مشمول دریافت مابه‌التفاوت ویزیت نمی شوند.
- ۱.۴.۱. حق الزحمه دستیاران فلوشیپ و فوق تخصص براساس روند متداول (تعرفه مصوب) محاسبه و قابل پرداخت می باشد.
- ۱.۵. در خصوص بیماران آزاد (بدون بیمه)، تعرفه دولتی مصوب هیئت وزیران ملاک بوده و اخذ هرگونه مبلغ مازاد ممنوع است.
- ۱.۶. صرفاً "ویزیتی که توسط مشمولین طرح در داخل فضای فیزیکی کلینیک سرپایی با رعایت استانداردها ارائه شود مشمول پرداخت ما به التفاوت خواهد شد. برگ های بیمه ای که خارج از کلینیک ویژه جدا می شود، مشمول طرح نمی باشد.

#### ماده ۶. نحوه گردش مالی

۱. منابع مورد نیاز برای تامین اعتبار ارتقای کیفیت ویزیت از محل اعتبارات این برنامه در قالب تفاهم نامه و بر اساس عملکرد دانشگاه پرداخت می گردد. در ابتدای اجرای طرح بر اساس فهرست معاونت درمان وزارت اعتبارات مذکور به دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت سه ماهه پیش پرداخت می‌گردد.
  - ۱.۱. سقف اعتبارات این طرح برای هر یک از دانشگاه ها بر اساس شاخص تعداد پزشکان تمام وقت جغرافیایی درمانی و هیئت علمی تعیین می شود.
  ۲. معاونت توسعه وزارت متبوع در پایان هر دوره براساس گزارش ارسالی سازمان بیمه سلامت نسبت به تسویه حساب قطعی با هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام می‌نماید و یک نسخه از سند نهایی را برای تنظیم تخصیص های آتی در اختیار معاونت درمان قرار می دهد.
  ۳. مراکز مشمول مکلفند کلیه اسناد مرتبط با ویزیت سازمان های بیمه گر پایه را حداکثر تا دهم هر ماه تحویل سازمان بیمه سلامت ایران دهند.
  ۴. بر اساس تفاهم نامه‌ای که با سازمان بیمه سلامت منعقد می‌گردد آن سازمان مکلف است حداکثر ظرف سی روز به اسناد ارسالی از مراکز مشمول طرح رسیدگی نموده و گزارش عملکرد را به دانشگاه ارائه نماید.
  ۵. دانشگاه حداکثر تا بیست و پنج هر ماه نسبت به تسویه قطعی ماه قبل با مراکز مشمول طرح اقدام می‌نماید.
  ۶. مراکز مشمول مکلفند حداکثر تا پایان هر ماه نسبت به پرداخت کل حق‌الزحمه ویزیت ماه قبل پزشکان مشمول طرح اقدام و گزارش مربوطه را به دانشگاه ارسال نمایند.
    - ۶.۱. درصد سهم پرداختی به پزشکان مشمول طرح و کارکنان غیر پزشک شاغل در کلینیک، مطابق دستورالعمل جبران خدمت منابع تعیین و ابلاغ خواهد شد.

## ماده ۷. استانداردهای ارائه خدمت ویزیت

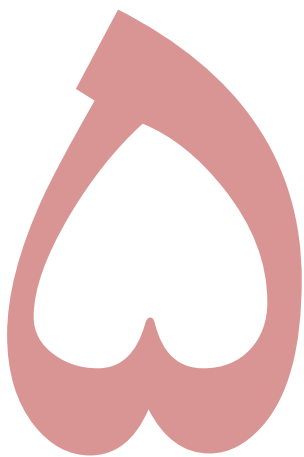
۱. دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مکلفند نسبت به توسعه یا ایجاد کلینیک‌های ویژه داخل و یا خارج بیمارستانی و دانشگاهی متناسب با تعداد و نیاز بیماران تحت پوشش دانشگاه و بر اساس استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزاتی کلینیک ویژه معاونت درمان اقدام نمایند.
۲. استانداردهای ارائه خدمت ویزیت که پرداخت مابه‌التفاوت منوط به رعایت آن‌ها می‌باشد به شرح ذیل است:
  - ۲.۱. *استاندارد زمان ویزیت:* حداکثر تعداد ویزیت در سال اول اجرای برنامه با توجه به بارمراجعه بالا در مراکز دولتی و ظرفیت محدود کلینیک ویژه برای کلیه مشمولین، ۸ بیمار در هر ساعت و برای گروه روانپزشکی ۶ بیمار در ساعت می‌باشد.
  - ۲.۱.۱. همه مراکز تابعه دانشگاه موظفند سیستم نوبت دهی خود را بر اساس سقف مورد اشاره تنظیم و بر رعایت زمان ویزیت نظارت نمایند.
  - ۲.۲. ارتباط بین پزشک و بیمار براساس منشور حقوق گیرندگان خدمت و اصول ایمنی بیمار خواهد بود.
  - ۲.۳. رعایت استانداردهای ویزیت از جمله ثبت دقیق شرح حال و معاینه فیزیکی، یافته‌های پاراکلینیکی، برنامه درمان و داروهای تجویزی ضروری است.

## ماده ۸. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. واحدهای مجری موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این برنامه و ابلاغی وزارت بهداشت را رعایت نمایند.
۲. پایش و نظارت در ۴ سطح وزارت، دانشگاه قطب، دانشگاه و بیمارستان انجام خواهد شد.
۳. بین دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و پزشکان مشمول طرح قراردادی که نمونه آن به پیوست ارسال می‌شود تنظیم و امضا خواهد شد. با توجه به ماهیت اختیاری ورود به طرح در صورت عدم پذیرش و امضای مفاد قرارداد، این پزشکان هیچ مابه‌التفاوتی از محل منابع این برنامه حتی در صورت اشتغال تمام وقتی جغرافیایی دریافت نخواهند کرد و صرفاً از محل منابع نظام نوین در قالب تعرفه مصوب، دریافتی خواهند داشت.
۴. در صورت عدم رعایت این دستورالعمل و مفاد قرارداد توسط ارائه دهنده خدمت علی‌رغم اخطار مکتوب قبلی، قرارداد یک طرفه از سوی واحد مربوطه لغو گردیده و اقدام قانونی متناسب انجام می‌شود.
۵. کنترل حضور به موقع پزشکان کلینیک‌های ویژه مشمول طرح برعهده رئیس واحد می‌باشد.
۶. در صورت عدم رعایت استانداردها و الزامات قانونی و این دستورالعمل به صورت مکرر در مراکز ارائه‌کننده، رئیس دانشگاه مکلف است به ترتیب اقدامات زیر را انجام دهد.
  - ۶.۱. *بار اول:* اخطار کتبی حسب مورد به رئیس مرکز
  - ۶.۲. *بار دوم:* کسر ۵۰٪ از مزایای غیر مستمر رئیس مرکز برای سه ماه
  - ۶.۳. *بار سوم:* خروج مرکز به مدت سه ماه از شمول پرداخت جبران مابه‌التفاوت ویزیت پزشکان و تصمیم‌گیری رئیس دانشگاه در خصوص مدیریت مرکز مربوطه

۷. در صورت عدم رعایت تکالیف نظارتی بند ۶ این دستور العمل توسط دانشگاه، وزارت متبوع تصمیم‌گیری مدیریتی جهت رفع مشکل در آن دانشگاه را به عمل خواهد آورد.

این دستورالعمل در ۸ ماده در تاریخ --/--/۱۳۹۳ با امضای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ و از تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ در تمام مراکز مشمول دستورالعمل لازم اجرا می‌باشد



## دستور العمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل در برگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم‌الاجرا است.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. این دستورالعمل در راستای برنامه‌های تحول نظام سلامت و با هدف یکپارچه سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردهای آنها براساس نیازها و انتظارات خدمت گیرندگان، اجرایی می‌شود.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. رتبه‌بندی کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در همه بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کسب حداقل رتبه استاندارد (سه ستاره)
۳. ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
۴. پاسخگویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ بیمارستان‌ها
۵. نظارت، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
۶. ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان

#### ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. همه‌ی بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه می‌باشند.

#### ماده ۵. تیم ارزیابی

۱. تیم ارزیاب وظیفه‌ی شناسایی نیاز اولیه به ارتقای خدمات هتلینگ و ارزیابی حین اجرا را به عهده دارد.
  - ۱.۱. تیم ارزیاب حداقل شامل افراد زیر است که بجز مسوول تیم و کارشناس تجهیزات پزشکی از دانشگاه قطب انتخاب میشوند:
    - ۱.۱.۱. نماینده ستاد اجرایی کشوری (مسوول تیم ارزیابی)
    - ۱.۱.۲. کارشناس تجهیزات پزشکی
    - ۱.۱.۳. کارشناس فنی و عمرانی
    - ۱.۱.۴. کارشناس پرستاری
    - ۱.۱.۵. کارشناس تغذیه



۱.۱.۶. کارشناس منابع انسانی

۱.۱.۷. کارشناس هتلداری

ماده ۶. نحوه‌ی ارزیابی و رتبه بندی

۱. بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به میزان رعایت الزامات مربوط به هر محور، در سه رتبه‌ی: ۳ ستاره، ۴ ستاره، و ۵ ستاره، رتبه بندی می‌شوند. به گونه‌ای که بیمارستان ۳ ستاره، بیمارستانی خواهد بود که حداقل استانداردها و شرایط لازم تعریف شده برای ارائه خدمات قابل قبول به خدمت‌گیرندگان را در حوزه خدمات هتلینگ، دارا است.

۱.۱. بیمارستانهای ۳ ستاره خود به دو گروه سه ستاره و سه ستاره+ تقسیم میشوند.

۲. در طول ۶ ماه اول طرح، استراتژی ارتقای سطح خدمات هتلینگ به صورت حمایتی خواهد بود تا کلیه بیمارستانها حداقل به سطح ۳ ستاره ارتقا یابند.

۳. حداکثر ظرف مدت یکماه از ابلاغ این دستورالعمل، نیاز هر بیمارستان و برآورد هزینه‌های بهبود وضع موجود برای رسیدن به استاندارد رتبه ۳، توسط تیم ارزیاب به ستاد اجرایی دانشگاه اعلام می‌شود.

۴. ستاد اجرایی دانشگاه برنامه ارتقا و اعتبار مورد نیاز را برای تصویب نهایی به دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت ارایه می‌کند.

۵. دبیرخانه ستاد کشوری ضمن بررسی و جمع بندی گزارشات دانشگاهها با در نظر گرفتن منابع مالی برنامه نسبت به تخصیص اعتبار اقدام می‌کند.

ماده ۷. اولویت اجرا

۱. بیمارستان مکلف است حداکثر ظرف مدت ۴ ماه از دریافت اعتبار موضوع این دستورالعمل، شرایط لازم را برای اخذ رتبه ۳ ستاره کسب کند. تغییرات هتلینگ صرفاً در زمینه بهبود شرایط مراقبت از بیمار شامل موارد زیر از محل این طرح قابل پرداخت خواهد بود.

۱.۱. تعداد و کیفیت تخت های بستری

۱.۲. میز غذای بیمار

۱.۳. پایه سرم

۱.۴. کیفیت تشک، پتو، ملحفه، بالش و البسه بیمار

۱.۵. تعداد و محل قرارگیری ویلچر و برانکارد انتقال بیمار در بیمارستان

۱.۶. تجهیزات مربوط به تخت

۱.۷. کیفیت و تنوع غذای بیمار

۱.۸. پرده و پاراوان و انواع جداکننده ها

۱.۹. فضای فیزیکی اتاق و انتظار بیمار و تسهیلات مربوط به همراه بیمار

۱.۱۰. نیروی انسانی مراقبت بیمار

۱.۱۱. سیستم سرمایش و گرمایش فضای بستری و اورژانس

۱.۱۲. سرویس‌های بهداشتی و حمام

۱.۱۳. سیستم احضار پرستار

## ماده ۸. ارزیابی

۱. ارزیابی پیشرفت کار دوماه پس از ابلاغ اعتبار توسط تیم ارزیاب صورت می‌گیرد و در پایان ماه چهارم، ارزیابی نهایی و رتبه بندی انجام خواهد شد.

## ماده ۹. اعطای گواهینامه

۱. گواهینامه‌ی رتبه‌ی هتلینگ هر بیمارستان (به تفکیک بخش‌ها) براساس گزارش نهایی تیم ارزیاب، توسط دبیرخانه ستاد کشوری برنامه، با اعتبار یکساله صادر می‌شود.

## ماده ۱۰. مکانیسم پرداخت:

۱. فاز ۱:

۱.۱. پس از مشخص شدن نیازهای بیمارستان، بودجه مورد نیاز در ستاد کشوری اجرای برنامه مشخص و ۵۰٪ آن به حساب ویژه مربوط به این طرح نزد دانشگاه مربوط واریز خواهد شد.

۱.۲. پرداخت‌های بعدی دانشگاه‌ها بر اساس میزان پیشرفت و گزارش تیم ارزیاب با تایید ستاد اجرایی کشوری انجام خواهد شد.

۲. فاز ۲:

۲.۱. پس از پایان طرح حمایتی، وزارت بخش‌های مختلف بیمارستانهای دانشگاهی را مطابق با دستورالعمل ابلاغی ارزیابی و ستاره‌بندی می‌نماید.

۲.۱.۱. ستاره‌بندی ملاک پرداخت پس از فاز نخست خواهد بود.

۲.۲. بیمارستانهای مشمول تا ۱۵ روز پس از پایان همراه، نسبت به ارائه اسناد بستری به سازمانهای بیمه پایه اقدام می‌کنند و رونوشت آن را دانشگاه برای دریافت وجه به دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه ارسال می‌کند.

۲.۳. دبیرخانه ستاد کشوری نسبت به تخصیص اعتبار به دانشگاه اقدام میکند و در پایان هر سه ماه با توجه به گزارش تجمیعی سازمان بیمه سلامت ایران، تسویه حساب نهایی صورت خواهد گرفت.

۲.۴. در فاز دوم، بیمارستانهای سه ستاره ۲۰٪ و بیمارستانهای سه ستاره + ۳۰٪ بیشتر از تعرفه هتلینگ مصوب دولتی سال ۹۳ دریافت خواهند نمود. ( برای مثال در سال جاری هزینه هتلینگ اتاق سه تخته بیمارستانهای درجه یک برای هر شب ۹۰۰,۰۰۰ ریال برای بیمارستان‌های فاقد رتبه، برای سه ستاره درجه یک ۱,۰۸۰,۰۰۰ ریال و برای سه ستاره + درجه یک ۱,۱۷۰,۰۰۰ ریال محاسبه خواهد شد.)

۲.۴.۱. جدول مابه‌التفاوت هتلینگ سایر انواع تختهای بیمارستان متعاقبا ابلاغ خواهد شد.

۲.۵. بیمارستان‌های ۴ و ۵ ستاره از طریق عقد قرارداد با بیمه‌های تکمیلی امکان دریافت هتلینگ با نرخ‌های توافقی با مجوز هیأت امنای دانشگاه را خواهند داشت.

#### ماده ۱۱. محور های ارزیابی خدمات هتلینگ

۱. محورهای اصلی ارزیابی خدمات هتلینگ به شرح زیر است که جزییات هر یک از محورها در سندی که جزء لاینفک این دستورالعمل است پیوست می‌باشد.

۱.۱. ساختمان و تاسیسات

۱.۲. تجهیزات و امکانات

۱.۳. خدمات رفاهی

۱.۴. خدمات نظافت و بهداشت

۱.۵. تغذیه بیمار

۱.۶. امور اداری و گردش کار

۱.۷. منابع انسانی

#### ماده ۱۲. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای دستورالعمل و پاسخگویی در سطح دانشگاه بر عهده رییس دانشگاه خواهد بود.

۲. دانشگاه مکلف است در چارچوب اعتبارات و ضوابط این دستورالعمل و با رعایت آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه با لحاظ نمودن کلیه مقررات قانونی در مهلت مقرر، تا دستیابی همه‌ی بیمارستان‌های دانشگاه به حداقل رتبه استاندارد (سه ستاره) اهتمام ورزد.

۳. در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشور، دبیرخانه ستاد کشوری وظیفه نظارت بر این دستورالعمل را به عهده دارد.

این دستورالعمل شامل ۱۲ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.



## دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیر بیمه‌ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی موارد سرپایی و بستری بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه
۲. پوشش فرانشیز موارد بستری بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه
۳. شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماریهای ویژه
۴. توسعه‌ی مراقبت‌های نظام مند از بیماران ویژه بر اساس راهنماهای مصوب وزارت بهداشت

#### ماده ۴. ارکان اجرایی

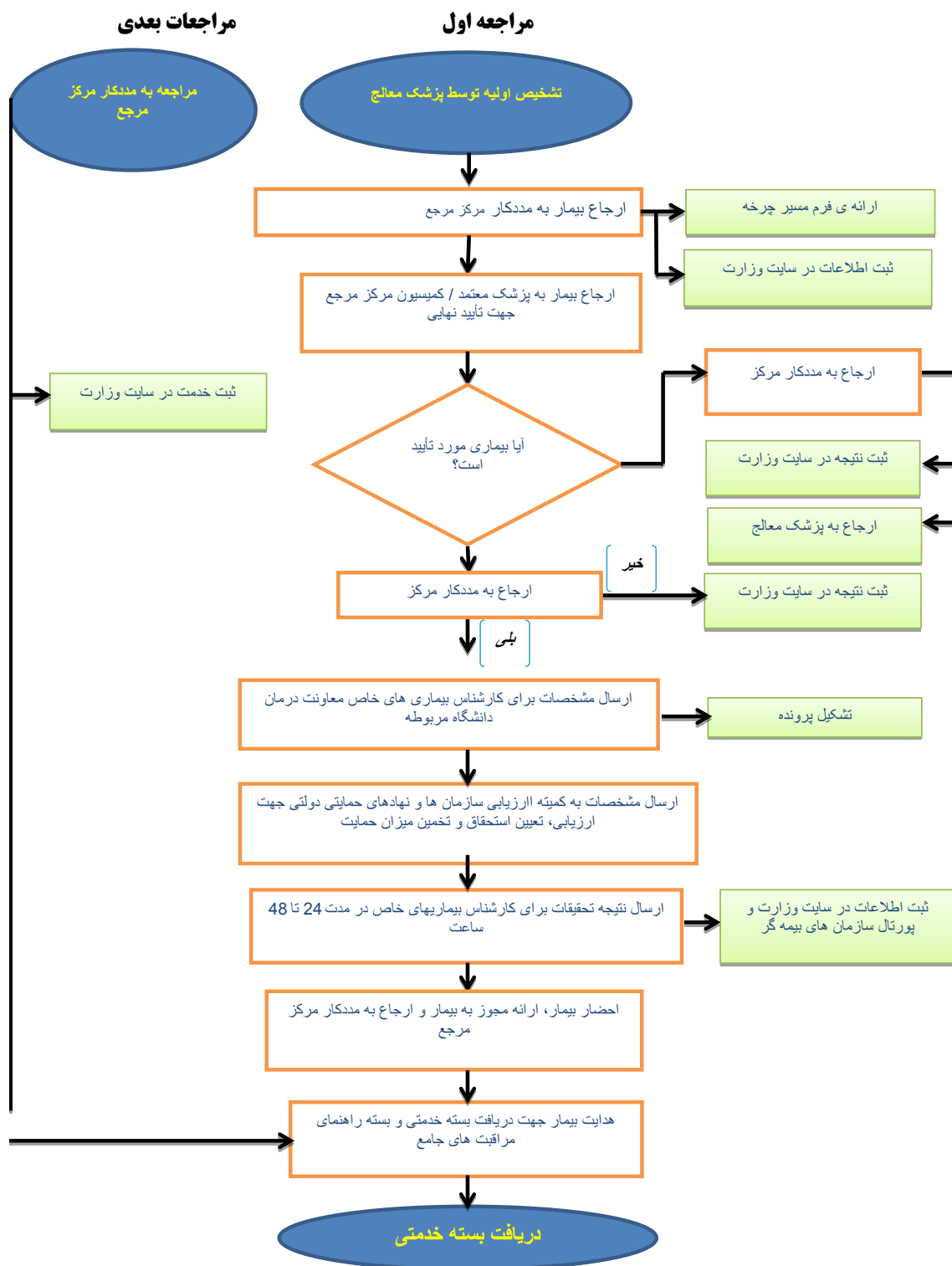
۱. ساختار اجرایی این برنامه شامل: ستاد کشوری اجرای برنامه، کمیته‌های بیماریهای ویژه معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد اجرایی دانشگاه علوم پزشکی و ستاد عملیاتی بیمارستان خواهد بود.
۲. کمیته تعیین بیماریهای ویژه: کمیته‌ای است که مسئولیت سیاستگذاری برنامه و تعیین بیماریهای نیازمند حمایت را در معاونت درمان وزارت متبوع به عهده دارد.

#### ماده ۵. جمعیت هدف

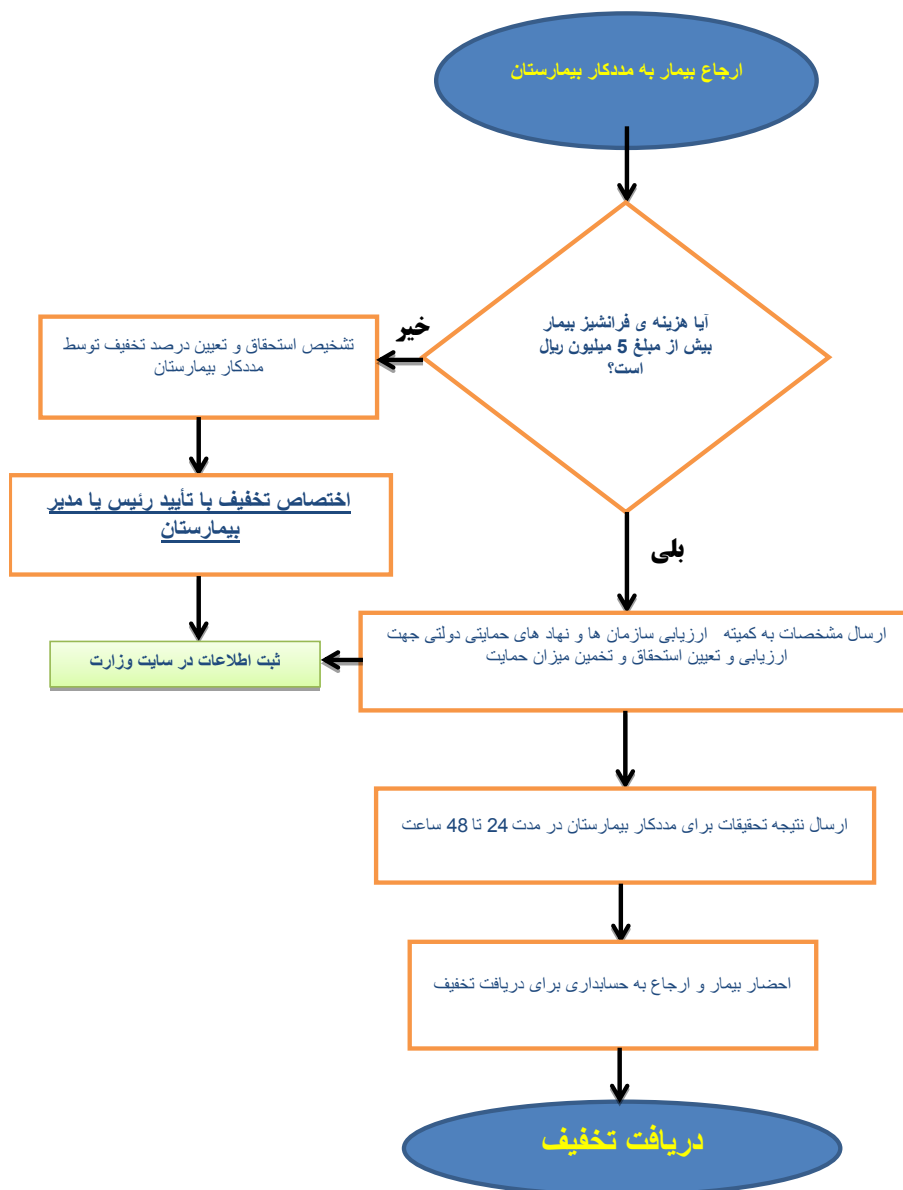
۱. تمام اتباع ایرانی که حداقل به یکی از بیماری‌های ویژه اعلام شده در لیست مرجع معاونت درمان وزارت متبوع مبتلا می‌باشند و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی باشند، جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می‌دهند.
۲. تمام اتباع ایرانی که مبتلا به بیماری‌های ویژه بوده و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی برای پوشش فرانشیز باشند نیز جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می‌دهند.

#### ماده ۶. روش شناسایی جمعیت هدف

۱. بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه



۲. بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه



۲.۱. ۴ گروه بیماریهای خاص (تالاسمی، هموفیلی، ام اس و دیالیز) با همان شیوه ی قبل تحت پوشش حمایتی قرار می گیرند و به چرخه ی سیستم ارزیابی مددکاری، ارجاع نمی شوند.

۲.۲. قبل از آغاز ارزیابی میدانی، لازم است رضایت بیمار برای تحقیقات میدانی در قالب یک فرم مدون توسط سیستم های مددکاری اخذ گردد.

ماده ۷. بسته خدمات

۱. بیماریهایی که شامل بسته خدمتی (خدمات تشخیصی درمانی، دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی) مشخص جهت حمایت هستند به شرح ذیل می باشند:

| ردیف | نوع بیماری |
|------|------------|
|------|------------|

|  |    |
|--|----|
| هموفیلی                                    | ۱  |
| تالاسمی                                    | ۲  |
| MS   | ۳  |
| دیالیز خونی                                | ۴  |
| دیالیز صفاقی                               | ۵  |
| پیوند کلیه                                 | ۶  |
| کاشت حلزون                                 | ۷  |
| سرطان                                      | ۸  |
| سوختگی                                     | ۹  |
| بستری طولانی مدت در بخش های ویژه           | ۱۰ |
| بیماریهای روانی                            | ۱۱ |
| پیوند اعضا و فراهم آوری                    | ۱۲ |
| BMT  | ۱۳ |
| مسمومیتها                                  | ۱۴ |
| اسکولیز                                    | ۱۵ |
| صرع مقاوم به درمان                         | ۱۶ |
| هیپاتیت مقاوم در تالاسمی و هموفیلی         | ۱۷ |
| جراحی DBS برای بیماران پارکینسون و دیستونی | ۱۸ |

- ۱.۱. در حال حاضر حمایت از بیماران ویژه، فقط شامل بیماریهایی است که در لیست فوق قید شده‌اند.
۲. بسته خدمتی (خدمات تشخیصی درمانی، دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی) بیماریهای سوختگی، روانی و بستری های طولانی مدت در بخش های ویژه که توسط کمیته ارزشیابی بیماریهای ویژه پیشنهاد و با تأیید ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد حمایت قرار می گیرند.
  - ۲.۱. تامین منابع بسته خدمات مشمول این برنامه منوط به رعایت پروتکل های مصوب موجود و پروتکل های ابلاغی آتی خواهد بود.
  - ۲.۲. بسته ارائه خدمات مشمول این برنامه با توجه به سقف اعتبارات تعیین میشود و دانشگاه مسئول تنظیم منابع با بسته خدمات میباشد.
  - ۲.۳. با توجه به سیاست‌های کلان کشور در حمایت از تولید داخل، خرید اقلام باکیفیت و دارای استاندارد تولید داخل در اولویت برنامه است.

#### ماده ۸. مددکاری

۱. ارزیابی میزان نیاز بیماران به حمایت مالی مطابق فرایند زیر انجام می‌شود:
  - ۱.۱. بیماران نیازمند به حمایت مبتلا به بیماریهای ویژه:
    - ۱.۱.۱. مددکاری این گروه توسط سازمان‌ها و نهادهای حمایتی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام می پذیرد.
    - ۱.۱.۲. در این بخش، سازمان های حمایتی مجازند فقط بیمارانی را که توسط کارشناس بیماریهای خاص معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی به ایشان ارجاع می شوند، تحت ارزیابی قراردهند.



۱.۲. بیماران بستری نیازمند به حمایت مبتلا به بیماریهای غیر ویژه

۱.۲.۱. بیمارانی که فرانشیز آن‌ها کمتر از ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد:

۱.۲.۱.۱. مددکاری این بیماران شامل ارزیابی وضعیت اقتصادی و اجتماعی و در نظر گرفتن گروه‌های ویژه (کودکان بی سرپرست، زنان سرپرست خانوار، سالمندان و ...) و تخمین درصد نیاز آنان در این گروه توسط مددکاران بیمارستان‌ها و تصمیم توسط رییس یا مدیر بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱.۲.۱.۱.۱. مسئولیت شرعی و قانونی این تصمیم به عهده رییس و یا مدیر بیمارستان است.

۱.۲.۲. بیمارانی که فرانشیز آن‌ها بیشتر از ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد:

۱.۲.۲.۱. مددکاری این بیماران، تعیین استحقاق و تخمین درصد نیاز آنان در این گروه توسط نهادها و سازمان‌های حمایتی صورت می‌پذیرد.

۱.۲.۲.۱.۱. در این بخش سازمان‌های حمایتی مجازند فقط بیمارانی را که از مددکاری بیمارستان‌ها به ایشان ارجاع می‌شوند، تحت ارزیابی قرار دهند.

۲. مددکاری موظف است مستندات تصمیم منجر به تخفیف را به نحو مقتضی بایگانی نموده و در هنگام مراجعه بازرسین به ایشان ارائه نماید.

ماده ۹. سطح حمایت

۱. حمایت این برنامه صرفاً شامل هزینه‌های بسته خدمات مندرج در ماده ۵ در چارچوب راهنماهای بالینی مصوب می‌باشد. در صورتیکه خدماتی خارج از بسته‌های مذکور و در خارج از چارچوب راهنماهای بالینی باشد مشمول حمایت این برنامه نخواهد بود.

۱.۱. بیماران مبتلا به بیماریهای ویژه:

۱.۱.۱. میزان حمایت از این دسته بیماران، بر اساس دستورالعمل‌های اجرایی ارسالی برای هر یک از بیماریهای مصوب کمیته تعیین بیماریهای نیازمند حمایت با تشخیص سیستم مددکاری می‌باشد.

۱.۱.۲. میزان حمایت هزینه‌ها بر اساس نتایج بررسی میزان نیاز بیمار توسط مددکاری تعیین می‌شود.

۱.۱.۳. بسته خدمات، در دو گروه زیر حمایت می‌شوند:

۱.۱.۳.۱. **بسته خدمات دارای تعرفه:** حمایت از هزینه این خدمات به طور کامل توسط برنامه بر اساس تعرفه مصوب هیات دولت در بخش دولتی و قیمت‌های اعلامی سازمان غذا و دارو می‌باشد.

۱.۱.۳.۲. **بسته خدمات فاقد تعرفه:** حمایت از هزینه این خدمات به طور کامل توسط برنامه بر اساس تعرفه مصوب هیات امنای دانشگاه (مورد تأیید ستاد اجرایی کشوری) می‌باشد.

۱.۲. بیماران نیازمند حمایت (غیر ویژه):

۱.۲.۱. در صورتیکه بیمار بستری در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت توان پرداخت فرانشیز را نداشته باشد بر اساس تشخیص مددکاری شامل این حمایت میشود.

۱.۲.۱.۱. اگر میزان تخفیف تا میزان ۵ میلیون ریال باشد، بر اساس تشخیص مددکاری و در صورتی که این مبلغ بیش از ۵ میلیون ریال باشد، بر اساس دستورالعمل قید شده در ماده ۶ عمل خواهد شد.

#### ماده ۱۰. نظام توزیع و مدیریت مالی منابع

۱. توزیع منابع این برنامه بین دانشگاههای علوم پزشکی توسط معاونت درمان و بر اساس دو شاخص زیر صورت خواهد گرفت:

۱.۱. تعداد بیماران ویژه ثبت شده در پورتال اختصاصی معاونت درمان وزارت به آدرس: [www.medcare.gov.ir](http://www.medcare.gov.ir)

۱.۲. میزان تخفیف داده شده به بیماران غیر ویژه در بیمارستانهای تابعه دانشگاه در سال ۹۲

۱.۳. سقف اعتبار هر دانشگاه از محل اعتبارات این برنامه بر اساس دو شاخص فوق الذکر محاسبه میشود.

۲. اولین تخصیص از منابع این برنامه بر اساس ۲ شاخص فوق الذکر به دانشگاه ابلاغ خواهد گردید.

۳. در پایان هر سه ماه بر اساس گزارشات ارسالی رسیدگی صورت گرفته و با دانشگاه تسویه حساب میشود.

۴. ملاک تخصیص بعدی ارقام حاصل از رسیدگی سه ماه قبلی از سقف اعتبارات دانشگاه میباشد.

#### ماده ۱۱. تامین و تدارک خدمات، دارو و تجهیزات پزشکی بیماران ویژه

۱. دارو و تجهیزات

۱.۱. داروخانه‌های مراکز مرجع موظفند تمام اقلام دارویی و تجهیزاتی مورد نیاز انجام اعمال جراحی، بستری‌ها، نسخ سرپایی را برای بیماران مبتلا به بیماری ویژه در محل بیمارستان بر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو، در اختیار بیمار قرار دهند.

۲. خدمات

۲.۱. بیمارستان مکلف است نسبت به تأمین خدمات تشخیصی و درمانی مورد حمایت این برنامه برای جمعیت هدف اقدام نماید؛ به گونه ای که بیماران جهت دریافت این خدمات به خارج بیمارستان هدایت نشوند یا در مواردی که امکان ارائه خدمت در مرکز مرجع نباشد در *زنجیره ارجاع دانشگاه یا قطب* انجام خواهد شد.

۲.۱.۱. موارد نیاز به خرید خدمت از خارج کشور، باید به شورای عالی پزشکی معاونت درمان وزارت متبوع ارجاع گردد.

#### ماده ۱۲. نحوه تنظیم، ارسال و رسیدگی صورتحسابها

۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار در بیمارستان و یا خارج بیمارستان، مطابق با فرمت زیر در HIS بیمارستان وارد و به سامانه های سپاس و سایت معاونت درمان وزارت متبوع ارسال گردد.

۱.۱. اعتبارات پرداختی به دانشگاه و بیمارستان منوط به تکمیل و ارسال اطلاعات مطابق فرمت‌های اعلامی خواهد بود.

#### ماده ۱۳. ارزیابی اجرای دستورالعمل

۱. مسئولیت نظارت بر اجرای این برنامه بر عهده ریاست دانشگاه/دانشکده می باشد که در سطوح وزارتی، قطب، دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و بیمارستان طبق دستورالعمل نظارتی پیوست، انجام خواهد شد.

۲. دستورالعمل پیوست شامل موارد زیر است:

۲.۱. شرح وظایف و ترکیب واحدهای مجری

۲.۲. الزامات و انتظارات

۲.۳. موارد بررسی

۲.۴. شاخص‌های ارزیابی

#### ماده ۱۴. اطلاع رسانی و آموزش

۱. دانشگاه‌ها و مراکز ارائه خدماتی مراقبتی بیماری‌های نیازمند حمایت موظف هستند برنامه‌های اطلاع رسانی و آموزش را در قالب زیر اجرا نمایند:

۱.۱. اطلاع رسانی

۱.۱.۱. اطلاع رسانی به بیماران نیازمند حمایت در مورد ماهیت بسته‌های حمایتی و نحوه بهره‌مندی از آنها

۱.۱.۲. اطلاع رسانی به افراد مرتبط با بیماری‌های نیازمند حمایت در مورد بسته‌های حمایتی و نحوه مشارکت آنها در برنامه حمایت (اعم از پرسنل مراقبت، پرسنل اداری، و مدیران)

۱.۲. آموزش

۱.۲.۱. آموزش به پرسنل پزشکی در مورد پروتکل‌های استاندارد مراقبت‌های حمایتی شده

۱.۲.۲. آموزش به کادر مراکز ارائه خدمات در مورد مدیریت بهینه امور اداری، اجرایی و مالی بیماران مشمول این برنامه (نظیر پذیرش، ارجاع و ...)

این دستورالعمل شامل ۱۴ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.



## دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی

#### ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

#### ماده ۲. هدف کلی

۱. ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین

۱.۱. میزان مطلوب سزارین بین ۲۵ تا ۳۰ درصد می‌باشد.

۱.۲. در صورتی که میزان سزارین دانشگاه / بیمارستان یا متخصص زنان در حد مطلوب است، هدف، حفظ وضعیت موجود می‌باشد.

۱.۳. هر دانشگاه مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ پایه کاهش دهد. به نحوی که در پایان شش ماه، پنج درصد میزان پایه و در پایان سال، به میزان ده درصد وضعیت میزان پایه کاهش یابد.

۱.۴. هر بیمارستان مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ پایه کاهش دهد. به نحوی که در پایان شش ماه پنج درصد میزان پایه و در پایان سال به میزان ده درصد وضعیت میزان پایه کاهش یابد.

۱.۵. هر متخصص زنان مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ پایه کاهش دهد. به نحوی که در پایان شش ماه پنج درصد میزان پایه و در پایان سال به میزان ده درصد وضعیت میزان پایه کاهش یابد.

#### ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. کاهش میزان سزارین به میزان ده درصد تا پایان سال ۱۳۹۳

۲. افزایش رضایت مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان

۳. کاهش پرداخت از جیب مردم (رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی)

۴. افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمت جهت افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی

#### ماده ۴. راهکارها

۱. به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، فرانشیز زایمان طبیعی در مراکز دولتی رایگان می‌شود.

۲. به منظور ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان خدمت زایمان طبیعی، تعرفه تشویقی مازاد بر تعرفه مصوب فعلی پرداخت می‌گردد.

۳. به منظور ایجاد انگیزه برای انجام زایمان بی درد موضعی به متخصصین بیهوشی حق الزحمه بیهوشی پرداخت می‌گردد.

۴. تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیر شاغل در دانشگاه و ماماها دارای دفترکار، در بیمارستان‌های دولتی فراهم می‌گردد.

۵. به منظور بهینه‌سازی ساختار فیزیکی اتاق زایمان در راستای حفظ حریم خصوصی مادر باردار و خوشایندسازی فرایند زایمان اعتبار ویژه‌ای به مراکز دولتی تخصیص می‌یابد.

#### ماده ۵. شمول دستورالعمل

۱. همه‌ی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی و ماماها شاغل در این مراکز، مشمول برنامه هستند.

#### ماده ۶. گردش مالی برنامه

۱. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس آخرین گزارش عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر، تعداد زایمان طبیعی هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تعیین و فهرست پرداخت به هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تهیه می‌کند.

۲. بیمارستان‌های مشمول این دستورالعمل موظف هستند اسناد مربوط به رایگان کردن و پرداخت تشویقی زایمان طبیعی و زایمان طبیعی بی‌درد همه بیمه‌شدگان را به سازمان بیمه سلامت ارائه نمایند. سازمان بیمه سلامت مکلف است در چارچوب تفاهم‌نامه‌ای که بین آن سازمان و وزارت تنظیم خواهد شد حداکثر ۱۵ روز پس از دریافت اسناد، نسبت به اعلام آمار زایمان طبیعی و زایمان طبیعی بدون درد کلیه بیمه‌های پایه به همراه سهم قابل پرداخت به دانشگاه اقدام نماید.

۳. دانشگاه علوم پزشکی حداکثر یک هفته پس از دریافت صورتحساب از سازمان بیمه سلامت بر اساس اعتبارات تخصیصی و سهم هر یک از مراکز درمانی نسبت به تسویه حساب قطعی با هر یک از مراکز مشمول اقدام می‌نماید.

۴. مراکز مشمول مکلفند حداکثر یک ماه پس از دریافت اعتبارات از دانشگاه نسبت به پرداخت حق الزحمه پزشکان و ماماها مشمول طرح اقدام نمایند.

۵. در خصوص بیماران فاقد بیمه، مراکز ارائه‌دهنده خدمت مکلف به معرفی بیمار به سازمان بیمه سلامت جهت فراهم‌سازی ساز و کار بیمه نمودن افراد می‌باشند.

۶. اتباع خارجی در صورت عدم ارائه بیمه باید هزینه‌های زایمان طبیعی خود را بر اساس تعرفه دولتی مصوب هیئت وزیران پرداخت نمایند.

۷. **مکانیسم جبران فرانشیز:** بیمارستان حق دریافت هیچ‌گونه وجهی از مادران بارداری که زایمان طبیعی داشته‌اند بابت هزینه اقلام بهداشتی، مصرفی و ... را ندارد اعتبار لازم جهت تامین این امر از محل این برنامه تعیین می‌گردد.

۸. مابه‌التفاوت فرانشیز ده درصدی با سایر پرداخت‌ها از محل برنامه کاهش فرانشیز تامین خواهد شد.

#### ماده ۷. استانداردهای ارائه خدمت:

۱. کتاب "راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان" مرجع استانداردهای ارائه خدمات مامایی و زایمان طبیعی این دستورالعمل می‌باشد.

۲. دانشگاه موظف است همزمان با شروع طرح، دوره‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک، فوریت‌های مامایی و ارزیابی سلامت جنین را برای کلیه متخصصین زنان و زایمان، ماماها، دستیاران زنان و دانشجویان مامایی برگزار نماید.
۳. دانشگاه موظف است برای ترویج زایمان طبیعی، فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی و تبلیغات رسانه‌ای را به انجام رساند.
۴. دانشگاه موظف است تسهیلات لازم جهت برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان ویژه مادران باردار را فراهم نماید.
۵. بیمارستان موظف است اطلاعات مربوط به موالید را در سامانه اطلاعات مادران و نوزادان ایرانیان وزارت بهداشت ثبت نماید.
۶. به منظور خوشایند سازی فرایند زایمان و حفظ حریم خصوصی مادر باردار و فراهم سازی امکان حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر، بیمارستان‌های دولتی مکلف هستند شرایط فیزیکی اتاق زایمان را به صورت اتاق‌های یک نفره (طبق کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن - بخش زایمان) با امکان مراقبت یک به یک فراهم سازند.
۷. مطابق شیوه نامه بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان که متعاقباً "از طرف معاونت درمان وزارت متبوع اعلام خواهد شد (بر اساس آمار زایمان، تعداد تخت فعال لیبر و زایمان و میانگین زمان اقامت مادر باردار در بلوک زایمان) به هر یک از بیمارستان‌های دولتی برای ایجاد اتاق‌های یک نفره در بلوک زایمان بودجه تخصیص خواهد یافت.
۸. دانشگاه موظف است ظرف شش ماه پس از ابلاغ شیوه نامه و دریافت بودجه‌ی مربوطه نسبت به ایجاد واحدهای یادشده اقدام نماید.
۹. در صورت عدم کفایت فضای فیزیکی جهت ایجاد اتاق‌های یک نفره، تعداد زیاد مراجعین و بالا بودن آمار زایمان طبیعی در منطقه، دانشگاه می‌تواند جهت احداث زایشگاه در مجاورت بیمارستان (Birth Center) با اخذ مجوزهای قانونی وزارت بهداشت اقدام نماید.
۱۰. دانشگاه مکلف است تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیر شاغل در دانشگاه و ماماها دارای دفترکار، در بیمارستان‌های دولتی فراهم نماید. شیوه نامه عقد قرارداد با متخصص زنان و مامای دارای مطب / دفتر کار متعاقباً "از طرف معاونت درمان وزارت متبوع ابلاغ خواهد شد.
۱۱. آئین نامه ماماها همراه شماره ۴۷۶۷۲ مورخ ۸۹/۲/۱۲ کماکان به قوت خود باقی است.

#### ماده ۸. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای این دستورالعمل بر عهده رئیس دانشگاه است.
۲. کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این طرح را رعایت نمایند. پایش مطابق شیوه نامه پیوست انجام می‌گیرد (پیوست شماره یک).

#### ماده ۹. بازتوزیع

۱. نظام جبران خدمت و بازتوزیع منابع این برنامه در چارچوب شیوه نامه نظام جبران خدمت برنامه‌های تحول نظام سلامت، ابلاغ خواهد شد.

۱.۱. سهم بیمارستان در جدول باز توزیع در کلیه موارد مربوط به تعرفه تشویقی و انگیزشی زایمان طبیعی باید در راستای ترویج زایمان طبیعی با اولویت بهینه سازی ساختار فیزیکی بلوک زایمان، آموزش مادران و ترویج فرهنگ زایمان طبیعی هزینه گردد.

این دستورالعمل شامل ۹ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.



## پیوست اول

شیوه نامه پایش عملکرد دانشگاه ها و بیمارستان های دولتی کشور در خصوص ترویج زایمان طبیعی

۱. پایش عملکرد در سه سطح انجام خواهد شد .

۱.۱. پایش سطح اول : سطح بیمارستان

۱.۱.۱. پایش در سطح بیمارستان توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان صورت می گیرد.

۱.۱.۱.۱. اعضای کمیته شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان (در صورت آموزشی بودن)، معاون درمان بیمارستان، مدیر بیمارستان، رئیس بخش زایمان (متخصص زنان)، رئیس بخش نوزادان (متخصص اطفال) واما مسئول بلوک زایمان و یک نفر از متخصصین زنان شاغل در بیمارستان(ترجیحا" دارای آمار زایمان طبیعی در حد مطلوب) می باشند. حضور همه اعضاء کمیته در جلسات الزامی می باشد. در صورت نیاز از گروه های تخصصی دیگر نیز دعوت به عمل آید.

۱.۱.۱.۲. در ابتدای شروع طرح، کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان موظف است به منظور جلب مشارکت موثر ارائه دهندگان خدمات زایمانی جلسه توجیهی در مورد اهداف و جزئیات طرح برگزار نماید.

۱.۱.۱.۳. کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان موظف است گزارش وضعیت موجود در ابتدای شروع طرح شامل میزان زایمان طبیعی، میزان و اندیکاسیون های سزارین را به تفکیک متخصصین بررسی کرده و ضمن اعلام نتایج به آنان، گزارش را به حوزه معاونت درمان دانشگاه مربوطه ارسال نماید.

۱.۱.۱.۴. در صورتی که میزان سزارین یک متخصص در محدوده میزان مطلوب بود، حفظ میزان، مورد نظر می باشد.

۱.۱.۱.۵. متخصص زنان مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ کاهش دهد. به نحوی که در پایان شش ماه پنج درصد در پایان سال به میزان ده درصد وضعیت پایه کاهش یابد.

۱.۱.۱.۶. در صورتی که میزان سزارین متخصص بالاتر از ۴۵٪ است ، حق الزحمه سزارین متخصص پرداخت نشده و در صندوق ترویج زایمان طبیعی ذخیره می گردد.

۱.۱.۱.۷. در صورتی که در پایان سال، میزان سزارین یک متخصص در حد مورد انتظار باشد، متخصص هیات علمی به حوزه معاونت آموزشی جهت در نظر گرفتن در مراحل ارتقاء معرفی می شود و تصمیم گیری در مورد تشویق متخصص غیر هیات علمی به عهده معاونت درمان دانشگاه خواهد بود.

۱.۲. مسئولیت برنامه ریزی و نظارت بر حسن انجام کار بر عهده ریاست محترم بیمارستان می باشد.

۱.۲.۱. در سال ۱۳۹۳، عملکرد بیمارستان ها در زمینه ترویج زایمان طبیعی و کاهش روند سزارین، به عنوان یکی از ملاک های ضروری درجه اعتباربخشی بیمارستان(همانند بخش اورژانس) مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۱.۲.۲. میزان مطلوب سزارین بین ۲۵ تا ۳۰ درصد می باشد. در بیمارستان هایی که میزان سزارین در حد مطلوب است، هدف، حفظ وضعیت موجود می باشد.

۱.۳. پایش سطح دوم : سطح دانشگاه

۱.۳.۱. پایش در سطح دانشگاه

۱.۳.۱.۱. پایش در سطح دانشگاه توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی حوزه معاونت درمان دانشگاه صورت می‌گیرد.

۱.۳.۱.۱.۱. اعضای کمیته دانشگاهی شامل معاون درمان، معاون آموزشی، مدیر گروه زنان، مدیر گروه اطفال، مدیر گروه مامائی و مسئول امور مامائی دانشگاه می‌باشند.

۱.۳.۱.۲. در ابتدای شروع طرح، کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه، میزان سزارین را در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تحت پوشش بررسی کرده و گزارش وضعیت موجود را به تفکیک بیمارستان به حوزه معاونت درمان وزارت متبوع ارسال می‌نماید.

۱.۳.۱.۳. کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه مکلف است میزان سزارین انجام شده در سطح بیمارستانهای دانشگاه تحت پوشش (دولتی و خصوصی مورد پایش قراردادده و ترتیبی اتخاذ نماید که هدف کاهش میزان سزارین به زیر ۴۵ درصد در طی برنامه محقق شود.

۱.۳.۱.۴. هر سه ماه یک بار عملکرد بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش از نظر میزان سزارین بررسی می‌شود و بر اساس نتایج پایش بازخورد ارائه می‌گردد.

۱.۳.۱.۵. گزارش پایش بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش و مداخلات اجرائی صورت گرفته توسط دانشگاه هر سه ماه یک بار پس از شروع طرح به حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت ارسال می‌گردد.

۱.۳.۱.۶. در صورت نزولی نبودن سیر سزارین بیمارستان در پایان شش ماه، موضوع در کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه با حضور مسئولین بیمارستان مربوطه شامل رئیس، معاون آموزشی (در صورت آموزشی بودن)، معاون درمان، رئیس بخش زایمان و ماما مسئول بلوک زایمان مورد بررسی قرار گرفته و مداخلات لازم جهت اجرای طراحی می‌گردد. پیگیری نتایج اجرای مداخلات هر سه ماه یک بار صورت می‌گیرد.

۱.۳.۱.۷. در صورت عدم اصلاح روند سزارین بیمارستان، یک سال پس از شروع طرح، مراتب به معاونت درمان جهت لحاظ نمودن در اعتباربخشی بیمارستان اعلام می‌گردد.

۱.۳.۲. مسئولیت در سطح دانشگاه بر عهده ریاست محترم دانشگاه می‌باشد.

۱.۴. پایش سطح سوم : سطح وزارت بهداشت

۱.۴.۱. پایش در سطح معاونت درمان وزارت بهداشت

۱.۴.۲. پایش در سطح وزارت بهداشت بر اساس اطلاعات سامانه مادران و نوزادان ایرانیان وزارت متبوع، گزارشات کمیته ترویج دانشگاه و بازدید های ادواری گروه کارشناسی وزارت متبوع صورت خواهد گرفت.

۱.۴.۳. هر شش ماه یک بار، نتایج پایش و ارزیابی عملکرد به دانشگاه اعلام می‌شود. هر دانشگاهی که بتواند مجموع میزان سزارین بیمارستانهای دولتی و خصوصی خود را طی ۶ ماه به میزان حداقل ۵ درصد کاهش دهد مورد تشویق قرار خواهد گرفت و تا سقف ۱ درصد اعتبار این

برنامه (در هر ۶ ماه) در اختیار رییس دانشگاه قرار خواهد گرفت تا برای تشویق دست اندرکاران و ترویج بیشتر برنامه هزینه نماید.

۱.۴.۴. در صورت نزولی نبودن روند سزارین در سطح دانشگاه شش ماه پس از آغاز طرح، مسئولین دانشگاه شامل ریاست دانشگاه، معاون آموزشی و معاون درمان در جلسه کمیته ترویج زایمان طبیعی وزارت متبوع با حضور معاون درمان وزارت متبوع شرکت نموده و برنامه دانشگاه را جهت اصلاح وضعیت ارائه خواهند نمود و پس از آن گزارش پیشرفت برنامه را در سه ماه بعدی به حوزه معاونت درمان ارسال می نمایند.

۱.۴.۵. در صورت اصلاح نشدن روند سزارین در سطح دانشگاه، یک سال پس از شروع طرح، حوزه معاونت درمان وزارت متبوع مراتب را جهت تصمیم گیری به مقام محترم وزارت گزارش خواهد نمود.

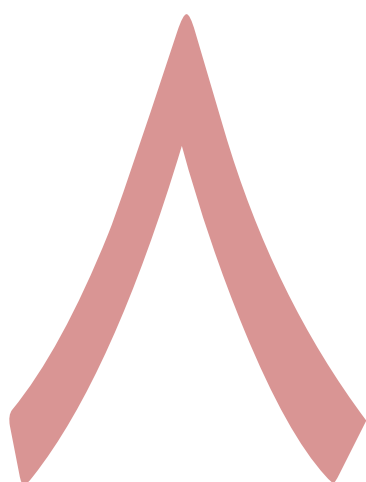
۱.۵. مسئولیت در سطح وزارت بهداشت بر عهده معاون محترم درمان می باشد.

۱.۵.۱. کمیته کشوری ترویج زایمان طبیعی با حضور نمایندگان معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاونت آموزشی، معاونت توسعه وزارت متبوع، رئیس هیات مورد زنان، و رئیس هیأت مورد مامائی زیر نظر معاونت درمان وزارت بهداشت تشکیل خواهد شد.

#### فرم پایش زایمان

| ردیف | عنوان   | سال ۹۲      |             |            |            | سال ۹۳     |            |
|------|---|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
|      |   | سه ماهه اول | سه ماهه دوم | سه ماهه    | سه ماهه    | سال ۹۳     | تعداد درصد |
| ۱    | موالید  | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۲    | زایمان طبیعی                                      | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۳    | سزارین  | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۴    | سزارین تکراری                                     | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۵    | تعداد سزارین به علت فشار خون بالای مادر چقدر است؟ | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۶    | سزارین به علت عدم تناسب سرجین و لگن               | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۷    | سزارین به علت زجر جنین                            | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۸    | سزارین به علت مشکلات جفتی و بند ناف               | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۹    | سزارین به علت نمایش غیر طبیعی جنین                | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۱۰   | سزارین به علت عدم پیشرفت                          | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۱۱   | سزارین به علت چند قلویی                           | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ۱۲   | سزارین به درخواست مادر                            | تعداد درصد  | تعداد درصد  | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |

|    |  |
|----|--|
| ۱۳ | سزارین به علل دیگر   |
| ۱۴ | القای زایمان   |
| ۱۵ | تقویت دردهای زایمان  |
| ۱۶ | اپی زیاتومی  |
| ۱۷ | پارگی درجه ۳ و ۴   |
| ۱۸ | زایمان بی درد<br>موضعی   |
| ۱۹ | مادرانی که بیش از ۳<br>واحد خون دریافت<br>کرده اند   |
| ۲۰ | زایمان با ابزار  |
| ۲۱ | زایمان های انجام<br>شده قبل از ۳۷ هفته<br>بارداری (سزارین و<br>زایمان طبیعی)                               |
| ۲۲ | زایمان های انجام<br>شده بعد از ۴۱ هفته<br>تمام (۴۱ هفته و شش<br>روز) بارداری<br>(سزارین و زایمان<br>طبیعی) |
| ۲۳ | مادران شکم اول<br>سزارین شده   |
| ۲۴ | مادرانی که هنگام لیبر<br>از وان استفاده کرده<br>اند( در صورت وجود<br>تسهیلات لازم)                         |
| ۲۵ | مادرانی که هنگام<br>زایمان از وان استفاده<br>کرده اند (در صورت<br>وجود تسهیلات لازم).                      |
| ۲۶ | مادرانی که به بخش<br>مراقبت های ویژه<br>انتقال یافته اند.  |



## شیوه نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه های تحول سلامت

## ماده ۱. کلیات

۱. این شیوه‌نامه به منظور نظارت بر اقدامات انجام شده در بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت در اجرای برنامه های ۶ گانه تحول سلامت به شرح ذیل تدوین گردیده است:

۱.۱. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۲. ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۳. حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۴. ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۵. حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

۱.۶. طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

نظارت بر حسن اجرای این شیوه نامه در سطح دانشگاه بعهده ریاست دانشگاه و در سطح ستاد مرکزی بصورت متمرکز بعهده معاونت درمان وزارت متبوع می‌باشد. لازم بذکر است نحوه نظارت بر برنامه ترویج زایمان طبیعی بصورت مجزا در دستورالعمل آن برنامه ذکر گردیده است.

## ماده ۲. وظایف سطوح نظارتی

۱. وظایف ستاد مرکزی

۱.۱. تشکیل کمیته ویژه نظارت در وزارت با عضویت نمایندگان معاونت‌های محترم درمان، بهداشت، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی، پرستاری، دفتر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات و سازمان بیمه سلامت ایرانیان با محوریت حوزه درمان جهت:

۱.۲. مدیریت اطلاعات و پاسخگویی به شکایات از طریق ایجاد سامانه مرکزی

۱.۳. ایجاد سامانه الکترونیک ثبت عملکرد پزشکان، تخلفات و گزارش بازدیدها

۱.۴. بازنگری و تائید چکلیست‌های تهیه شده جهت پایش برنامه های ابلاغی

۱.۵. مدیریت بر نحوه عملکرد دانشگاه و بیمارستان های تابعه در اجرای وظایف و مسئولیت های تعریف و ابلاغ شده

۱.۶. بررسی، تحلیل و پیگیری گزارش های واصله از دانشگاه ها و بازخورد به وزیر بهداشت

۱.۷. تدوین برنامه بازدید ماهانه از دانشگاه های قطب توسط تیمی متشکل از نمایندگان معاونین توسعه، درمان، بهداشت، غذا و دارو، آموزشی، پرستاری و دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخگویی و رسیدگی به شکایات و بررسی وضعیت اجرای برنامه در بیمارستانهای تحت پوشش (بر مبنای بازدید از حداقل ۵ بیمارستان در هر ماه حداقل در ۳ ماه اول برنامه و پس از آن هر ۳ ماه یک بار)

۱. وظایف قطب کشوری

۱.۱. برگزاری جلسات هماهنگی و استفاده از ظرفیت دانشگاه های قطب مربوطه جهت اجرای برنامه های ابلاغی

- ۱.۲. تشکیل تیم های نظارتی با مشارکت اعضاء پیشنهادی دانشگاه ها
- ۱.۳. پوشش و تکمیل زنجیره ارجاع و هماهنگی در تعیین بیمارستان های معین جهت پذیرش بیماران
- ۱.۴. برنامه ریزی و زمان بندی بازدیدهای قطب کشوری و نیز انعکاس نتایج و بازخوراند آن به سطح ستاد مرکزی
۲. وظایف دانشگاه
  - ۲.۱. تشکیل کمیته ویژه نظارت در دانشگاه جهت برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده با عضویت نمایندگان معاونت‌های درمان، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی و دفاتر پرستاری، رسیدگی به شکایات و تجهیزات پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایرانیان با محوریت معاونت درمان
  - ۲.۲. برنامه ریزی جهت آموزش و اطلاع رسانی به کلیه روسا و مدیران بیمارستان ها در جهت اجرای برنامه های تحول سلامت
  - ۲.۳. برنامه ریزی جهت تائید و نهائی نمودن لیست فارماکوپه بیمارستان های تحت پوشش و ارسال به معاونت درمان و سازمان غذا و دارو
  - ۲.۴. اطلاع رسانی به مردم درخصوص برنامه های تحول نظام سلامت و حقوق گیرندگان خدمت به نحو مقتضی
  - ۲.۵. مدیریت و برنامه ریزی مناسب جهت استقرار سامانه بررسی و پاسخگوئی به شکایات جهت دریافت شکایات مردمی از طریق تلفن، پیامک، نامه الکترونیکی و رسیدگی و اقدام حداکثر تا ۴۸ ساعت
  - ۲.۶. تخصیص مناسب و به موقع اعتبارات به بیمارستان ها، و نظارت بر هزینه کرد در راستای برنامه تحول توسط بیمارستانها
  - ۲.۷. مدیریت اطلاعات، پیگیری و پاسخگوئی به شکایات و برخورد با تخلفات و جمع بندی گزارشها و ارسال آنها به وزارت متبوع
  - ۲.۸. تدوین برنامه بازدید دانشگاهی از بیمارستان ها توسط تیمی متشکل از معاونین محترم درمان، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، بهداشت، آموزشی، رئیس رسیدگی به شکایات، پرستاری و حراست دانشگاه و ارسال جمع بندی گزارش به وزارت متبوع
  - ۲.۹. تدوین جدول زمانی بازدید کارشناسی از بیمارستان های تحت پوشش برنامه های تحول سلامت بر مبنای بازدید حداقل هر ۳ ماه یک بار از کلیه بیمارستان های دانشگاهی تحت پوشش توسط تیم نظارتی و ارسال برنامه به وزارت
  - ۲.۱۰. جلسه هفتگی ریاست و معاون درمان دانشگاه/دانشکده با روسای بیمارستانها به منظور گزارش پیشرفت کار، کمبودها و مشکلات
  - ۲.۱۱. وظایف شبکه بهداشت و درمان
    - ۲.۱۱.۱. برگزاری جلسات هماهنگی و استفاده از ظرفیت شبکه و کارشناسان بیمارستانهای شهرستان در راستای اجرای برنامه های ابلاغی



۲.۱۱.۲. تشکیل تیم های نظارتی با مشارکت کارشناسان شبکه و بیمارستانهای تابعه و تدوین برنامه زمان بندی بازدیدها با تایید دانشگاه مربوطه

۲.۱۱.۳. جمع بندی گزارشها و ارسال آنها به معاونت درمان دانشگاه مربوطه

### ۳. وظایف بیمارستان

۳.۱. تشکیل کمیته اجرائی در بیمارستان با مسئولیت ریاست بیمارستان با عضویت معاون درمان بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، مدیر امور مالی، مدیر حراست، رییس داروخانه، مدیر امور اداری جهت اجرای برنامه های ابلاغ شده و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده و گزارش روزانه به معاون درمان دانشگاه

۳.۲. تشکیل کمیته اخلاق با عضویت رییس بیمارستان، معاون درمان و یا مدیر بیمارستان، مترون بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، نماینده روسای بخش های بالینی و در صورت لزوم مسئول حراست بیمارستان جهت بررسی و تصمیم گیری در خصوص تخلفات پزشکان و پرسنل در اجرای برنامه های تحول سلامت

۳.۳. اطلاع رسانی و آموزش به کلیه پزشکان و کارکنان در خصوص برنامه های تحول سلامت

۳.۴. انعقاد قرارداد با پزشکان با اخذ تعهد محضری همراه با درج کلیه وظایف و انتظارات و اقدامات انضباطی مطابق با دستورالعمل های برنامه های تحول سلامت و کلیه ضوابط و مفاد مربوط به قانون استخدام اعضاء هیئت علمی و کارکنان اداری و الزام به رعایت آنها با تایید دانشگاه مربوطه

۳.۵. اطلاع رسانی مبنی بر رعایت حقوق بیمار و لزوم عدم پرداخت بیش از ۱۰ درصد فرانشیز و نیز عدم تهیه داروها و ملزومات از خارج از بیمارستان توسط بیمار و همراهان بیمار در چارچوب بسته مشمول برنامه در قسمت اطلاعات، پذیرش، ترخیص

۳.۶. بررسی روزانه تجهیزات پزشکی، انبار مواد دارویی و مصرفی

۳.۷. تهیه لیست فارماکوپه مخصوص بیمارستان مورد تایید دانشگاه/دانشکده

۳.۸. نظارت بر تجویز داروها طبق لیست فارماکوپه تایید شده

۳.۹. نظارت بر تهیه تجهیزات و ملزومات پزشکی از فهرست مورد تایید و اعلام شده از سوی اداره کل تجهیزات پزشکی

۳.۱۰. بررسی روزانه بخش ها، پذیرش، ترخیص، مدارک پزشکی از نظر نحوه اجرای برنامه های تحول سلامت

۳.۱۱. بررسی روزانه اورژانس بیمارستان از لحاظ وضعیت پذیرش، ویزیت و تعیین تکلیف بیماران، عدم ارجاع خارج از زنجیره ارجاع و نیز کنترل و گزارش ترخیص بیماران با رضایت شخصی

۳.۱۲. ثبت الکترونیکی ورود و خروج کلیه پزشکان و کارکنان بویژه در خصوص حضور پزشکان در کلینیک ویژه و شیفت های مقیمی

۳.۱۳. ثبت الکترونیکی اطلاعات کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان (سرپائی و بستری) حتی در صورت عدم انجام اقدامات درمانی

۳.۱۴. ثبت الکترونیکی کلیه اقدامات و خدمات و ارقام مصرفی بیمار (بروز رسانی HIS)

۳.۱۵. هماهنگی با بیمارستان‌های تعریف شده در زنجیره انتقال دانشگاهی در صورت انتقال بیمار، بر اساس دستورالعمل انتقال بیمار

۳.۱۶. رسیدگی به شکایات مردمی و پاسخگویی به آنها توسط واحد‌های ذیربط مستقر در بیمارستان و تقویت سیستم‌های رسیدگی به آنها

۳.۱۷. ارائه صورتحساب یا فاکتور به بیماران سرپایی و بستری برای هر نوع خدمت مطابق با فرمت اعلام شده در دستورالعمل‌های ابلاغی

۴. در صورت مشاهده نواقص و یا تخلفات در بازدید اول، ضمن اعلام کتبی نواقص به ریاست بیمارستان، بازدید بعدی به فاصله یک هفته از بازدید قبل جهت بررسی رفع نواقص انجام خواهد شد.

### ماده ۳. گردش کار

۱. حداقل اعضای تیم‌های بازدید کننده در ۵ سطح:

۱.۱. سطح وزارتی

۱.۱.۱. نمایندگان معاونین درمان، بهداشت، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی، پرستاری و رئیس دفتر ارزیابی عملکرد و رسیدگی و پاسخگویی به شکایات، نماینده سازمان بیمه سلامت ایرانیان با محوریت معاونت درمان

۱.۲. سطح قطب کشوری

۱.۲.۱. نمایندگان همگن (همپراز) سطح وزارتی از دانشگاه‌های زیر مجموعه هر قطب با محوریت حوزه درمان

۱.۳. نمایندگان معاونین قطب از دانشگاه‌های مختلف عضو همان قطب خواهند بود.

۱.۴. سطح دانشگاه

۱.۴.۱. نمایندگان معاونت‌های درمان، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو، آموزشی و دفاتر پرستاری، رسیدگی به شکایات و تجهیزات پزشکی و نماینده سازمان بیمه سلامت ایرانیان

۱.۵. سطح شبکه بهداشت درمان شهرستان

۱.۵.۱. رئیس شبکه، معاون درمان شبکه، معاون بهداشت شبکه، یکی از روسای بیمارستان‌های شهرستان به انتخاب رئیس شبکه همراه تیم کارشناسان همگن با گروه سطح دانشگاهی با توجه به چارت تشکیلات بهداشت و درمان و نظر دانشگاه مربوطه

۱.۶. داخل بیمارستان

۱.۶.۱. رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، رئیس اورژانس، مدیر امور مالی، مدیر حراست، مدیر امور دارویی، مدیر امور اداری و کارشناس ناظر بیمه

۲. مسئولین و اعضاء کلیدی تیم نظارت به تفکیک برنامه‌ها:

۲.۱. مسئول تیم نظارت در همه برنامه‌ها اداره نظارت بر درمان حوزه معاونت درمان خواهد بود که با همکاری اعضاء کلیدی ذیل نحوه اجرای برنامه‌ها را بررسی خواهند کرد:

۲.۱.۱. اعضای کلیدی تیم نظارت بر برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت متبوع، کارشناس اقتصاد سلامت یا مالی کارشناس نظارت بر درمان، کارشناس غذا و دارو و کارشناس تجهیزات پزشکی خواهد بود.

۲.۱.۲. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های مشمول، کارشناس نظارت بر درمان خواهد بود.

۲.۱.۳. اعضای کلیدی تیم نظارت بر برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های مشمول، کارشناس نظارت بر درمان و کارشناس آموزشی خواهند بود.

۲.۱.۴. اعضای کلیدی تیم نظارت بر برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان‌های مشمول، کارشناس نظارت بر درمان، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس پرستاری و کارشناس دفتر فنی دانشگاه خواهند بود.

۲.۱.۵. اعضای کلیدی تیم نظارت بر برنامه حمایت مالی از بیماران خاص و صعب‌العلاج و نیازمند، کارشناس غذا و دارو، بیماری‌های خاص، مددکاری و مالی خواهند بود.

۲.۱.۶. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کارشناس نظارت بر درمان و کارشناس مالی خواهند بود.

۲.۱.۶.۱. چنانچه تجویز، خرید دارو و یا تجهیزات و ملزومات پزشکی از خارج از لیست فارماکوپه و لیست تجهیزات تأیید شده صورت پذیرد، مسئولیت خسارت مالی و سایر تبعات مترتب از آن و نیز جبران ما به التفاوت پرداختی بیماران بعهده ریاست بیمارستان بوده و مسئولیت نظارت مستقیم بر این بند به عهده معاونت غذا و دارو و تجهیزات پزشکی دانشگاه خواهد بود که بایستی مراتب جهت رسیدگی و هماهنگی به معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده نیز منعکس گردد.

۲.۱.۶.۲. برای بررسی و پایش برنامه ماندگاری پزشکان و حمایت مالی از بیماران خاص و صعب‌العلاج علاوه بر بازدید از بیمارستان، بررسی سناد دانشگاه و معاونت درمان از لحاظ چگونگی تخصیص منابع و پرداخت‌ها الزامی است.

۲.۱.۶.۳. تعداد کارشناسان حاضر در هر بازدید بر اساس تعداد تخت‌های بیمارستان‌های مورد بازدید قابل افزایش خواهد بود (تعداد و ترکیب کارشناسان مورد نظر در سطوح مختلف نظارتی نباید از حداقل‌های اعلام شده کمتر باشد)

#### ماده ۴. مراحل و زمان بندی نظارت

##### ۱. مرحله اول: داخل بیمارستان

۱.۱. بازدید روزانه و گزارش به رییس بیمارستان توسط کمیته اجرائی بیمارستان- گزارش روزانه رییس بیمارستان به معاون درمان دانشگاه

##### ۲. مرحله دوم: شبکه بهداشت و درمان

۲.۱. بازدید ماهانه یک بار و گزارش به معاون درمان دانشگاه

##### ۳. مرحله سوم: دانشگاهی

۴. بازدید تیم نظارتی تعیین شده از دانشگاه‌ها طبق جدول تدوین شده حداکثر با فاصله ۱ ماه از هر بیمارستان

۵. مرحله چهارم: قطب کشوری

۵.۱. بازدید ماهانه از کلیه بیمارستانهای مستقر در قطب مربوطه و جمع بندی و ارسال گزارش توسط دانشگاه مرکز قطب هر سه ماه به ستاد وزارت متبوع

۶. مرحله پنجم: ستاد وزارت متبوع

۶.۱. بازدید ماهانه توسط تیم کارشناسی ستادی از قطب‌های ده گانه

۶.۱.۱. در هر بازدید در سطح کارشناسی دانشگاهی ۵ تا ۱۰ درصد از پرونده بیماران باید بررسی شود..

#### ماده ۵. شاخص‌ها و چک لیستها

۱. جهت بررسی شاخص‌ها و ارزیابی وضعیت عملکرد، تکمیل چک لیست‌های اختصاصی برنامه‌های ذیل که به پیوست این شیوه نامه ارسال می‌گردد الزامی است :

۱.۱. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های مشمول برنامه

۱.۲. ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های مشمول برنامه

۱.۳. حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های مشمول برنامه

۱.۴. ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان‌های مشمول برنامه

۱.۵. حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

۱.۶. طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

#### ماده ۶. ابزار نظارت

۱. پرونده بیماران

۲. مصاحبه با بیماران و همراهانشان

۳. مراجعه حضوری در واحد درمانی

۴. ارتباط با بیماران از طریق سامانه‌های ارتباطی مردمی، تلفن، پیامک، پست الکترونیکی

۵. چک لیست‌های مربوطه

۶. سامانه‌های اطلاعاتی موجود (سجاد، سپاس، سایت معاونت درمان وزارت و...)

۷. گزارش عملکرد پزشکان

## ماده ۷. اطلاع رسانی و رسیدگی و پاسخگویی به شکایات

۱. سایت اطلاع رسانی عمومی توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت راه اندازی و اداره خواهد شد.
۲. سامانه ای برای انعکاس شکایات مردمی سئوالات و انتقادات توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت طراحی و راه اندازی میشود. پاسخگویی به سئوالات مردم در مورد این برنامه به عهده معاونتهای درمان دانشگاههای علوم پزشکی کشور خواهد بود.
۳. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاهها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.
۴. در کلیه بیمارستان ها یک نفر نماینده در یک مکان مشخص با اطلاع رسانی مناسب در خصوص محل استقرار در کلیه شیفت ها مسئول پاسخگویی و رسیدگی به شکایات بیماران خواهد بود و تلفن پاسخگویی در بیمارستان، ستاد هدایت و دانشگاه در محل های مناسب در معرض دید بیماران و همراهان ایشان نصب می شود.

## ماده ۸. انواع و گروه تخلفات

۱. برخی از تخلفات توسط پزشکان و پرسنل و برخی از تخلفات از سوی مدیریت بیمارستان و یا بدلیل سوء مدیریت و عدم نظارت صحیح بر برنامه صورت می پذیرد، به موازات اعمال جرمه های قانونی مطابق با قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی مصوب سال ۱۳۶۷ و اصلاحات بعدی، قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صاحبان حرف و ابسته پزشکی و..... اقدامات ذیل از حداقل تا حداکثر در صورت عدم تعهد به مفاد تفاهم نامه و دستور العمل های ابلاغی و در صورت احراز تخلف بر اساس گزارشات مردمی، دانشگاهی، ستاد وزارت متبوع بر اساس گروه و نوع تخلف انجام خواهد شد:
۲. گروه اول: تخلفات مدیریتی (انضباطی یا مالی) که توسط دانشگاه صورت می پذیرد و توسط تیم نظارتی ستادی به کمیته ویژه نظارت ستاد گزارش و بررسی میشود و اقدامات انضباطی از تذکر کتبی تا برکناری مسئول مربوطه را بدنبال دارد شامل:
  - ۲.۱. عدم تخصیص و پرداخت اعتبارات به موقع و صحیح مطابق دستورعمل های ابلاغ شده
  - ۲.۲. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ۶ گانه و نیز وظایف قید شده در این شیوه نامه
  - ۲.۳. عدم نظارت صحیح و مدون از اجرای برنامه ها در بیمارستانهای تحت پوشش این برنامه
۳. گروه دوم: تخلفات مدیریتی (انضباطی یا مالی) که توسط گروه مدیریت بیمارستان اعم از رییس، مدیر، مترون، مدیر امور مالی، اداری و سایر سطوح مدیریت بدلیل عدم اجرای شرح وظایف قید شده در این برنامه و یا عدم نظارت صحیح صورت می گیرد و در دانشگاه بررسی میشود و یا بر حسب مورد به وزارت گزارش می گردد و بر حسب تشخیص دانشگاه از تذکر شفاهی و کتبی رییس دانشگاه و معاونین به رییس بیمارستان تا برکناری رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان، امور اداری مالی، مترون و یا سایر افراد ذیربط را شامل می گردد شامل:
  - ۳.۱. هزینه کرد منابع اختصاص یافته خارج از برنامه های ابلاغی
  - ۳.۲. عدم آموزش پزشکان و پرسنل در خصوص مفاد برنامه های ابلاغی و شرح وظایف
  - ۳.۳. عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص حقوق بیمار

- ۳.۴. ارجاع بیمار به بیمارستان های خارج از زنجیره ارجاع تعریف شده (بخش خصوصی و...)
- ۳.۵. ارجاع بیمار به بیمارستان های داخل زنجیره بدون هماهنگی های لازم و عدم تامین هزینه های انتقال بیمار از بیمارستان مبدا با بیمارستان مربوطه
- ۳.۶. ارجاع بیمار یا همراهان جهت تهیه داروها و لوازم پزشکی مصرفی از خارج از بیمارستان
- ۳.۷. عدم رعایت حداقل استانداردهای هتلینگ
- ۳.۸. عدم تهیه فضا و امکانات کافی برای پزشکان مقیم
- ۳.۹. عدم ثبت ورود و خروج پزشکان و اعضای هیئت علمی
- ۳.۱۰. عدم نظارت صحیح بر عملکرد پزشکان و کارکنان
- ۳.۱۱. عدم تهیه کلیه داروها و ملزومات مورد نیاز بیماران و نظارت مستمر بر موجودی بیمارستان
- ۳.۱۲. اخذ هزینه بالاتر از مبلغ ذکر شده در برنامه حمایت از بیماران ویژه مشمول برنامه
- ۳.۱۳. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ابلاغی
۴. گروه سوم: تخلفات فرمز که توسط پزشکان و یا سایر کارکنان بیمارستان (درمانی، اداری) صورت می پذیرد و توسط ریاست بیمارستان مستقیماً به هیئت تخلفات کارکنان اداری و یا تخلفات هیئت علمی دانشگاه معرفی و در هیئت بررسی و تصمیم گیری می شوند و اقدامات انضباطی از جابجائی پزشک متخلف از بخش یا بیمارستان- توقف ارتقاء و ترفیع در خصوص اعضاء هیئت علمی، تعدیل و کسر درصدی از کارانه، عدم تمدید و ابطال پروانه (توسط سازمان نظام پزشکی)، لغو قرارداد همکاری و معرفی به هیئت تخلفات کارکنان در خصوص سایر پزشکان و کارمندان را بدنبال دارد شامل:
- ۴.۱. فعالیت پزشکان بر خلاف مفاد قرارداد و تعهدنامه و ضوابط نوع استخدامی در بخش خصوصی و خیریه
- ۴.۲. اخذ وجوه خارج از تعرفه و یا خارج از حسابداری بیمارستان به هر طریقی
- ۴.۳. تجویز، خرید یا تبلیغ داروها و یا تجهیزات گران قیمت و خارج از بسته مشمول برنامه به جهت سودجویی و یا هرگونه تبانی با شرکت های دارویی و تجهیزات پزشکی
- ۴.۴. ارجاع بیمار به بیمارستان های خارج از زنجیره ارجاع تعریف شده (بخش خصوصی و...)
- ۴.۵. سایر تخلفاتی که آسیب جدی به اجرای برنامه وارد می نماید، بنا به تشخیص رییس بیمارستان برابر مقررات
- ۴.۶. این تخلفات حسب مورد می تواند بصورت همزمان به سازمان نظام پزشکی و کمیسیون تعزیرات معرفی شوند.
۵. گروه چهارم: تخلفاتی که توسط پزشکان و یا سایر کارکنان بیمارستان (درمانی، اداری) صورت می پذیرد و در کمیته اخلاق بیمارستان بررسی و تصمیم گیری می شوند و اقدامات انضباطی از تذکر شفاهی و کتبی به پزشکان و کارکنان و یا رییس بیمارستان، تعدیل و کسر درصدی از کارانه- جابجائی پزشک متخلف از بخش یا بیمارستان- توقف ارتقاء و ترفیع در خصوص اعضاء هیئت علمی و معرفی به هیئت تخلفات

اعضاء هیئت علمی و معرفی به هیئت تخلفات کارکنان در خصوص سایر پزشکان و کارمندان را بدنبال دارد شامل:

- ۵.۱. عدم ویزیت به موقع بیماران.
- ۵.۲. عدم تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن.
- ۵.۳. عدم اقدام پزشک مقیم مطابق با پروتکل‌های کمیته تعیین تکلیف بیمار
- ۵.۴. عدم مداخله درمانی مستقیم و به موقع توسط پزشک متخصص در زمان لازم و ارجاع وظایف به کادر آموزشی (رزیدنت، انترن و...)
- ۵.۵. عدم حضور به موقع در اتاق عمل و در طی اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیمار.
- ۵.۶. عدم رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران
- ۵.۷. عدم رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه.
- ۵.۸. عدم حضور فیزیکی در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری.
- ۵.۹. عدم مشارکت در نظام ارجاع بیماران در قالب برنامه پزشک خانواده شهرستانی و روستایی
- ۵.۱۰. ارائه اطلاعات ناصحیح از وضعیت اقتصادی، اجتماعی بیمار توسط مددکار
- ۵.۱۱. عدم ارائه خدمت مناسب مطابق با برنامه حمایت مالی از بیماران ویژه
- ۵.۱۲. عدم پذیرش بیمار علی‌رغم وجود تخت خالی
- ۵.۱۳. ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان جهت خرید دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی، انجام آزمایشات پاراکلینیکی و.....
- ۵.۱۴. فعالیت پزشکان تمام وقت جغرافیائی درمانی یا هیئت علمی و یا ضریب k در مطب و یا بخش خصوصی و خیریه
- ۵.۱۵. فعالیت اعضاء هیئت علمی در ساعات موظف در بخش خصوصی، خیریه و غیر دولتی
- ۵.۱۶. عدم رعایت استانداردهای ویزیت
- ۵.۱۷. عدم رعایت حقوق بیمار
- ۵.۱۸. عدم ثبت اقدامات و خدمات انجام شده برای بیمار
- ۵.۱۹. عدم ثبت ارقام و داروهای مصرفی و هزینه‌ها بصورت دقیق در پرونده بیمار
- ۵.۲۰. تجویز و یا بکارگیری داروها، ملزومات و تجهیزات خارج از لیست فارما کوبه بیمارستان
- ۵.۲۰.۱. در موارد استثنائی که استفاده از دارو یا تجهیزات پزشکی خارج از لیست ابلاغی دانشگاه یا بیمارستان ضروری است، مراتب توسط پزشک معالج به اطلاع رییس بیمارستان رسیده و مجوز خاص اخذ میشود.

- ۵.۲۱. عدم ارتباط صحیح کلیه پزشکان و پرسنل با بیمار و همراهان بیمار
- ۵.۲۲. عدم رعایت اخلاق حرفه ای و شئون اسلامی.
- ۵.۲۳. سایر تخلفات با مضامین اداری، مالی، انضباطی، فنی، علمی و ...
- ۵.۲۴. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ابلاغی تحول سلامت و نیز وظایف قید شده در این شیوه نامه
- ۵.۲۴.۱. روند برخورد با این گروه از تخلفات در صورت تکرار ، مانند سایر گروه ها خواهد بود.
- ۵.۲۴.۲. رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان ، مترون بیمارستان پاسخگوی تمامی فرآیندهای بیمارستان در حوزه مربوطه می باشند.
- ۵.۲۴.۳. در صورت دریافت مکرر گزارشات مستند مبنی بر تخطی بیمارستان‌های تابعه یک دانشگاه از سوی معاونت درمان وزارت متبوع، گزارش مربوطه جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد شد.
- ۵.۲۴.۴. شرکت های تجهیزات پزشکی که نسبت به تبلیغ غیر مجاز برای پزشکان یا پرسنل یا پرداخت پورسانت عمل می کنند به اداره کل تجهیزات پزشکی معرفی میشوند.
- ۵.۲۴.۵. شرکت های تجهیزات پزشکی مجاز دارای مجوز تبلیغات از سازمان نظام پزشکی که خطای آنها در تبلیغ داروها و تجهیزات بی کیفیت، گران و یا قاچاق محرز شود نیز به اداره کل تجهیزات پزشکی معرفی می شوند.

#### ماده ۹. اقدامات انضباطی

۱. اقدامات انضباطی بر اساس گروه تخلف و نوع تخلف و بسته به اهمیت، مطابق با قانون رسیدگی به تخلفات کارکنان اداری مصوب سال ۱۳۷۲ و آئین نامه اجرائی آن و قانون مقررات انتظامی هیات علمی دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی و تحقیقاتی کشور مصوب سال ۱۳۷۲ و آئین نامه اجرائی آن و ضمن تطبیق تخلفات صورت گرفته با تخلفات مندرج در مستندات مذکور و نیز مطابقت اقدامات انضباطی با مجازات های قید شده در آن مستندات در مراجع رسیدگی به تخلفات به ترتیب ذیل به تفکیک اعضاء هیئت علمی و سایر کارکنان اداری اعمال خواهند شد:

##### ۱.۱. مجازات های در نظر گرفته شده برای هیئت علمی

۱.۱.۱. احضار و اخطار شفاهی

۱.۱.۲. اخطار کتبی با درج در پرونده

۱.۱.۳. توبیخ کتبی با درج در پرونده

۱.۱.۴. کسر حقوق و مزایای دریافتی تا یک سوم، از یک ماه تا سه ماه.

۱.۱.۵. تعلیق رتبه از یک سال تا دو سال

۱.۱.۶. تنزل یک پایه

۱.۱.۷. انفصال موقت از یک ماه تا یک سال



۱.۱.۸. بازخرید خدمت با پرداخت ۴۵ روز حقوق در قبال هر سال خدمت دولتی تا ده سال و پرداخت یک ماه حقوق در قبال هر سال نسبت به مازاد ده سال خدمت، کسور بازنشستگی افرادی که خدمت آنان بازخرید می‌شود به آنان مسترد خواهد شد و کسر یک سال خدمت، یک سال محسوب می‌شود.

۱.۱.۹. اخراج از دانشگاه یا مؤسسه آموزشی یا تحقیقاتی مربوط

۱.۱.۱۰. اخراج از مؤسسه متبوع و محرومیت از پذیرش در سایر دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی کشور انفصال دائم از خدمات دولتی

۱.۱.۱۰.۱. رییس دانشگاه ویا مؤسسه آموزش عالی و تحقیقاتی می‌تواند بدون مراجعه به هیأت رسیدگی انتظامی مجازات‌های مندرج در بند ۱ و ۲ و ۳ را در مورد اعضای متخلف هیأت علمی اجرا کند. اجرای مجازات‌های مندرج در بندهای بعدی موکول به رأی هیأت رسیدگی انتظامی است.

۱.۲. مجازات‌های در نظر گرفته شده برای کارکنان غیر هیئت علمی

۱.۲.۱. اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی

۱.۲.۲. توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی

۱.۲.۳. کسر حقوق و فوق‌العاده شغل یا عناوین مشابه حداکثر تا یک سوم از یک ماه تا یک سال

۱.۲.۴. انفصال موقت از یک ماه تا یک سال

۱.۲.۵. تغییر محل جغرافیایی خدمت به مدت یک تا پنج سال

۱.۲.۶. تنزل مقام و یا محرومیت از انتصاب به پستهای حساس و مدیریتی در دستگاه‌های دولتی و دستگاه‌های مشمول این قانون

۱.۲.۷. تنزل یک یا دو گروه و یا تعویق در اعطای یک یا دو گروه به مدت یک یا دو سال.

۱.۲.۸. بازخرید خدمت در صورت داشتن کمتر از ۲۰ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین زن و کمتر از ۲۵ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین مرد با پرداخت ۳۰ تا ۴۵ روز حقوق مبنای مربوط در قبال هر سال خدمت به تشخیص هیأت صادرکننده رای

۱.۲.۹. بازنشستگی در صورت داشتن بیش از بیست سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین زن و بیش از ۲۵ سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین مرد بر اساس سنوات خدمت دولتی با تقلیل یک یا دو گروه.

۱.۲.۱۰. اخراج از دستگاه متبوع

۱.۳. اقدامات ذیل در راستای مجازات‌های در نظر گرفته شده فوق و همراه با آنها قابل اعمال خواهد بود:

۱.۳.۱. عدم پرداخت حق الزحمه ماندگاری

۱.۳.۲. حذف و یا تعدیل پرداخت حق الزحمه مقیمی

۱.۳.۳. تعدیل و کسر درصدی از کارانه رییس یا مدیر بیمارستان

۱.۳.۴. جابجائی پزشک و یا مسئول متخلف

۱.۳.۵. حذف پزشک متخلف از برنامه مربوطه

۱.۳.۶. عدم بکارگیری نیروهای ضریب  $k$  و مستخدمین دولتی متخلف در سایر مراکز یا شهرها