



دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۳

بهمن ماه ۱۳۹۳

نسخه ۱۵/۱

فهرست مطالب:

صفحه	عنوان
۲	مقدمه
۴	فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۱۲	فصل دوم: گردش کار
۱۲	فصل سوم: بسته های خدمت
۱۳	فصل چهارم: شیوه هزینه کرد سرانه بیمه روستا، نقاط عشایری و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر
۲۳	فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی
۳۸	فصل ششم: شیوه پرداخت
۵۵	فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل
۵۹	فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر
۶۰	فصل نهم: مسوولیت اجرا
۶۱	

مقدمه:

براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشکی خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، موجب به کار گیری **۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب**، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشکی خانواده روستایی شد.

تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع هستند. براساس بند ۸ سیاست های کلی سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره وری باید در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع صورت گیرد. در تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۹۸۶۳/ت/۱۴۲۴۳۵ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۹ با هدف بهره مندی و برخورداری مردم از خدمات پایه سلامت و کاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاههای اجرایی به منظور استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تشکیل شد.

در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پزشکی عمومی و تیم وی، مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشکی خانواده ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشکی خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابجاست. همچنین، تمامی خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل **فعال (Active)** ارائه می شود.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشکی خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خواهد بود:

- ۱- تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشکی، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی، دهان و دندان و سایر خدمات

دستورعمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی - نسخه ۱۵

- بهداشتی و درمانی، طرح های گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.
- ۲- وجود بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشکی خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند.
- ۳- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشکی خانواده، جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر برای هر تیم پزشکی خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت های روستایی در قالب جمعیت های تحت پوشش خانه های بهداشت و بدون تغییر در طرح های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.
- ۴- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیشگفت، مناسب ترین شکل ارجاع از دیدگاه بیمار طراحی گردد.
- ۵- شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد.
- ۶- اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشکی خانواده، موضوع مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده با توجه به شاخص های سلامت است.

با اجرای محورهای فوق، موفقیت برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی تضمین می شود. اولین نسخه از مجموعه گزیده ای از مبانی تئوریک و شرح دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مدتی اندک و در پی بحثهای کارشناسی بعمل آمد و به دنبال اظهار نظر منطقی همکاران اجرایی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی، نسخه های متعددی تهیه گردید و اینک با گذشت حدود ۹ سال از آغاز استقرار برنامه در سطح کشور و براساس تفاهم نامه مشترک به شماره ۹۳/۷۵۲۵۷ مورخ ۱۳۹۲/۳/۵ که با مشارکت فعالانه همکاران محترم در دانشگاه های علوم پزشکی و پزشکان خانواده و سازمان بیمه سلامت ایران تدوین گردید نسبت به بازنگری دستورعمل نسخه ۱۴ نیز اقدام شد تا با تقویت هم سویی و هماهنگی هرچه بهتر بار دستورعمل اجرایی نسخه ۱۵ (جزوه حاضر) بصورت مشترک تدوین و ابلاغ گردد. این دستورعمل، اولین راهنمای اجرایی مشترک می باشد که در پیاده سازی موفق آن نیازمند ممارست و اهتمام ویژه معاونین بهداشتی و مدیران کل بیمه های سلامت در استان ها هستیم. امید داریم اجرای هرچه بهتر این امر مهم، با مشارکت و همکاری همه جانبه معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران میسر شود. انتظار می رود در سال ۱۳۹۳ با افزایش قابل توجه سرانه و تمهیدات اندیشیده شده در تفاهم نامه بتوان گام مهمی در ارتقاء کمی و کیفی ارائه خدمات و تقویت و توسعه شبکه های بهداشتی درمانی کشور برداشت.

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

دکتر انوشیروان محسنی بندپی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

فصل اول: کلیات برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی

ماده ۱: تعاریف

۱-۱. پزشک خانواده:

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت‌هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها را برعهده دارد.

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می‌کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه‌های درمانی را شخصاً پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می‌دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد.

۲-۱. خدمات سلامت

مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت بطور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشد.

۳-۱. خدمات جامع سلامت

ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز یا درخواست افراد (بیمار/خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، تسکینی و مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می‌شود و از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می‌شود.

۴-۱. مراقبت‌های اولیه سلامت

خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری و کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی جدایی‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهد. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام ملی سلامت است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرآیند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا).

۵-۱. سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

باید چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به منظور فراهمی و دسترسی عادلانه مردم به مجموعه‌ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت ایجاد گردد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد^۱.

خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

➤ **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها، تدبیر فوریت‌ها، مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، و آسیب‌ها و جراحات، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شهری و خانه‌های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می‌افتد.

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

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

➤ **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

۶-۱. نظام ارجاع

سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و نزد وی تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول توسط کارکنان تیم سلامت شامل بهورز/ماما/پرستار/پزشک خانواده در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده او را به صورت هدایت شده و پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر (تخصصی، فوق تخصصی، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می‌دهد و مسوولیت سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. واحد ارائه دهنده خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، (در فرم باز خورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. و در انتها، کلیه موارد برای درج در پرونده به پزشک خانواده مربوطه اعاده می‌گردد.

^۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰

۷-۱. بسته خدمات سلامت

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح اول و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم می شود. این مجموعه تحت عنوان بسته های خدمت (شرح خدمات) ابلاغ شده است.

۸-۱. نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.

۹-۱. پرداخت سرانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت بازای جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا بیمار، صورت می گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می شود.

۱۰-۱. پرداخت کارانه (Fee For Service)

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت بازای خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می گیرد. در این شیوه ریسک مالی به سازمان های بیمه گر منتقل می گردد.

۱۱-۱. تفاهم نامه مشترک

سندی است که حداقل سالی یکبار بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بیمه سلامت) منعقد می گردد. در این سند، میزان سرانه سطح اول ارائه خدمت و کلیات تعامل دو وزارتخانه برای اجرای برنامه در سال مورد تعهد، روشن می شود. مفاد تفاهم نامه مشترک برای دو طرف تفاهم نامه لازم الاجرا است. آخرین تفاهم نامه مشترک که به امضاء معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران؛ رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران، ذیحساب و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران و رئیس امور اجتماعی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور رسیده است (به شماره 93/75257 مورخ 1393/3/5) ابلاغ شده است و توجه به مفاد آن ضرورت دارد. مفاد این تفاهم نامه از ابتدای سال ۱۳۹۳ و تا زمان ابلاغ تفاهم نامه جدید قابل اجراست. در سال جاری متمم تفاهم نامه طی نامه شماره ۹۳/۳۴۰۳۲۱ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۴ به منظور اصلاح برخی از موضوعات، تدوین و ابلاغ شد که از ابتدای مهرماه قابلیت اجرایی دارد.

۱۲-۱. دستورعمل اجرایی

تمامی نکات اجرایی برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در سطح اول ارائه خدمت در دستورعمل اجرایی (نسخه ۱۵/۱) مشخص می شود. موارد ذکر شده در دستورعمل منحصراً" به اجرای برنامه در شبکه های بهداشت و درمان مربوط است و با ابلاغ مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت قابلیت اجرایی دارد.

۱-۱۳. قرارداد همکاری مشترک

به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی ضرورت دارد قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت استان با مراکز بهداشت یا شبکه های بهداشت و درمان شهرستان منعقد گردد.

۱-۱۴. تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی که بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است (شامل: بهورز، کاردان و کارشناس حرف پیرایشگی و...).

۱-۱۵. مرکز بهداشتی درمانی فعال در برنامه پزشک خانواده

مرکز بهداشتی درمانی فعال، مرکزی است که در آن خدمات پزشک و دارو از ابتدای سال ۱۳۹۳ بطور کامل ارائه شود (برابر تبصره ۸ بند ۴ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳). به عبارت دیگر، مرکز بهداشتی درمانی که براساس جمعیت بیمه شده تحت پوشش خود، تعداد پزشک مورد نیاز را جذب یا مستقر کرده و نسبت به تامین خدمات دارویی به یکی از روش های: تامین در بخش دولتی یا انعقاد قرارداد با داروخانه بخش خصوصی موجود در محل فضای مرکز یا منطقه جغرافیایی روستا و در شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر در شعاع ۵۰۰ متری مرکز بهداشتی درمانی اقدام کرده باشد. اداره بیمه سلامت استان بازای چنین مراکزی با مراکز بهداشت شهرستان مربوط، قرارداد منعقد خواهد کرد.

در مراکز بهداشتی درمانی فعال و مجری برنامه پزشک خانواده که واحد تسهیلات زایمانی ضمیمه دارند، می توان از مامای تسهیلات زایمانی به عنوان دستیار پزشک استفاده کرد. در این صورت، چنانچه نیروی کار بهیار یا پرستار در مرکز وجود نداشته باشد، می توان به جای ماما با یک نفر پرستار به عنوان دستیار پزشک خانواده قرارداد بست. همچنین، چنانچه به بیش از یک ماما در مرکز نیاز باشد و در صورت نبود داوطلب مامایی، می توان به عنوان نفر دوم، بنابه صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و با اطلاع کتبی به اداره کل بیمه سلامت استان و به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامایی، از نیروی پرستار استفاده کرد. در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، جایگزینی حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها ی تیم سلامت شهرستان با پرستاران بنحوی که ارایه خدمات مامایی متوقف نشود و با اطلاع اداره کل بیمه سلامت استان مربوطه، بلامانع است.

توجه: ماما به هیچوجه جایگزین نیروی بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی درمانی نخواهد بود مگر در شرایطی که نیروی بهداشت خانواده در مرکز وجود نداشته باشد که در این صورت، تا زمان جذب این نیرو، وظایف آن فرد به ماما محول می شود. در هر حال وجود نیروی کاردان / کارشناس بهداشت خانواده در مراکز و براساس دفاتر طرح گسترش شبکه شهرستان الزامی است.

۱-۱۶. منابع مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

به مجموعه منابع حاصل از اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده اطلاق می شود که می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱-۱۶-۱. منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشتی درمانی شهرستان با اداره کل بیمه سلامت ایرانیان

استان. باتوجه به بند ۲ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳ و تعیین سرانه هر شهرستان که براساس ضرایب محرومیت برحسب شهرستان تعیین شده و آخرین اصلاحیه آن ابلاغ می شود (سرانه ۹۶۵۲۰۰ ریال).

۱-۱۶-۲. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا ماما با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند براساس تصویب نامه شماره ۲۱۴۶۶/ت/۵۰۳۹۹ مورخ ۱۳۹۳/۲/۳۰ هیات محترم وزیران درمورد تعرفه های تشخیصی درمانی بخش دولتی در سال ۱۳۹۳

- تعرفه مطابق قسمت اول بند الف مصوبه مذکور، برای:

- پزشک عمومی ۸۰۰۰۰ ریال است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۲ ماده ۴ تفاهم نامه مشترک، معادل ۱۰٪ (۸۰۰۰ ریال) می باشد.
- مامای کارشناس ۵۶۰۰۰ ریال است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۲ ماده ۴ تفاهم نامه مشترک، معادل ۱۰٪ (۵۶۰۰ ریال) می باشد.
- مامای کارشناس ارشد ۶۸۰۰۰ ریال است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۲ ماده ۴ تفاهم نامه مشترک، معادل ۱۰٪ (۶۸۰۰ ریال) می باشد.

که به عنوان ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، دریافت می گردد (چنانچه در طول سال جاری تعرفه ها تغییر کند، تعرفه جدید ملاک عمل قرار می گیرد). چنانچه بیمار صرفاً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای مرکز مراجعه کند، فقط فرانشیز تعرفه آن خدمت را خواهد پرداخت. البته در صورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران- سال ۱۳۹۳، مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است، برای تمام موارد ویزیت درمانی پزشک، باید فرانشیز دریافت گردد.

۱-۱۶-۳. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.

۱-۱۶-۴. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.

۱-۱۶-۵. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.

۱-۱۶-۶. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۰٪ از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان (بانضمام مواد مصرفی) و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند. تعرفه این خدمات را می توان از کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران- سال ۱۳۹۳ (مراجعه به سایت اطلاع رسانی ارزش نسبی rvu.behdasht.gov.ir)، که در اختیار معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، بدست آورد (درمورد تزریقات عضلانی معادل ۱۷۶ تومان می شود). خاطرنشان می سازد این موضوع درمورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل آزمایشات روتین مادران باردار مصداق ندارد و چنین خدماتی همانطور که در برنامه آمده است، باید رایگان ارائه گردد.

۱-۱۶-۷. منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ کل خدمات ارائه شده (پزشکی، دارویی، و پاراکلینیکی و ...) به سایر بیمه شدگان (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه خدمات درمانی و ...)

۱-۱۶-۸. منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) درقبال ارائه برکته ی بیمه شدگان.

۱-۱۶-۹. منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی (خارج از بسته خدمت تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان برای گروه هدف زیر ۱۴ سال و زنان باردار).

۱۰-۱۶-۱. منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینانی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.

۱۱-۱۶-۱. منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها). تذکر: براساس تبصره ۲ ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی (شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴)، افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید، باید ۱۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه برای آنان، می توان با استفاده از دفترچه بیمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

اعتبارات مربوط به درآمدهای اختصاصی این برنامه از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه معاف است.
۱۲-۱۶-۱. حقوق پزشکان یا ماماها رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

۱۷-۱. سایر کارکنان مرکز بهداشتی درمانی

منظور کلیه کارکنان شاغل در مرکز بهداشتی درمانی (به استثنای پزشکان (اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی، و پیام آور) و ماماها (قراردادی، رسمی، طرحی، پیمانی) یا هر پرسنل دیگری است که در برنامه بیمه روستایی به کار مشغول هستند) است. این تعریف، شامل بهورزان شاغل در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز نیز می گردد.

۱۸-۱. کارکنان مرکز بهداشت شهرستان

منظور تمام کارکنان شاغل در واحدهای مختلف تخصصی و پشتیبانی ستادی در مرکز بهداشت شهرستان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

۱۹-۱. کارکنان مرکز بهداشت استان

منظور تمام کارکنان شاغل در واحدهای مختلف تخصصی و پشتیبانی ستادی در مرکز بهداشت استان (دانشگاه/دانشکده) است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

۲۰-۱. کارکنان امور پشتیبانی دانشگاه

منظور تمام کارکنان شاغل در معاونت توسعه دانشگاه است که بطور مستقیم برای تسهیل در اجرای برنامه پزشک خانواده و برنامه بیمه روستایی فعالیت می کنند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته هماهنگی مشترک برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را درمورد شیوه پرداخت ها و انعقاد قراردادها انجام می دهند.

۲۱-۱. مرکز بهداشتی درمانی معین

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات، اتاق فوریتها، واحدهای پاراکلینیک، حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی بتواند پذیرای بیماران ارجاع شده از سوی مراکز بهداشتی درمانی منطقه خود باشد. این مرکز به هیچوجه نباید در فضای بیمارستان قرار گیرد. بیتوته پزشکان در مراکز مجری برنامه که با تشخیص ستاد

هماهنگی شهرستان و تایید ستاد استان تحت هیچ شرایطی امکان تامین بیتوته ندارند و در فاصله کمتر از ۱۰ کیلومتر از شهر قرار دارند نیز در مرکز معین خواهد بود.

۲۲-۱. ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در سطوح مختلف

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، در سطوح ملی، دانشگاهی، و شهرستانی، ستادهای اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده تشکیل می شود. در این ستادهای اجرایی، طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمک های فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافاصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و بهنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژی ها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پایین تر، هماهنگی با کلیه شرکای برنامه پزشک خانواده در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجرای برنامه و پس از استقرار، انجام تمامی فعالیت های لازم به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت می گیرد.

۱-۲۲-۱. ستاد هماهنگی کشوری: براساس بند ۵ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳، شامل معاونت بهداشت، معاونت درمان،

رییس مرکز مدیریت شبکه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ مدیرعامل و معاون سلامت سازمان بیمه سلامت ایران؛ و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری است. وظیفه این ستاد عبارت است از:

نظارت بر اجرای صحیح برنامه

بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه

حل اختلاف

ریاست ستاد با معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری آن با مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود. محل دبیرخانه این ستاد، سازمان بیمه سلامت ایران است.

۲-۲۲-۱. دبیرخانه ستاد اجرایی مشترک کشوری: این دبیرخانه با عضویت کارشناسانی از معاونت بهداشت وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسانی از سازمان بیمه سلامت ایران با ابلاغ مشترک معاون بهداشت و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران تشکیل می شود. محل این دبیرخانه در سازمان بیمه سلامت ایران می باشد و دارای شرح وظایف زیر است:

➤ ابلاغ هرگونه بخشنامه، دستورعمل، با تغییر رویه ضروری در روند اجرای آخرین تفاهم نامه به سطوح محیطی مرتبط با هر دو سازمان بطور مشترک

➤ بررسی هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پیشنهاد، سوال یا استفسار از سطح دانشگاهی یا استانی درباره بیمه روستاییان، پزشک خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهایی با دو امضا (تبصره ۲ ماده ۱ آیین نامه اجرایی سال ۱۳۸۶).

➤ اتخاذ تصمیم درباره موارد مهمی که در سطح استان قابل حل نیست.

۳-۲۲-۱. کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع: اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و

کارشناسان ارشد مرتبط با برنامه از مرکز مدیریت شبکه، ادارات و دفاتر حوزه معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت متبوع، تعدادی از معاونین بهداشتی و مدیران منتخب گروه گسترش شبکه دانشگاه های علوم پزشکی و معاون

سلامت و رییس مرکز پزشکی خانواده سازمان بیمه سلامت ایران براساس ابلاغ صادره توسط رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند. وظایف اصلی این کمیته عبارتند از:

- تهیه دستورعمل ها و بخشنامه های در راستای تفاهم نامه مشترک به منظور اجرایی شدن مفاد تفاهم نامه
- بررسی مشکلات اجرایی و ارائه راه حل
- پاسخگویی به ابهامات اجرایی
- برگزاری دوره های آموزشی و توجیهی برای دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی

۱-۲۲-۴. کمیته ملی آموزش برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده: اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و

کارشناسان مرکز مدیریت شبکه، سازمان بیمه سلامت ایران و تعدادی از کارشناسان ادارات کل حوزه معاونت های بهداشت و درمان و کارشناسانی از معاونت آموزشی تشکیل می دهند. محل دبیرخانه این کمیته در مرکز مدیریت شبکه می باشد و دارای شرح وظایف زیر است:

- طراحی شیوه نامه آموزشی برای نیروهای درگیر اجرای برنامه
- تهیه و تدوین بسته آموزشی براساس بسته های خدمت سلامت
- پایش و ارزشیابی برنامه آموزش

۱-۲۲-۵. ستاد هماهنگی دانشگاه / دانشکده: اعضای این ستاد عبارتند از: رییس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، مدیرکل

بیمه سلامت استان، معاونین بهداشت و درمان دانشگاه / دانشکده، مدیر گروه گسترش شبکه دانشگاه / دانشکده، رییس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسوول امور روستائیان بیمه سلامت استان و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان ها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند. در تمامی دانشگاه ها/ دانشکده ها، ریاست ستاد به عهده رییس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و دبیری آن به عهده مدیرکل بیمه سلامت استان است.

ستاد هماهنگی دانشگاه / دانشکده به منظور بررسی و ارزیابی روند فعالیت ها حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل می شود و گزارش عملکرد خود را به ستاد هماهنگی کشوری ارسال می کند. تصمیمات این کمیته با توافق جمعی (اکثریت آرا) و طی صورتجلسه با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی / شهرستانی تلقی شده و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی، موضوع به ستاد هماهنگی کشوری منعکس و تصمیمات آن برای استان / شهرستان مربوط لازم الاجراست. ستاد هماهنگی دانشگاه/دانشکده نمی تواند خارج از چارچوب تفاهم نامه و اصول کلی آن تصمیم گیری کند (بند ۵ تفاهم نامه ۱۳۹۳). وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

- بررسی هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پیشنهاد، سوال یا استفسار از سطح شهرستان درباره بیمه روستائیان، پزشکی خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهایی
- اتخاذ تصمیم درباره موارد مهمی که در سطح شهرستان قابل حل نیست.

۱-۲۲-۶. ستاد اجرایی شهرستان: اعضای این ستاد شامل مدیر شبکه، رییس مرکز بهداشت، مسوول واحد گسترش شبکه،

معاون فنی مرکز بهداشت و معاون درمان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان به همراه معاون بیمه اداره کل بیمه سلامت استان، رییس اداره نظارت بیمه سلامت استان و رییس اداره بیمه سلامت شهرستان می باشد. وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

- جذب نیرو و انعقاد قرارداد با آنها
- برگزاری دوره های آموزشی در ابتدای و حین کار
- نظارت مستمر بر چگونگی اجرای برنامه و گزارش آن به ستاد استانی
- اجرای مفاد کامل دستورعمل اجرایی و تفاهم نامه
- همکاری با اداره کل بیمه سلامت استان
- ارائه گزارشات عملکردی و اعتباری برنامه
- پاسخگویی به مشکلات پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد
- ارسال مشکلات غیرقابل حل به ستاد استان و پیگیری آنها

تذکر ۱: جمعیت روستایی مورد بحث شامل جمعیت عشایر نیز می باشد. درمورد عشایر هم جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان و عشایر ملاک پرداخت سرانه است.

تذکر ۲: درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز همین دستورعمل به اجرا درخواهد آمد.

فصل دوم: گردش کار

ماده ۲: دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی وظیفه دارند که گردش کار و چگونگی تماس پزشک خانواده با مراجعه کنندگان را به شرح ابلاغی در دستورعمل نسخه ۱۵، اجرا نمایند.

فصل سوم: بسته های خدمت

ماده ۳: دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی موظف اند **فهرست** بسته های خدمات تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری روستایی و شهری مشمول برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را کاملاً رعایت کنند.

فصل چهارم: شیوه هزینه کرد سرانه بیمه روستا، نقاط عشایری و شهر های کمتر از ۲۰ هزار نفر

ماده ۴: مبلغ سرانه و محل تامین آن به شرح زیر می باشد:

- ۱- سرانه سالانه خدمات سطح اول برای جمعیت مشمول برنامه (ساکنان روستاها، نقاط عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه سلامت روستایی)، غیر از بیمه شدگان سایر سازمان های بیمه گر، به مبلغ ۹۶۵۲۰۰ ریال تعیین می گردد (تبصره ۲ از بند ۲ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).
- ۲- کل اعتبار سال ۱۳۹۳ این برنامه مبلغ ۲۲۰۰۰ میلیارد ریال است که به نسبت مساوی از محل صندوق بیمه سلامت روستاییان و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (مبلغ ۱۱۰۰۰ میلیارد ریال) و اعتبارات یک درصد ارزش افزوده (مبلغ ۱۱۰۰۰ میلیارد ریال) برای ارائه خدمت برای حدود ۲۳ میلیون نفر جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، تامین می شود.
- سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول براساس بند ۴ تفاهم نامه مشترک از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان عبارتست از:

موضوع	سهم از سرانه (درصد)	مبلغ (به میلیارد تومان)	محل تامین اعتبار	محل هزینه کرد
حق الزحمه پزشک	۳۴	۷۴۸	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/دانشکده
حق الزحمه ماما	۸	۱۷۶	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/دانشکده
راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت	۲	۴۴	صندوق بیمه روستاییان و ۱ درصد ارزش افزوده	وزارت بهداشت
مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه	۴	۸۸	صندوق بیمه روستاییان	وزارت بهداشت
هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه	۳	۶۶	صندوق بیمه روستاییان	سازمان بیمه سلامت ایران
خدمات سلامت دهان و دندان	۴	۸۸	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
خدمات دارویی	۲۴	۵۲۸	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه)	۵	۱۱۰	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
خدمات پاراکلینیک (رادیولوژی)	۳	۶۶	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
تامین مکمل های دارویی	۴	۸۸	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
آماده سازی و بهبود استاندارد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه	۵	۱۱۰	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
کمک به تامین امکانات محل زیست پزشک	۳	۶۶	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده
تامین خودروی سالم برای مراکز مجری	۱	۲۲	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/دانشکده

ماده ۵: براساس تبصره ۴ و تبصره ۱۱ از بند ۴ تفاهم نامه، استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان غیر از موارد تعیین شده در

تفاهم نامه، توسط مدیریت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استان ممنوع است.

تبصره ۱: معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان، مسوولیت مدیریت و نظارت کامل بر تخصیص و هزینه کرد تمامی اعتبارات و منابع تعریف شده در این تفاهم نامه را به عهده دارد.

تبصره ۲: مدیر مالی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی موظف است ریزهزینه ها را هر ۴ ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان و مرکز مدیریت شبکه اعلام کند. پرداخت بعدی از سوی اداره کل بیمه استان منوط به دریافت این گزارش می خواهد بود.

ماده ۶: اداره کل بیمه سلامت استان، هنگام تخصیص اعتبارات به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، رونوشتی به معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوط ارسال می کند تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبارات باشند و بموقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند.

تبصره ۱: ادارات کل بیمه سلامت استان ها، باید ماهانه ۸۰٪ کل سرانه را تا پانزدهم هرماه و ۲۰٪ باقیمانده را حداکثر ظرف یک ماه پس از پایش عملکرد به شرط رعایت مفاد تفاهم نامه پرداخت کنند. معاون توسعه دانشگاه موظف است با نظارت معاون بهداشتی

دانشگاه/دانشکده بلافاصله گردش مالی را اجرایی کند تا حق الزحمه پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر کارکنان دست اندرکار اجرای برنامه بموقع به دست آنان برسد.

تبصره ۲: معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده موظف است ترتیبی اتخاذ کند تا ۷۰٪ حقوق و مزایای کلیه افراد طرف قرارداد تا بیست و هشتم هرماه پرداخت شود و ۳۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد (بند ۱۱ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳). چنانچه نتیجه پایش سه ماهه فرد طرف قرارداد معادل ۹۰٪ باشد کل ۳۰٪ باقیمانده به وی پرداخت می شود. اگر نتیجه پایش عملکرد بین ۷۰٪ تا کمتر از ۹۰٪ شود، بازای هر ۱٪ کاهش در عملکرد، ۱٪ از حق الزحمه طرف قرارداد کسر می شود به عنوان مثال اگر نتیجه پایش عملکرد فرد ۷۵٪ باشد، ۲۵ درصد از ۳۰ درصد باقیمانده و اگر ۸۹٪ شد ۱۱٪ از ۳۰٪ باقیمانده کسر می گردد. در صورتیکه، نتیجه پایش بیش از ۹۰٪ باشد بازای هر ۱٪ اضافی، ۲٪ پاداش به طرف قرارداد تعلق می گیرد. در نتیجه اگر امتیاز پایش ۱ یا ۱۰۰٪ شود، در واقع ۲۰٪ پاداش علاوه بر ۳۰٪ باقیمانده حقوق به وی پرداخت می شود.

در هریک از شرایط فوق پس از پرداخت باید از فرد رسید دریافت شده و در پرونده وی درج گردد که علت کسر شدن حقوق یا تشویقی وی براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

ماده ۷: شیوه پرداخت سرانه خریدخدمت مورد توافق دو طرف می باشد. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. این مبلغ براساس آخرین تفاهم نامه مشترک بر مبنای متوسط سرانه سالانه کشور ۹۶۵۲۰۰ ریال بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان (جمعیت روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر براساس اعلام سازمان بیمه سلامت ایران) با دامنه ای بین ۷۴۱۰۱۰ تا ۱۰۰۲۰۵۰ ریال برحسب ضریب محرومیت هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی برای سال ۱۳۹۳ است. اداره کل بیمه سلامت استان موظف است سهم اعتبار مربوطه را طی قراردادی، پس از تعیین مراکز بهداشتی درمانی فعال (دارای پزشک ثبت نام شده مورد نیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار دهد. پس از هزینه کرد این بخش از اعتبارات (صندوق بیمه روستا)، وزارت بهداشت مابقی اعتبارات مورد نیاز را از محل ۱ درصد ارزش افزوده برای توزیع در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران قرار می دهد.

تبصره ۱: قرارداد مابین شبکه/مرکز بهداشت و درمان شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس تغییرات جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان تجدیدخواهد شد. **ماخذ آمار این جمعیت، اطلاعات سیستم جامع بیمه گری سازمان بیمه سلامت ایران است و در مواردی که رقم اعلام شده سازمان بیمه سلامت ایران با سرشماری ابتدای سال خانه های بهداشت اختلاف داشته باشد، موضوع باید مجدداً توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی گردد (تبصره ۱ بند ۲ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).** در همین زمان باید جمعیت اصلاح شده به تفکیک شهرستان و برحسب جمعیت روستایی و شهری به مرکز مدیریت شبکه نیز اعلام شود.

تبصره ۲: هر شهرستان براساس ضرایب محرومیت منطقه استقرار مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه (نظر کمیته شهرستانی+وزارت کشور)، اعتبار مورد نیاز را به مراکز بهداشتی درمانی اختصاص می دهد.

تبصره ۳: تایید معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی برای انعقاد قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت استان و شبکه/مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد.

ماده ۸: مدیر مالی حوزه پشتیبانی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری (براساس منابع تعریف شده در فصل اول این راهنما) به معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند. **مجدداً تاکید می شود که اعتبارات مربوط به درآمد اختصاصی این برنامه براساس مصوبه هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی، از**

شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. کل این اعتبار (حتی مانده سنواتی آن) باید صرف هزینه های برنامه پزشکی خانواده براساس دستورعمل اجرایی گردد. هرگونه استفاده از محل اعتبار این برنامه برای فعالیت هایی خارج از چارچوب تعریف شده در این دستورعمل، اکیداً ممنوع است.

تبصره ۱: هرزمان اعتباری از هرمحل (ادارات کل بیمه سلامت استانها یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) درمورد این برنامه به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی تخصیص داده شود، سازمان بیمه سلامت ایران و دانشگاه/دانشکده موظف است، رونوشتی از ابلاغ اعتبار را به مرکز مدیریت شبکه ارسال دارد.

ماده ۹: پس از عقد قرارداد، وظیفه تامین و ارائه بسته کامل خدمات سلامت در سطح اول شامل خدمات پزشکی، مامایی، دارویی (شامل مکمل های دارویی هم می شود)، آزمایشگاهی، رادیولوژی، خدمات سلامت دهان و دندان، و سایر اقدامات (به شرحی که در بند ۴ تفاهم نامه آمده است و تفصیل آنها در قسمت های بعدی توضیح داده خواهد شد) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. همچنین، وظیفه تامین خودرو و تعمیر فضای فیزیکی و تجهیز مراکز مجری برنامه برای ارائه خدمات و بیتوته پزشکی/پزشکان مراکز بهداشتی درمانی نیز با توجه به اعتبارات ابلاغی و تفاهم با مرکز مدیریت شبکه، به عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۱۰: پس از عقد قرارداد با اداره کل بیمه سلامت استان برای ارائه خدمات سلامت سطح اول به شیوه سرانه، از مبلغ دریافتی در قرارداد و سایر منابع برنامه - که در بند ۱ فصل اول همین جزوه، صفحه ۸ آمده است - ابتدا سهم دستمزد پزشکان مطابق آنچه که در بخش مکانیسم پرداخت به آن اشاره خواهد شد، (براساس محاسبه دریافتی تک تک پزشکان در نظر گرفته شده برای مرکز) و ماماها یا پرستاران در مرکز بهداشتی درمانی با فعالیت هایی نظیر: پیگیری بیماران مزمن، خدمات پرستاری، خدمات زایمانی (فقط در مناطق دارای تسهیلات زایمانی)، مراجعات ژنیکولوژی و ... (براساس محاسبه دریافتی تک تک ماماها یا پرستاران در نظر گرفته شده برای مرکز) و مراکز طرف قرارداد برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان تعیین و کنار گذاشته می شود. سپس، بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده توزیع می گردد:

تبصره ۱: ۲٪ از اعتبارات ارسالی سهم راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت و استقرار پرونده الکترونیک است و باید به طور متمرکز در این برنامه و توسط وزارت بهداشت هزینه شود.

تبصره ۲: به منظور جبران هزینه های برنامه و با هدف ارتقاء مدیریت برنامه و پایش و نظارت در سطوح مختلف، ۴٪ (معادل ۸۸ میلیارد تومان) از کل اعتبار (۲۲۰۰ میلیارد تومان) برای پرداخت هزینه های پرسنلی شامل مدیریت، پایش، ارزشیابی درجهت تقویت برنامه در سطوح مختلف محیطی، ستاد شهرستان، ستاد دانشگاه و ستاد ملی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد. روش هزینه کرد براساس دستورعمل متمم است که ارسال شده است.

تبصره ۳: به منظور جبران هزینه های برنامه و با هدف ارتقاء مدیریت برنامه و پایش و نظارت در سطوح مختلف، ۳٪ (معادل ۶۶ میلیارد تومان) از کل اعتبار (۲۲۰۰ میلیارد تومان) در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران قرار می گیرد.

تبصره ۴: از محل سهم تعیین شده در تفاهم نامه برای پزشک و ماما، علاوه بر حقوق و مزایا باید کسورات بیمه، مالیات، عیدی، سنوات و سایر کسورات قانونی براساس قوانین و مقررات مربوطه پرداخت شود؛ (خرید مرخصی مانده براساس نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی)، همچنین، اعتبار مورد نیاز برای تامین پزشک و مامای جایگزین نیز از همین محل باید تامین شود.

ماده ۱۱: اعتبار مربوط به پرداخت کارانه به سایر کارکنان شاغل در همان مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه آن (براساس دستورعمل متمم) و سایر پرسنل ستادهای شهرستانی و استانی صرفاً

باید از محل ۴٪ جبران هزینه های برنامه و با هدف جبران هزینه های پرسنلی و ارتقاء مدیریت برنامه و پایش و نظارت در سطوح مختلف وزارت بهداشت و **درآمدهای اختصاصی برنامه** و خارج از اعتباری که از طریق سازمان بیمه سلامت ایران ارسال می شود، تامین گردد (چگونگی توزیع کارانه کارکنان در دستورعمل متمم می باشد. کارانه همکاران ستاد استان با توجه به عملکرد آنها با پیشنهاد معاونت بهداشتی و تایید رییس دانشگاه/دانشکده قابل پرداخت است).

ماده ۱۲: براساس تبصره ۳ از بند ۴ تفاهم نامه، تامین امکان بیتوته پزشک در مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. چنانچه، در شرایطی خاص امکان تامین محل زیست پزشک فراهم نباشد یا مرکز در فاصله نزدیکی تا شهر (کمتر از ۱۰ کیلومتر) قرار داشته و مردم در ساعات غیراداری به مرکز شهر مراجعه می کنند، مرکز بهداشت شهرستان باید اقدام به تامین خدمات از نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی به عنوان مرکز معین نماید و پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته را در نوبت شیفت برای خدمت در مرکز معین قرار دهد. در اینصورت، باید اطلاع رسانی کافی به مردم برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل صورت گیرد (به هر حال، تمام مراکز مجری برنامه بایستی بتدریج دارای فضای فیزیکی برای بیتوته پزشک شوند).

ماده ۱۳: براساس بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳، مراکز بهداشت شهرستان موظف به تامین ۴۳۶ قلم داروی مصرفی با احتساب تمامی اشکال دارویی مورد تعهد اقدام نمایند. یادآوری می شود تامین داروهای ترالی اورژانس (۳۶ قلم) نیز جزو وظایف مرکز بهداشت شهرستان است، می باشند. این داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه یا براساس درخواست، نیازهای دارویی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را براساس **درخواست کتبی پزشک/پزشکان شاغل در هر مرکز** تامین کنند.

تبصره ۱: پزشک/پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه باید درخواست دارویی خود را زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰٪ داروها در مرکز موجود باشند. زیرا در صورت نرسیدن بموقع داروهای درخواستی و موجودی صفر برای داروی مرکز، تا دو برابر قیمت دارو از سرانه دارویی مرکز کسر می شود (تبصره ۲ از بند ۶ تفاهم نامه).

تبصره ۲: تامین داروهای خاص بیماران صعب العلاج مشمول این بند تفاهم نامه نمی شود.

تبصره ۳: تصمیم گیری درمورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی تا حداکثر ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیرکل بیمه سلامت استان، معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده، نماینده معاون دارو و غذا و رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رییس اداره نظارت و ارزشیابی اداره کل بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که براساس بیماری های بومی و مشکلات سلامت منطقه، ۲ بار در طول سال و بنابه ضرورت تشکیل خواهد شد. تمام تغییرات فهرست دارویی باید حداکثر تا یک هفته بعد به ستاد هماهنگی کشوری اعلام گردد.

تبصره ۴: در هر بازدید از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در صورت فقدان اقلام دارویی تجویز شده توسط پزشکان مرکز (درخواست پزشک) براساس فرمول تبصره ۲ از بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳ برای همان ماه مورد بازدید و صرفاً "سهم سرانه داروی مرکز مربوطه کسر می شود.

تبصره ۵: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده قابل اغماض است و **مشمول کسورات نمی شود.**

تبصره ۶: پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده نیست. البته تمدید نسخ درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی عروق کرونری و بیماری های قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنمای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت و به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان

مصرفی دارو در پرونده سلامت ادامه می یابد، از این قاعده مستثنا است. در صورتیکه، داروهای مربوطه جزو اقلام ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده نباشند، پزشک خانواده باید این داروها را در نسخه جداگانه تجویز کند و هزینه این داروها باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان پرداخت شود.

تبصره ۷: چنانچه داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده (جزو ۴۳۶ قلم اشکال مختلف داروی مورد تعهد) از سایر داروخانه های طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استان که طرف قرارداد دانشگاه/دانشکده برای برنامه بیمه روستایی نیستند و مستقیماً با اداره کل بیمه سلامت قرارداد دارند، تهیه شود، معادل دو برابر سهم بیمه قیمت نسخه (۷۰٪ قیمت نسخه) از سرانه دارویی مرکز مزبور کسر خواهد شد (تبصره ۲ بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳). سایر داروهای تجویز شده موضوع تبصره ۶ این ماده، مشمول جریمه دوبرابر قیمت دارو نمی شود.

ماده ۱۴: ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان برای تدارک خدمات پاراکلینیک به صورت یکسان عمل کند (دریافت FFS یا سرانه) و در صورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. ارائه خدمات پاراکلینیک بایستی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور (یا حداقل فاصله زمانی ممکن) صورت گیرد (بند ۹ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).

تبصره ۱: سهم ۵٪ اعتبارات خدمات آزمایشگاهی فقط در این دو صورت و برای ارائه کلیه خدمات آزمایشگاهی تعریف شده در بسته خدمت از طریق سرانه پرداخت می شود. در غیر اینصورت، و فقط در صورت فقدان حتی یکی از دو شرط (داخل مرکز مجری برنامه یا با حداقل فاصله ممکن (ترجیحاً" تا نیم ساعت با خودرو تا مرکز)، خدمات آزمایشگاهی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۵٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات آزمایشگاهی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شود، برگه دفترچه جدا می شود. در صورتیکه، شرط با حداقل فاصله ممکن (ترجیحاً" تا حداکثر نیم ساعت با خودرو تا مرکز) میسر نباشد با تصویب ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده نسبت به تعیین واحدهای ارائه خدمت آزمایشگاهی اقدام شود و در این صورت، از همان شیوه سرانه استفاده می شود و نتیجه به ستاد هماهنگی کشوری اعلام می گردد.

تبصره ۲: سهم ۳٪ اعتبارات خدمات رادیولوژی فقط با مراکزی که یکی از دو شرط زیر را دارا باشند، در قرارداد لحاظ شده و از طریق سرانه پرداخت می شود:

۱. مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه دارای رادیولوژی فعال باشد
۲. فاصله واحد رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات تا مرکز مزبور با حداقل فاصله ممکن و ترجیحاً" تا نیم ساعت فاصله با خودروی معمول در منطقه باشد.

در غیر اینصورت، خدمات رادیولوژی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۳٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات رادیولوژی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شود، برگه دفترچه جدا می شود. در صورتیکه، شرط با حداقل فاصله ممکن و ترجیحاً" تا حداکثر نیم ساعت با خودرو تا مرکز میسر نباشد با تصویب ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده نسبت به تعیین واحدهای ارائه خدمت رادیولوژی اقدام می شود و در این صورت، از همان شیوه سرانه استفاده می گردد و نتیجه به ستاد هماهنگی کشوری اعلام می شود.

تبصره ۳: مرکز بهداشت شهرستان موظف است نسبت به تامین خدمات پاراکلینیک بر اساس تفاهم نامه اقدام نماید. چنانچه سهم سرانه خدمات پاراکلینیک به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت شود ولی مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در پوشش

شهرستان مربوطه قادر به ارائه خدمات با دو شرط ذکر شده نباشد، ۱/۵ برابر سهم پاراکلینیک از مبلغ کل سرانه تعریف شده بابت پاراکلینیک آن مراکز کسر می گردد (بند ۹ تفاهم نامه).

ماده ۱۵: روسای دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی برنامه خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) جداً ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشکی خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد. همچنین، اسناد هزینه بایستی توسط معاونت بهداشتی استان/شهرستان تایید شده و گزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین شده به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه گزارش گردد. دانشگاه/دانشکده موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشکی خانواده را از حسابرس دانشگاه/دانشکده دریافت کرده و در جلسه هیات اماناء مطرح کند.

تبصره: مرکز بهداشت شهرستان باید فهرست حقوق ارسالی به بانک برای پرداخت حقوق پزشکان خانواده و ماما/پرستارهای طرف قرارداد برنامه را پس از مهیور شدن به مهر بانک در پایان هر ماه به تفکیک اسمی به اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نماید.

ماده ۱۶: مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی موظفند، مبلغی معادل ۱۰٪ تعرفه دولتی تعیین شده در بخشنامه هیات وزیران بابت ویزیت پزشک عمومی یا ماما (در شرایطی که بیمار منحصراً" برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند) را به عنوان فرانشیز از بیماران تحت پوشش بیمه روستایی مراجعه کننده، به عنوان ورودیه برای دریافت خدمات ذکر شده در بسته خدمت اخذ نمایند. همچنین، فرانشیز خدمات دارویی ۳۰٪ و برای خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی معادل ۱۵٪ تعرفه دولتی اخذ می گردد (تبصره ۶ از بند ۴ تفاهم نامه). برای خدمات پرستاری از قبیل تزریقات و پانسمان، و هزینه لوازم مصرفی خدمات مربوطه (موادی مانند دستکش، سرنگ، ماسک) باید ۱۰٪ تعرفه دولتی این خدمات از گیرنده خدمت اخذ شود (تبصره ۵ از بند ۴ تفاهم نامه).
خاطر نشان می سازد برای پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و از این قبیل نباید هزینه ای دریافت کرد.

ختنه و بخیه زدن و سایر خدماتی که مشمول تعرفه هستند، معادل ۳۰٪ آنچه در تعرفه خدمات آمده است، بعلاوه هزینه های مواد مصرفی اخذ می گردد. ارائه مکمل های دارویی به گروه هدف باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت به صورت رایگان انجام گیرد. مکمل ها شامل: قرص آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین برای زنان باردار؛ قطره آهن، آد و مولتی ویتامین برای کودکان زیر ۲سال؛ قرص فر فولیک یا قرص آهن برای دختران ۱۲ تا ۱۸ سال (دوران متوسطه)؛ و پرل ویتامین ۳د برای دانش آموزان از ابتدایی تا پایان متوسطه در هر دو جنس (۷ تا ۱۸ سال)، میانسالان و سالمندان (۳۰ سال و بالاتر).

ماده ۱۷: ارائه دفترچه بیمه روستاییان در سطح اول خدمات برای دریافت خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی ضرورت دارد و باید اوراق مربوطه از دفترچه جدا شده و به سازمان ارائه گردد. سازمان بیمه سلامت ایران موظف است نسبت به تامین بموقع دفترچه های بیمه اقدام کند (بند ۱۰ تفاهم نامه).

تبصره ۱: استمرار پرداختها توسط اداره کل بیمه استان منوط به دریافت اوراق جداشده دفترچه بیمه روستایی است.

تبصره ۲: براساس تبصره ۳ از بند ۱۰ تفاهم نامه باید کمیته بررسی نسخ سطح اول خدمات در سطح دانشگاه/دانشکده تشکیل شود و نتیجه بررسی ها را در قالب فرم بیمه (متعاقباً ارسال می شود) هر ماه یکبار توسط اداره کل بیمه استان با همکاری مرکز بهداشت شهرستان به ستاد اجرایی ارائه دهد.

تبصره ۳: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد). مرکز بهداشتی درمانی موظف است این افراد (ایرانی) را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی معرفی کند.

ماده ۱۸: برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها محاسبه شده و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره کل بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر استان تعیین و از طریق دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه پرداخت می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود.

ماده ۱۹: بازای هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز مجری، جذب یک پزشک خانواده و بازای هر دو پزشک خانواده، (۷۰۰۰ نفر) جذب یک ماما ضرورت دارد. مراکز با جمعیت کمتر از ۳۵۰۰ نفر باید حداقل یک پزشک و یک ماما را به کار بگیرند.

تبصره ۱: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۳۵۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره کل بیمه استان به قرار زیر می شود (تبصره ۱ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳).

☞ تا ۳۵۰۰ نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی تحت پوشش یک پزشک

☞ از ۳۵۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی تحت پوشش یک پزشک

۱۰۰٪ سرانه پزشک

۵۰٪ سرانه پزشک

در محاسبه حقوق برای پزشک باید کل جمعیت ایرانی روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (بدون توجه به نوع بیمه آنها) در فرمول قرار گیرد. کلیه خدمات بهداشتی رایگان می باشد.

تبصره ۲: قرارداد بیش از ۵۰۰۰ نفر جمعیت در پوشش یک پزشک به هیچوجه مورد قبول نیست و این جمعیت مازاد در مناطق خاص پس از تایید ستاد هماهنگی کشوری در فرمول حقوقی پزشک ضریب ۳۰٪ را می گیرند (تا سقف ۸۰۰۰ نفر). باتوجه به افزایش قابل ملاحظه سرانه، انتظار می رود مدیریت دانشگاه/دانشکده تلاش کافی برای جذب پزشکان براساس ۳۵۰۰ نفر، یک پزشک را انجام دهند.

تبصره ۳: درشرایطی که جمعیت تحت پوشش یک پزشک بیش از ۳۵۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی است، پرداخت سرانه دارو و پاراکلینیک مشمول کسر سرانه پزشک نمی شود.

تبصره ۴: حق الزحمه ماما، یا پرستار بازای کل جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش آنها محاسبه و پرداخت می گردد اعم از اینکه افراد در پوشش بیمه روستایی باشند (یعنی دفترچه بیمه روستایی داشته باشند) یا نوع بیمه آنها متفاوت باشد. ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده می تواند برای پزشکان خانواده ای که در شرایط سخت و ویژه با ضریب محرومیت ۱/۷۵ و بالاتر خدمت ارائه می دهند تا ۱۰٪ مبلغ قرارداد پرداخت اضافی نماید. محل اعتبار این موضوع، از منابع تعیین شده توسط ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده می باشد.

تبصره ۵: چنانچه تعداد مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده (برای مدت یک ماه) بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع به ستاد اجرایی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق ارجاع گردد. زیرا در این شرایط، پزشک فقط می تواند به ویزیت بیمار پردازد و به سایر فعالیت ها نخواهد رسید. یکی از راه حل ها می تواند کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک و راه حل دیگر، بررسی درمورد علل مراجعه بالاو... باشد.

تبصره ۶: با توجه به بند ۸ موافقنامه شماره ۳۰۶۶۹ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۲ در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد و نباید وجهی از مراجعه کننده دریافت شود ولی با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده و با ارائه به اداره کل بیمه سلامت استان باید سهم تعرفه آن به صورت (FFS) به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد، بدیهی است در صورت انجام زایمان در بیمارستان، هزینه های مربوطه توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۷: ارائه تمامی خدمات بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمت از جمله مشاوره قبل و بعد از ازدواج کاملاً رایگان است. در صورت ارائه سایر خدمات (خارج از بسته خدمات سلامت) باید فرانشیز خدمت براساس تبصره های ۵ و ۶ بند ۴ تفاهم نامه اخذ گردد. در مورد انجام پاپ اسمیر، برمنای اینکه خدمت توسط پزشک یا ماما ارائه شود، فرانشیز براساس تعرفه آن خدمت دریافت می شود. بدیهی است تأمین اسپکولوم یکبار مصرف به عهده مرکز (با دریافت هزینه وسایل از بیمه شده) می باشد.

ماده ۲۰: تعرفه خدماتی که در چارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط سایر پزشکان عمومی (غیر از پزشک خانواده تعیین شده برای محل که مهر پزشک خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد.

تبصره ۱: به منظور تقویت و توسعه نظام ارجاع و عملیاتی نمودن آن در برنامه پزشک خانواده در جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، تفاهم نامه جداگانه ای بین معاون درمان و سازمان بیمه سلامت ایران منعقد گردید. براساس این تفاهم نامه، چنانچه پزشکان متخصص پذیرنده ارجاع در مراکز تخصصی سرپایی دولتی (که بیمار از طریق پزشک خانواده با فرم تکمیل شده ارجاع به آن مراکز معرفی شده است)، نسبت به تکمیل دقیق فرم پس خوراند اقدام نمایند و پس از تایید پزشک خانواده، از پاداش ویزیت ارجاع به میزان حداقل یک ویزیت با تعرفه دولتی برخوردار می شوند که سازوکار اجرایی آن متعاقباً توسط سازمان بیمه سلامت ایران اعلام می شود.

تبصره ۲: وجود هرگونه نقص در تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک خانواده در امتیاز پایش عملکرد وی تاثیرگذار است (مشمول کسر حقوق می شود).

ماده ۲۱: انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات به جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر باید از همان الگوی سرانه جمعیت روستایی تبعیت کند.

تبصره ۱: همانند مناطق روستایی و عشایر باید برای شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز سالانه سرشماری جمعیت انجام شده و داده ها به زیج حیاتی و سامانه الکترونیک سلامت وارد شود. تعیین نوع بیمه افراد مورد سرشماری از ضروریات است. در صورت نداشتن اطلاعات از جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، ضرورت دارد در سال جاری آمار جمعیت بیمه شدگان حاصله اعلام شده در ابتدای سال، ملاک پرداخت سازمان بیمه سلامت در طول سال ۱۳۹۳ می باشد (براساس جدول ضرایب محرومیت که مورد تایید سازمان بیمه سلامت نیز قرار گرفت). سازمان بیمه سرانه این جمعیت را هم، براساس افراد دارای دفترچه بیمه پرداخت می کند (برای سال بعد ملاک، انجام سرشماری در اسفندماه امسال انجام شود و داده های آن تا اردیبهشت اعلام گردد).

ماده ۲۲: براساس بند ۵ تفاهم نامه مشترک، ستاد هماهنگی کشوری تشکیل می شود که وظیفه نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف ستادهای هماهنگی دانشگاه/دانشکده ها را به عهده دارد.

ماده ۲۳: در هر شهرستان، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده شهرستان، وظیفه برقراری تعامل بین سطوح ارائه خدمات سلامت اول و دوم یا بالاتر را به عهده دارد. علاوه بر آن، این ستاد وظیفه تصمیم گیری درباره موارد اختلاف بین اداره کل بیمه سلامت استان و مرکز بهداشت شهرستان را نیز به عهده دارد.

تبصره ۱: در صورت عدم حل اختلاف در ستاد اجرایی شهرستان، مورد اختلاف به ستاد هماهنگی دانشگاه/دانشکده (تبصره ۳ ماده ۱ آیین نامه اجرایی به شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴) ارجاع می شود.

تبصره ۲: ابلاغ اعضای ستاد اجرایی شهرستان با دو امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مدیر کل بیمه سلامت استان صادر می شود. امضاء کنندگان ابلاغ اعضای ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده، رئیس دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و مدیر کل بیمه سلامت استان می باشند. رییس و دبیر این ستاد براساس بند ۵ تفاهم نامه تعیین شده اند. در مورد ستادهای شهرستانی، رییس و دبیر ستاد اجرایی در اولین جلسه تشکیل ستاد تعیین می شوند.

ماده ۲۴: در تمامی روستاهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، هیات امنای روستا متشکل از افراد زیر تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسوول مرکز بهداشتی درمانی می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره: در مورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود.

ماده ۲۵: انتظارات عمده از هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسوولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص های سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکت های مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه و توسعه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان و ...

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان مکلف است با همکاری دهیار/بخشدار، اقدامات لازم برای آگاهی دادن به مردم را انجام دهد. اطلاعاتی از قبیل: ثابت و یکسان بودن نرخ تعرفه ویزیت پزشک و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز، اهمیت دارد و این موضوع باید روی تابلو اعلانات مرکز بهداشتی درمانی به صورتیکه توسط مراجعین قابل رویت باشد، درج گردد.

تبصره ۲: رییس مرکز بهداشت شهرستان مکلف است در آغاز هر سال یا در ابتدای کار هر پزشک خانواده، برای معرفی پزشک و تیم سلامت و برقراری ارتباط با مردم به روستا سرکشی کند و این اقدام را بطور ادواری تکرار نماید.

ماده ۲۶: براساس بخشنامه شماره ۱۵۳۸۱/د مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲ معاون محترم غذا و دارو، مبنی بر سیاست خرید خدمات دارویی از بخش خصوصی، در صورت وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه با چارچوب قرارداد ارائه شده با بخشنامه فوق الذکر می باشد. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، می توان با هر یک از آنان، قراردادی جداگانه منعقد کرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با اقلام داروهای سطح اول (اقلام مورد درخواست پزشک) از نظر فضای فیزیکی در مرکز مستقر نماید (مگر آنکه داروخانه در شعاع ۱۰۰ متری تا مرکز مستقر باشد). به هر حال، برای ارائه خدمات دارویی در ساعات غیراداری باید داروهای مورد نیاز در اختیار پزشک خانواده قرار داده شود. داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر است. قرارداد بین داروخانه بخش غیردولتی و مرکز بهداشت شهرستان منعقد می گردد.

تبصره ۱: داروخانه طرف قرارداد که در محل مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه قرار دارد، فقط مجاز به ارائه خدمات دارویی از این محل به مردم می باشد و مجاز به فروش لوازم آرایشی نیست.

تبصره ۲: براساس مصوبه هیات دولت به شماره ۴۷۱۱۲/ت/۱۱۲۸۶۹ مورخ ۱۳۹۱/۶/۶، تعرفه ارائه خدمات حرفه ای در داروخانه ها (دولتی یا غیردولتی) مستقر در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به شرط حضور داروساز، ۱۵٪ بهای هر نسخه و حداکثر تا سقف ۵۰۰۰ ریال می باشد. ارائه دارو از گنجینه دارویی توسط پزشک یا کارکنان مرکز بهداشتی درمانی در ساعات اداری (بدون حضور داروساز) و غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت این تعرفه نیست.

تبصره ۳: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، می توان با داروخانه موجود در مناطق مجاور تا شعاع ۱۰۰ متری مرکز و قابل دسترس مردم (بنا به تشخیص مرکز بهداشت شهرستان) قرارداد تامین داروهای مورد نیاز برنامه پزشکی خانواده را منعقد کرد.

تبصره ۴: داروخانه موجود در مراکز بهداشتی درمانی فقط مجاز به دریافت حق نسخه پیچی به مبلغ ۱۵۰۰ ریال می باشد. حق فنی فقط شامل داروخانه هایی است که مسوول فنی داروساز حاضر در داروخانه دارد. **داروخانه ای که حق فنی می گیرد، مجاز به دریافت حق نسخه پیچی نیست.**

ماده ۲۷: مسوولیت تامین پرسنل و تامین، توزیع و عرضه صحیح داروها با مسوول داروخانه طرف قرارداد می باشد و مرکز بهداشت شهرستان مسوولیت نظارت بر فعالیت های داروخانه مزبور را به عهده دارد.

تبصره: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و نیروی انسانی مورد نیاز در برنامه سیاری پزشکی خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. چنانچه داروخانه طرف قرارداد امکان تامین نیرو برای ارائه خدمات دارویی در دهگردشی ها را نداشت، این کار توسط یکی از کارکنان مرکز که همراه پزشک می باشد (ماما، پرستار یا ...) انجام می شود و بازای این اقدام، درصدی از مبلغ قرارداد کسر می گردد.

ماده ۲۸: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی یا مناطق مجاور یا تمایل نداشتن آنها به همکاری با برنامه پزشکی خانواده، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی واحد داروخانه و تامین و توزیع دارو به مردم در محل مرکز بهداشتی درمانی مزبور و زمان دهگردشی پزشکی می باشد.

ماده ۲۹: نظارت بر حسن انجام خدمات دارویی به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان است.

ماده ۳۰: باتوجه به اهمیت پایش و نظارت بر نحوه انجام فعالیت ها در سطوح مختلف و بویژه سطح محیطی، ضرورت دارد تمامی ادارات زیرمجموعه معاونت بهداشتی حداقل یکبار در ماه به مراکز مجری برنامه مراجعه کرده و چگونگی اجرای بسته های خدمت به گروه های هدف را مورد پایش قرار دهند. نتیجه نظارت ها در مرکز بهداشت شهرستان مورد تحلیل قرار می گیرد و آموزش های لازم به پرسنل محیطی بویژه پزشک خانواده ارائه می شود. خاطرنشان می سازد وظایف پزشک به عنوان پزشک سلامت است و فقط ویزیت بیمار ملاک نیست.

ماده ۳۱: اجرای پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان توسط چک لیست مورد توافق، هر ۳ ماه یکبار انجام می شود.

تبصره: اداره کل بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را حداکثر تا دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها فراهم باشد. نتایج پایش های مشترک مبنای کسورات خواهد بود. بدیهی است که نکات مورد نظر اداره

کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان منعکس می گردد. مرکز بهداشت موظف به پیگیری می باشد (نامه مشترک به شماره ۹۳/۲۵۵۵۷۵ مورخ ۱۳۹۳/۸/۵).

فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشکی خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر و کلاً برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می باشد.

در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول پنج حالت ممکن زیر خارج نیست:

۱- این روستا همان روستایی است که طبق دفترچه های طرح گسترش باید محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد.

در چنین شرایطی این روستای اصلی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی هم خواهد بود.

۲- این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی

نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی نیز باشند. روستای اصلی، روستای

محل استقرار خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز

بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می کنند. گاه، در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه

بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می

شود.

۳- این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت

پوشش خانه بهداشت می باشد که به آن، روستای قمر گویند.

۴- به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت

شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود. البته، برخی از این روستاها به دلیل کمی

جمعیت، سیاری می باشند که حتی پس از تکمیل طرح ها نیز به همین صورت خدمت می گیرند.

۵- روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی قرار دارند.

معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت

قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

ماده ۳۲: به منظور تعیین پرسنل درمانی مورد نیاز و شیوه اجرای برنامه پزشکی خانواده می بایست اقدامات زیر انجام شود:

⇐ جمعیت هر یک از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی بدون توجه به نوع بیمه آنها مشخص شود، این داده

با انجام سرشماری سالانه به دست می آید و اطلاعات آن باید در صفحه داخلی پرونده خانوار ثبت گردد. سرشماری

سالانه باید علاوه بر جمعیت روستایی و عشایری برای تمام شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز انجام شود و نتیجه آنها در نرم افزار

سامانه الکترونیک سلامت ثبت شوند.

⇐ تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک بازای ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین

گردد. بدیهی است برای جمعیت بیش از ۳۵۰۰ نفر تا سقف ۷۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۷۰۰۰ نفر تا

سقف ۱۰۵۰۰ نفر به سه پزشک و الخ نیاز خواهد بود. بازای هر دو پزشک، باید یک ماما تعیین کرد. درمورد مراکز ۳

پزشک و بالاتر می توان نفر دوم را به جای ماما، پرستار بکارگیری کرد. برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از

۳۵۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی

دارای یک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، یک پزشک جایگزین تعیین می شود. در مورد ماما هم بازی هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک ماما باید یک مامای جایگزین تعیین کرد.

← برای تعیین پزشکان و ماماهاى مورد نیاز، ابتدا تعداد پزشکان و ماماهاى استخدامى که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده وجود دارد، مشخص می شوند و سپس، به جذب مابقی نیروهای مورد نیاز از طریق عقد قرارداد با پزشک یا مامای بخش خصوصی با اولویت پزشکان و ماماهاى مطب دار در همان روستا و شهر یا روستاها و شهرهای مجاور اقدام می گردد.

⇐ اولویت برای جذب پزشک و ماما بترتیب عبارتست از: پزشکان یا ماماهاى استخدامى شاغل در مرکز (رسمی و پیمانی از طریق مصوبه هیات رییسه دانشگاه های علوم پزشکی کشور)؛ پزشکان یا ماماهاى بخش خصوصی طرف قرارداد و فعال در محل (آنانکه مطب دارند و به شرط تعطیلی مطب)؛ سایر پزشکان یا ماماهاىی که براساس فراخوان ثبت نام می کنند و در نهایت پزشکان طرحی و پیام آور و البته براساس ضوابط تعیین شده توسط مرکز بهداشت استان. توصیه می شود نیروهای طرحی و پیام آور بیشتر برای مناطقی که جذب پزشک مشکل تر است، بکارگیری شوند.

تبصره ۱: براساس بند ج قسمت ۸ قرارداد با پزشک (فسخ قرارداد با یک ماه اعلام قبلی) چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل حقوق یک ماه وی به همراه ۲۰٪ جریمه پرداخت نمی شود (این ۲۰٪ جریمه از اعتبار مربوط به پایش وی که نزد مرکز بهداشت شهرستان است، کسر می شود).

تبصره ۲: چنانچه پزشک یا مامای طرف قرارداد، محل خدمت فعلی خود را ترک کند اعم از اینکه فرد، خود مایل به ترک خدمت شده باشد یا به دلایلی قرارداد وی توسط مرکز بهداشت شهرستان لغو گردد، ضرورت دارد مرکز بهداشت شهرستان مربوطه گواهی چگونگی انجام خدمت به وی ارائه دهد (**گواهی انجام کار**). در این گواهی باید به نحوه عملکرد، رضایتمندی و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت وی اشاره شود. قطعا" در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای بکارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرارگیرد.

تبصره ۳: با افرادی که در گواهی انجام کار نمره ارزشیابی کمتر از ۷۵ درج شده است، بهتر است قرارداد منعقد نشود.

تبصره ۴: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش یک پزشک کمتر از ۲۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۲۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد. قطعا" در شرایطی که جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی تحت پوشش پزشک کمتر از ۳۵۰۰ نفر باشد، حقوق وی در مناطق برخوردار از حداقل اعلام شده در تفاهم نامه، کمتر خواهد شد.

تبصره ۵: تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، مسوول سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز هستند (اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعیین شده موجود در فصل ششم این دستورعمل از نظام پرداخت تقریباً یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به **عنوان مسوول مرکز بهداشتی درمانی** و رابط مرکز با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد (با اولویت پزشک رسمی یا پیمانی). مرکز بهداشت شهرستان می تواند ماهانه از ۱٪ تا حداکثر ۴٪ کل مبلغ قرارداد را به عنوان حق مسوولیت باتوجه به امتیاز پایش عملکرد پزشک، برای این فرد قائل شود (**۳٪ تا ۴٪ فقط خاص مراکز شبانه روزی طبق دفترچه های طرح گسترش است**). اعتبار مورد نیاز از محل درآمدهای اختصاصی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده تامین می شود.

تبصره ۶: تمامی پزشکان و پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستا و پزشک خانواده، موظف به اجرای برنامه هستند و عضو تیم سلامت محسوب می شوند (براساس ماده ۵۴ فصل ششم مجموعه کامل قوانین و مقررات استخدامی) و فقط تحت

شرایط استثنایی و با نظر معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده می توان از پزشکی که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. بدیهی است که این امر برای پزشکان پیام آور و مشمول قانون طرح نیروی انسانی صدق نمی کند و حضور آنان در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان در این برنامه اجباری است. در زمان عدم حضور، نباید دستمزدی به طرف قرارداد پرداخت گردد.

ماده ۳۳: بازای هر دو پزشک، باید یک ماما به کار گرفته شود. چنانچه، تنها یک پزشک به مرکز بهداشتی درمانی تعلق گیرد، حداقل وجود یک ماما الزامی است. برای تعیین ماماهاى موردنیاز ابتدا تعداد ماماهاى استخدامی که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی وجود دارد، مشخص می گردد و سپس، برای تامین سایر ماماهاى مورد نیاز، اقدام به جذب نیرو از طریق انعقاد قرارداد با آنها برای مراکز مربوط می شود. تکمیل نیروی ماما در مراکز تسهیلات زایمانی از محل این برنامه ممنوع است.

تبصره ۱: در صورتیکه مرکز به بیش از یک ماما نیاز داشته باشد (مرکز با بیش از ۲ پزشک)، نفر اول باید حتماً "ماما بکارگرفته شود. برای تعیین نفر دوم، می توان از بین پرستاران هم گزینش کرد.

تبصره ۲: در صورت جذب نیروی قراردادی ماما یا پرستار، تمامی خدمات مامایی، پرستاری، دارویاری و سایر فعالیت های مرتبط با امور تکنیکی بخش درمان باید توسط این افراد ارائه گردد (البته به شرط نبود پرستار، بهیار و دارویار در مرکز). در این صورت، قطعاً باید آموزش های لازم طی دوره های کوتاه مدت برای آنها در مرکز آموزش بهورزی اجرا شده و **گواهی** صادر گردد. فقط در این صورت است که ماماها می توانند تزریقات عضلانی را انجام دهند. البته تزریق برای اولین بار باید زیر نظر پزشک مرکز باشد و در دفعات بعد حتماً با نسخه انجام گیرد (نامه شماره ۳۰۸/۱۱۴۰۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۶-۱۲). تقسیم کار بین افراد به عهده پزشک مسوول مرکز است.

تبصره ۳: در مناطق محروم و در صورت نبود نیروی پرستار می توان بهیار را بکارگیری کرد.

تبصره ۴: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک ماما یا پرستار کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۴۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۵: در صورتی که ماما، علاوه بر ارائه خدمات مامایی و مراقبت های مادر و کودک، عهده دار خدمات دارویی نیز باشد تا سقف ۱۰٪ کل حقوق وی به دستمزدش اضافه می شود (این درصد افزایش برحسب اینکه کل خدمات به عهده وی باشد یا فقط در دهگردشی این وظیفه را انجام دهد، متفاوت است). چنانچه خدمات پرستاری مثل تزریقات و پانسمان را هم به عهده داشته باشد (به شرط وجود گواهی آموزش)، تا ۵٪ دیگر هم به دستمزدش اضافه می شود. **توصیه می شود** تا حد امکان بویژه در مراکز پرجمعیت، نیروی دیگری بکارگیری شود تا ارائه خدمات مامایی با اشکال مواجه نگردد.

تبصره ۶: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت دارویی توسط مرکز و وجود داروخانه در مرکز بهداشتی درمانی و نبود دارویار، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۷۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) علاوه بر یک ماما، بهتر است یک پرستار نیز برای ارائه خدمات دارویی و پرستاری بکارگرفته شود. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات دارویی برنامه بیمه روستایی (۲۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد فروش دارو (۷۵٪) تامین کرد. در این شرایط، ماما عمدتاً به ارائه خدمات تخصصی مامایی و مراقبت های مادر و کودک و سلامت باروری می پردازد و به بهبود شاخصهای مربوطه کمک می کند. خاطرنشان می سازد همکاری بین ماما و سایر کارکنان واحد بهداشت خانواده مرکز، ضرورت دارد.

تبصره ۷: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت آزمایشگاهی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی برای آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین آزمایشگاه دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۷۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه می توان برای مرکز بکار گرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمد های برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات آزمایشگاهی برنامه بیمه روستایی (۳۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات آزمایشگاهی (۶۵٪) تامین کرد.

تبصره ۸: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت رادیولوژی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان رادیولوژی و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی مناسب برای رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین رادیولوژی دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۱۰۰۰۰ نفر رسید (حداقل دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان رادیولوژی می توان برای مرکز بکار گرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمد های برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات رادیولوژی برنامه بیمه روستایی (۴۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات رادیولوژی (۵۵٪) تامین کرد.

تبصره ۹: محاسبه میزان حقوق تکنیسین دارویی، تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه یا رادیولوژی مشابه حقوق افراد پیمانی هم ردیف آنها خواهد بود و کارانه ای نیز به آنها براساس امتیاز پایش عملکرد و براساس دستورعمل کارانه تعلق می گیرد.

ماده ۳۴: در مورد روستاهای یک شهرستان که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند، ابتدا جمعیت روستاهای مذکور تعیین و پرسنل درمانی موردنیاز برای ارائه خدمت به آن جمعیت - براساس توضیحات مواد پیشین - مشخص می گردد و درمورد استقرار این نیروها، در یک یا چند نقطه شهر براساس تعداد جمعیت و پراکندگی این روستاها در اطراف شهر تصمیم گیری می شود (محل استقرار تیم پزشک خانواده ترجیحا" باید جدا از پزشکان و پرسنل ارائه دهنده خدمت به جمعیت شهری باشد مگر اینکه شهر محل استقرار مرکز جزو شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در پوشش برنامه پزشک خانواده قرار داشته باشند). در صورتیکه ناچار به استقرار تیم پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی شهری (مربوط به شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر) باشیم، باید علاوه بر محاسبه دریافتی پزشک و سایر پرسنل بازای جمعیت روستایی یا شهری تحت پوشش، از محل کارانه و بازای جمعیت شهری بیش از ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش از محل درآمد های مرکز تا حداکثر ۴۰٪ درآمد حاصل از کل ویزیت را باتوجه به امتیاز عملکرد در پایش فصلی، به دریافتی افراد اضافه کرد (به عنوان مازاد کارانه). از این مقدار، حداقل ۲۰٪ به پزشک اختصاص داده شود. این اقدام درمورد افراد غیرایرانی تحت پوشش مراکز مجری برنامه که دارای پرونده فعال هستند، نیز انجام می شود. زیرا این افراد در جمعیت تحت پوشش پزشک در فرمول محاسبه حقوق وارد نمی شوند و از آنجاکه بیمه نیستند باید کل تعرفه را پرداخت کنند، می توان از این روش در دادن دستمزد افراد ارائه دهنده خدمت به آنها استفاده کرد.

تبصره ۱: در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزو قرارداد با بیمه نباشد (شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر)، به هیچوجه نباید جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش این مرکز بین پرسنل مرکز تقسیم شود. باید همکاری کامل بین پرسنل برای ارائه خدمت به کل جمعیت برقرار باشد و کارانه ای براساس ضریب عملکرد کل پرسنل مرکز (غیر از افراد طرف قرارداد) بین همه آنها توزیع گردد. توجه داشته باشید که در چنین شرایطی بازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوریکه ناچار باشیم جمعیت تحت پوشش یک پزشک را بیش از ۳۵۰۰ نفر قرار دهیم.

ماده ۳۵: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین پزشک/پزشکان برای ارائه خدمات پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود پزشک از طریق قرارداد دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و پزشک داوطلب تامین گردد. چنانچه موفق به جذب پزشک نباشیم ولی ماما جذب شده باشد، حق الزحمه ماما باید از محل منابع برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین گردد و منتظر اعتبار از سوی اداره کل بیمه سلامت استان نبود. در مناطقی که امکان جذب پزشک به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص هست (با ضریب محرومیت ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می توان از نوع قرارداد اقماری استفاده کرد (یعنی ۷۰٪ حقوق برای ۱۵ روز کار در ماه). در چنین شرایطی با توجه به مقررات از حداکثر نصف میزان مرخصی در ماه بهره مند خواهند شد. فهرست نامی این پزشکان همراه با کد ملی باید به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام شود. این پزشکان حق هرگونه فعالیت پزشکی دیگری را ندارند.

تبصره ۱: پس از انعقاد قرارداد باید یک نسخه از قرارداد به همراه دستورعمل اجرایی نسخه ۱۵/۱ به پزشک خانواده طرف قرارداد ارائه گردد.

تبصره ۲: در ابتدای کار پزشک خانواده باید آموزش لازم براساس بسته آموزشی که متعاقباً ارسال می گردد، ارائه شود.

ماده ۳۶: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین ماما، یا پرستار برای ارائه خدمات غیر تخصصی پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود این نیرو از طریق قراردادی دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و فرد داوطلب تامین گردد.

تبصره ۱: پس از انعقاد قرارداد باید یک نسخه از قرارداد به همراه دستورعمل اجرایی نسخه ۱۵/۱ به ماما/پرستار طرف قرارداد ارائه گردد.

تبصره ۲: در ابتدای کار ماما/پرستار طرف قرارداد باید آموزش لازم براساس بسته آموزشی که متعاقباً ارسال می گردد، ارائه شود.

ماده ۳۷: تامین فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۳۸: در برنامه بیمه روستایی، پزشکانی که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر می-شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد (برابر بند ب ماده ۱ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۸۹۸۳/ت ۴۸۹۳۳ ه مورخ ۱۳۹۲/۲/۳). دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستان-ها در ساعات غیراداری استفاده کند زیرا این افراد باید در مرکز محل تعهد خود بیتوته نموده و کشیک دهند.

تبصره ۱: باید قبل از انعقاد قرارداد با پزشکان خانواده، از معاونت درمان و دارو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب آنان استعلام گردد.

تذکره: براساس بند ب ماده ۶۵ قانون پنجم توسعه "هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، با خرید یا بازنشسته شده یا می شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که بنحوی از انجا از بودجه کل

کشور استفاده می کند، ممنوع و همچنین، هرگونه پرداخت از هر محل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازخرید توسط دستگاه های مذکور ممنوع است". بنابراین، فقط در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری، مندرج در ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح یزشک خانواده مجاز خواهد بود (براساس نامه شماره ۱۰۷/۲۳۶۶ د مورخ ۱۳۹۰/۹/۱ دفتر امور حقوقی وزارتخانه)

تبصره ۲: چنانچه اداره کل بیمه سلامت استان اقدام به عقد قرارداد با یزشک، بدون مشارکت مرکز بهداشت شهرستان نماید، مرکز بهداشت شهرستان هیچ وظیفه ای در قبال تامین فضای فیزیکی ارائه خدمت نخواهد داشت و **اداره کل بیمه نیز باید در قبال رعایت نکردن مفاد تفاهم نامه مشترک پاسخگو باشد.**

ماده ۳۹: براساس تبصره ۷ از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، حداقل حکم حقوقی یزشک با جمعیت ۳۵۰۰ نفر بیمه شده تحت پوشش، ماهانه مبلغ ۵۵ میلیون ریال برای پزشکان غیرطرحی و پیام آور می باشد. این رقم برای پزشکان طرحی و پیام آور حداقل ۳۵/۷ میلیون ریال است. بدیهی است رعایت کلیه مقررات و ضوابط بکارگیری نیروی انسانی حسب نوع بیمه برای هزینه های مربوطه (سنوات، بیمه، مالیات، عیدی و ...) الزامی است.

ماده ۴۰: براساس تبصره ۷ از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، حداقل حکم حقوقی ماما/ پرستار با جمعیت ۷۰۰۰ نفر تحت پوشش، ماهانه مبلغ ۱۸ میلیون ریال برای مامای کارشناس و ۱۵ میلیون ریال برای مامای کاردان می باشد. حقوق پایه ۷۰٪ است و ۳۰٪ بقیه براساس نتیجه پایش عملکرد سه ماهه وی خواهد بود. بدیهی است رعایت کلیه مقررات و ضوابط بکارگیری نیروی انسانی حسب نوع بیمه برای هزینه های مربوطه (سنوات، بیمه، مالیات، عیدی و ...) الزامی است.

تبصره ۱: به هیچوجه نباید جمعیت بیش از ۹۰۰۰ نفر را در پوشش یک ماما قرار داد.

ماده ۴۱: پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و به مدت ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه در هر یک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته، (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غیراز زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید بر روی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد)، از دریافتی آنها کسر می شود.

به عبارت دیگر، پزشکان خانواده سه نوع زمان کاری دارند: **اول:** ساعت کار موظف که از شنبه تا چهارشنبه معادل ۸ ساعت کاری است که بصورت یک یا دو نوبت بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده و به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه تعیین می گردد و برای پنجشنبه ها بصورت مستمر تا ۱ بعدازظهر است. چنانچه مرکز بدون بیتوته می باشد باید پنجشنبه ها تا ساعت ۳ بعدازظهر فعالیت نمایند. (فرانشیزی که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل ۱۰٪ تعرفه دولتی خدمت پزشک عمومی یعنی ۸۰۰۰ ریال است. البته در مورد بیماران اورژانس ارائه خدمت در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد)؛ **دوم:** زمان بیتوته که شامل ساعات بعداز ظهر تا ۱۲ ساعت شب روزهای معمول که بصورت شیفت بندی برای پزشکان هر مرکز تعیین می شود (عمدتاً ساعات شب روزهای معمول که بصورت شیفت بندی برای پزشکان هر مرکز تعیین می شود)؛ و **سوم:** روزهای تعطیل که پزشکان کل روز را بطور شیفت بندی در مرکز حضور خواهند داشت و موارد مراجعه کننده را می پذیرند (در موارد دو و سه مبلغ فرانشیز دریافتی ۳۰٪ می باشد). چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار در نظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر این غیبت برای بیتوته در روز تعطیل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر اعتبار مربوط به بیتوته فرد در زمان تعطیل، معادل یک سی ام حقوق او نیز بازای هر روز غیبت کسر می گردد.

تبصره ۱: ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی شیفت بندی زمان کار پزشک را باید طوری برنامه ریزی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم باشد.

تبصره ۲: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسوول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، بهورز خانه بهداشت مزبور باید حتماً در محل کار خود حضور داشته باشد.

تبصره ۳: ساعت کاری سایر پرسنل مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، باید از ساعت ۸ صبح تا ۴ بعدازظهر باشد.

تبصره ۴: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها/پرستاران طرف قرارداد در ایام ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

ماده ۴۲: پزشکان خانواده موظفند هر یک روز درمیان یا حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت، سرکشی و نظارت (دهگردشی) نمایند. پرداخت سهم دهگردشی از حقوق پزشک فقط در شرایطی که بدرستی انجام شده باشد و براساس امتیاز عملکرد وی در پایش سه ماهه، صورت می گیرد. فقط درمورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، یا وقتی پزشک بیش از ۵ خانه بهداشت در پوشش خود دارد، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است. محل استقرار پزشک در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود و توصیه می شود یک میز و صندلی برای این کار در خانه بهداشت در نظر گرفته شود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم دهگردشی در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند).

تبصره ۱: پزشکان خانواده موظفند ماهانه به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر زیرپوشش خانه های بهداشت تابعه سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند. این اقدام در تعیین دریافتی سهم دهگردشی و امتیاز عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

تبصره ۲: پزشکان خانواده موظفند هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری زیرپوشش مرکز محل خدمت خود، سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند (به شرط وجود راه برای عبور خودرو). این اقدام در تعیین دریافتی سهم دهگردشی و امتیاز عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

تبصره ۳: برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی بنحوی صورت گیرد که مرکز به جز در موارد اضطرار تا ساعت ۱۲ ظهر، خالی از پزشک نباشد.

ماده ۴۳: ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی الزامی است. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی مجری، مسوولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسوول مرکز خواهد بود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم بیتوته در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند). چنانچه تنها یک پزشک در مرکز بهداشتی درمانی مجری وجود داشته باشد، سه حالت احتمال دارد:

الف_ پزشک در مرکز بیتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جایگزین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را

معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، اداره کل بیمه استان مکلف به ارائه مهر و کد برای پزشک جانشین می باشد. مدت زمان استفاده از پزشک جایگزین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

ب_ پزشک به دلیل نبود امکانات بیتوته، در مرکز بیتوته نکند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که برای جمعیت تحت پوشش دو یا چند مرکز مجاور با شرایط مشابه، امکان دسترسی به خدمات را در محلی مناسب برای خدمات شیفت شب فراهم کند (تعیین مرکز بهداشتی درمانی معین). البته با در نظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست پزشک، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز با بیش از ۱۰ کیلومتر فاصله تا شهر، اقدام به تهیه محل بیتوته نماید.

پ_ مرکز بهداشت شهرستان پزشک مرکز دارای یک پزشک را با مرکز مجاور به طور نوبتی در کشیک شبانه یا روزهای تعطیل قرار دهد و به مردم نیز اعلام کند که در شرایط اضطرار می توانند به مرکز دارای پزشک مراجعه کنند. در چنین شرایطی، نباید پزشک مزبور از مزایای مرکز تک پزشک منتفع گردد.

تبصره: در مورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند می توان موارد مراجعه در شیفت های شب را به یک مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در شهر - مرکز معین - یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد (به شرطی که فاصله کمتر از ۱۰ کیلومتر تا شهر باشد) یعنی نیازی به بیتوته در این مرکز نمی باشد و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان بکار گرفته شود (نبايد از پزشک خانواده مرکز برای خدمت در اورژانس بیمارستان استفاده شود). البته ترجیح با این است که همه مراکز بیتوته داشته باشند.

ماده ۴۴: مرکز بهداشت استان و شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جایگزین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزش های شغلی آنها اقدام کند. می توان از حالت های زیر به عنوان راه حل های مناسب برای مدیریت تامین نیروی جایگزین استفاده کرد:

☞ تنظیم برنامه زمان استفاده از مرخصی های استحقاقی و اخذ تقاضای بازخرید ۱۵ روز مرخصی استحقاقی در ابتدای انعقاد قرارداد

☞ تامین نیروهای جایگزین از بین نیروهای موجود (در مورد مراکز دارای ۲ پزشک غیر زن و شوهر و بالاتر)

☞ رعایت ضوابط تامین پزشک و مامای جایگزین با انعقاد قرارداد با آنها

تبصره: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جایگزین را در اسرع وقت به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.

ماده ۴۵: در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند، در غیر این صورت، مرکز مشمول کسورات بیمه می شود.

تبصره ۱: در مورد مراکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان بگونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده خدمتی کرد. حق الزحمه این پزشکان در قالب اضافه کار، فوق العاده ماموریت یا فوق العاده ویژه برنامه پزشک خانواده پرداخت می شود.

تبصره ۲: بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، می توان با یک پزشک به عنوان پزشک جایگزین قرارداد بست. اگر این رقم، کمتر از ۱ شد، یک نفر لحاظ می گردد. این پزشکان در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان را داشته باشند. در استفاده از پزشک جایگزین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده مراکز ۱۲ گانه، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جایگزین واحد نداشته باشد.

ماده ۴۴: در صورت قرار گرفتن مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مناطق شهری یا حاشیه شهرها و روستاهای نزدیک به شهر، که روستاییان در خارج از ساعت اداری به واحدهای ارائه دهنده خدمت در شهر مراجعه می کنند، به منظور تسهیل در دسترسی مردم و جلوگیری از هدر رفتن منابع، می توان برای این مراکز بسته به نظر ستاد اجرایی شهرستان، بیتوته پزشک را حذف کرد و ارائه خدمت در ساعات غیر اداری را به مراکز اورژانس یا مراکز شبانه روزی موجود در شهر واگذار نمود.

تبصره ۱: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظر گرفته شده هر چه سریعتر محلی تامین گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز دارای محل بیتوته بصورت شیفتی بیتوته صورت گیرد تا اعتبار بیتوته پزشک کسر نشود. در غیر این صورت، حق بیتوته از دستمزد پزشک کسر می گردد.

تبصره ۲: ضرورت دارد معاون درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به منظور پذیرش مشمولین برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده توسط بیمارستان ها و مراکز اورژانس دستوری صادر نماید. البته برای استفاده از خدمات پزشک عمومی در ساعات غیراداری کلیه هزینه ها به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف اعتبار بیتوته پزشک مرکز و درآمد های اختصاصی برنامه).

تبصره ۳: بیمارستان ها و اورژانس های همکار از مراجعین روستایی دارای دفترچه بیمه روستایی و برگه ارجاع، فرانشیز خدمات پزشکی و خدمات دارویی و پاراکلینیکی را باید براساس دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده دریافت و لیست بیماران همراه هزینه مربوطه را ماهانه به شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه کنند.

تذکر: توصیه می شود از یک مرکز بهداشتی درمانی در نزدیکترین محل تردد مردم به عنوان مرکز معین استفاده شود و همان پزشکان مراکز روستایی بصورت شیفت بندی در این مرکز بیتوته نمایند. به مردم نیز برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری اطلاع رسانی گردد. حداکثر تا ۴ پزشک، شیفت های یک مرکز معین را بگردانند.

ماده ۴۷: خدمات بهداشتی با مسوولیت کامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و بدون اضافه کردن نیروی درگیر در بخش بهداشت باید با کیفیت مناسب و مبتنی بر آخرین بسته خدمات بهداشتی ابلاغی ارائه گردد. در ضمن، پزشکان خانواده موظف هستند آمار مراجعین خود را براساس چارچوب یکسان، روزانه ثبت کرده و ماهانه به واحد گسترش شبکه در مرکز بهداشت شهرستان گزارش کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از اطمینان از صحت اطلاعات، آن را به واحد گسترش شبکه در دانشگاه/دانشکده ارسال می دارد تا جمع بندی شود. اطلاعات جمع بندی شده دانشگاه/دانشکده هر ماهه به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد (بند ۱۳ تفاهم نامه مشترک).

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف به آموزش بسته های خدمت بهداشتی درمانی به پزشکان و ماماهاى طرف قرارداد و ابلاغ آن به آنها می باشد. ترجیحاً توصیه می شود از روش آموزش غیرحضورى استفاده شود. در ضمن، به محض انعقاد قرارداد با پزشک یا مامایی که بتازگی به برنامه وارد می شود باید دوره آموزشی ۳روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای آنها برگزار گردد و گواهی مربوط به این دوره صادر شود.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان موظف است پزشکان خانواده جدید را پس از عقد قرارداد به منظور شرکت در دوره آموزشی قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران به اداره کل بیمه سلامت استان معرفی کند و اداره بیمه برای این افراد پس از طی دوره، گواهینامه آموزشی صادر کند. زمان حضور پزشکان در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.

تبصره ۳: فرم های آماری مورد توافق وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران و دستورعمل تکمیل آن در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در نسخه ۱۵ آمده است. جدول خاص مرکز بهداشتی درمانی، باید ماهانه توسط تمامی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل شده و نتیجه آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان وظیفه دارد پس از اطمینان از صحت داده ها، آنها را در فرم مربوط به مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی کرده و به مرکز بهداشت استان ارسال دارد. مرکز بهداشت استان پس از اطمینان از صحت داده ها، ضمن ارسال یک نسخه از جدول ارسال شده از مراکز بهداشت شهرستان های تابعه به اداره کل بیمه استان، جمع بندی آنها را در فرم مخصوص مرکز بهداشت استان انجام داده و به مرکز مدیریت شبکه ارسال دارد.

توجه: فرم های آماری دیگری ازسوی مرکز مدیریت شبکه در فایل Excel تهیه شده است و برروی سایت Port.Health.gov.ir قرار دارد که ضروریست هر ۳ ماه یکبار بدون هیچگونه تغییری در ساختار فایل، تکمیل و ارسال گردد. همچنین، فرم های ثبت داده براساس عملکرد باید همانند پیوست شماره ۱۵ در نسخه ۱۵ دستورعمل طراحی گردد و هر مورد مراجعه برحسب نوع خدمت دریافتی ثبت شود و مطابق دستورعمل گردش کار فرم ها تکمیل شده و هر ۳ ماه یکبار به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

ماده ۴۸: پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مسوولیت سلامت مردم تحت پوشش خود در سطح اول و مدیریت چگونگی ارائه کلیه خدمات بهداشتی و درمانی، پیگیری فعال بیماران مزمن، و مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی را بر عهده دارند.

ماده ۴۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام مکمل های دارویی در انبار دارویی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده برای گروه های هدف برنامه مکمل یاری دراختیار خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت روستایی قرار داده تا بطور رایگان دراختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار گیرند.

تبصره ۱: پزشک خانواده نباید داروهای بهداشتی یا مکمل که دراختیار خانه بهداشت قرار دارد و باید رایگان ارائه شود را درمورد جمعیت هدف برنامه های بسته خدمتی تجویز نماید. برای داروهایی که با ثبت در دفترچه بیمه روستاییان و عشایر و دارندگان دفترچه سایر سازمانهای بیمه گر و سایر صندوق های سازمان بیمه سلامت ایران تجویز می شوند، ۳۰٪ فرانشیز از بیماران اخذ می گردد و در مورد داروهای تجویز شده برای افراد فاقد هرگونه دفترچه بیمه، باید هزینه کامل از بیمار دریافت شود (مگر درمورد نوزادان که تا زمان صدور دفترچه آنها، می توان از دفترچه مادر نوزاد استفاده کرد).

تبصره ۲: اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" فقط زمانی که ارائه خدمات دارویی درمحل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام می شود، وجاهت قانونی دارد.

تبصره ۳: براساس مصوبه هیات وزیران به شماره ۱۱۲۸۶۹/ت ۴۷۱۱۲ ه مورخ ۱۳۹۱/۶/۶، مبلغ تعرفه برای ارائه خدمات حرفه ای داروخانه ها در بخش دولتی و خصوصی تعیین شده است در صورت داشتن شرایط مندرج در بخشنامه مزبور برای هر نسخه به میزان ۱۵٪ قیمت نسخه و حداکثر تا ۵۰۰۰ ریال می باشد. ارائه خدمت دارویی در مرکز بهداشتی درمانی که داروساز وجود ندارد، مشمول حق فنی نمی شود و فقط حق نسخه پیچی اخذ می گردد (براساس آخرین بخشنامه مبلغ ۱۵۰۰ ریال).

تبصره ۴: چنانچه قیمت نسخه به بیش از ۱۰۲۰۰۰ ریال برسد، باید این نسخه ها در پایان هرماه به مرکز بهداشت شهرستان برای بررسی ارسال گردد. در بررسی نسخ توسط ستاد اجرایی شهرستان، چنانچه قیمت نسخه بی جهت بالا باشد یا تعداد قابل توجهی از نسخه های

یک پزشک خاص، ارقام بالا داشته باشند، باید بررسی لازم صورت گیرد و چنانچه شرایط موجه وجود نداشت، ضمن ارائه تذکر به پزشک، در ضریب عملکرد آن پزشک تاثیر خواهد داشت.

تبصره ۵: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور باید از محل اعتبارات جاری دانشگاه علوم پزشکی تامین شده و براساس دستورعمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت در اختیار مردم قرار داده شوند

ماده ۵۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات آزمایشگاهی در تمامی مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده (اولویت بخش دولتی) خواهد بود این بدان معنا نیست که در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاه راه اندازی گردد بلکه، امکان خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش غیردولتی یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین را باید در نظر گرفت.

تبصره ۱: چنانچه بخش دولتی واحد آزمایشگاه برای ارائه خدمات تعیین کرده باشد باید پزشک، بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد و به وی متذکر شود که در صورت مراجعه به واحد آزمایشگاه دیگری غیر از آن واحد معرفی شده، بایستی تمام هزینه ها را شخصاً پرداخت کند.

تبصره ۲: در هر ۳ تا ۶ ماه اجرای برنامه، تمامی آزمایشات مورد نیاز مردم با احتساب بار مراجعه به آزمایشگاه و رادیولوژی، متوسط تعداد خدمات مربوط در هر تجویز و متوسط قیمت هر تجویز برآورد شده و به ستاد هماهنگی کشوری اعلام گردد تا در صورت لزوم موارد آزمایش مورد نیاز سطح اول بازنگری شود. بنابراین، در طول اجرای برنامه باید آمار آزمایشات ثبت گردد. به هر حال، آنچه اهمیت دارد دسترسی روستاییان به تمامی خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز در سطح اول ارائه خدمات سلامت است.

تبصره ۳: چنانچه خدمات پاراکلینیکی خاصی در برنامه های جاری نظام شبکه پیش بینی شده باشد که جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده نباشد (مثل سونوگرافی رحم در برنامه مراقبت از مادران باردار)، پزشک می تواند آن موارد را در دفترچه بیمه روستایی نوشته و بیمار را به سطح دوم ارجاع دهد. (لیست موارد مجاز به ثبت در دفترچه بیمه روستایی بدون مراجعه به سطوح بالاتر ابلاغ شده است).

تبصره ۴: پزشک خانواده می تواند محدوده خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، سایر موارد آزمایشگاه و تصویربرداری که شامل بسته خدمت سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی مجاز به تجویز آنها می باشد را در دفترچه بیمه تجویز نماید. هزینه این خدمات توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می شود. به عنوان مثال ماموگرافی براساس بسته خدمت از این دسته خدمات می باشد که پزشک خانواده تجویز می کند ولی هزینه آن مستقیماً توسط بیمه سلامت پرداخت می شود..

ماده ۵۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین تمامی رادیوگرافی های ساده مرتبط با تروما و CX-Ray در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی می باشد (این بدان معنا نیست که در کلیه مراکز بهداشتی درمانی رادیولوژی راه اندازی گردد بلکه امکان خرید خدمات رادیولوژی از بخش غیردولتی یا امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر را باید در نظر گرفت).

ماده ۵۲: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفتهای شب در مرکز بهداشتی درمانی روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/خدمتگذار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد. نیازی به بیتوته کردن ماما یا پرستار نیست.

تبصره ۱: ماما، یا پرستار عضو تیم پزشکی خانواده و کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی موجود مرکز موظف هستند حتماً همسان با ساعات کار اداری پزشکی در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند.

تبصره ۲: چنانچه فاصله مرکز بهداشتی درمانی تا شهر طوری باشد که امکان تردد هرروزه برای ماما یا پرستار عضو تیم پزشکی خانواده میسر نگردد، لازم است مرکز بهداشت شهرستان در جهت تامین فضای زیست مناسب برای این افراد، همکاری و مساعدت نماید. در این موارد، می توان از همکاری و مشارکت مردم و شورای روستا نیز بهره گرفت.

ماده ۵۳: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کارکنان های بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) و بهورزان تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، الزامی است. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد.

تبصره ۱: با وجود آنکه حضور سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در ارائه بهتر خدمات بسیار موثر است ولی تصمیم گیری درمورد حضور آنها در یک شیفت ۸ ساعته یا طی دو شیفت صبح و عصر به عهده ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و مسوولین مربوطه می باشد. البته، **توصیه اکید** بر یکنواختی ساعت خدمت اعضای تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی با پزشک و مامای طرف قرارداد برنامه است.

تبصره ۲: افرادی که در دو شیفت صبح و عصر در مرکز بهداشتی درمانی حضور نداشته باشند، در صورتیکه مرکز در دو شیفت فعالیت می کند، حق استفاده از سهم کارانه معادل آنانکه حضوری برابر فعالیت مرکز را دارند، نخواهند داشت. در چنین شرایطی می توان پس از نتیجه پایش ۳ ماهه مرکز و کسب امتیاز عملکرد ۰/۹ (معادل ۱)، حداکثر معادل ۴۰٪ کارانه کارکنانی که در دو شیفت خدمت می دهند را به آنها پرداخت کرد. اگر همه کارکنان مرکز در ساعات مشابه، خدمت ارائه می دهند و تفاوتی در ساعات خدمت دهی آنها نیست، سهم سرانه براساس دستورعمل شیوه پرداخت و با نظر پزشک خانواده مرکز درمورد نحوه کارکرد هر یک از آنها تعیین می شود.

ماده ۵۴: در اجرای برنامه پزشکی خانواده در شرایط معمول، مانند دستورعمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار در روستاها باید **خانه بهداشت** و در شهرها باید **پایگاه بهداشت** باشد و پس از اینکه بهورز یا کارکنان پایگاه خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در دستورعمل های اجرایی هر برنامه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع دهد. (در صورت نبود پروتکل درمانی مشخص برای بهورز، یا تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند).

تبصره ۱: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است. **اولین ویزیت رایگان می باشد.** فرم پرونده سلامت خانوار و فرم اولین ویزیت به همراه سایر فرم ها (ویزیت پزشک خانواده، ارجاع به متخصص، و جمع آوری داده ها به همراه دستورعمل آنها) در پیوست شماره ۱۹ آمده است. در ویزیت پایه الکترونیک، فرم مربوطه در سایت visit.iehs.ir طراحی گردیده است که برای مراکز بهداشتی درمانی دارای دسترسی به رایانه و اینترنت باید از آن استفاده شود.

تبصره ۲: پزشکان در دانشگاه های دارای شرایط، باید در طول سال ۱۳۹۳ برای تمامی جمعیت تحت پوشش خود پرونده الکترونیک سلامت تشکیل دهند. در غیراینصورت در نتیجه پایش عملکرد آنها تاثیر خواهد داشت. درمورد پزشکان سایر دانشگاه/دانشکده های

علوم پزشکی در صورت دسترسی به رایانه و اینترنت باید ویزیت اول انجام شده و پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شود و در غیراینصورت، پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

تبصره ۳: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، باز هم اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است. البته اگر کار بصورت الکترونیکی انجام شده باشد، اطلاعات خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد (مراجعه به راهنمای ثبت اطلاعات سامانه خدمات سلامت ایران).

تبصره ۴: در هنگام ویزیت دوره ای افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده، باید ماما یا پرستار یا بهورز حضور داشته باشد و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز یا کاردان یا رابط بهداشت او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت/پایگاه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت/پایگاه بهداشت یا مکان مناسب دیگری که برای این امر اختصاص داده شده است، ویزیت کند. حداقل هر ۳ سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش و برای گروه های هدف مطابق با بسته های خدمت انجام شود.

تبصره ۵: اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، دراختیار ماما یا پرستار همراه پزشک قرار می گیرد. فقط در این حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۶: هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد.

ماده ۵۵: چنانچه کل جمعیت مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، بیش از ۳۵۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت به تساوی و با تفاهم بین پزشکان آن مرکز تقسیم شود و دقیقاً مشخص گردد که هر پزشک، مسوول کدام خانوارها است.

تبصره: کلیه بیماران تحت پوشش پزشکی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

ماده ۵۶: میانگین ارقام دارویی تجویز شده در هر نسخه پزشک نبایستی در بررسی های فصلی نسخ آن پزشک، بیشتر از ۲/۵ قلم باشد. افزایش ارقام متوسط دارویی سبب کاهش امتیاز عملکرد در پایش پزشک می شود.

تبصره: چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، می توان این رقم را تا ۳ قلم دارو پذیرفت.

ماده ۵۷: میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایشات سطح اول در بررسی های فصلی نبایستی بیش از ۱۰ درصد مراجعین باشد. این میزان برای ارجاع به متخصص نباید از ۱۵٪ مراجعین بالاتر رود.

ماده ۵۸: میانگین موارد ارجاع برای انجام خدمات رادیولوژی سطح اول در بررسی های فصلی نباید بیش از ۴ درصد مراجعه کنندگان باشد. مواردی مثل سونوگرافی رحم که در برنامه جاری مراقبت مادران باردار آمده است ولی جزو خدمت رایج برنامه پزشک خانواده در سطح اول خدمات نیست، در محاسبه ۴٪ وارد نمی شوند.

ماده ۵۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و در صورت ضرورت، بیمار را به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

ماده ۶۰: پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشکی خانواده باید آموزش ببینند تا در شرایط فوریت های پزشکی برای مراجعه کننده به واحد ارائه خدمت، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.

ماده ۶۱: پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.

ماده ۶۲: مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها باید بنا بر فرم قرارداد تعیین شده برای ارائه خدمات پزشکی و خدمات تخصصی پیراپزشکی (مامایی، پرستاری، دارویی و پاراکلینیکی) عقد قرارداد کنند که نمونه فرم قراردادهای مربوط و فرم های بکارگیری در پیوست های مختلف این دستورعمل آمده است.

توجه: پزشکی که در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی باجمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر، بیتوته می کند، نیازی به ارائه خدمت در شیفت کاری صبح روز بعد را ندارد. خاطر نشان می سازد این مراکز دارای ۴ پزشک هستند و روز بعد ۳ پزشک در مرکز فعال خواهند بود.

ماده ۶۳: خدمات سلامت دهان و دندان طی دستورعمل جداگانه ای ابلاغ می شود.

ماده ۶۴: مرکز بهداشت دانشگاه/ دانشکده موظف است فهرست تجهیزات فنی اساسی و تعمیرات ضروری مورد نیاز برای مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را به تفکیک نام مرکز و برآورد اعتبار براساس سرانه به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند و ماهانه گزارش عملکرد خود را طی فرم مشخص موجود در سامانه معاونت بهداشت (port.health.gov.ir) به مرکز مدیریت شبکه ارسال نماید.

ماده ۶۵: ستاد هماهنگی شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/دانشکده باید برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، ماما/پرستار طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش در مرکز آموزش بهورزی تقویت شده اقدام کند.

تبصره ۱: با توجه به ناهمگونی مهارت های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت شده با مکانیسم خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد هماهنگی کشوری/دانشگاهی/دانشکده ای انجام شود.

ماده ۶۶: ستاد هماهنگی دانشگاه/دانشکده موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماها طرف قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین شده بعمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنها و بسته های خدمت الزام دارد. آموزش های ضمن خدمت براساس نتایج پایش ها، تعیین می گردند.

ماده ۶۷: ادارات کل بیمه سلامت استان بصورت مشترک یا اختصاصی با استفاده از چک لیستی که با تفاهم مشترک وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، اقدام به نظارت ماهانه از مراکز مجری برنامه می نمایند. نتیجه این چک لیست باید تا قبل از نظارت بعدی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام شود تا مرکز بهداشت شهرستان هرچه سریعتر نسبت به رفع مشکلاتی که از سوی اداره کل بیمه استان اعلام شده است، اقدام کند. یادآوری می شود مبنای پرداخت های بعدی و کسورات بیمه، نتیجه پایش مشترک هر ۳ ماه یکبار می باشد.

فصل ششم: مکانیسم پرداخت

در برنامه پزشکی خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب (اپتیموم) جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می شود. در این دستورعمل هر جا از سوابق ماندگاری بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان است. چنانچه پزشکی با یکی از بیمه ها طرف قرارداد بوده و بتازگی جزو نیروهای طرف قرارداد شبکه شده است، همانند پزشک بدون هیچ ماندگاری محسوب می شود.

ماده ۶۶: در مکانیسم پرداخت پزشک، اجزا تاثیر گذار بر دریافتی پزشک عبارتند از:

۱- **سهام محرومیت:** میانگین ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. عدد $۱ = ۵۰۰۰۰۰۰$ ریال و براساس جدول زیر در دامنه ۵۰۰۰۰۰۰ ریال تا ۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال تغییر می کند. چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، مثلا "۱/۱۳ شد باید مبلغ ۱/۱۵ را از ۱/۱۰ کم کرده و بر ۵ تقسیم کرد و هرچه بدست آمد در ۳ ضرب کرده و با ۱/۱۰ جمع نمود.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک	متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
۵۰۰۰۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۶۲۵۰۰۰	۱/۰۵
۷۵۰۰۰۰	۱/۱۰
۸۷۵۰۰۰	۱/۱۵
۱۰۰۰۰۰۰	۱/۲۰
۱۱۲۵۰۰۰	۱/۲۵
۱۲۵۰۰۰۰	۱/۳۰
۱۳۷۵۰۰۰	۱/۳۵
۱۵۰۰۰۰۰	۱/۴۰
۱۶۲۵۰۰۰	۱/۴۵
۱۷۵۰۰۰۰	۱/۵۰
۱۸۷۵۰۰۰	۱/۵۵
۲۰۰۰۰۰۰	۱/۶۰
۲۱۲۵۰۰۰	۱/۶۵
۲۲۵۰۰۰۰	۱/۷۰
۲۳۷۵۰۰۰	۱/۷۵
۲۵۰۰۰۰۰	۱/۸۰
۲۶۲۵۰۰۰	۱/۸۵
۲۷۵۰۰۰۰	۱/۹۰
۲۸۷۵۰۰۰	۱/۹۵
۳۰۰۰۰۰۰	۲/۰۰

۲- سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان پزشک خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال کامل خدمت (برحسب تومان) براساس جدول زیر تعیین می شود. چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، بازای هر ۰/۰۱ محاسبه گردد. ارقام جدول برحسب تومان است.

بازای یکسال خدمت در سطح کشور		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
تا ۶ سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	بیشتر	
۶۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۰۰۰۰	۲۵۰۰۰	۱۴۰۰۰	۳۵۰۰۰	۲۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱/۰۰
۹۰۰۰	۲۲۰۰۰	۱۴۰۰۰	۳۵۰۰۰	۱۹۰۰۰	۴۷۰۰۰	۲۶۰۰۰	۶۵۰۰۰	۱/۰۵
۱۲۰۰۰	۲۹۰۰۰	۱۸۰۰۰	۴۵۰۰۰	۲۴۰۰۰	۵۹۰۰۰	۳۲۰۰۰	۸۰۰۰۰	۱/۱۰
۱۵۰۰۰	۳۶۰۰۰	۲۲۰۰۰	۵۵۰۰۰	۲۹۰۰۰	۷۱۰۰۰	۳۸۰۰۰	۹۵۰۰۰	۱/۱۵
۱۸۰۰۰	۴۳۰۰۰	۲۶۰۰۰	۶۵۰۰۰	۳۳۰۰۰	۸۳۰۰۰	۴۴۰۰۰	۱۱۰۰۰۰	۱/۲۰
۲۱۰۰۰	۵۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۷۵۰۰۰	۳۸۰۰۰	۹۵۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰	۱/۲۵
۲۴۰۰۰	۵۷۰۰۰	۳۴۰۰۰	۸۵۰۰۰	۴۳۰۰۰	۱۰۷۰۰۰	۵۶۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۱/۳۰
۲۷۰۰۰	۶۴۰۰۰	۳۸۰۰۰	۹۵۰۰۰	۴۸۰۰۰	۱۱۹۰۰۰	۶۲۰۰۰	۱۵۵۰۰۰	۱/۳۵
۳۰۰۰۰	۷۱۰۰۰	۴۲۰۰۰	۱۰۵۰۰۰	۵۲۰۰۰	۱۳۱۰۰۰	۶۸۰۰۰	۱۷۰۰۰۰	۱/۴۰
۳۳۰۰۰	۷۸۰۰۰	۴۶۰۰۰	۱۱۵۰۰۰	۵۷۰۰۰	۱۴۳۰۰۰	۷۴۰۰۰	۱۸۵۰۰۰	۱/۴۵
۳۶۰۰۰	۸۵۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰	۶۲۰۰۰	۱۵۵۰۰۰	۸۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۱/۵۰
۳۹۰۰۰	۹۲۰۰۰	۵۴۰۰۰	۱۳۵۰۰۰	۶۷۰۰۰	۱۶۷۰۰۰	۸۶۰۰۰	۲۱۵۰۰۰	۱/۵۵
۴۲۰۰۰	۹۹۰۰۰	۵۸۰۰۰	۱۴۵۰۰۰	۷۲۰۰۰	۱۷۹۰۰۰	۹۲۰۰۰	۲۳۰۰۰۰	۱/۶۰
۴۵۰۰۰	۱۰۶۰۰۰	۶۲۰۰۰	۱۵۵۰۰۰	۷۶۰۰۰	۱۹۱۰۰۰	۹۸۰۰۰	۲۴۵۰۰۰	۱/۶۵
۴۸۰۰۰	۱۱۳۰۰۰	۶۶۰۰۰	۱۶۵۰۰۰	۸۱۰۰۰	۲۰۳۰۰۰	۱۰۴۰۰۰	۲۶۰۰۰۰	۱/۷۰
۵۱۰۰۰	۱۲۰۰۰۰	۷۰۰۰۰	۱۷۵۰۰۰	۸۶۰۰۰	۲۱۵۰۰۰	۱۱۰۰۰۰	۲۷۵۰۰۰	۱/۷۵
۵۴۰۰۰	۱۲۷۰۰۰	۷۴۰۰۰	۱۸۵۰۰۰	۹۱۰۰۰	۲۲۷۰۰۰	۱۱۶۰۰۰	۲۹۰۰۰۰	۱/۸۰
۵۷۰۰۰	۱۳۴۰۰۰	۷۸۰۰۰	۱۹۵۰۰۰	۹۶۰۰۰	۲۳۹۰۰۰	۱۲۲۰۰۰	۳۰۵۰۰۰	۱/۸۵
۶۰۰۰۰	۱۴۱۰۰۰	۸۲۰۰۰	۲۰۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۲۵۱۰۰۰	۱۲۸۰۰۰	۳۲۰۰۰۰	۱/۹۰
۶۳۰۰۰	۱۴۸۰۰۰	۸۶۰۰۰	۲۱۵۰۰۰	۱۰۵۰۰۰	۲۶۳۰۰۰	۱۳۴۰۰۰	۳۳۵۰۰۰	۱/۹۵
۶۶۰۰۰	۱۵۵۰۰۰	۹۰۰۰۰	۲۲۵۰۰۰	۱۱۰۰۰۰	۲۷۵۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰	۲/۰۰

خاطرنشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً "اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان پزشک خانواده ۷ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد و ۸ ماه در مرکز دیگری به نام حسن آباد همین شهرستان الف خدمت کرده است که ضریب محرومیت آنها ۱/۹۰ می باشد، بازای ۷ ماه خدمت در همین مرکز طرف قرارداد ۱۸۶۶۶۷ تومان (یعنی هفت دوازدهم ۳۲۰۰۰۰ تومان) بعلاوه ۱۶۷۳۳۳ تومان (یعنی هشت دوازدهم ۲۵۱۰۰۰ تومان) به عنوان سهم ماندگاری برای وی باید تعیین گردد (۳۵۴۰۰۰ تومان).

چنانچه پزشکی مدت ۳۰ ماه در همان مرکز علی آباد فعالیت داشته و در حال حاضر هم قرارداد برای همان مرکز منعقد می گردد باید ۱۰۰۰۰۰۰ تومان سهم ماندگاری به وی تعلق گیرد (هر ۱۲ ماه ۳۲۰۰۰۰ تومان).
چنانچه پزشکی در یک مرکز خاص با ضریب محرومیت ۲ به مدت ۷ سال ($۱۲*۷=۸۴$ ماه) بدون وقفه خدمت کرده باشد باید بازای هر سال تا ۶ سال (۷۲ ماه) ۳۵۰۰۰۰ تومان به حقوق وی اضافه شود ($۳۵۰۰۰۰*۶=۲۱۰۰۰۰۰$) برای سال هفتم مبلغ ۱۴۰۰۰۰ تومان اضافه می شود که برای این گزینه ۲۲۴۰۰۰۰ تومان خواهد شد.

۳. **جمعیت:** بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، و منطقه) مبلغ ۱۱۱۴ تومان می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم بین ۱۱۱۴ تا ۱۵۳۴ تومان متغیر است: چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی در فاصله دو عدد متوالی بدست آمد، بازای هر ۰/۰۱ محاسبه گردد.

اگر نتیجه ارزشیابی فصلی پزشک بیش از ۹۰٪ شد، می توان برحسب یک درصد اضافی، تا ۲٪ پاداش به وی پرداخت کرد.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	مبلغ تعیین شده برای هر نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی تحت پوشش پزشک (K)
۱/۰۰	۱۱۱۴ تومان
۱/۰۵	۱۱۳۵
۱/۱۰	۱۱۵۶
۱/۱۵	۱۱۷۷
۱/۲۰	۱۱۹۸
۱/۲۵	۱۲۱۹
۱/۳۰	۱۲۴۰
۱/۳۵	۱۲۶۱
۱/۴۰	۱۲۸۲
۱/۴۵	۱۳۰۳
۱/۵۰	۱۳۲۴
۱/۵۵	۱۳۴۵
۱/۶۰	۱۳۶۶
۱/۶۵	۱۳۸۷
۱/۷۰	۱۴۰۸
۱/۷۵	۱۴۲۹
۱/۸۰	۱۴۵۰
۱/۸۵	۱۴۷۱
۱/۹۰	۱۴۹۲
۱/۹۵	۱۵۱۳
۲/۰۰	۱۵۳۴

۴- **تعداد شب بیتوته:** در هر مرکز مجری برنامه، باید هر شب یک پزشک بیتوته نماید. در مراکز تک پزشک باید پزشک مرکز با پزشک یا پزشکان نزدیکترین مرکز بصورت شیفت بندی و نوبتی بیتوته داشته باشند. در مراکز که در فاصله کمتر از ۱۰ کیلومتر تا شهر قرار دارند، چنانچه امکان بیتوته وجود نداشته می توان پزشک مرکز را با پزشکان مرکز معین موجود در شهر بصورت شیفت بندی در نوبت بیتوته قرارداد و به مردم نیز برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری، اطلاع رسانی کرد. براساس قسمت الف از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، ۱۲٪ حقوق محاسبه شده برای پزشک، سهم بیتوته وی است. چنانچه پزشکی بیتوته نداشته باشد، این سهم از حقوق وی کسر می شود و در اختیار مرکز بهداشت شهرستان برای پرداخت های پاداش و اضافی به سایر پزشکان استفاده می گردد.

خاطرنشان می‌سازد بیتوته شامل ساعات غیراداری و روزهای تعطیل می‌شود که ۱۲٪ سهم بیتوته در حقوق پزشک به نسبت مساوی (۶٪ برای ساعات غیراداری روزهای شنبه تا چهارشنبه و ۶٪ برای روزهای تعطیل) در نظر گرفته می‌شود.

بیتوته و دهگردشی جزو وظایف لاینفک پزشک خانواده طرف قرارداد است و هیچ پزشکی مجاز نیست از آن سرپیچی کند و اعلام دارد که اعتبار آن قسمت را نمی‌خواهد.

۵- سهم پراکندگی یا دهگردشی: همانطور که قبلاً هم گفته شد پزشک خانواده باید دوبار در هفته به خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت تحت پوشش خود سرکشی کند. البته، چنانچه تعداد خانه بهداشت در پوشش یک پزشک بیش از ۵ باب باشد، مراجعه یکبار در هفته کفایت. همچنین، باید هر ماه یکبار به روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. براساس قسمت الف از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، ۶٪ حقوق محاسبه شده برای پزشک، سهم دهگردشی وی است. چنانچه پزشکی دهگردشی نداشته باشد، این سهم از حقوق وی کسر می‌شود و در اختیار مرکز بهداشت شهرستان برای پرداخت‌های پاداش و اضافی به سایر پزشکان استفاده می‌گردد.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	سهام بیتوته (تومان)	سهام دهگردشی (تومان)
۱/۰۰	۶۶۰۰۰۰	۳۳۰۰۰۰
۱/۰۵	۶۹۲۰۰۰	۳۴۶۰۰۰
۱/۱۰	۷۲۴۰۰۰	۳۶۲۰۰۰
۱/۱۵	۷۵۶۰۰۰	۳۷۸۰۰۰
۱/۲۰	۷۸۸۰۰۰	۳۹۴۰۰۰
۱/۲۵	۸۲۰۰۰۰	۴۱۰۰۰۰
۱/۳۰	۸۵۲۰۰۰	۴۲۶۰۰۰
۱/۳۵	۸۸۴۰۰۰	۴۴۲۰۰۰
۱/۴۰	۹۱۶۰۰۰	۴۵۸۰۰۰
۱/۴۵	۹۴۸۰۰۰	۴۷۴۰۰۰
۱/۵۰	۹۸۰۰۰۰	۴۹۰۰۰۰
۱/۵۵	۱۰۱۲۰۰۰	۵۰۶۰۰۰
۱/۶۰	۱۰۴۴۰۰۰	۵۲۲۰۰۰
۱/۶۵	۱۰۷۶۰۰۰	۵۳۸۰۰۰
۱/۷۰	۱۱۰۸۰۰۰	۵۵۴۰۰۰
۱/۷۵	۱۱۴۰۰۰۰	۵۷۰۰۰۰
۱/۸۰	۱۱۷۲۰۰۰	۵۸۶۰۰۰
۱/۸۵	۱۲۰۴۰۰۰	۶۰۲۰۰۰
۱/۹۰	۱۲۳۶۰۰۰	۶۱۸۰۰۰
۱/۹۵	۱۲۶۸۰۰۰	۶۳۴۰۰۰
۲/۰۰	۱۳۰۰۰۰۰	۶۵۰۰۰۰

۶- **ضریب عملکرد:** براساس دو نوع چک لیست که هر سه ماه یکبار باید انجام شود، تعیین می گردد: **یکی**، چک لیست پایش مرکز شبکه شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد. **دیگری**، چک لیست برنامه های مختلف که در بسته خدمت جزو وظایف پزشک تعریف شده اند و باید توسط ادارات مختلف حوزه معاونت بهداشت بصورت فصلی پایش شوند.

ضریب عملکرد از نتایج این دو گروه چک لیست تعیین می شود. در چک لیست های پایش، برحسب تعداد سوالات و نمراتی که هر سوال دارد، امتیاز نهایی ارائه می گردد. چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از

۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهد شد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. یعنی اگر نتیجه پایش پزشکی ۸۵٪ شد باید ۱۵٪ از حقوق کلی وی کسر گردد. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا با کسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به پزشک خانواده تاثیر می گذارد.

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:
ضریب عملکرد * {سهم بیتوته + سهم دهگردشی + (K ریال * جمعیت) + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: از آنجاکه، مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در روزهای تعطیل هم باید ارائه خدمت دهند که البته حضور پزشک خانواده (به صورت بیتوته) کافیتست. بنابراین، نسبت حضور عبارتست از: نسبت روزهایی که پزشک در محل خدمت خود (براساس شیفت تعیین شده) حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که پزشک غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از کل حقوق وی کسر می گردد. این موضوع، شامل روزهای تعطیل که پزشک موظف به ارائه شیفت بود نیز می شود.

خاطر نشان می گردد مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، باید اولاً "پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته بصورت شیفتی بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود و ثانیاً" اگر حتی بیتوته برای شیفت شب نیاز نیست و مرکز نزدیکی هم وجود ندارد ولی باید روزهای تعطیل خدمت ارائه دهد. البته درمورد کسر نسبت حضور، گزینه تعداد شب بیتوته باید از فرمول کسر گردد و سپس، آنچه می ماند بر عدد ۳۰ تقسیم شود.

۳۰٪ ضریب عملکرد * {سهم دهگردشی + (K ریال * جمعیت) + ماندگاری + سهم محرومیت}

حضور در شیفت یا بیتوته: تعداد شب هایی که پزشک به عنوان شیفت یا بیتوته ای که در وظیفه یا نوبت وی قرار گرفته است، چنانچه بر سر نوبت بیتوته خود حاضر نشود، مبلغ بیتوته آن شب از دریافتی وی کسر می گردد.

حضور در هر شیفت کاری: چنانچه پزشک در هریک از شیفت های دو نوبته کار روزانه خود غیبت غیرموجه کرد (غیر از مرخصی، دهگردشی و شرکت در آموزش) ۳۵٪ کل حقوق روزانه وی بازای هر شیفت غیبت روزانه از حقوق وی کسر می گردد.

دامنه نوسان دستمزد پزشک خانواده: برای جمعیت تحت پوشش ۳۵۰۰ نفری با کمترین ضرایب محرومیت (۱)، دهگردشی و با ضریب عملکرد ۱ و به شرط حضور و بیتوته و دربدو خدمت به عنوان پزشک خانواده، رقمی حدود ۵۵۰۰۰۰۰ تومان می شود. همین

رقم در بالاترین ضرایب (۲) و عملکرد ۱/۰ برحسب شرایط محرومیت منطقه، حداقل تا بیش از ۱۰۹۲۲۵۰۰ تومان می شود. البته بازی جمعیت حداقل یعنی ۲۰۰۰ نفر با کمترین ضرایب و ضریب عملکرد ۱ به شرط حضور و بیتوته کامل رقمی حدود ۳۷۵۰۰۰۰ تومان می شود.

تبصره ۱: چنانچه با محاسبات انجام شده حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده با حداقل ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، انجام بیتوته، دهگردشی و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۵۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه شد باید حقوق وی را به ۵۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه افزایش داد. البته براساس مقررات و نوع بیمه کسورات لازم مثل بیمه، مالیات و غیره از این مبلغ کسر خواهد شد. به عبارت دیگر، رقم حداقل ۵۵۰۰۰۰۰ تومان تفاهم نامه، خالص دریافتی پزشک نیست.

تبصره ۲: براساس تبصره ۲ از بند ۴ تفاهم نامه مشترک حقوق پزشکان طرحی و پیام آور نباید بیش از ۶۵٪ حقوق پزشکان غیر طرحی باشد.

تبصره ۳: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه های بهداشت و روستاهای سیاری باید بین پزشکان بطور مساوی تقسیم گردد. مثلاً "اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت در پوشش دارد و دارای ۲ پزشک است برای هر پزشک، ۳ خانه بهداشت در نظر گرفته شود.

تبصره ۴: در صورتیکه پزشک بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازی هر روز غیبت به میزان ۲/۵ روز از کل دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

تبصره ۵: چنانچه ضریب عملکرد پزشکی طی دو دوره پشت سرهم پایش عملکرد، ۰/۷۰ بدست آید، در هر بار اخطار کتبی داده می شود و قرارداد وی در بار دوم، لغو می گردد.

ماده ۶۷: برای مراکز که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل را تعطیل کرد. البته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، بین این مرکز و نزدیکترین مرکز قابل دسترس مردم، (با حداکثر نیم ساعت فاصله زمانی دسترسی با خودرو)، یکی را برای ارائه خدمت در روزهای جمعه و تعطیل به مردم تحت پوشش این مراکز به عنوان کشیک قرار دهد. درضمن، لازم است نام، محل و نشانی مرکز کشیک بنحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز دارای یک پزشک نیز بصورت شیفت بندی شده باید در این مرکز کشیک دهند و نباید بابت روزهایی که کشیک برای آنها در نظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.

ماده ۶۸: حق الزحمه پزشکان قراردادی به عنوان پزشک جایگزین معادل متوسط حق الزحمه پزشکان شهرستان یا شهرستان های محل ماموریت پزشک جایگزین مزبور بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد.

ماده ۶۹: پزشکان خانواده ۲/۵ روز در ماه مرخصی استحقاقی دارند (۳۰ روز در سال). ولی بطور متوالی نمی توان بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کرد. هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد و فقط اگر زمان مرخصی، با بیتوته پزشک همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود. برای بازخرید مرخصی مانده (فقط تا ۱۵ روز) مبنای محاسبه کل مبلغ قرارداد پزشک منهای مبلغ مربوط به بیتوته وی می باشد (نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷).

تبصره ۱: در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصرًا "حقوق روزانه براساس اصل حقوق به فرد پرداخت می گردد و کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می

شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۳ اقدام مختلف انجام داد:

- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز بهداشتی درمانی تابعه خود که نیاز دارد به کار بگمارد.
- در صورتیکه نیازی به وی بعد از بازگشت از مرخصی استعلاجی نبود، با حداقل حقوق می تواند در همان مرکز محل خدمت خود تا پایان مدت قرارداد به خدمت ادامه دهد.
- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وی رضایت حاصل است، در زمان مرخصی وی با فرد جایگزین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصی استعلاجی فرد) تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

ماده ۷۰: از پول پزشکان قراردادی حدود ۷۰٪ هر ماهه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت می شود. قابل توجه است که سهم نتیجه پایش عملکرد هر ۳ ماه یکبار، ۳۰٪ است.

ماده ۷۱: پزشکان استخدامی هرماه، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق خود (براساس حکم حقوقی) را پس از کسورات قانونی آن تا حدود ۷۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت دریافت می کنند و ۳۰٪ باقیمانده را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

ماده ۷۲: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی، برابر زمان آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد به وی پرداخت کند. مثلاً "اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل ۱۵ روز کامل (براساس مقررات بیمه فرد) باید دریافت کند.

تبصره ۱: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد و مقررات حاصل از نوع بیمه فرد (بیمه سلامت و بیمه تأمین اجتماعی)، باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

ماده ۷۳: پزشکان، ماماها، و پرستاران طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

ماده ۷۴: در مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار، اجزا تاثیرگذار بر دریافتی آنها همانند آنچه درمورد پزشک گفته شد، شامل موارد زیر است:

۱- سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان و شهرستان و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. برای کارشناسان عدد ۳۸۵۰۰۰=۱ و برای کاردان ها رقم ۳۴۵۰۰۰ تومان می باشد. برطبق جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای کارشناسان از ۳۸۵۰۰۰ تومان تا ۸۸۵۰۰۰ تومان و برای کاردان ها از ۳۴۵۰۰۰ تا ۵۴۵۰۰۰ تومان متغیر است.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت درمورد:		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
ماما یا پرستار کاردان	ماما یا پرستار کارشناس	
۳۴۵۰۰۰ تومان	۳۸۵۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۳۵۵۰۰۰	۴۱۰۰۰۰	۱/۰۵
۳۶۵۰۰۰	۴۳۵۰۰۰	۱/۱۰
۳۷۵۰۰۰	۴۶۰۰۰۰	۱/۱۵
۳۸۵۰۰۰	۴۸۵۰۰۰	۱/۲۰
۳۹۵۰۰۰	۵۱۰۰۰۰	۱/۲۵
۴۰۵۰۰۰	۵۳۵۰۰۰	۱/۳۰
۴۱۵۰۰۰	۵۶۰۰۰۰	۱/۳۵
۴۲۵۰۰۰	۵۸۵۰۰۰	۱/۴۰
۴۳۵۰۰۰	۶۱۰۰۰۰	۱/۴۵
۴۴۵۰۰۰	۶۳۵۰۰۰	۱/۵۰
۴۵۵۰۰۰	۶۶۰۰۰۰	۱/۵۵
۴۶۵۰۰۰	۶۸۵۰۰۰	۱/۶۰
۴۷۵۰۰۰	۷۱۰۰۰۰	۱/۶۵
۴۸۵۰۰۰	۷۳۵۰۰۰	۱/۷۰
۴۹۵۰۰۰	۷۶۰۰۰۰	۱/۷۵
۵۰۵۰۰۰	۷۸۵۰۰۰	۱/۸۰
۵۱۵۰۰۰	۸۱۰۰۰۰	۱/۸۵
۵۲۵۰۰۰	۸۳۵۰۰۰	۱/۹۰
۵۳۵۰۰۰	۸۶۰۰۰۰	۱/۹۵
۵۴۵۰۰۰	۸۸۵۰۰۰	۲/۰۰

۲- سهم ماندگاری در تیم پزشکی خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان مامای تیم سلامت در برنامه پزشکی خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال خدمت (برحسب تومان) تعیین می شود:

بازای یکسال خدمت در سطح کشور		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
تا ۶سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶سال و بیشتر	بیشتر	تا ۶سال و بیشتر	بیشتر	
۳۴۰۰	۱۰۰۰۰	۴۷۰۰	۱۲۵۰۰	۶۳۰۰	۱۵۵۰۰	۱۱۰۰۰	۳۱۰۰۰	۱/۰۰
۳۶۰۰	۱۰۵۰۰	۵۰۰۰	۱۳۰۰۰	۶۶۰۰	۱۶۰۰۰	۱۱۵۰۰	۳۲۰۰۰	۱/۰۵
۳۸۰۰	۱۱۰۰۰	۵۳۰۰	۱۳۵۰۰	۶۹۰۰	۱۶۵۰۰	۱۲۰۰۰	۳۳۰۰۰	۱/۱۰
۴۰۰۰	۱۱۵۰۰	۵۶۰۰	۱۴۰۰۰	۷۲۰۰	۱۷۰۰۰	۱۲۵۰۰	۳۴۰۰۰	۱/۱۵
۴۲۰۰	۱۲۰۰۰	۶۰۰۰	۱۵۰۰۰	۷۵۰۰	۱۸۰۰۰	۱۳۰۰۰	۳۵۰۰۰	۱/۲۰
۴۴۰۰	۱۲۵۰۰	۶۴۰۰	۱۶۰۰۰	۷۸۰۰	۱۹۰۰۰	۱۳۵۰۰	۳۶۰۰۰	۱/۲۵
۴۶۰۰	۱۳۰۰۰	۶۸۰۰	۱۷۰۰۰	۸۲۰۰	۲۰۰۰۰	۱۴۰۰۰	۳۷۰۰۰	۱/۳۰
۴۸۰۰	۱۳۵۰۰	۷۲۰۰	۱۸۰۰۰	۸۶۰۰	۲۱۰۰۰	۱۴۵۰۰	۳۸۰۰۰	۱/۳۵
۵۰۰۰	۱۴۰۰۰	۷۶۰۰	۱۹۰۰۰	۹۰۰۰	۲۳۰۰۰	۱۵۰۰۰	۴۰۰۰۰	۱/۴۰
۵۳۰۰	۱۴۵۰۰	۸۰۰۰	۲۰۰۰۰	۹۵۰۰	۲۴۰۰۰	۱۶۰۰۰	۴۲۰۰۰	۱/۴۵
۵۶۰۰	۱۵۰۰۰	۸۵۰۰	۲۱۰۰۰	۱۰۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۷۰۰۰	۴۴۰۰۰	۱/۵۰
۵۹۰۰	۱۶۰۰۰	۹۰۰۰	۲۲۰۰۰	۱۰۵۰۰	۲۸۰۰۰	۱۸۰۰۰	۴۶۰۰۰	۱/۵۵
۶۲۰۰	۱۷۰۰۰	۹۵۰۰	۲۳۰۰۰	۱۱۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۹۰۰۰	۴۸۰۰۰	۱/۶۰
۶۵۰۰	۱۸۰۰۰	۱۰۰۰۰	۲۴۵۰۰	۱۱۵۰۰	۳۲۰۰۰	۲۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱/۶۵
۷۰۰۰	۱۹۰۰۰	۱۰۵۰۰	۲۶۰۰۰	۱۲۰۰۰	۳۴۰۰۰	۲۱۰۰۰	۵۲۰۰۰	۱/۷۰
۷۵۰۰	۲۰۰۰۰	۱۱۰۰۰	۲۷۵۰۰	۱۳۰۰۰	۳۶۰۰۰	۲۲۰۰۰	۵۴۰۰۰	۱/۷۵
۸۰۰۰	۲۱۵۰۰	۱۲۰۰۰	۲۹۰۰۰	۱۴۰۰۰	۳۸۰۰۰	۲۳۰۰۰	۵۶۰۰۰	۱/۸۰
۹۰۰۰	۲۳۰۰۰	۱۳۰۰۰	۳۱۰۰۰	۱۵۵۰۰	۴۱۰۰۰	۲۴۰۰۰	۵۹۰۰۰	۱/۸۵
۱۰۰۰۰	۲۴۵۰۰	۱۴۰۰۰	۳۳۵۰۰	۱۷۰۰۰	۴۴۰۰۰	۲۵۰۰۰	۶۲۰۰۰	۱/۹۰
۱۱۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۵۰۰۰	۳۵۰۰۰	۱۹۰۰۰	۴۷۰۰۰	۲۶۰۰۰	۶۶۰۰۰	۱/۹۵
۱۲۰۰۰	۲۸۰۰۰	۱۶۰۰۰	۳۷۰۰۰	۲۱۰۰۰	۵۰۰۰۰	۲۷۰۰۰	۷۰۰۰۰	۲/۰۰

خاطر نشان می سازد که آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً" اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف با ضریب محرومیت ۱/۵ بسته

می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان مامای تیم سلامت ۱۲ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی اباد شهرستان الف و ۸ ماه در مرکز بهداشتی درمانی حسن آباد همین شهرستان خدمت کرده باشد. برای محاسبه ضریب ماندگاری بازای ۱۲ ماه خدمت در همین مرکز مبلغ ۴۴۰۰۰ تومان و بازای ۸ ماه خدمت در مرکز دیگری در همین شهرستان مبلغ ۱۷۳۰۰ تومان و در کل ۶۱۳۰۰ تومان به عنوان ضریب ماندگاری وی تعیین می گردد.

همانطور که در جدول آمده است برای افرادی که ۶ سال و بالاتر خدمت دارند بازای هر سال خدمت آنها برحسب محل موردنظر، مبلغ دیگری که در جدول مشاهده می شود، به حقوق فرد اضافه می گردد.

۳- جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش (کل جمعیت)، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، و منطقه) برای مامای کارشناس مبلغ ۱۸۰ تومان و برای مامای کاردان مبلغ ۱۵۰ تومان می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای مامای کارشناس بین ۱۸۰ تا ۲۶۰ تومان و برای مامای کاردان بین ۱۵۰ تا ۲۳۰ تومان متغیر است:

مبلغ تعیین شده برای هر نفر جمعیت کل تحت پوشش پزشک (K)		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
برای کارشناس	برای کاردان	
۱۸۰ تومان	۱۵۰ تومان	۱/۰۰
۱۸۴	۱۵۴	۱/۰۵
۱۸۸	۱۵۸	۱/۱۰
۱۹۲	۱۶۲	۱/۱۵
۱۹۶	۱۶۶	۱/۲۰
۲۰۰	۱۷۰	۱/۲۵
۲۰۴	۱۷۴	۱/۳۰
۲۰۸	۱۷۸	۱/۳۵
۲۱۲	۱۸۲	۱/۴۰
۲۱۶	۱۸۶	۱/۴۵
۲۲۰	۱۹۰	۱/۵۰
۲۲۴	۱۹۴	۱/۵۵
۲۲۸	۱۹۸	۱/۶۰
۲۳۲	۲۰۲	۱/۶۵
۲۳۶	۲۰۶	۱/۷۰
۲۴۰	۲۱۰	۱/۷۵
۲۴۴	۲۱۴	۱/۸۰
۲۴۸	۲۱۸	۱/۸۵
۲۵۲	۲۲۲	۱/۹۰
۲۵۶	۲۲۶	۱/۹۵
۲۶۰	۲۳۰	۲/۰۰

۴- سهم پراکندگی یا دهگردشی: **ماما باید در تمام دهگردشی های پزشک خانواده به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری همراه وی باشد.** پزشک خانواده باید دوبار در هفته به خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت تحت پوشش خود سرکشی کند. البته، چنانچه تعداد خانه بهداشت در پوشش یک پزشک بیش از ۵ باب باشد، مراجعه یکبار در هفته کافیت. همچنین، باید هر ماه یکبار به روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. برای همراهی در دهگردشی اعتباری برحسب ضریب محرومیت منطقه در نظر گرفته شده است که در جدول زیر می آید. چنانچه مرکزی فاقد خانه بهداشت یا روستاهای قمر و سیاری بود، این بخش اعتبار از حقوق ماما حذف می شود و در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد.

مبلغ تعیین شده برای دهگردشی بر حسب تومان		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
برای کارندان	برای کارشناس	
۱۰۵۰۰۰	۱۵۵۰۰۰	۱/۰۰
۱۰۷۰۰۰	۱۵۷۰۰۰	۱/۰۵
۱۰۹۰۰۰	۱۵۹۰۰۰	۱/۱۰
۱۱۱۰۰۰	۱۶۱۰۰۰	۱/۱۵
۱۱۳۰۰۰	۱۶۳۰۰۰	۱/۲۰
۱۱۵۰۰۰	۱۶۵۰۰۰	۱/۲۵
۱۱۷۰۰۰	۱۶۷۰۰۰	۱/۳۰
۱۱۹۰۰۰	۱۶۹۰۰۰	۱/۳۵
۱۲۱۰۰۰	۱۷۱۰۰۰	۱/۴۰
۱۲۳۰۰۰	۱۷۳۰۰۰	۱/۴۵
۱۲۵۰۰۰	۱۷۵۰۰۰	۱/۵۰
۱۲۷۰۰۰	۱۷۷۰۰۰	۱/۵۵
۱۲۹۰۰۰	۱۷۹۰۰۰	۱/۶۰
۱۳۱۰۰۰	۱۸۱۰۰۰	۱/۶۵
۱۳۳۰۰۰	۱۸۳۰۰۰	۱/۷۰
۱۳۵۰۰۰	۱۸۵۰۰۰	۱/۷۵
۱۳۷۰۰۰	۱۸۷۰۰۰	۱/۸۰
۱۳۹۰۰۰	۱۸۹۰۰۰	۱/۸۵
۱۴۱۰۰۰	۱۹۱۰۰۰	۱/۹۰
۱۴۳۰۰۰	۱۹۳۰۰۰	۱/۹۵
۱۴۵۰۰۰	۱۹۵۰۰۰	۲/۰۰

۵- ضریب عملکرد: براساس چک لیست پایش مرکز که هر سه ماه یکبار باید انجام شود و شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد، ضریب عملکرد تعیین می شود. درچک لیست پایش، به تعداد سوالاتی که وجود دارد چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به یزشک پرداخت خواهدشد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول

نمود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا با کسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هر یک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک در مورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

۶- **ارائه خدمات اضافی:** چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران، کودکان و زنان و همیاری پزشک به انجام وظایفی چون دارویاری و تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد بازای خدمت دارویاری تا ۱۰٪ دریافتی وی (برحسب اینکه تمام خدمت را انجام می دهد یا فقط بخشی از آن را فقط در دهگردشی و ساعات غیراداری) و تا ۵٪ برای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و...) ماهانه به دریافتی وی اضافه می شود. ضرورت دارد این نکته در زمان انعقاد قرارداد در انتهای قرارداد ذکر شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی در مورد انجام خدمات اضافی پیش نیاید.

همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به ماما یا پرستار تاثیر می گذارد.

فرمول مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار:

فرمول محاسبه کارشناس:

ضریب عملکرد* {ارائه خدمات اضافی+ سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

فرمول محاسبه کاردان:

ضریب عملکرد* {ارائه خدمات اضافی+ سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

دامنه این مقدار برای ماما یا پرستار کارشناس با جمعیت ۷۰۰۰ نفری تحت پوشش و کمترین مقادیر ضرایب مختلف موجود در فرمول و حضور دائم برای خدمت رسانی با دهگردشی ۱۸۰۰۰۰۰ تومان و در بالاترین ضرایب بدون ماندگاری، بیش از ۲۹۰۰۰۰۰۰ تومان است. دامنه تغییر این پرداختها برای مامای کاردان بترتیب ۱۵۰۰۰۰۰ تومان و ۲۳۰۰۰۰۰۰ تومان می باشد. همه محاسبات با ضریب عملکرد=۱ فرض شده است.

در هر صورت، چنانچه براساس فرمول محاسباتی حقوق ماما از آنچه در تفاهم نامه آمده است، کمتر شد باید حداقل تعیین شده در تفاهم نامه (۱۸۰۰۰۰۰۰ تومان برای کارشناس و کارشناس ارشد و ۱۵۰۰۰۰۰۰ تومان برای کاردان) به شرط جمعیت تحت پوشش ۷۰۰۰ نفر به وی پرداخت گردد.

سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: نسبت روزهایی که ماما یا پرستار در محل خدمت خود حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که ماما یا پرستار غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از حقوق وی کسر می گردد.

نسبت حضور = ۳۰/روزهایی که بطور کامل ماما یا پرستار حضور داشته است

حضور در هر شیفت کاری: چنانچه ماما یا پرستار در هر یک از شیفت های دو نوبته کار روزانه خود غیبت غیرموجه کرد (غیر از مرخصی و شرکت در آموزش) ۳۵٪ کل حقوق روزانه وی بازای هر شیفت غیبت روزانه از حقوق وی کسر می گردد.

تبصره ۱: روزهای جمعه و تعطیل در صورت کسر اضافه می شود.

تبصره ۲: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار در یک مرکز بهداشتی درمانی، کمتر از حقوق فعلی ماما یا پرستار موجود در آن مرکز (درمورد افراد رسمی، پیمانی یا طرحی) یا حقوق تعیین شده معادل فرد پیمانی همتراز وی در قرارداد باشد، فرد حقوق تعیین شده خود را دریافت کرده و از محل کارانه پرسنل آن مرکز، به وی نیز کارانه پرداخت می شود.

تبصره ۳: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار طرف قرارداد در یک مرکز بهداشتی درمانی (به شرط ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش)، کمتر از حداقل دریافتی تعیین شده برای وی طبق قانون باشد، فرد حقوق خود را براساس فرمول دریافت کرده و مابه التفاوت تا حداقل دریافتی از محل درآمدهای اختصاصی این برنامه، باتوجه به عملکرد به وی پرداخت می شود.

ماده ۷۵: معادل ۷۰٪ حقوق ماماها یا پرستاران قراردادی (پس از کسر کسورات قانونی) هر ماهه پرداخت شده و ۳۰٪ باقیمانده را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

تبصره ۱: در صورتیکه فرد بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازای هر روز غیبت به میزان ۱/۵ روز از دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

ماده ۷۶: ماماها یا پرستاران استخدامی هرماه، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق تا حدود ۷۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت را دریافت می کنند و ۳۰٪ باقی مانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد (پس از کسر کسورات قانونی) قابل پرداخت است.

ماده ۷۷: حق الزحمه ماماها یا پرستاران قراردادی به عنوان مامای جایگزین معادل متوسط حق الزحمه ماماها یا پرستاران یا شهرستان های محل ماموریت مامای جایگزین مزبور می باشد.

ماده ۷۸: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد مبلغ آن ۱۵ روز رابه وی پرداخت کند. مثلاً "اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل ۱۵ روز کامل (برابر مقررات نوع بیمه فرد) باید دریافت کند.

فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل در سطوح: مرکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان، و مرکز بهداشت استان از منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی

منابع تامین مالی و محل تجمع این منابع

ماده ۷۹: براساس مصوبات هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴، درآمد بیمه روستایی از شمول کلیه مقررات درآمدهای دانشگاه خارج، و تابع این دستورعمل خواهد بود.

مصوبه هیات امناء:

نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹ مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه بیمه روستایی، دانشگاه های علوم پزشکی مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته برنامه بیمه روستایی، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهای بیمه و یا سایر درآمدهای ناشی از بیمه روستایی را منحصراً در چهارچوب دستورعملهای ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل بیمه روستایی و پزشکی خانواده صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و در این راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد:

- پرداخت کارانه به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی) در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی و غیرپزشکی موردنیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز.

ماده ۸۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی (منابع اعلام شده در فصل اول این راهنما- صفحه ۸) واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

ماده ۸۱: اداره بیمه استان موظف است تا قبل از پانزدهم هرماه، حداقل ۸۰٪ از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را مستقیماً به حساب بانک طرف حساب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی (درآمد غیرقابل برداشت خزانه) واریز نماید و به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی رونوشت کند.

ماده ۸۲: معاون توسعه دانشگاه موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد استان، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید.

ماده ۸۳: معاون توسعه دانشگاه موظف است به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه برساند تا معاون بهداشتی نیز مستند به حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی (دانشگاهی/دانشکده ای)، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما،

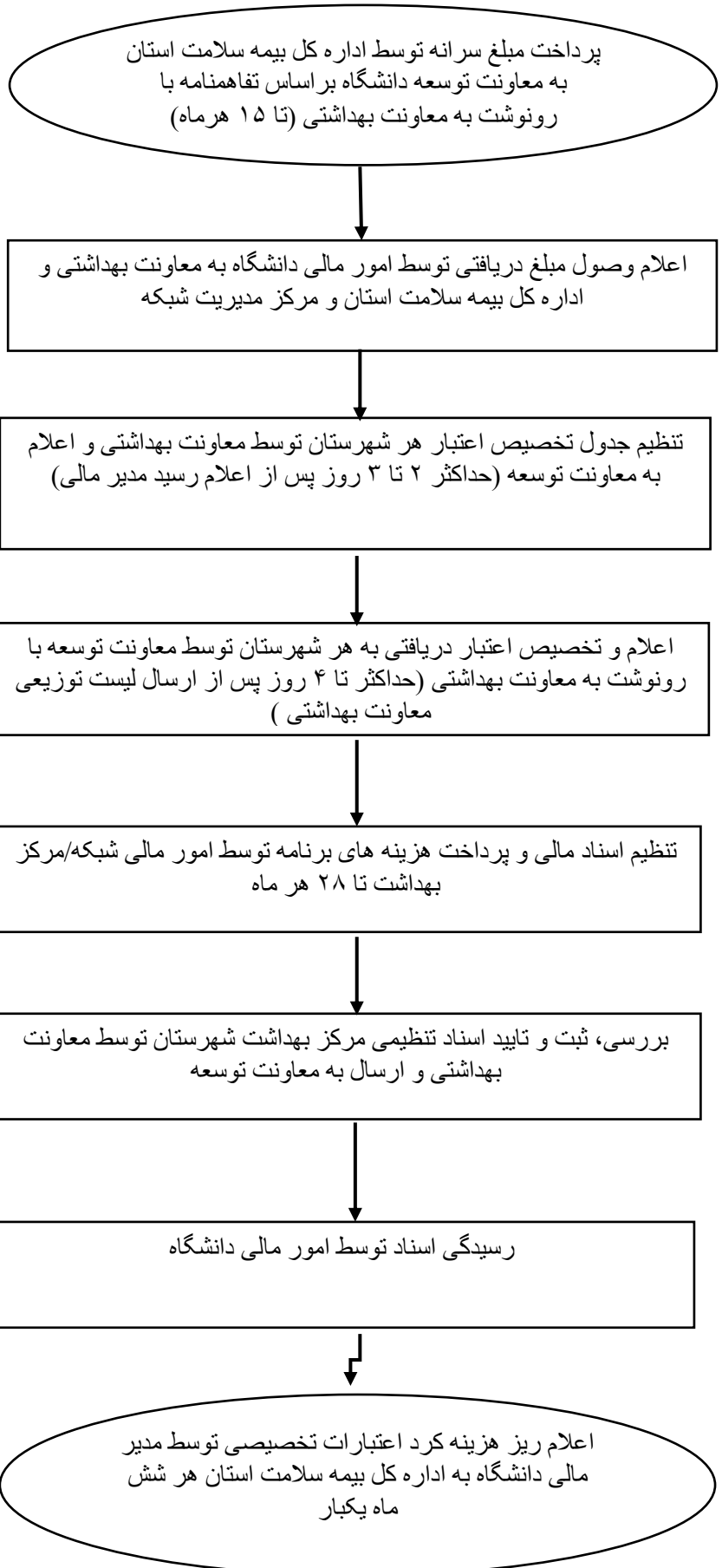
پرستار و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نموده و منابع اعتباری را براساس این دستور خرج میان شهرستانها توزیع نماید.

ماده ۸۴: معاون توسعه دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی را هر ماه یکبار با دستور خرجی که معاون بهداشتی دانشگاه در اختیار وی قرار می دهد، میان شهرستان های تابعه توزیع نماید.

ماده ۸۵: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی تخصیصی ماهانه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نماید.

ماده ۸۶: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه به تائید معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

ماده ۸۷: معاون توسعه دانشگاه و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستانهای تابعه ندارد.



ماده ۸۸: براساس مصوبه هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی، منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از شمول ۵٪ درآمدهای در اختیار ریاست دانشگاه خارج و وجوه آن مطابق آنچه در راهنمای نحوه پرداخت کارانه پرسنل می آید، هزینه می شود.

ماده ۸۹: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستان های تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.

استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

ماده ۹۰: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج ماهانه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون توسعه دانشگاه ارائه دهد و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

ماده ۹۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهای منعقد شده براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسانده شود.

ماده ۹۲: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی، هزینه های مربوط به ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی را در صورت ارائه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

ماده ۹۳: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهای اختصاصی برنامه موضوع منابع مالی تعیین شده در این دستورعمل (غیر از بند ۱ صفحه ۸)، هزینه های مربوط به تامین فضای زیست یا بیتوته پزشک و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

ماده ۹۴: مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محلی، شهرستان و دانشگاه دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبتنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان پرداخت نماید (برابر دستورعمل متمم).

تبصره ۱: چنانچه پزشک خانواده یا مامای تیم سلامت کمتر از ۳ ماه به قرارداد خود پایبند باشد و محل خدمت را ترک کند، سهم حاصل از نتیجه پایش عملکرد (۳۰٪) به وی تعلق نمی گیرد.

ماده ۹۵: مسوولیت حسن اجرای راهنمای اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به عهده معاونین بهداشتی، پشتیبانی و به طریق اولی به عهده رییس دانشگاه خواهد بود.

فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر

- ماده ۹۶:** در این بخش از خدمات، هیچ تغییری در نظام مالی و مکانیسم پرداخت ایجاد نخواهد شد.
- تبصره ۱:** در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه خدمات درمانی متعاقباً اعلام می شود.
- ماده ۹۷:** در صورت عقد قرارداد بین بیمه با بیمارستان/ بیمارستان های شبکه، بیمارستان/ بیمارستان ها باید موظف به ایجاد پلی-کلینیک های تخصصی شوند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمت ارائه دهند.
- ماده ۹۸:** مرکز بهداشت یا مدیر شبکه شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به ستاد هماهنگی دانشگاهی اعلام دارد.
- ماده ۹۹:** معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه سلامت استان ارائه دهد.
- ماده ۱۰۰:** اداره بیمه سلامت استان موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. هر تغییری که پیش می آید، بایستی مجدد اعلام شود. به هر حال، حداکثر در فواصل ۳ ماهه لیست نهایی باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.
- ماده ۱۰۱:** بخش بیمارستانی موظف است تا برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد.
- ماده ۱۰۲:** خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز براساس بسته خدمت و مراقبت های مدیریت شده و سایر ابزار کنترل، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با همکاری اداره بیمه سلامت استان نظارت می شوند.

فصل نهم: مسوولیت اجرا

- ماده ۱۰۳:** مسوولیت حسن اجرای کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی است. همچنین، مسوولیت حسن اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در موارد مطروحه در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی خواهد بود. بدیهی است مسوولیت کلی اجرای برنامه بیمه روستایی در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به عهده رییس آن دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد. البته، هیچیک از نظارت های مربوط به دانشگاه علوم پزشکی، نافی نظارت اداره بیمه سلامت استان بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.

این دستورعمل در ۹ فصل؛ ۱۰۳ ماده و ۱۲۲ تبصره به همراه ۲۴ پیوست تنظیم شده است.