



سازمان بیمه سلامت ایران



معاونت بهداشت

# دستورعمل اجرایی

## برنامه

## پزشک خانواده

## و بیمه روستایی

صفحه	فهرست مطالب
۵	مقدمه
۷	فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۷	ماده ۱: تعاریف
۱۲	ماده ۲: ستاد ها و کمیته های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستائی
۱۵	ماده ۳: هیات امناء
۱۶	ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه
۱۷	ماده ۵: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی
۱۸	فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی
۱۸	ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت
۲۲	ماده ۷: اولویت در جذب اعضای تیم سلامت
۲۲	ماده ۸: روند جذب اعضای تیم سلامت
۲۳	ماده ۹: جذب نیروهای باز خرید یا بازنشسته
۲۳	ماده ۱۰: سقف سنی جذب پزشک
۲۴	ماده ۱۱: جذب در مناطق با شرایط خاص
۲۵	فصل سوم: چارچوب و شرایط قرارداد
۲۵	ماده ۱۲: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان
۲۵	ماده ۱۳: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمت
۲۶	ماده ۱۴: تعهدات شبکه بهداشت و درمان شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت
۲۸	ماده ۱۵: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان شهرستان و داروخانه
۳۰	فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت

صفحه

فهرست مطالب

۳۰	ماده ۱۶: تشکیل پرونده سلامت
۳۰	ماده ۱۷: سرکشی و نظارت (دهگردشی)
۳۱	ماده ۱۸: ثبت روزانه آمار مراجعین
۳۱	ماده ۱۹: ارائه خدمات در قالب بسته خدمت
۳۲	فصل پنجم: ساعات کار و نحوه مرخصی اعضای تیم سلامت
۳۲	ماده ۲۰: ساعات کار اعضای تیم سلامت
۳۳	ماده ۲۱: بیتوته پزشک خانواده
۳۶	ماده ۲۲: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت
۳۹	فصل ششم: دارو
۳۹	ماده ۲۳: ارقام دارویی
۴۱	ماده ۲۴: ارقام مکمل
۴۲	ماده ۲۵: راه اندازی داروخانه
۴۲	ماده ۲۶: میزان تجویز دارو
۴۱	ماده ۲۷: تعرفه ارائه خدمات دارویی
۴۳	فصل هفتم: پاراکلینیک
۴۳	ماده ۲۸: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی
۴۳	ماده ۲۹: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک
۴۴	ماده ۳۰: سطح بندی آزمایشگاه
۴۵	ماده ۳۱: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی
۴۸	ماده ۳۲: خدمات و آزمایش های سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی
۵۱	ماده ۳۳: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک

صفحه

فهرست مطالب

۵۲	ماده ۳۴: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز خدمات جامع سلامت
۵۴	فصل هشتم: خدمات دهان و دندان
۵۴	ماده ۳۵: نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان
۵۴	ماده ۳۶: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری
۵۵	ماده ۳۷: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان
۵۶	ماده ۳۸: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان
۵۶	ماده ۳۹: ارائه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان
۵۶	ماده ۴۰: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان
۵۶	ماده ۴۱: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان
۵۷	ماده ۴۲: نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان
۵۷	ماده ۴۳: شیوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان
۵۹	فصل نهم: درآمدها و هزینه های مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۹	ماده ۴۴: درآمدهای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۶۲	ماده ۴۵: بودجه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۳۶	ماده ۴۶: مبلغ سرانه و محل تامین آن
۶۳	ماده ۴۷: سهم توزیع سرانه
۶۳	ماده ۴۸: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات
۶۴	ماده ۴۹: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت
۶۷	ماده ۵۰: شرایط پرداخت حقوق و مزایا
۶۷	ماده ۵۱: استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

صفحه

فهرست مطالب

۶۸	ماده ۵۲: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته
۶۹	فصل دهم: نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی
۶۹	ماده ۵۳: ارجاع در سطح یک خدمات
۶۹	ماده ۵۴: ارجاع در سطح دو خدمات
۷۱	ماده ۵۵: سقف ارجاع به سطوح بالاتر
۷۲	فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی
۷۲	ماده ۵۶: شیوه پایش و نظارت
۷۲	ماده ۵۷: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان
۷۳	ماده ۵۸: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت
۷۳	ماده ۵۹: مسئولیت اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۷۵	فصل دوازدهم: مکانیسم پرداخت
۷۶	ماده ۶۰: مکانیسم پرداخت کارانه پزشک
۸۲	ماده ۶۱: مکانیسم پرداخت کارانه ماما
۸۸	ماده ۶۲: مکانیسم پرداخت دریافتی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان
۹۲	ماده ۶۳: مکانیسم پرداخت مراقب سلامت دهان
۹۳	ماده ۶۴: مکانیسم پرداخت کارانه پاراکلینیک
۹۶	ماده ۶۵: مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی
۹۶	ماده ۶۶: مکانیسم پرداخت نگهبان / سرایدار / خدمتگزار / پذیرش
۹۶	ماده ۶۷: کارانه سایر پرسنل
۹۷	ماده ۶۸: زمان اجرا

## مقدمه

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور و در حال حاضر با رویکرد نظام جامع و همگانی سلامت، موجب به کارگیری چهار 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 پزشک خانواده روستایی شد.

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 و بند ث ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک 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 ۱۴۲۴۳۵/ت/۴۹۸۶۳ 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. سازمان بیمه سلامت ایران براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴ موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تأمین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

در برنامه پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم سلامت وی مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت است که بدون ارائه این

- خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابخاست. همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.
- محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خواهد بود:
- ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. در مورد استقرار اعضای تیم سلامت طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، سطح بندی خدمات می باشد.
  - وجود بسته خدمات سلامت سطح اول که امکان ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب را توسط تیم سلامت فراهم می کند.
  - 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 پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر به ازای هر تیم پزشک 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.
  - 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 برای بیمار طراحی گردد.
  - از مهمترین شیوه های ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان یکی از محوری ترین شاخص های موفقیت برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده مد نظر قرار گیرد.
  - اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع ساز و کار پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده با توجه به شاخص های سلامت است.

## فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

### ماده ۱: تعاریف

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

#### ۱- پزشک خانواده

پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد. مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.

#### ۲- فرد روستایی

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

#### ۳- خدمات سلامت

مجموعه فعالیت‌ها و فرآیندهایی 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 بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، تغذیه، 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.

#### ۴- خدمات جامع سلامت

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



## ۵- 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.

## ۶- نظام ارجاع

ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی می‌باشد تا چنانچه مراجعه کننده‌ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می‌گردد.

## ۷- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

چیدمان واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می‌سازد.

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

۷-۱- سطح یک: شامل خدمات / مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا مرکز خدمات جامع سلامت 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 اتفاق می‌افتد.

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

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

۷-۲- سطح دو و سه: 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 / توانایی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

### ۸- بسته های خدمات سطح یک

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح یک ( ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه می شود.

### ۹- تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناس مامائی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، کارشناس روانشناسی بالینی، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد قرارداد که با مدیریت پزشک خانواده بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

### ۱۰- 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.

### ۱۱- پرداخت سرانه

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

### ۱۲- پرداخت به روش سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد (Adjusted per capita by عملکرد performance)

در این روش، میزان خدمت انجام شده به نسبت خدمت استاندارد و وزن تعیین شده آن خدمت، نوع و تعداد خدمات و جمعیت فعال ثبت شده در سامانه؛ مبنای محاسبه پرداخت خواهد بود. در واقع پرداختی به فرد بر اساس عملکرد وی نسبت به خدمتی که به جمعیت فعال تحت پوشش خود ارائه نموده و مستند به ثبت در پرونده الکترونیک سلامت در سامانه سطح یک می باشد صورت می گیرد.

### ۱۳- خدمات مراقبتی و درمانی تیم سلامت

خدمات مراقبتی پزشک شامل مراقبت های مستقیم مانند مراقبت های بیماری دیابت و فشار خون و مراقبت های ارجاعی (ارجاع شده به پزشک) می باشد. خدمات مراقبتی مستقیم بر طبق بسته خدمات سطح یک تعیین می گردد.

خدمات مراقبتی ارجاعی شامل مراقبت های جمعیت گروه های هدف که توسط تیم سلامت به پزشک ارجاع می گردند می باشد. مبنای مراقبت های ارجاعی؛ درصد جمعیتی گروه های هدف ( کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان)، متوسط مراقبت در سال و نسبت ارجاع به پزشک خانواده از مراقبت های هر گروه در یک سال در جمعیت تحت پوشش می باشد. مراقبت های ماما شامل خدمات مراقبتی ارجاعی پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، باروری سالم و میانسالان می باشد. مبنای مراقبت های ارجاعی ماما؛ درصد جمعیتی گروه های هدف، متوسط مراقبت در سال و نسبت ارجاع به مامای تیم سلامت از مراقبت های مذکور در یک سال در جمعیت تحت پوشش می باشد.

خدمات درمانی پزشک، ماما، دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان شامل ویزیت سرپایی می باشد.

#### ۱۴- تفاهم نامه سطح یک خدمات بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

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

#### ۱۵- دستور عمل اجرایی

منظور دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد که جزییات، مسوولیت ها و شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می دهد.

#### ۱۶- قرارداد همکاری مشترک

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

#### ۱۷- مرکز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشک خانواده

مرکزی که در آن، حداقل خدمات پزشک در مرکز و همچنین دارو در داروخانه فعال در محدوده روستا و در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر ( به فاصله پانصد متر از مراکز مجری برنامه) ارائه شود.

### ۱۸- مرکز دارای بیتوته

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

### ۱۹- مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

مرکز خدمات جامع سلامت که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی بصورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

### ۲۰- مرکز معین / تجمیعی

مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت دارای بیتوته که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشک و داروهای اورژانس را ارائه می نمایند.

### ۲۱- مرکز اقماری

مرکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نمی باشد.

### ۲۲- جمعیت تحت پوشش برنامه

شامل کلیه جمعیت ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.  
همچنین براساس تبصره ۳ ماده ۳ مصوبه ۱۷۶۱۳/ت ۵۱۷۷۵ ه مورخ ۹۵ هیئت محترم دولت مبنی بر دریافت خدمت از طریق روستاییان و لزوم استمرار نظام سطح بندی برای ساکنین شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که در سال های اخیر به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار ملحق گردیده اند، دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مکلفند نحوه سرویس دهی به ساکنین مناطق فوق الذکر را با ثبت نام این گروه ها در سامانه امید و در چارچوب تعریف شده در مصوبه فوق استمرار بخشند.

### ۲۳- جمعیت یک بار خدمت

جمعیتی که حداقل یک بار خدمت طی ۳۶۵ روز گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت دریافت و در سامانه سطح یک ثبت شده است.

## ۲۴- فرانشیز خدمات

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

## **ماده ۲: ستاد ها و کمیته های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

به منظور عملیاتی کردن برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سطوح ملی، دانشگاهی و شهرستانی، ستاد های هماهنگی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تشکیل می شود. در این ستادها طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمک‌های فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و به هنگام 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 فعالیت‌های لازم به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت می گیرد.

۱. **ستاد هماهنگی کشوری:** شامل معاون بهداشت، معاون درمان، رییس مرکز مدیریت شبکه و مدیر گروه برنامه پزشک خانواده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ مدیرعامل و معاون سلامت سازمان بیمه سلامت، مدیر کل و معاون دفتر خدمات سلامت عمومی سازمان بیمه سلامت ایران؛ معاونت امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور و حسب مورد معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو، معاون آموزشی و معاون توسعه می باشد. وظایف این ستاد عبارتند است از:

الف) نظارت بر اجرای صحیح مفاد تفاهم نامه و دستورعمل اجرائی برنامه در سطح کشور

ب) بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه برنامه پزشک خانواده در سطح کشور

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

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. تشکیل این ستاد حداقل دو بار در سال ضرورت دارد.

۲. **ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده (استانی):** 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، معاون اداره کل بیمه سلامت، رییس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستاییان بیمه

سلامت استان و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان‌ها و فرماندار در دانشگاه‌های مستقر در شهرستان‌هایی که مرکز استان نیستند. در تمامی دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها، ریاست ستاد به عهده رییس دانشگاه/ دانشکده و دبیری آن به عهده مدیرکل بیمه سلامت استان یا رییس اداره بیمه سلامت شهرستان است. بر حسب مورد معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت غذا و دارو و معاونت آموزشی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در جلسات ستاد هماهنگی حضور می‌یابند.

ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده به منظور بررسی و ارزیابی روند فعالیت‌ها حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل می‌شود و گزارش عملکرد خود را به ستاد هماهنگی کشوری ارسال می‌کند. 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.

تبصره: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده نمی‌تواند خارج از چارچوب تفاهم‌نامه و اصول کلی آن تصمیم‌گیری کند.

وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

الف) بررسی هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پیشنهاد، سوال یا استفسار از سطح شهرستان درباره بیمه روستائیان، پزشک خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهایی

ب) اتخاذ تصمیم درباره موارد مهمی که در سطح شهرستان قابل حل نیست

ج) تصمیم‌گیری درباره موارد اختلاف بین اداره بیمه سلامت و مرکز بهداشت شهرستان

د) سیاستگذاری و تصمیم‌گیری در خصوص اجرای برنامه پزشک خانواده در سطح دانشگاه/ دانشکده براساس تفاهم‌نامه و دستورعمل اجرایی برنامه

ه) بررسی هزینه کرد خدمات و نتایج حاصل از پایش مشترک

و) رصد منابع تخصیصی و برنامه ریزی برای تحلیل هزینه‌های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به منظور بررسی هزینه‌ها، بار مراجعات و ارجاعات سطح دو

**۳. ستاد هماهنگی شهرستان:** اعضای این ستاد شامل مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان، مسئول واحد گسترش شبکه، معاون درمان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان‌های موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نماینده معاونت غذا و دارو حسب مورد بصورت میهمان؛ رییس اداره بیمه سلامت شهرستان، کارشناس مسئول بیمه روستایی شهرستان، کارشناس ناظر برنامه بیمه روستایی شهرستان و فرماندار یا نماینده تام

الاختیار ایشان می باشد. ابلاغ اعضای ستاد با دو امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مدیر کل بیمه سلامت استان صادر می شود. رییس ستاد هماهنگی شهرستان مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان و دبیر ستاد هماهنگی شهرستان رییس اداره بیمه شهرستان می باشد. زمان برگزاری جلسات ماهانه یک بار می باشد. وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

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

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

ج) هماهنگی و نظارت بر روند اجرای برنامه و گزارش آن به ستاد هماهنگی استانی

د) هماهنگی و نظارت بر اجرای مفاد کامل دستورعمل اجرایی و تفاهم نامه

ه) ارائه گزارشات عملکردی و اعتباری برنامه به سطوح بالاتر

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

ز) ارسال مشکلات غیر قابل حل به ستاد استان و پیگیری آنها

ح) برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای پایش مشترک

ط) تحلیل هزینه ها و کسورات برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی

ی) ارزیابی و بررسی نتایج پایش مراکز خدمات جامع سلامت

ک) هماهنگی برای رفع مغایرت جمعیت مشمول برنامه

**۴. کمیته فنی کشوری برنامه پزشکی خانواده:** اعضای این کمیته را رییس مرکز مدیریت شبکه، یک نفر از معاونین بهداشتی و یک نفر از مدیران گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور به انتخاب مرکز مدیریت شبکه، مدیر گروه برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی مرکز مدیریت شبکه، معاون بیمه سلامت و مدیر کل خدمات عمومی سازمان بیمه سلامت و یک نفر مدیر کل بیمه سلامت استان به انتخاب معاونت بیمه سلامت؛ براساس ابلاغ صادره توسط رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند.

تبصره: بر حسب نیاز کمیته می تواند برای اخذ نظر کارشناسی از صاحب نظران در معاونت بهداشت، معاونت غذا و دارو، معاونت توسعه منابع و نیروی انسانی، معاونت آموزشی و دفتر فن آوری اطلاعات و همچنین کارشناسان خبره دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دعوت به عمل آورد. ریاست کمیته با مرکز مدیریت شبکه بهداشت و دبیری آن با معاونت بیمه سلامت ایران خواهد بود. محل دبیرخانه این کمیته، سازمان بیمه سلامت است.

وظایف اصلی این کمیته عبارتند از:

- الف) تهیه دستورعمل ها و بخشنامه ها و قراردادهای نمونه و ارائه تفسیر از مفاد آن در صورت لزوم
- ب) بررسی مشکلات اجرایی در روند اجرای برنامه و ارائه راه حل
- ج) نظارت و ارزشیابی و تهیه و تدوین چک لیست اجرای برنامه در ارائه کلیه خدمات
- د) تهیه شیوه نامه آموزشی در اجرای برنامه
- ه) سیاستگذاری و تدوین اقلام دارویی مورد نیاز و نظارت بر عملکرد کمیته بررسی نسخ دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی
- ز) تدوین استاندارد تجهیزات مورد نیاز جهت اجرای برنامه

### **ماده ۳: هیات امناء**

در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنایی متشکل از افراد زیر حداقل فصلی یک بار تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر، 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 مسئول مرکز خدمات جامع سلامت می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد. در مورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود. اختیارات هیات امنای روستا عبارت است از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص های سلامت



منطقه، جلب مشارکت های مردمی / خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان و ...

#### **ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه**

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

۱. کلیه کارکنان شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی و پیام آور که در برنامه بیمه روستایی به کار گرفته شده اند.

تبصره: ضمن تذکر در خصوص الزام تعیین تکلیف جمعیت شهری زیر ۲۰ هزار نفر توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان، در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزء قرارداد با بیمه نباشد (شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر)، به هیچ وجه 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 مشمول کارانه) بین همه آنها توزیع گردد.

تاکید می گردد در چنین شرایطی به ازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوری که ناچار نباشیم جمعیت تحت پوشش یک پزشک را بیش از ۴۰۰۰ نفر قرار دهیم.

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

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

۴. تمام کارکنان شاغل در معاونت بهداشت وزارت متبوع که برای سیاست گذاری، نظارت و تسهیل در اجرای برنامه پزشک خانواده و برنامه بیمه روستایی فعالیت می کنند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته های مشترک برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را انجام می دهند.

## **ماده ۵: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری 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 ۲۰ هزار 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 چهار حالت ممکن زیر خارج نیست:

۱- روستای اصلی: روستایی که 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 خدمات جامع سلامت روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت فعالیت می کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی گفته می شود.

۲- روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

۳- روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز خدمات جامع سلامت یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت آنها ارائه می گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

۴- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی که مستقیماً" و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت 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 خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

## فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی

### ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

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

۱- **پزشک:** برای ارائه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ساکن (اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) یک پزشک تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیاز خواهد بود.

تبصره ۱: چنانچه کل جمعیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بیش از ۴۰۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت تا حد امکان به تساوی بین پزشکان آن مرکز تقسیم و مشخص گردد که هر پزشک، مسئول کدام خانوارها است.

تبصره ۲: وجود حداقل یک پزشک جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ پزشک خانواده، با یک پزشک دیگر نیز به عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. پزشکان جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان را داشته باشند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جانشین واحد نداشته باشد. پزشکان جانشین کلیه فعالیت های پزشک خانواده اصلی را می بایست انجام دهند. پرداخت به پزشکان جانشین و نحوه مرخصی مانند پزشکان خانواده می باشد.

تبصره ۳: مرخصی پزشکان در سقف تعیین شده، در صورت عدم وجود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیلات نمی گردد.

تبصره ۴: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک پزشک قرار داد.

**۲-ماما:** به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی)، باید یک مامای پزشک خانواده تعیین کرد.

تبصره ۱: وجود حداقل یک مامای جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ ماما، با یک مامای دیگر نیز به عنوان مامای جانشین قرارداد منعقد نماید. این ماماها در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر ماماها را داشته باشند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماماهای خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به مامای جانشین واحد نداشته باشد. پرداختی و نحوه مرخصی مامای جانشین مانند مامای پزشک خانواده می باشد.

تبصره ۲: مرخصی ماماها در سقف تعیین شده، در صورت عدم وجود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر ماما مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیلات نمی گردد.

تبصره ۳: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۷۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک ماما قرار داد.

تبصره ۴: در مناطق محروم که امکان جذب ماما/ پرستار وجود ندارد، ستاد هماهنگی استان موظف است پیشنهادات مبنی بر جذب نیروی جایگزین را به مرکز مدیریت شبکه و سازمان بیمه سلامت ارسال نماید.

تبصره ۵: در صورت نبود امکان جذب ماما در مراکزی که دارای واحد تسهیلات زایمانی فعال می باشند می توان از مامای تسهیلات زایمانی استفاده کرد.

تبصره ۶: در صورتی که به هیچ عنوان امکان جذب ماما وجود نداشته باشد، جایگزینی حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها تیم سلامت شهرستان با پرستاران به نحوی که ارایه خدمات مامایی متوقف نشود و با اطلاع اداره کل بیمه سلامت استان مربوطه، بلامانع است.

تبصره ۷: مامای پزشک خانواده به هیچ وجه جایگزین دیگر نیروهای بهداشتی تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت نخواهد بود. در صورت نیاز به نیروی انسانی به عنوان مراقب سلامت ناظر یا ارائه خدمات پرستاری و دارویاری می توان نسبت به انعقاد قرارداد با کاردان/ کارشناس مامایی از محل جذب سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز اقدام نمود. بدیهی است پرداختی به این افراد طبق مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی می باشد. تاکید می گردد به کارگیری مامای برنامه پزشک خانواده روستایی به عنوان پذیرش بیماران، بهورز، نمونه گیری آزمایشات و سایر وظایف تعیین شده خارج از بسته خدمتی ممنوع می باشد.

تبصره ۸: برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که جمعیت ساکن کمتر از ۴۰۰۰ نفر دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. در مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت جمعیت ساکن کمتر از ۲۰۰۰ نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی

است می بایست باقی روزهای هفته در مرکز طرف قرارداد خود حضور یابند. همچنین از پزشک و مامای مشخصی در این مراکز استفاده گردد.

تبصره ۹: در شهرهای زیر بیست هزار نفر که فاقد خانه بهداشت می باشند، به کارگیری فقط یک نفر مامای تیم سلامت از طریق برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی امکان پذیر است. به ازای وجود یک تا سه خانه بهداشت، می توان با یک مامای دیگر قرارداد پزشک خانواده منعقد نمود. به کارگیری ماماهاى دیگر از طریق عقد قرارداد با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت عنوان مراقب سلامت ناظر ( با عنوان سایر نیروهای بهداشتی و با مکانیسم پرداخت مربوطه) میسر است.

تبصره ۱۰: در صورت استقرار چندین مامای تیم سلامت از قبل و وجود ماما مازاد بر نیاز، فعالیت آنان با برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی ادامه خواهد داشت به این ترتیب که اولویت نگهداری مامای تیم سلامت با مامای با ماندگاری بیشتر می باشد. بدیهی است اولویت جذب ماما به عنوان مامای پزشک خانواده یا مراقب سلامت ناظر در مراکز مجری برنامه شهرستان با ماماهاى مازاد می باشد.

**۳- دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:** برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش ساکن ( در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

**۴- نیروی آزمایشگاه:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ساکن (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین می گردد.

**۵- نیروی رادیولوژی:** به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت دارای واحد رادیولوژی حداقل یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می گردد.

**۶- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک):** به ازای هر دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، با حداقل روزانه ۴ ساعت خدمات دندانپزشکی ( با یونیت) در مرکز خدمات جامع سلامت یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت کاردان بهداشت دهان/ پرستاری دندانپزشکی به کارگیری می شود. این فرد لازم است در دهگردشی همراه دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان حضور یابد.

تبصره: در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تعیین می گردد.

## ۷- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کارگیری در برنامه پزشک خانواده: علاوه

بر نیروهای فوق الذکر سایر نیروی انسانی مورد نیاز تیم سلامت شامل موارد زیر می باشد.

- پرستار/ بهیار

- مراقب سلامت ناظر (کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده، ماما، بهداشت عمومی، مبارزه با بیماریها)

- کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای

- کارشناس روانشناسی بالینی

- کارشناس تغذیه

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

الف) جذب نیرو در سقف اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (از محل بند ج ماده ۴ تفاهم نامه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی)

ب) وجود حداقل ۵۰ درصد از کلیه پست های مصوب بالاتصدی نیروهای بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده روستائی بر اساس چارت تشکیلاتی

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

## **ماده ۷: اولویت جذب اعضای تیم سلامت**

اولویت جذب اعضای تیم سلامت به ترتیب عبارت است از:

- ۱- نیروهای رسمی و پیمانی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت محل خدمت
- ۲- نیروهای بخش خصوصی فعال در منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت
- ۳- سایر نیروهایی که بر اساس فراخوان و ضوابط تعیین شده توسط مراکز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشند.
- ۴- نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان ( طرحی) و پیام آور تبصره: تحت شرایط استثنایی و فقط با نظر معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده می توان از پزشک استخدامی ( رسمی/ پیمانی) که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. این امر برای پزشکان پیام آور و مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان صدق نمی کند و حضور آنان در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان در این برنامه اجباری است.

## **ماده ۸: روند جذب اعضای تیم سلامت**

نیروهای مورد نیاز تیم سلامت بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی سال ۱۳۸۶ (معادل تبصره ۵ و ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۱۳۹۱) به کارگیری می شوند. بر این اساس جذب نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با معرفی معاونت بهداشتی دانشگاه پس از انجام مصاحبه، جهت طی مراحل بعدی به کارگیری و گزینش از طریق معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه انجام می شود.

تبصره ۱: کلیه مواردی که در دستور عمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی پیش بینی نگردیده است تابع ضوابط مندرج در آیین نامه فوق الذکر خواهد بود.

تبصره ۲: نحوه جذب مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک) به صورت خرید خدمات و از طریق شرکتی می باشد.

تبصره ۳: در برنامه بیمه روستایی، پزشکان تیم سلامت که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان اعضای تیم سلامت مشغول خدمت به مردم روستایی/ عشایر یا شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب، درمانگاه، مراکز پیش بیمارستان، بیمارستان، مرکز درمان سوء مصرف مواد و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب

آنها نباید ابطال گردد. بر همین اساس می بایست به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب، کلینیک و ... آنان استعلام گردد.

تبصره ۴: جهت ارائه خدمات بهینه فوریتهای به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در سطح دوم خدمات درمانی و تامین نیروی انسانی مورد نیاز بخش های اورژانس بیمارستانی دولتی؛ در دانشگاه/ دانشکده های مورد نیاز حضور پزشکان خانواده طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی) چنانچه متقاضی همکاری در شیفت کاری بخش اورژانس در ساعات غیر اداری و ایام تعطیلات باشند، با موافقت معاون بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و با هماهنگی معاونت بهداشت وزارت مقدور می باشد. در این صورت لازم است تمهیداتی فراهم گردد تا برنامه زمان بندی شیفت پزشکان عمومی بخش بهداشت، مشمول همکاری در بخش اورژانس بیمارستان های دولتی، با رعایت عدم هم پوشانی شیفت بیتوته، سبب خلل در ساعات کاری موظفی روز آتی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی نگردد. بر این اساس ساعت کاری شیفت شب اورژانس، چنانچه قبل از روز کاری پزشک باشد، حد اکثر تا ساعت ۲۴ می باشد. بدیهی است جهت پزشکان خانواده و بیمه روستایی، اولویت حضور در شیفت بیتوته مرکز خدمات جامع سلامت می باشد.

### **ماده ۹: جذب نیروهای بازخرید یا بازنشسته**

به کارگیری افراد بازخرید یا بازنشسته در برنامه پزشک خانواده ممنوع است 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 به نحوی از انحا از بودجه کل کشور استفاده می کند.

### **ماده ۱۰: سقف سنی جذب پزشک**

دانشگاه مجاز است پزشکان مشمول برنامه پزشک خانواده را، حسب ضرورت تا سن ۵۲ سالگی بصورت قراردادی در بدو ورود به کارگیری کند. همچنین سال های خدمت اشتغال ایشان در برنامه مذکور (در سطوح ستاد کشوری، استانی و شهرستانی دانشگاه/ دانشکده و بیمه سلامت و مراکز مجری برنامه) و سنوات طرح نیروی انسانی به سقف سنی پیشگفت اضافه می شود. تعیین سقف سنی جهت سایر نیروها طبق ضوابط آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.



### **ماده ۱۱: جذب در مناطق با شرایط خاص**

در مراکز مجری برنامه که امکان جذب پزشک / ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۵ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه / دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده / دانشگاه و تایید معاونت بهداشت وزارت متبوع، می توان از نوع قرارداد اقماری ("حداقل" ۱۵ روز کاری در ماه برای هر پزشک / ماما) استفاده کرد، فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد.

## فصل سوم: چارچوب و شرایط قرارداد

### ماده ۱۲: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت

#### استان

قرارداد مابین شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس سرانه و خدمات ارائه شده سطح یک می باشد.

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

### ماده ۱۳: انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات

با کلیه نیروهای به کارگیری شده در برنامه اعم از نیروهای آزاد (بر اساس تبصره ۵ و ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۹۱)، رسمی، پیمانی، مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران بهداشت می بایست قرارداد همکاری تنظیم شده و به امضاء طرفین برسد.

تبصره ۱: انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت صرفاً از سوی مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

تبصره ۲: انعقاد قرارداد با مراکز ارائه دهنده خدمات نیز صرفاً از سوی مرکز بهداشت شهرستان میسر است.

تبصره ۳: مبلغ مندرج در متن قرارداد مذکور بر مبنای حکم کارگزینی صادره ( بر اساس ضوابط معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی) و پرداخت کارانه بر اساس روش سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد تعیین می گردد.

تبصره ۴: مدت زمان قرارداد حداکثر یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد.

تبصره ۵: ارائه یک نسخه از متن قرارداد در ابتدای قرارداد یا تمدید آن و همچنین ارائه فیش حقوقی جهت حکم کارگزینی و کارانه ( کاغذی/ الکترونیکی) در پایان هر ماه به فرد طرف قرارداد الزامی است. مستخدم پس از انعقاد قرارداد متعهد به پذیرش مفاد قرارداد و دستور عمل اجرایی برنامه خواهد بود.

تبصره ۶: امکان عقد قرارداد پاره وقت با اعضای تیم سلامت مقدور نمی باشد.

## ماده ۱۴: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت

- تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت به شرح زیر می باشد:
- ۱- ارائه یک نسخه از قرارداد و سی دی حاوی دستورعمل اجرایی برنامه به پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد
  - ۲- ارائه آموزش لازم براساس دستورالعمل ها، بسته های خدمت و راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت.  
تبصره: اولویت انجام آموزش با روش غیر حضوری می باشد.
  - ۳- برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره. لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده انجام گردد.  
تبصره: ابلاغ مرکز خدمات جامع سلامت مجری آموزش برنامه پزشک خانواده و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر شبکه/ رییس مرکز بهداشت شهرستان صادر می گردد.
  - ۴- برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت به جمعین تحت پوشش و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده.
  - ۵- تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر  
تبصره: دانشگاه/ دانشکده موظف است فهرست تجهیزات فنی اساسی و تعمیرات ضروری موردنیاز برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و خانه بهداشت را به تفکیک نام واحد و برآورد اعتبار براساس سرانه به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.
  - ۶- برگزاری دوره آموزشی در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور گواهینامه آموزشی توسط اداره کل بیمه سلامت استان.  
تبصره ۱: برگزاری انجام این دوره آموزشی در تعهد اداره بیمه سلامت می باشد.  
تبصره ۲: زمان حضور پزشکان در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.  
تبصره ۳: دوره های آموزشی آشنایی با سیستم و دیگر آموزش های لازم جزو روزهای خدمت فرد محسوب می شود.
  - ۷- برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان/ اعضای تیم سلامت برنامه پزشک خانواده جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان. ارسال گزارش جلسات به معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده الزامی است.

تبصره: لازم است جلسات فصلی با نمایندگان تیم سلامت شهرستان های تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده نیز در معاونت بهداشت برگزار و صورت جلسات به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

۸- اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهیار/ بخشدار.

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

۹- پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم سلامت 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.

۱۰- پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت 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.

۱۱- ارائه گواهی انجام کار به پزشک خانواده و ماما پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، رضایت مندی و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت.

تبصره ۱: چنانچه پزشک یا ماما 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، در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای به کارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرار گیرد. در صورت جابجایی فرد با درخواست شخصی، ضریب ماندگاری با شرایط مقصد برقرار می گردد و چنانچه با نظر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و زودتر از پایان زمان قرارداد باشد ملاک تا زمان پایان قرارداد قبلی، مرکز مجری مبدا خواهد بود. در هر دو صورت، انعقاد قرارداد جدید مورد نیاز است. تغییرات ماندگاری در جابجایی

در صورت تمایل خود فرد در محدوده شهرستان قبل از پایان زمان قرارداد قبلی خود معادل ۸۵٪ ماندگاری و در صورت جابجایی با نظر مرکز بهداشت شهرستان تا پایان زمان قرارداد قبلی ۱۰۰٪ ماندگاری خواهد بود. تبصره ۲: تعداد روزهای مرخصی های استعلاجی مستمر بیش از یک ماه (از جمله به علت بارداری)، در ماندگاری فرد محاسبه نمی گردد، لیکن، در حکم کارگزینی بر اساس ضوابط مربوطه لحاظ می گردد. در صورت جابجایی محل اشتغال فرد در حوزه دانشگاه/ دانشکده محل فعالیت، و عدم وقفه کاری، نیازی به طی مراحل گزینش مجدد نمی باشد.

تبصره ۳: با افرادی که در گواهی انجام کار نمره ارزشیابی کمتر از ۷۰ درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از حداقل یک دوره سه ماهه قابل انجام بوده و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز چک لیست اولین پایش بالای ۷۰ می باشد. در صورت کسب امتیاز چک لیست پایش کمتر از ۷۰ برای بار دوم لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید در برنامه پزشک خانواده برای وی در سال جاری میسر نمی باشد.

تبصره ۴: لغو قرارداد اعضای تیم سلامت بر اساس دلایل مستند ارائه شده از سوی مرکز بهداشت شهرستان به معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و صرفاً با دستور و ابلاغ معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی امکان پذیر خواهد بود. لازم است یک ماه قبل، مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام گردد. تبصره ۵: لیست پایان کار اعضای تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره کل بیمه سلامت شهرستان ارسال گردد.

۱۲: در صورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت مشمول پرداخت سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد، صدور حکم ماموریت، بدون پرداخت فوق العاده ماموریت صورت می گیرد. همچنین با توجه به پرداخت کارانه علاوه بر حکم کارگزینی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، پرداخت حق محرومیت از مطب و تمام وقتی به ایشان، مقدور نمی باشد.

### **ماده ۱۵: انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی**

به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، مرکز بهداشت شهرستان می تواند نسبت به عقد قرارداد با داروخانه های غیر دولتی حوزه تحت پوشش و پذیرش نسخ و ارائه خدمات دارویی برای جمعیت ساکن اقدام نماید. در این صورت ادارات بیمه سلامت شهرستان لازم است از پذیرش نسخ دارویی جمعیت بیمه شده روستایی تجویزی پزشک خانواده ارائه شده از سوی داروخانه مذکور امتناع ورزند. در صورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه و در چارچوب قرارداد و ضوابط مربوطه می باشد. اگر بیش از یک

داروخانه در محل وجود داشته باشد، مرکز بهداشت شهرستان موظف است با هر یک از آنان بر اساس ضوابط مربوطه عقد قرارداد، قراردادی جداگانه منعقد نماید 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 و نیروی انسانی در مرکز مستقر نماید مگر آنکه داروخانه در محدوده روستا یا در شهر زیر ۲۰ هزار نفر در شعاع ۵۰۰ متری مرکز مستقر باشد. داروخانه غیر دولتی طرف قرارداد موظف است کلیه اقلام دارویی مورد نیاز در بسته خدمتی (۴۳۶ قلم) را تامین نموده و کسورات ناشی از عدم تامین اقلام دارویی به هر شکل مرتبط با کمبود اقلام یا عدم ارائه خدمات دارویی به عهده داروخانه طرف قرارداد می باشد. لازم است این مورد در متن قرارداد فی مابین لحاظ گردد. بدیهی است داروخانه های خصوصی طرف قرارداد موظف به رعایت مفاد مربوطه این دستور عمل طی انعقاد قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان می باشند.

تبصره ۱: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر و در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. مسئولیت تامین پرسنل و ارائه خدمات دارویی در مرکز مجری برنامه و در دهگردشی ها با مسئول داروخانه طرف قرارداد می باشد و استفاده از پرسنل تیم سلامت در داروخانه طرف قرارداد مجاز نمی باشد. پرسنل به کارگیری شده باید واجد تاییدیه معاونت غذا و داروی دانشگاه باشند. در صورت پوشش ارائه خدمات دارویی یک مرکز خدمات جامع سلامت با چند داروخانه طرف قرارداد، برنامه ریزی ارائه خدمات دارویی در شیفت شب، تامین داروهای ترالی / قفسه اورژانس و نیز دهگردشی توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد.

تبصره ۲: تامین داروهای ترالی / قفسه اورژانس به عهده داروخانه طرف قرارداد می باشد. بدیهی است در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، دسترسی به خدمات دارویی بایستی به صورت شبانه روزی امکان پذیر باشد و تامین دارو و پرسنل لازم جهت ارائه دارو در تمامی ساعات شبانه روز در صورت واگذاری داروخانه، بر عهده داروخانه طرف قرارداد می باشد.

تبصره ۳: داروخانه طرف قرارداد که در محل مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه قرار دارد، فقط مجاز به ارائه دارو، ملزومات دارویی، پزشکی و اقلام بهداشتی و خدمات مربوطه از این محل به مردم می باشد و مجاز به فروش لوازم آرایشی نیست.

## فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت

### ماده ۱۶: تشکیل پرونده سلامت

اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، انجام یک بار ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش از طریق سامانه سطح یک انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

تبصره ۱: در صورت عدم دسترسی به رایانه و اینترنت و تامین نشدن زیر ساخت سامانه سطح یک، باید ویزیت اول انجام شده و پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

تبصره ۲: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

### ماده ۱۷: سرکشی و نظارت (دهگردشی)

پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی به خانه های بهداشت با جمعیت ساکن کمتر از ۲۰۰۰ نفر حداقل ۱ بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نماید. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود. برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مرکز خدمات جامع سلامت تک پزشک تا ساعت ۱۱ صبح خالی از پزشک نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود. این زمان می تواند بسته به نظر ستاد هماهنگی برنامه پزشک خانواده استان تغییر نماید.

تبصره ۱: محل استقرار پزشک در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست از انجام این کار اجتناب کند) و به ازای هر یک بار عدم انجام دهگردشی به علل غیر موجه، یک در صد از نمره

پایش سه ماهه عملکرد فصلی وی کسر می گردد. جمعیت تحت پوشش پزشکی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

تبصره ۲: در مورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز مورد نظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه های بهداشت و روستاهای سیاری و قمر باید بین پزشکان تا حد امکان 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 ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسئول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

تبصره ۴: در صورت دلیل موجه (عدم تامین خودروی مورد نیاز دهگردشی از سوی مرکز بهداشت شهرستان و همچنین عدم حضور بهورز)، از نمره پایش وی کسر نخواهد شد. لیکن در صورت عدم ارائه خدمت دهگردشی تعیین شده به دلیل غیر موجه، ضمن کسر یک نمره پایش به ازای هر بار غیبت دهگردشی، سرانه خدمت مذکور نیز از سرانه پزشک کسر می گردد.

### **ماده ۱۸: ثبت روزانه آمار مراجعین**

ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح یک بهداشت انجام می گردد و نیازی به ارسال کاغذی این اطلاعات نیست.

تبصره: مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه در سامانه سطح یک بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. همچنین گزارش اطلاعات مورد نظر توسط مرکز بهداشت استان بر اساس فرمت تعیین شده در اختیار اداره کل بیمه سلامت استان قرار می گیرد.

### **ماده ۱۹: ارائه خدمات در قالب بسته خدمت**

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



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

### ماده ۲۰: ساعات کار اعضای تیم سلامت

ساعت کار موظف تیم سلامت بر اساس ماده ۸۷ قانون خدمات مدیریت کشوری معادل ۴۴ ساعت در هفته تعیین می گردد. شیفت بندی بسته به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه و متناسب با بار مراجعه به صورت پیوسته یا جداگانه در دوشیفت صبح و بعدازظهر با تصویب ستاد هماهنگی استان تعیین می گردد.

تبصره ۱: پزشکان خانواده مستقر در مراکز مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر ( برحسب شیفت بندی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی) و در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند.

تبصره ۲: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شیفت بندی زمان کار پزشک را باید طوری برنامه ریزی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم باشد.

تبصره ۳: فرم ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد. بدیهی است در صورت ارائه گزارش مذکور از طریق سامانه سطح یک، نیازی به ارسال اطلاعات کاغذی نیست.

تبصره ۴: حضور فعال تیم سلامت در مراکز 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 و این نیروها موظف هستند حتماً "همسان با ساعات کار اداری پزشک خانواده در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. در

مورد 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 ۵: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، در ایام ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیئت محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

### **ماده ۲۱: بیتوته پزشک خانواده**

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری و روزهای تعطیل، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز مجری مطابق مفاد زیر الزامی است.

مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که فاصله بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی فعال یا بیمارستان دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته ( به عنوان تجمیعی مطابق با این دستور عمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد. (نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمی باشد). حد اکثر سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰۰۰۰ نفر می باشد. در این مراکز می بایست امکانات بیتوته فراهم گردد. حضور پرستار (بهبار)/ ماما (در صورت نبود پرستار/ بهبار و به عنوان جایگزین ایشان)، نگهبان/ سرایدار نیز به همراه پزشک الزامی است. بدیهی است در سایر مراکز که شرایط تجمیع شدن با شرایط فوق الذکر را ندارند، بیتوته پزشک الزامی است. انتخاب این مراکز در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی استان و اداره کل بیمه سلامت استان، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت تحت پوشش، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه روزی مشخص و اطلاع رسانی لازم به جمعیت تحت پوشش انجام شود.

اگر بیمارستان به عنوان مرکز تجمیعی باشد، موظف است بیماران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مورد نظر را پذیرش نماید و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن ازسوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه به صورت FFS به بیمارستان ندارد. ضرورت دارد معاون درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی هماهنگی لازم را فی مابین بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان، به منظور پذیرش دارندگان دفترچه بیمه روستایی در ساعات غیر اداری توسط بیمارستان ها ( به عنوان مرکز تعریف شده بیتوته) انجام دهد. برای استفاده

از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف اعتبار بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۱: با در نظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست پزشک و ماما، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل بیتوته نماید. مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم نماید. وجود نگهبان/ سرایدار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان می بایست برنامه زمان بندی شیفت بیتوته پزشکان مرکز را با مرکز تجمیعی به طور نوبتی و با تقسیم عادلانه تدوین و ابلاغ نماید و اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش توسط مراکز مجری برنامه صورت پذیرد.

تبصره ۳: در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت مجری، مسئولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشک مسئول مرکز خواهد بود.

تبصره ۴: در مراکز شبانه روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر، در صورت حضور پزشک خانواده در شیفت شب، روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF در نظر گرفته می شود. بدیهی است عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیل غیبت نخواهد شد.

تبصره ۵: برای مراکزی که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد. البته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، امکان ارایه خدمت به جمعیت تحت پوشش را از نزدیکترین مرکز تجمیعی یا شبانه روزی را فراهم کند. درضمن لازم است نام، محل و نشانی مراکز مزبور و ساعت کشیک به نحوی 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 براساس نظر مرکز بهداشت شهرستان باید در این مراکز بیتوته نمایند.

تبصره ۶: هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن حق بیتوته خود، از انجام این کار اجتناب کند و در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان، موظف به انجام بیتوته است. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در برنامه بیتوته حضور داشته باشند.

تبصره ۷: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظر گرفته شده هرچه سریعتر امکانات مورد نیاز فراهم گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز هماهنگی برای بیتوته صورت پذیرد. تبصره ۸: 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.

تبصره ۹: استفاده از پزشکان بخش خصوصی در بیتوته واحد های مجری برنامه، در صورت عدم وجود ظرفیت در بخش دولتی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک بلامانع است. ضوابط قرارداد و پرداختی این پزشکان مانند پزشکان بیتوته می باشد.

تبصره ۱۰: خدمات جانبی غیر اورژانس شامل ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل بندی شکستگی ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور (به عنوان خدمات سطح دو) در مراکز مجری ارائه هنده سطح یک خدمات، شامل پایش و تعدیلات بیمه ای نخواهد شد. بدیهی است انجام آنها در سطوح تخصصی مشمول خدمات سطح دو و ضوابط مربوطه خواهد بود.

تبصره ۱۱: تعرفه اخذ شده از مراجعین بیمه شده روستایی که مستقیماً و بدون مسیر ارجاع به بیمارستان مراجعه و منجر به بستری موقت یا دائم آنها شود با فرانشیز دولتی و مراجعات غیر اورژانس منجر به ویزیت سرپایی و عدم بستری، به صورت آزاد می باشد. لازم است اطلاع رسانی در این خصوص به جمعیت تحت پوشش صورت پذیرد.

تبصره ۱۲: واگذاری بیتوته از سوی پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر ممنوع می باشد. هر گونه برنامه ریزی در این خصوص می بایست از سوی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرفته و پزشکان مکلف به اجرای آن می باشند.

تبصره ۱۳: در زمان بیتوته که شامل ساعات خارج از زمان موظف کاری و روزهای تعطیل می باشد مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه ها برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی و برای

افراد فاقد بیمه معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی می باشد. البته در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد. تبصره ۱۴: در صورت عدم انجام بیتوته تعیین شده، سرانه خدمت مذکور از سرانه پزشک کسر می گردد.

### **ماده ۲۲: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت**

۱- اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا بهرمنند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کنند نمایند. در مورد حج تمتع، صرفاً یک بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی یک ماهه امکان پذیر است و در این زمان صرفاً حکم کارگزینی قابل پرداخت می باشد. تبصره ۱: اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود.

تبصره ۲: در مراکز 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 و بازآموزی و اداری یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند. بدیهی است عدم حضور به علت انجام دهگردشی و شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، مشمول تعدیلات نخواهد بود.

تبصره ۳: در مورد مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان به گونه 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 خدمات جامع سلامت شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده کرد و در این صورت مشمول تعدیلات نمی شود.

۲- اعضای تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/ دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت ۴ ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصرأ "معادل مبلغ حکم کارگزینی را دریافت می نماید. 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 ۲ اقدام مختلف انجام داد:

الف- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز خدمات جامع سلامت تابعه خود که نیاز دارد به کارگمارد.

ب- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده، در زمان مرخصی وی با فرد جانشین قرارداد موقت بسته شود تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

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

۴- مدت زمان مرخصی زایمان در حال حاضر به مدت ۹ ماه می باشد و محل پرداخت دستمزد در طی شش ماهه اول از طریق سازمان تامین اجتماعی و سه ماهه بعدی در صورت وجود اعتبار از محل اعتبارات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد.

۵- در راستای اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسئول مستقیم، اگر به شکل کاهش ۸۰ دقیقه در تمام روزهای هفته باشد نیاز به جانشین نداشته و مشمول کسورات نمی گردد. در صورتی که یک روز کامل در هفته باشد لازم است نیروی جانشین حضور داشته باشد و هزینه تامین نیروی جانشین از اعتبارات دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی خواهد بود.

تبصره ۱۰: مبنای محاسبه سنوات، بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۳ ماده ۲ آیین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیات علمی دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور سال ۱۳۸۶ (معادل تبصره ۵ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیات علمی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۱۳۹۱)، حکم کارگزینی بوده و معادل یک ماه مبلغ مندرج در حکم کارگزینی پس از پایان هر دوره قرارداد (یک سال) (یا در طی سال) به کارکنان مشمول، پرداخت می شود. بدیهی است بازخرید سنوات خدمت در قراردادهایی که مدت انجام آنها کمتر از یک سال باشد به تناسب مدت قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد. همچنین برای نیروهای رسمی و پیمانی در پایان خدمت تسویه می گردد.

تبصره ۱۱: مبنای محاسبه سهم ماندگاری، بر حسب سال های همکاری فرد در برنامه پزشک خانواده بوده و در فرمول پرداخت محاسبه می گردد.

تبصره ۶: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن پرسنل قراردادی/ طرحی طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی، تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد معادل مبلغ ۱۵ روز از

حکم کارگزینی را به وی پرداخت کند. جهت نیروهای پیام آور بهداشت تابع ضوابط مربوطه و جهت نیروهای رسمی و پیمانی حکم کارگزینی آنان مبنای پرداخت ذخیره مرخصی در پایان خدمت بر اساس ضوابط معاونت توسعه مدیریت و منابع می باشد.

## فصل ششم: دارو

### ماده ۲۳: اقلام دارویی

مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین ۴۳۶ قلم داروی مصوب است. به روز رسانی اقلام مربوط به داروهای ترالی اورژانس بر اساس مصوبات مرکز اورژانس کشوری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. این داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه نیازهای دارویی مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین کنند. تصمیم گیری درمورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی تا حداکثر ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته دارویی استانی پزشک خانواده متشکل از مدیر کل بیمه سلامت استان، معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده، نماینده معاونت غذا و دارو و مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی، 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، بنا به ضرورت تشکیل خواهد شد. تغییرات فهرست دارویی باید به کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده اعلام گردد. همچنین لازم است گزارش نظارت بر عملکرد داروخانه های طرف قرارداد نیز توسط کمیته مذکور به کمیته فنی کشوری ارسال گردد.

تبصره ۱: پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه باید درخواست دارویی خود را زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود باشند.

تبصره ۲: در صورت نرسیدن به موقع داروهای درخواستی و موجودی صفر برای داروی مرکز (دولتی یا خصوصی)، تا دو برابر قیمت دارو از سرانه دارویی مرکز کسر می شود. تامین داروهای خاص بیماران صعب العلاج مشمول این بند نمی شود.

تبصره ۳: پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده پیوست لیست دارویی برنامه نیست اما تمدید نسخ درمان به شرط آنکه داروی تجویزی شرط تجویز توسط متخصص را نداشته باشد در بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و بیماری های قلبی و عروقی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای 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 مستثنی است. در صورتی که، داروهای مربوطه جزو اقلام ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده نباشند و امکان دسترسی به داروخانه واجد مسئول فنی داروساز طبق ضوابط طرح گسترش نباشد، پزشک خانواده باید این داروها را در نسخه جداگانه ضمن درج عبارت ادامه تمدید درمان در قسمت کادر ارجاع نسخه تجویزی کند و داروخانه طرف قرارداد مرکز خدمات جامع سلامت باید



نسبت به تامین این اقلام اقدام نموده و هزینه این داروها باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان به شبکه بهداشت و درمان پرداخت شود و مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۴: تجویز نسخ دارویی مرتبط توسط دندانپزشک خانواده در محدوده ۴۳۶ قلم داروی مصوب برنامه امکان پذیر است.

تبصره ۵: داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان که دارای پرونده فعال مراقبت هستند و در فهرست ۴۳۶ قلم دارو قرار می گیرند در صورت وجود اعتبار به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند. هزینه تامین این داروها از محل اعتبارات دانشگاه یا سهم دارو از محل ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد. لازم است اقلام دارویی این بیماران ( که دارای پرونده فعال اعصاب و روان می باشند) در برگه جداگانه با عنوان سلامت روان نسخه گردد.

تبصره ۶: نسخ دارویی مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده در کمیته تجویز و مصرف منطقی داروی دانشگاه ارزیابی شده و نتایج ضمن ارسال به اداره کل بیمه سلامت استان، جهت تصمیم گیری در کمیته دارویی استان مطرح می گردد.

تبصره ۷: 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 دستور عمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت در اختیار مردم قرار داده شوند.

تبصره ۸: در هر بازدید از مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، در صورت فقدان اقلام دارویی مصوب تجویز شده توسط پزشکان مرکز (درخواست پزشک) برای همان ماه مورد بازدید و صرفاً "سهم سرانه داروی مرکز مربوطه کسر می شود.

تبصره ۹: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده، مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۱۰: 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. فرانشیز داروهایی مانند انسولین مشمول ضوابط مربوطه مصوبه سازمان غذا و دارو خواهد بود.

تبصره ۱۱: تجویز نسخ دارویی توسط کارشناس مامایی دارای نظام مامایی صرفاً در محدوده داروهای قابل تجویز آنان و طبق بسته خدمتی پزشکی خانواده و بیمه روستایی، مقدور می باشد.

تبصره ۱۲: فرانشیز داروهای خارج از پوشش بیمه ای جهت بیمه شده روستایی معادل ۳۰ درصد و جهت سایر بیمه ها و افراد فاقد بیمه به صورت آزاد محاسبه خواهد شد.

### **ماده ۲۴: ارقام مکمل**

مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام مکمل ها در انبار دارویی شبکه بهداشت و درمان شهرستان/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده ( برنامه کشوری مکمل یاری گروه های سنی و فیزیولوژیک) برای گروه های هدف برنامه در اختیار خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت روستایی / شهری مجری برنامه قرار داده تا به صورت رایگان در اختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار گیرند.

تبصره: داروهای بهداشتی یا مکمل، مطابق بسته خدمتی و بر اساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه های سنی و فیزیولوژیک و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه قرار گرفته و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده ندارد. جهت تامین مکمل ید و اسید فولیک، می توان از قرص ترکیبی یدو فولیک به عنوان جایگزین در صورت تامین اعتبار از محل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی استفاده کرد.

### **ماده ۲۵: راه اندازی داروخانه**

در صورت عدم ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت یا مناطق مجاور یا تمایل نداشتن آنها به همکاری با برنامه پزشک خانواده، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی واحد داروخانه در محل مرکز خدمات جامع سلامت مزبور و تامین و توزیع دارو به مردم و در زمان دهگردشی پزشک می باشد.

### **ماده ۲۶: میزان تجویز دارو**

میانگین مورد انتظار اقلام دارویی تجویز شده در بررسی های کلی نسخه هر پزشک ۳ قلم می باشد. این شاخص در کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو مورد بررسی قرار می گیرد و گزارش مربوطه به کمیته دارویی استان ارسال می گردد. چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، این میانگین می تواند تا ۳,۵ قلم دارو افزایش یابد.

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

- تاریخ نسخه مربوط به ماه پیش باشد.
- به اندازه یک ماه دارو تجویز شود.

## ماده ۲۷: تعرفه ارائه خدمات دارویی

تعرفه ارائه خدمات دارویی از بیمه شده روستایی به شرط حضور داروساز در داروخانه های (دولتی یا غیردولتی) مستقر و غیر مستقر مراکز خدمات جامع سلامت، به ازای هر نسخه صرفاً مبلغ ۸۰۰۰ ریال می باشد و دریافت سایر مبالغ با عناوین مختلف (تعرفه های نظام پزشکی) از بیمه شده روستایی ممنوع می باشد. ارائه دارو از قفسه دارویی اورژانس توسط پزشک یا کارکنان مرکز خدمات جامع سلامت در ساعات اداری (بدون حضور داروساز) و غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت این تعرفه نیست.

تبصره ۱: دریافت هر گونه وجهی خارج از سهم بیمار از نسخه دارویی توسط داروخانه از بیمه شده ممنوع می باشد. اخذ تعرفه "ارائه خدمات دارویی" نیز فقط زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام می شود، وجاهت قانونی دارد و در شعب داروخانه به دلیل عدم حضور داروساز ممنوع است. تبصره ۲: نسخ دارویی شعب داروخانه های طرف قرارداد می باید به طریق مقتضی از نسخ داروخانه اصلی متمایز شود. کلیه داروخانه ها مکلف به ارائه سی دی اطلاعات دارویی بر اساس فرمت استاندارد بیمه ها و صورت وضعیت قیمت نسخ می باشند.

تبصره ۳: ارائه خدمات دارویی در داروخانه های دولتی مستقر در مراکز توسط دارویار می باشد. در صورت عدم وجود دارویار از نیروی بهیار، پرستار و در صورت نبود بهیار و پرستار از ماما تحت عنوان سایر نیروهای بهداشتی استفاده می گردد. آموزش دارویی نیروهای مذکور با هماهنگی معاونت بهداشت و معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده است. توزیع نیروهای ارائه دهنده خدمات پرستاری و دارویی بر عهده گروه/ واحد گسترش شبکه مرکز بهداشت استان/ شهرستان می باشد.

تبصره ۴: در صورت عدم ارائه خدمات دارویی به میزان دو برابر سهم سازمان از قیمت داروی خریداری شده از سهم سرانه دارویی شهرستان در واحدهایی که مطابق با طرح گسترش شبکه ملزم به ارائه خدمت بوده اند کسر می گردد. این موارد شامل کسری های مربوط به کمبود دارویی کشور یا منطقه نمی شود. تعیین موارد به عهده کمیته دارویی استان است.

تبصره ۵: داروخانه های طرف قرارداد موظف به ارائه داروهای ژنریک ایران می باشند. در غیر این صورت داروخانه طرف قرارداد مشمول کسورات به میزان دو برابر اختلاف قیمت ژنریک و تجاری می شود.

تبصره ۶: قیمت دارو در داروخانه های طرف قرارداد بر اساس قوانین و مقررات مربوطه سازمان غذا و دارو می باشد. ملاک فرانشیز ۳۰ درصد پرداختی بیماران و سهم ۷۰ درصد داروخانه های طرف قرارداد نیز بر این اساس است.

## فصل هفتم: پاراکلینیک

### ماده ۲۸: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی

ارائه خدمات پاراکلینیک بایستی در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور (یا حداقل فاصله زمانی ممکن) صورت گیرد. مرکز بهداشت هر شهرستان می تواند برای تدارک خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از طریق راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین و امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر خواهد بود.

### ماده ۲۹: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک

۱- چنانچه شبکه بهداشت و درمان شهرستان، واحد آزمایشگاهی خاص را برای ارائه خدمات تعیین کرده باشد، پزشک ملزم است بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد. در صورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه ها بر عهده شخص خواهد بود.

۲- چنانچه خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده و بسته خدمت سطح اول نبوده (سایر موارد آزمایشگاه، سونوگرافی و تصویربرداری) ولی پزشک عمومی (و ماما در محدوده نسخ قابل تجویز) مجاز به تجویز آنها در دفترچه بیمه می باشد، هزینه این خدمات توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می شود.

۳- فرانشیز خدمات پاراکلینیک برای بیمه شدگان صندوق روستایی ۱۵٪ و برای سایر صندوقهای بیمه سلامت و سایر بیمه ها ۳۰٪ تعرفه دولتی است.

## ماده ۳۰: سطح بندی آزمایشگاه

واحدهای ارائه دهنده خدمات از نظر ساختاری، به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱- آزمایشگاه مرکز مجری: به آزمایشگاهی اطلاق می شود که در مرکز مجری برنامه پزشک خانواده با جمعیت تحت پوشش بیشتر از ۴۰۰۰ نفر یا فاصله آن مرکز تا نزدیکترین آزمایشگاه فعال بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد قرار دارد.

۲- واحد نمونه گیری: در صورتیکه مرکز خدمات جامع سلامت دارای جمعیت تحت پوشش کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد و راه اندازی آزمایشگاه در آن مرکز مقرون به صرفه نبوده و یا فاصله آن مرکز تا نزدیکترین آزمایشگاه فعال کمتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد نیاز به راه اندازی آزمایشگاه نبوده و راه اندازی واحد نمونه گیری کافی است. این مرکز ملزم به نمونه گیری توسط پرسنل معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر یک روز در هفته، برای جمعیت ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر دو روز در هفته و برای جمعیت ۴۰۰۰ تا ۷۰۰۰ نفر سه روز در هفته می باشد.

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

تبصره ۱: جذب نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال و جمعیت مراکز دارای واحد نمونه گیری محاسبه می گردد. به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت دارای آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به کارگیری می شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعال مستقر بوده و موظف به انجام نمونه گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت پوشش این مرکز می باشد. تبصره ۲: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره کل بیمه مصوب و در کلیه مراکز مجری در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

## **ماده ۳۱: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه**

### **روستایی**

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

تبصره ۱: الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی های فنی آنها مبتنی بر نوع خدمات آزمایشگاهی قابل انجام در آزمایشگاه و بارکاری آن می باشد. بنابراین متناسب با بارکاری ممکن است از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر نیز برای تجهیز آزمایشگاه استفاده شود.

تبصره ۲: تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که تعریف آنها در ماده ۲ آیین نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی آمده است، باید دارای تاییدیه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند و تمام کارکنان آزمایشگاههای تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه های دانشگاه علوم پزشکی متبوع گزارش نمایند.

## جدول لیست تجهیزات آزمایشگاههای مراکز خدمات جامع سلامت

آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان	مراکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری
<p>کلیه وسایل سطح ۱ به علاوه: هود کلاس ۲ ترازوی حساس دیجیتال اتو آنالایزر بیوشیمی سل کانتر خون شناسی دستگاه خود کار سدیمان تاسیون (در صورت حجم کاری بالا) دستگاه قرائت کننده پلیت الیزا الایزا و اشتر انواع کیت های الایزا مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام سمپلر متغیر در دامنه های حجمی مختلف سمپلر مولتی کانال (۸ یا ۱۲ کاناله) میکروسکوپ دو چشمی برای بخش میکروب شناسی و سل</p>	<p>کلیه وسایل واحد پذیرش و نمونه گیری به علاوه: هود معمولی پایه و لامپ UV محافظ ولتاژ وسایل الکتریکی دیونایزر یا آب مقطر گیری دماسنج معمولی در دامنه های دمایی مختلف دماسنج ماگزیمم-مینیمم به تعداد وسایل حرارتی و برودتی اتو کلاو فریزر منهای ۲۰ درجه فور کرونومتر پودر دکستروز در وزن های مختلف ترازوی یک یا دو کفه ای معمولی وسایل شیشه ای شامل پی پت سدیمان ، پی پتور، مزور، ارلن، قیف، بشر، بالن ژوزه و قطره چکان و شیشه های در سمباده ای همتولوژی : آنتی سرم های گروه بندی خون چراغ مطالعه پایه سدیمان لام ثنوبار لامل سنگین به ابعاد متناسب برای لام ثنوبار موجود تشتک رنگ آمیزی با جای لام لوله موئینه خمیر همتوکریت کیت اندازه گیری هموگلوبین محلول شمارش گلبول های سفید رنگ رایت / گیمسا / رایت-گیمسا خط کش میکرو همتوکریت</p>	<p>یخچال جعبه کمکهای اولیه تابوره ساعت آزمایشگاهی پاراوان وسایل حفاظت شخصی ظروف ایمن (Safety box) نمونه گیری : دفتر پذیرش یا کامپیوتر، پرینتر و نرم افزار پذیرش-جوابدهی صندلی نمونه گیری گارو پنبه و الکل یا پد الکلی ترالی استیل یکس دردار در چند اندازه تخت معاینه انواع ظروف جمع آوری نمونه و وسایل مربوط به نمونه گیری در مورد بیماری های تحت مراقبت لانست هولدر یا سرنگ (در اندازه های مختلف) لوله های در دار با یا بدون خلاء (در اندازه های مختلف - خالی یا حاوی ضد انعقاد های مختلف جهت نمونه های لازم برای CBC, ESR و غیره) رولر میکس</p>

<p>میکروسکوپ دو چشمی چشمی برای بخش کامل ادرار و انگل شناسی سانتریفوژ ۲۴ یا ۴۸ شاخه PH متر الکتریکی هیتر مغناطیسی رنگ شمارش رتیکولوسیت رنگ ذیل نلسون کاغذ PH انواع محیط های کشت میکربی انواع دیسک های آنتی بیوگرام استاندارد ۰/۵ مک فارلند وسایل کامل کروماتوگرافی نازک لایه دوربین مدار بسته انواع رپید تست های جستجوی مواد مخدر ظرف جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته آنتی ژن های رایت، ویدال، 2ME آنتی سرم های ضد سالمونلا، شیگلا، E.coli انتروپاتوژن، ویریو و ...</p>	<p>میکروسکوپ دو چشمی سانتریفوژ میکرو هماتوکریت کانتر دیف دستی ویا دیجیتال هاون چینی بیوشیمی : لوله آزمایش معمولی در اندازه های مختلف سانتریفوژ ۸ یا ۱۶ شاخه پیپت در اندازه های ۱ تا ۱۰ میلی لیتر پیپت فیلر میکسر لوله اسپکتروفوتومتر یا ترجیحاً فتومتر انواع کیت های بیوشیمی مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام بن ماری کالیبراتور تست های بیوشیمی سرم کنترل بیوشیمی دست کم در ۲ سطح میکرب شناسی : دسته و تیغ بیستوری پنس و قیچی در شکل و اندازه های مختلف رنگ گرم سبد استیل توری نسوز بن ماری جوش (جهت مراکز شهری) مداد الماسه چراغ الکلی لام ولامل فیلدو پلاتین دسته فیلدو پلاتین انکوباتور (جهت مراکز شهری) لوله های حاوی محیط های انتقالی سه پایه فلزی جار شمع دار بک گاز محیط های کشت لازم برای کشت ادرار</p>	<p>لام آماده سازی نمونه ها : سانتریفوژ حداقل ۸ یا ۱۶ شاخه سمپلر با حجم های ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میکرولیتر یا یک سمپلر متغیر نوک سمپلر (در اندازه های مختلف) جای سر سمپلر پایه سمپلر جا لوله ای قلم الماس ارسال نمونه : Cold box ice pack</p>
--	---	---



دستگاه اندازه گیری HbA1c در صورتی که اتوآنالیزر قادر به انجام این تست نباشد)	سرولوژی : لام سرولوژی روتاتور آنتی هیومن آنتی ژن PPD انواع کیت های سرولوژی مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام کیت تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر) کامل ادرار و انگل شناسی: رپید تست تشخیص حاملگی روی ادرار یا سرم رفراکتومتر نوار ادرار نوار گلوکز ادرار محلول لوگل کیت جستجوی خون مخفی	
خون کنترل دست کم در ۲ سطح سرم کنترل برای تست هایی که به روش الیزا انجام می شوند. دست کم در دو سطح		

### ماده ۳۲: خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و

#### بیمه روستایی

خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی طرف قرارداد شبکه می بایست بر اساس خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باشد. همچنین آزمایشات رایگان غربالگری بیماری ها بر اساس بسته خدمتی مربوطه، انجام می گردد. تبصره ۱: به تشخیص متولیان نظام مراقبت از بیماریها و برنامه های کشوری، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایشهای مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.

تبصره ۲: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی انجام شده و نمونه های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه برداری از طریق پرسنل به آزمایشگاههای بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا غیر دولتی و آزمایشگاههای خصوصی تایید شده طرف قرارداد ارجاع می شود. آن دسته از

نمونه ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداری شوند.

تبصره ۳: نمونه گیری آزمایش "تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم" در مراکز خدمات جامع سلامت جهت غربالگری گروه های هدف (زنان ۳۰-۵۹ ساله) و سایر گروه ها به صورت رایگان انجام می شود.

تبصره ۴: حق پذیرش و نمونه گیری هر نسخه در سر جمع هزینه خدمات آزمایشگاهی محاسبه شده و سپس فرانشیز ۱۵ درصد اخذ گردد.

تبصره ۵: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروه های سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد.

آزمایشات مادران باردار شامل Blood Group & Rh - آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی - آزمایش آنالیز کامل ادرار - کشت ادرار - Serum Creatinin-Serum BUN - آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران RH منفی) - FBS - TSH - VDRL - HBSAg (در صورت نیاز)، آزمایش غربالگری دیابت بارداری Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) - Glucose Challenge Test(GCT)

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

آزمایش های غربالگری نوزادان شامل اندازه گیری TSH (CH) - اندازه گیری کمی فنیل آلانین (PKU)

### جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاههای بهداشت

آزمایشگاه	آزمایشگاه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان	آزمایشگاه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
<p>کلیه خدمات آزمایشگاههای مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه به علاوه: بیلروبین مستقیم و توتال</p> <p>آزمایش Uric Acid</p> <p>آزمایش HbA2</p> <p>آهن</p> <p>ظرفیت اتصال آهن (TIBC)</p> <p>شمارش رتیکولوسیت</p> <p>کومبس رایت (Coombs Wright)</p> <p>۲-مرکاپتواتانول (2ME)</p> <p>آزمایش کمی Beta-HCG سرم</p> <p>آزمایش کومبس غیر مستقیم</p> <p>بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل</p> <p>کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor)</p> <p>آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار</p> <p>آزمایش T4</p> <p>اندازه گیری کمی فنیل آلانین ( غربالگری نوزادان (PKU)</p> <p>ESR</p> <p>آزمایش HbA1c</p> <p>آزمایش HIVAb</p> <p>آزمایش HBsAg</p> <p>آزمایش HBsAb</p> <p>آزمایش HCVAb</p> <p>آزمایش Ca/P</p> <p>آزمایش Na/K</p> <p>ALP Serum</p>	<p>آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی هموگلوبین</p> <p>هماتوکریت</p> <p>گروه خون Blood Group &amp; Rh</p> <p>قند خون ناشتا (FBS)</p> <p>آزمایش Glucose Challenge Test(GCT)</p> <p>آزمایش Oral Glucose Tolerance Test(OGTT)</p> <p>آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (2hPP)</p> <p>آزمایش Serum BUN</p> <p>آزمایش Serum Creatinin</p> <p>آزمایش Serum Cholesterol</p> <p>آزمایش Serum Triglyceride</p> <p>آزمایش Serum HDL-Cholesterol</p> <p>آزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود)</p> <p>آزمایش Serum SGOT</p> <p>آزمایش Serum SGPT</p> <p>آزمایش کیفی تشخیص حاملگی</p> <p>آزمایش Serum RPR/VDRL</p> <p>سدیماتاسیون (ESR)</p> <p>آزمایش (Stool Examination-Ova/Parasite)</p> <p>آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood</p> <p>آزمایش آنالیز کامل ادرار</p> <p>آزمایش کشت ادرار</p> <p>رایت</p> <p>ویدال</p>	<p>پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایشهای قابل نمونه گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده</p> <p>کلیه نمونه های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه های بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاههای خصوصی تأیید شده) ارسال گردند.</p> <p>در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد.</p>

نمونه گیری آزمایش تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم آزمایش DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر)	لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا)
---	--------------------------------------

### **ماده ۳۳: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک**

ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت هر شهرستان برای تدارک خدمات پاراکلینیک بصورت یکسان (دریافت FFS یا سرانه) عمل نماید.

تبصره ۱: سهم 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 این صورت، و فقط در صورت فقدان حتی یکی از دو شرط (داخل مرکز مجری برنامه یا با حداقل فاصله ممکن (ترجیحا" تا نیم ساعت با خودرو تا مرکز)، خدمات آزمایشگاهی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی سهم 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 صورتی که، شرط با حداقل فاصله ممکن (ترجیحا" تا حداکثر نیم ساعت با خودرو تا مرکز) میسر نباشد با تصویب ستاد هماهنگی 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: چنانچه سهم سرانه خدمات پاراکلینیک به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت شود ولی مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه در پوشش شهرستان مربوطه قادر به ارائه خدمات با دو شرط ذکر شده نباشد، برابر سهم پاراکلینیک از مبلغ کل سرانه تعریف شده بابت پاراکلینیک آن مراکز کسر می گردد.

تبصره ۳: در صورت عدم ارائه خدمات پاراکلینیک به میزان یک و نیم برابر سهم سازمان از قیمت نسخه از سرانه تعریف شده خدمات پاراکلینیک مراکز مذکور در واحدهایی که مطابق با طرح گسترش شبکه ملزم به ارائه خدمت بوده اند کسر می گردد.

### **ماده ۳۴: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز مجری**

خدمات تصویر برداری مورد تعهد سطح یک شامل رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب می باشد.  
تبصره ۱: بسته خدمات تصویر برداری سطح یک صرفاً از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه ( اعم از دولتی یا خصوصی طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارائه خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداری دولتی و خصوصی، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداری سطح یک تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.  
تبصره ۳: لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداری طرف قرارداد شبکه در مراکز مجری برنامه صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

تبصره ۴: گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.

تبصره ۵: تصویر برداری سطح دو خدمات (سونوگرافی های بارداری، سونوگرافی های غیر بارداری و رادیوگرافی های غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب) بر اساس سهم سازمان و فرانشیزهای مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق ها در مراکز طرف قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران می باشد.

تبصره ۶: اصل نسخ تجویزی انجام شده مورد تعهد خدمات سطح یک و لیست پذیرش شدگان، توسط مرکز تصویر برداری طرف قرارداد جهت دریافت هزینه ها از شبکه در دو نسخه تنظیم و به مرکز بهداشت شهرستان به صورت

ماهانه ارسال گردد که پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان، یک نسخه از آن به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال می گردد.

تبصره ۷: نسخ دریافت شده از مراکز خدمات جامع سلامت با لیست پذیرش شدگان دریافتی از شبکه بهداشت توسط ادارات کل بیمه سلامت استانی تطبیق داده خواهد شد.

## فصل هشتم: خدمات دهان و دندان

### ماده ۳۵: نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان

ارتقاء سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی به جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه هدف (افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده) کشور صورت می پذیرد.

تبصره ۱: ارائه خدمات سطح یک قابلیت اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد و یا محل کار و اطراق عشایر کوچ کننده دارد. (تاریخ و روزهای برنامه ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهد کودکها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می گردد)

تبصره ۲: در صورت وجود واحد دندانپزشکی ثابت و یا استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه فیشورسیلنت، بروساژ و خدمات درمانی نیز در مراکز فوق الذکر میسر می باشد. صدور مجوز بهره برداری و نظارت بر عملکرد آن بر اساس آیین نامه مربوطه به عهده معاونت بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور می باشد.

### ماده ۳۶: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری

بسته خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز مجری در دو سطح ارائه می شود:

۱) سطح یک: در پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت به ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان بدین شرح می پردازند: شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در محل یا منطقه تحت پوشش با جلب حمایت شورا و هیئت امناء روستا و اتخاذ یک تصمیم یا فعالیتهای مکمل با هماهنگی های برون بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه، آموزش بهداشت دهان و دندان با رعایت اصول مصاحبه انگیزی و یا سایر مدل های آموزش بهداشت (به منظور ارتقای مهارتهای فردی گروه هدف در رابطه با استفاده درست از مسواک، نخ دندان، مشکلات هنگام رویش دندانها، ترک عادات بد و مضر سلامت دهان و دندان، تغذیه غیر پوسیدگی زا، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان ۶ سالگی)، معاینه و ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان در سامانه سطح یک بهداشت، انجام وارنیش فلوراید جهت ارائه به گروه هدف و توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۳ سال، پایش به کارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خودمراقبتی دهان و دندان. ارجاع به سطوح بالاتر برای افرادی که نیاز به خدمات درمانی دارند، در این سطح باید صورت پذیرد. بدیهی است در صورت ارائه خدمات سطح یک توسط هر کدام از ارائه دهندگان خدمت (بهورز، مراقب سلامت دهان) سرانه آن خدمت قابل پرداخت می باشد.

۲) سطح دو: در مراکز خدمات جامع سلامت مجری و واحد های طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظیر مراکز معین و مطب های دندانپزشکی و درمانگاه های طرف قرارداد جهت اجرای سطح ۲ خدمات در قالب

خرید خدمت به ارایه خدمات پیشگیری ثانویه شامل آموزش بهداشت دهان به مراجعین ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان مراجعین، فیشور سیلانت تراپی، فلوراید تراپی، ترمیم دندانها (شیری و دایمی) با استفاده از آمالگام و کامپوزیت، کشیدن دندان های غیر قابل نگهداری (شیری و دایمی)، درمان پالپ زنده (vpt) دندان های شیری و دایمی، جرم گیری و بروساژ و پالپوتومی به شرط تامین یونیت دندان پزشکی (ثابت و سیار)، می پردازند. تبصره ۱: لیست مراکز مجری مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه سلامت استان و از طریق معاونت بهداشت دانشکده/دانشگاه به اداره سلامت دهان دندان معاونت بهداشت وزارت متبوع ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صد درصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیری و لیست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

تبصره ۲: با توجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی، در صورت عدم تامین دندانپزشک توسط شبکه بهداشت/مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه/دانشکده می تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت فرانشیز/ تعرفه دولتی گروه هدف، با بخش خصوصی قرارداد همکاری با دندانپزشک منعقد نماید. به منظور اطلاع رسانی مناسب به بیمه شدگان لیست این مراکز در معرض دید عموم در مراکز خدمات جامع سلامت نصب گردد.

### **ماده ۳۷: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان**

تعرفه خدمات مربوطه، بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی می باشد. تبصره ۱: برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی خارج از گروه هدف و سایر بیمه ها، تعرفه پالپوتومی و پالپ زنده معادل تعرفه ترمیم سه سطحی آمالگام در نظر گرفته می شود. تبصره ۲: کل بسته خدمات دندانپزشکی برای صندوق روستاییان صرفا در قالب خدمات سطح یک مرکز مجری ارائه میگردد و هیچ گونه نسخه ای بصورت FFS برای خدمات دندانپزشکی قابل پذیرش و پرداخت توسط بیمه سلامت



نمی باشد و صرفاً نسخ تجویز شده توسط دندانپزشک تیم سلامت (شامل رادیوگرافی پری اپیکال، بایت وینگ، رادیوگرافی سری کامل دندان، پانورکس) در صندوق روستائیان سطح دو قابل پذیرش و رسیدگی می باشد.

### **ماده ۳۸: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان**

- الف) ارائه خدمات پیشگیری سطح یک برای کل جمعیت ساکن رایگان است.
- ب) فرانشیز ارائه خدمات سطح دو برای جمعیت تحت پوشش به شرح زیر می باشد.
- ۱- برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی: در گروه هدف (زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده) رایگان و برای سایر افراد برای خدمات در تعهد بیمه، سی درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.
- ۲- برای دارندگان دفاتر سایر بیمه ها (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر صندوق های بیمه سلامت و...): خدمات در تعهد بیمه، سی درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.
- ۳- برای افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه: کل هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد.
- ج) دریافت فرانشیز ارائه خدمات توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان مطابق با مصوبه شورای عالی بیمه است.

### **ماده ۳۹: ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان**

ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان شامل دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، مراقب سلامت دهان، مراقب سلامت و بهورز می باشد.

### **ماده ۴۰: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان**

ثبت آمار و خدمات سلامت دهان و دندان از طریق سامانه سطح یک بهداشت انجام می گردد.

### **ماده ۴۱: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان**

به منظور ارتقاء خدمات و همچنین بهبود کیفیت شاخص DMFT لازم است علاوه بر انجام خدمات فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، کشیدن دندان، ترمیمی، پالپوتومی، پالپ زنده، جرمگیری و بروساژ؛ لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت های آموزشی گروه هدف، انجام دهگردشی و بازدید از مدرسه شود. بر اساس نیاز جمعیت تحت پوشش، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان می تواند هر یک از خدمات مذکور را ارائه نماید.

## **ماده ۴۲: نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان**

معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده به منظور برنامه ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی، باید نسبت به تشکیل کمیته ای با حضور کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسئول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال در شهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات ارائه شده بر اساس فرم های جمع بندی عملکرد طرح سلامت دهان و دندان مادران باردار، کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال و بر اساس کتابچه مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل کتابچه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران می باشد. ضمناً پایش های هر سطح توسط سطح بالاتر انجام می گیرد. مثلاً بهورز توسط کاردان های بهداشتی و این کاردان ها توسط دندانپزشک و ... نظارت می شوند. همچنین تیم استانی مسئولیت نظارت بر فعالیتهای شهرستان ها را عهده دار می باشد. این گزارشات ترجیحاً بایستی به روز و از طریق سامانه الکترونیک در دسترس قرار گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان بوده و پس از تایید انجام خدمات دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، پرداختها صورت می گیرد. نظارت بر عملکرد مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان انجام می شود.

## **ماده ۴۳: شیوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان**

۱- گروههای سنی هدف شامل: زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده می باشد. کلیه گروه های سنی، مخصوصاً گروه های سنی هدف در خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی غربالگری شده و اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان های آنها در پرونده خانوار یا نرم افزار کامپیوتری مربوطه ثبت می گردد. پس از انجام آموزش بهداشت دهان با استفاده از وسایل کمک آموزشی، افرادی که نیاز به درمان های دندانپزشکی دارند به دندانپزشک یا سایر کارکنانی که با یونیت کار می کنند، ارجاع و نتیجه ارجاع در پرونده خانوار مربوط به آن فرد ثبت می گردد. کودکان گروه هدف زیر ۱۴ سال بایستی هر ۶ ماه یک بار توسط بهورز و یا مراقب سلامت، مراقبت شوند. همچنین واریش فلوراید بر اساس دستورالعمل مربوطه به کودکان بالای ۲ سال ارائه و شرح خدمات در پرونده فرد/ خانوار ثبت می گردد. مراقبت های مازاد بر مراقبت های کودک سالم در قسمت مراجعات کودک ثبت شود.

۲- از آنجا که گروه سنی ۶ تا ۱۴ سال به دلیل ضرورت مراقبت جدی از دندان های دائمی دارای اولویت می باشند، لذا انجام خدمات پایه سلامت دهان و دندان شامل معاینه دهان و دندانها، آموزش بهداشت دهان، واریش فلوراید، فیشور سیلانت برای کلیه دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در پایگاه های سنجش بر اساس دستورالعمل های مربوطه

قابل انجام می باشد. ارایه این خدمات محدودیت زمانی نداشته و خدمات تعریف شده می بایست توسط ارایه دهندگان ادامه یافته و انجام گیرد و پوشش این خدمات به طور کامل انجام پذیرد.

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

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

## فصل نهم: درآمدها و هزینه های مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

### ماده ۴۴: درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده

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

- ۱- منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشت درمان شهرستان با اداره کل بیمه سلامت استان.
- ۲- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا ماما با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند. تعرفه ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، به شرح زیر می باشد و دریافت هرگونه مبلغ خارج از موارد ابلاغی وجاهت ندارد و منجر به کسورات پایش می گردد.
- الف) فرانشیز ویزیت پزشک عمومی مبلغ ۵۰۰۰ ریال می باشد.
- ب) فرانشیز ویزیت کارشناس مامایی معادل ۶۰٪ فرانشیز پزشک عمومی (۳۰۰۰ ریال) می باشد.
- ج) فرانشیز ویزیت کارشناس ارشد مامایی معادل ۷۰٪ فرانشیز پزشک عمومی (۳۵۰۰ ریال) می باشد.
- ۳- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۴- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۵- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۶- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۰٪ از تعرفه های خدمات جانبی از جمله تزریقات و پانسمان و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند.
- ۷- منابع حاصل از اخذ هزینه کامل مواد مصرفی (مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و...)
- ۸- 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 سلامت و ...).
- ۹- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) درقبال ارائه برگه ی بیمه شدگان.
- ۱۰- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی
- ۱۱- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.

۱۲- حقوق پزشکان یا ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

۱۳- منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها). تبصره ۱: تعرفه این خدمات در کتاب ویرایش سوم ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران- سال ۱۳۹۷ که در اختیار معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، بدست می آید.

تبصره ۲: چنانچه بیمار صرفاً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای مرکز مراجعه کند، فقط فرانشیز تعرفه آن خدمت را خواهد پرداخت. در صورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است (که رایگان می باشد)، برای تمام موارد ویزیت درمانی پزشک، باید فرانشیز مصوب دریافت گردد.

تبصره ۳: دریافت فرانشیز در مورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل ویزیت گروه های هدف مصداق ندارد و چنین خدماتی، در کل جمعیت تحت پوشش، رایگان ارائه می گردد.

تبصره ۴: ارائه مکمل های دارویی باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت به صورت رایگان انجام گیرد.

تبصره ۵: بیمارستان 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 غیر اورژانسی همراه هزینه مربوطه را ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان/ شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه کنند. در مواردی که منجر به بستری گردد از طریق اداره بیمه به بیمارستان پرداخت می شود.

تبصره ۶: افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید، باید ۱۰۰٪ 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.

تبصره ۷: استمرار پرداختها توسط اداره کل بیمه استان منوط به دریافت اوراق جداشده دفترچه بیمه روستایی و ارائه فایل الکترونیک حاوی اطلاعات نسخ و مداخلات مورد تایید سازمان بیمه سلامت است.

تبصره ۸: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). مرکز خدمات جامع سلامت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی راهنمایی نماید.

تبصره ۹: فرانشیزی که در ساعات موظف کاری مرکز خدمات جامع سلامت توسط بیمار باید پرداخت شود معادل ۵۰۰۰ ریال است.

تبصره ۱۰: در زمان بیتوته و روزهای تعطیل مبلغ فرانشیز دریافتی پزشک جهت ویزیت و خدمات جانبی از بیماران غیر از موارد اورژانسی ناشی از حوادث و تروما ۳۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

تبصره ۱۱: 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 و برای سایر صندوق ها (به جز صندوق روستایی) با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده با ارائه به اداره بیمه باید سهم تعرفه آن به صورت (FFS) به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت فقدان واحد 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 ۱۲: ارائه تمامی خدمات و مراقبت های بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمت کاملا رایگان است. در صورت ارائه سایر خدمات (خارج از بسته خدمات سلامت) باید فرانشیز خدمت اخذ گردد. بدیهی است دریافت فرانشیز در مورد ارائه خدمات سطح یک مورد تعهد بیمه از قبیل ویزیت و ارائه دارو به بیماران، خدمات پاراکلینیک و خدمات جانبی (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما)، جهت افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه با فرانشیز آزاد محاسبه خواهد شد.

تبصره ۱۳: 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 و یا پزشک خانواده جانشین که مهر پزشک خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع، باید با تعرفه آزاد از بیمار اخذ گردد.

تبصره ۱۴: اعتبار نسخ ارجاع از تاریخ صدور به مدت یک ماه می باشد. همچنین بیماران صعب العلاج، خاص و سرطانی و بیمارانی که بطور مستقیم بستری شده اند نیازی به ارائه نسخ ارجاع ندارند.

تبصره ۱۵: محل تامین اعتبار داروهای مصوب خانه های بهداشت از سهم سرانه دارویی و مکمل می باشد.

### **ماده ۴۵: بودجه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

سرانه (از محل اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده) برای جمعیت یک بار خدمت در روستاها، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر محاسبه و توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار سازمان بیمه سلامت قرار می گیرد تا مطابق بسته خدمات و اجرای مفاد تفاهم نامه، بر اساس لیست توزیع ارسالی از سوی معاونت در اختیار دانشگاه/ دانشکده ها قرار گیرد.

سرانه (از محل اعتبارات صندوق بیمه روستایی) برای جمعیت یک بار خدمت در روستاها، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر محاسبه می شود تا مطابق لیست توزیع ارسالی بر اساس ضرایب محرومیت توسط معاونت بهداشت محاسبه شده و از سوی سازمان بیمه سلامت مطابق بسته خدمات و اجرای مفاد تفاهم نامه در اختیار دانشگاه/ دانشکده ها قرار گیرد.

بر اساس مصوبات هیئت امناء دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد بیمه روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. بر اساس 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 پزشک خانواده صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و در این راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد.

- پرداخت به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی) با روش سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی و غیر پزشکی مورد نیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز

استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر از موارد تعیین شده در تفاهم نامه توسط ریاست دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استان ممنوع می باشد.

### **ماده ۴۶: مبلغ سرانه و محل تامین آن**

سرانه سالانه خدمات سطح اول برای جمعیت مشمول برنامه (ساکنان روستاها، نقاط عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه سلامت روستایی)، غیر از بیمه شدگان سایر سازمان‌های بیمه گر با جدول ضرایب و سرانه‌های هر شبکه تعیین می‌گردد.

تبصره: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۴۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره کل بیمه استان به قرار زیر می‌شود.

الف) تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت بیمه شده روستایی هر پزشک ۱۰۰ درصد سرانه پزشک پرداخت می‌گردد.

ب) از ۴۰۰۱ نفر تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت بیمه شده روستایی به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۵۰ درصد از سرانه پزشک پرداخت می‌گردد.

ج) در شرایطی که مرکز دارای ضریب محرومیت بالاتر از ۱/۷ باشد و امکان جذب پزشک میسر نباشد، به ازاء جمعیت تا ۵۰۰۰ نفر سرانه بطور کامل و مازاد بر ۵۰۰۰ نفر جمعیت بیمه شده روستایی (صرفاً تا سقف ۷۰۰۰ نفر) ۲۵٪ سرانه پزشک پرداخت می‌گردد.

### **ماده ۴۷: سهم توزیع سرانه**

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بر اساس ماده ۴ تفاهم نامه سال ۹۷ می‌باشد.

### **ماده ۴۸: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات**

در تخصیص کل اعتبارات از اداره کل بیمه سلامت استان به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، رونوشتی از اداره کل بیمه سلامت به معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوط ارسال گردد تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبارات باشند و به موقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند. معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان، وظیفه نظارت بر اعتبارات تخصیص یافته و هزینه کرد آنها در منابع تعریف شده را به عهده دارد. ادارات کل بیمه سلامت استان‌ها، 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 به موقع به دست آنان برسد.

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

تبصره: براساس ماده ۴ تفاهم نامه مشترک، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است حداکثر ۷۲ ساعت کاری پس از دریافت منابع، اعتبارات مربوطه را برای سطح یک خدمات ابلاغ نماید و مدیران کل استانی حداکثر ظرف ۷۲ ساعت کاری پس از دریافت اعتبار آن را به دانشگاه پرداخت نمایند. همچنین دانشگاه مکلف است پس از دریافت اعتبار حداکثر ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به شبکه ها و مراکز بهداشت شهرستان ها اقدام نمایند. به نحوی که پرداخت حقوق تیم سلامت در اولین فرصت مشخص شده در تفاهم نامه صورت پذیرد. در ضمن هر زمان اعتباری از محل ادارات کل بیمه سلامت استانها یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درمورد این برنامه به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی تخصیص داده شود، اداره کل بیمه سلامت استان و دانشگاه/ دانشکده موظف است، رونوشتی از ابلاغ اعتبار را به مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت ارسال دارد.

#### **ماده ۴۹: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت**

جمعیت مشمول سرانه شامل کلیه افراد گیرنده یک بار خدمت در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می باشد.

تبصره ۱: در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت گیرنده یک بار خدمت (روستایی و عشایری) محاسبه می شود. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. اداره کل بیمه سلامت استان موظف است سهم اعتبار مربوطه را طی قراردادی، پس از تعیین مراکز خدمات جامع سلامت فعال (دارای پزشک به کارگیری شده موردنیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی قرار دهد. همچنین وزارت بهداشت اعتبارات مربوطه از محل ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده برای توزیع در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران قرار می دهد. از منابع مالی برنامه، ابتدا سهم اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی و سایر نیروهایی که از محل اعتبارات برنامه

پزشک خانواده دستمزد آنان پرداخت می گردد) تعیین و سپس بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بر اساس مفاد تفاهم نامه ارسالی توزیع می گردد.

تبصره ۲: اداره کل بیمه سلامت استان موظف است تا قبل از پانزدهم هرماه، حداقل ۸۰٪ از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت 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.

تبصره ۳: 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 و به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

تبصره ۴: معاون بهداشتی با استناد جمعیت، حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی (دانشگاهی / دانشکده ای)، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و دستور عمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نماید.

تبصره ۵: معاون توسعه دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک 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.

تبصره ۶: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تخصیصی ماهانه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نماید. همچنین مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت

شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه به تائید معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

تبصره ۷: معاون توسعه دانشگاه و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستان‌های تابعه ندارد.

تبصره ۸: مدیر مالی 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 به معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.

تبصره ۹: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستان‌های تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.

تبصره ۱۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی ناشی از ارائه خدمات 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.

تبصره ۱۱: 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 مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد.

تبصره ۱۲: اسناد هزینه بایستی پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسیده و گزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین شده به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/ دانشکده موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشک خانواده را از حسابرس دانشگاه/ دانشکده دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.

تبصره ۱۳: مرکز بهداشت شهرستان باید فهرست حقوق ارسالی به بانک برای پرداخت حقوق اعضای تیم سلامت طرف قرارداد برنامه را پس از ممهور شدن به مهر بانک در پایان هر ماه به تفکیک اسمی به اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نماید.

### **ماده ۵۰: شرایط پرداخت حقوق و مزایا**

پرداختی به نیروهای تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مطابق با مندرجات فصل مکانیسم پرداخت این دستور عمل می باشد.

تبصره ۱: چنانچه فرد طرف قرارداد در ابتدای همکاری زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل مبلغ قرارداد یک ماه وی پرداخت نمی شود و چنانچه این فرد بیش از یک ماه اما کمتر از سه ماه فعالیت نماید صرفاً حکم کارگزینی به وی پرداخت می گردد. همچنین چنانچه پس از دوره سه ماهه اما قبل از پایان یک ساله قرارداد و بدون اطلاع قبلی (از یک ماه قبل)، محل خدمت خود را ترک نماید، ۲۰ درصد کارانه سه ماهه آخر را دریافت نخواهد کرد.

تبصره ۲: پزشکان، ماماها و پرسنل طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز و خانواده شاهد شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

تبصره ۳: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد، باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

تبصره ۴: به استناد ضوابط اجرایی بودجه، پرداخت وجه مهد کودک برای زنان کارمند دستگاه های اجرایی فاقد مهد کودک دولتی به ازای هر فرزند زیر شش سال جهت پرسنل مشمول تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیات علمی دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور (تیم سلامت) بلامانع است.

تبصره ۵: فوق العاده سختی شرایط کار به پرسنل طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده مشمول، در صورت تصویب هیات امنا دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و بر اساس ضوابط مربوطه قابل پرداخت می باشد.

### **ماده ۵۱: استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

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.

مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهای منعقد شده را براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسانده شود. همچنین اسناد کرد هزینه های مربوط به دیگر سر فصل های اعتباری توزیع سرانه را نیز به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/ دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/ دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان کارانه پرداخت نماید.

### **ماده ۵۲: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته**

اعتبارات اجرای برنامه های فنی ادغام یافته تفاهم نامه مشترک و اصلاحیه پیوست آن، بر اساس برنامه های عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت هزینه می گردد.

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

### ماده ۵۳: ارجاع در سطح یک خدمات

اجرای برنامه پزشک خانواده در شرایط معمول، مانند دستور عمل 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 مراقب سلامت شاغل در پایگاه بهداشتی خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی از خانه های بهداشت یا پایگاههای بهداشتی را معاینه، ویزیت و بر اساس پروتکل های درمانی تعیین شده تحت درمان قرار دهد و نتیجه اقدامات انجام شده و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی ارجاع دهنده برساند. تبصره ۲: در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه ارجاع می نماید.

تبصره ۳: در هر حال مسئولیت مدیریت سلامت و بیماری جمعیت تحت پوشش بر عهده پزشک خانواده مربوطه می باشد و پزشک موظف است وضعیت بیمار ارجاع شده به سطح تخصصی را پیگیری و مشخص نماید.

### ماده ۵۴: ارجاع در سطح دو خدمات

به منظور تقویت و توسعه نظام ارجاع و عملیاتی نمودن آن در برنامه پزشک خانواده در جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، تفاهم نامه جداگانه ای بین معاون درمان و سازمان بیمه سلامت ایران منعقد گردید. براساس این تفاهم نامه، پزشکان متخصص پذیرنده ارجاع در مراکز تخصصی سرپایی دولتی (که بیمار از طریق پزشک خانواده با فرم تکمیل شده ارجاع به آن مراکز معرفی شده است)، نسبت به تکمیل دقیق فرم پس خوراند اقدام می نماید. بدیهی است اجرای کامل مفاد تفاهم نامه مذکور توسط کلیه مراکز مجری سطح اول الزامی می باشد.

تبصره ۱: معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان های دانشگاه/ دانشکده را تهیه و به اداره بیمه سلامت استان ارائه دهد.

تبصره ۲: شبکه بهداشت و درمان 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 دانشگاه اعلام دارد. در مناطقی که امکان ارائه خدمات تخصصی از طریق ظرفیت های بخش دولتی میسر نمی باشد، با اعلام دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، سازمان بیمه سلامت موظف است از بخش غیر دولتی استفاده نماید.

تبصره ۳: در صورت عقد قرارداد فی مابین بیمه با بیمارستان های شبکه، بیمارستان ها موظف به ایجاد پلی کلینیک های تخصصی می باشند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمات ارائه دهند.

تبصره ۴: 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.

تبصره ۵: معاون درمان دانشگاه/ دانشکده موظف است برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی در هر بیمارستان یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد. تبصره ۶: خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز بر اساس 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.

تبصره ۷: تکمیل نظام ارجاع در روستاها و شهر های دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری با فوریت ارائه خدمات سرپایی و بستری سطح ۲ به عنوان گام اول استقرار کامل نظام ارجاع الکترونیک مدنظر می باشد. پس از آنکه سامانه های نرم افزاری سطح یک براساس سند تبادل اطلاعات، آمادگی انتقال اطلاعات فرم ارجاع الکترونیک را به سطح ۲ ایجاد نمودند، پزشکان خانواده موظفند تا در صورت تشخیص و لزوم ادامه درمان در سطوح بالاتر، در صورتی که بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد با تکمیل فرم الکترونیک ارجاع، بیمار را به سطح تخصصی طرف قرارداد در مسیر ارجاع آموزش و هدایت نمایند. در این فرآیند پس از صدور شناسه ارجاع توسط بیمه سلامت، مراکز ارائه دهنده خدمات سطح ۲ امکان پذیرش بیمار در راستای

نظام ارجاع الکترونیک را خواهند داشت. ضوابط مربوط به ارجاع سطح دو در دستور عمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع الکترونیک و متمم آن لحاظ گردیده است.

### **ماده ۵۵: سقف ارجاع به سطوح بالاتر**

سقف ارجاع به متخصص تا حداکثر ۱۵٪ مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد. بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد. تبصره ۱: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه سلامت بر اساس دستورعمل اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سطح تخصصی خواهد بود.

تبصره ۲: لازم است جهت جلوگیری از ارجاع معکوس، ترتیبی اتخاذ گردد تا پذیرش بستری بیماران دارای دفترچه بیمه روستایی غیر اورژانسی در بیمارستانهای دولتی تحت پوشش دانشگاه با رعایت نظام ارجاع در زمان پذیرش صورت گیرد.



## فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی

### ماده ۵۶: پایش فصلی تیم سلامت

باتوجه به اهمیت پایش و نظارت بر نحوه انجام فعالیت ها در سطوح مختلف و به ویژه سطح محیطی، ضرورت دارد تمامی گروهها و واحدهای زیرمجموعه معاونت بهداشت، ارائه خدمت به گروه های هدف را بر اساس بسته های خدمت مورد پایش قرار دهند. نتیجه نظارت ها در مرکز بهداشت شهرستان تحلیل و مداخله های لازم جهت پرسنل محیطی به ویژه پزشک خانواده ارائه شود.

تبصره ۱: لازم است پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت شهرستان بر اساس چک لیست های ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت متبوع صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت قطعی سه ماهه (۲۰٪) خواهد بود.

تبصره ۲: لازم است نمره پایش در پرونده اعضای تیم سلامت با ثبت امضای آنان درج گردد که علت کسر شدن دریافتی یا تشویقی وی براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

### ماده ۵۷: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان

انجام پایش مشترک از مراکز خدمات جامع سلامت توسط اداره بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان به وسیله چک لیستی که با تفاهم مشترک معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، انجام می شود. حضور نماینده مرکز بهداشت شهرستان در پایش های مشترک الزامی می باشد. تمامی صفحات چک لیست مشترک تکمیل شده توسط پایش کنندگان و پزشک مسئول مرکز امضا و نسخه ای از آن در اختیار مرکز بهداشت شهرستان نیز قرار می گیرد. همچنین حداکثر تا یک هفته پس از پایش، نسخه ای از چک لیست تکمیل شده، از طریق اتوماسیون / سامانه پایش در اختیار پزشک مسوول مرکز قرار می گیرد.

ثبت اولیه اطلاعات پایش ظرف یک هفته توسط کارشناس اداره بیمه شهرستان بر اساس چک لیست تکمیل شده، در سامانه پایش صورت می پذیرد. انطباق اولیه اطلاعات وارد شده چک لیست پایش توسط شبکه / مرکز بهداشت

شهرستان حداکثر تا یک هفته پس از ورود اطلاعات صورت می پذیرد. همچنین اداره بیمه سلامت شهرستان موظف است پس خوراند مستند به چک لیست پایش ماه قبل مراکز مجری را حداکثر تا دهم ماه بعد به شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت شهرستان ها فراهم باشد.

مرکز بهداشت شهرستان موظف است ضمن رفع نواقص مندرج در فرم پایش، نتیجه را به اداره بیمه شهرستان و نیز از طریق معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نماید. پس از رفع نواقص، اطلاعات وارده توسط اداره بیمه شهرستان در سامانه فوق اصلاح و تایید نهایی آن پس از رویت موارد اصلاحی در سامانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه شهرستان ( مکتوب/ سامانه) اعلام خواهد شد. نتایج پایش مشترک باید در جلسات هماهنگی ماهانه که بین مراکز بهداشت و ادارات بیمه شهرستان برگزار می گردد مورد ارزیابی قرار گیرد. لازم است نواقص خدمات (صرفاً مربوط به بخش غیر پرسنلی پایش کیفی) تا قبل از پایش بعدی توسط شبکه اصلاح گردد در غیر این صورت مشمول کسورات می شود.

### **ماده ۵۸: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت**

ستاد هماهنگی شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/ دانشکده برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشکی خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت ها در مرکز آموزش بهورزی اقدام می نماید. 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 های متفاوت از جمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/ دانشکده مربوطه یا ستاد هماهنگی کشوری/ دانشگاهی/ دانشکده ای انجام شود.

تبصره: 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. برنامه ریزی برای برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره بیمه برگزار گردد.

### **ماده ۵۹: مسئولیت اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی**

مسئولیت کلی اجرای برنامه بیمه روستایی در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به عهده رییس آن دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد. همچنین مسئولیت و نظارت بر کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح

اول به عهده معاونت بهداشتی و مسئولیت حسن اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در موارد مطروحه در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی خواهد بود. همچنین حسن اجرای برنامه در سطح شهرستان به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان می باشد. بدیهی است هیچ یک از نظارت های مربوط به دانشگاه علوم پزشکی، نافی نظارت اداره بیمه سلامت استان بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.

تبصره ۱: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره کردن تیم های سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز مجری پزشک خانواده می باشد.

تبصره ۲: پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته‌ی تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد.

## فصل دوازدهم: مکانیسم پرداخت

در برنامه پزشک خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می شود.

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

الف: حکم کارگزینی ب: کارانه

حکم کارگزینی: براساس حکم کارگزینی مرتبط با رابطه استخدامی (رسمی / پیمانی، قراردادی، مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیاو آوران بهداشت) پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می گردد. کارانه: جهت پرداخت کارانه از روش سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد (Adjusted per capita by performance) استفاده می شود.

در این روش، میزان خدمت انجام شده (به نسبت خدمت استاندارد و وزن تعیین شده آن خدمت، نوع و تعداد خدمات ثبت شده در سامانه) مبنای محاسبه پرداخت کارانه خواهد بود. در واقع پرداخت کارانه به فرد بر اساس عملکرد وی نسبت به خدمتی که به جمعیت فعال تحت پوشش خود ارائه نموده و مستند به ثبت در سامانه های سطح یک بهداشت است صورت می گیرد.

کارانه براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه محاسبه ، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از انجام پایش به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.

تبصره ۱: جهت دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان و مراقب سلامت دهان مبلغ محاسبه شده به ازای عملکرد معادل دریافتی ایشان است و حکم کارگزینی پرداخت شده از سر جمع دریافتی کسر می گردد.

تبصره ۲: پرداخت مراقب سلامت دهان، نگهبان / سرایدار / خدمتگزار / پذیرش بر اساس قانون اداره کار می باشد.

## ماده ۶۰: مکانیسم پرداخت کارانه پزشک

الف) اجزا تاثیر گذار بر کارانه پزشک شامل: خدمات ثبت شده در سامانه سطح یک بهداشت، ضریب محرومیت، سهم ماندگاری، بیتوته، دهگردشی و ضریب عملکرد می باشد. بدیهی است در صورت انجام تمامی خدمات استاندارد تعریف شده، پرداختی کارانه به صورت کامل صورت می گیرد.

۱- خدمات پزشک شامل خدمات مراقبتی و خدمات درمانی می باشد. خدمات مراقبتی خود به مراقبت های مستقیم و مراقبت های ارجاعی (ارجاع شده به پزشک از خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت) تقسیم می گردد. خدمات مراقبتی مستقیم مانند مراقبت های بیماری دیابت و فشار خون بر طبق بسته خدمات سطح یک تعیین می گردد. خدمات مراقبتی ارجاعی شامل مراقبت های جمعیت گروه های هدف که توسط تیم سلامت به پزشک ارجاع شده است، می باشد. مبنای مراقبت های ارجاعی؛ درصد جمعیتی گروه های هدف (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان)، متوسط مراقبت در سال و نسبت ارجاع به پزشک خانواده از مراقبت های هر گروه در یک سال در جمعیت تحت پوشش می باشد. خدمات درمانی پزشک شامل ویزیت سرپایی می باشد.

تبصره ۱: خدمات مراقبت مستقیم در حال حاضر جهت محاسبه کارانه شامل بیماران دیابت و فشار خون می باشد.

۲- ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۳- سهم ماندگاری: در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاری (سال های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستائی (در قالب طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت به سال محاسبه و به ازای یک سال کامل خدمت در مکانیسم پرداخت تعیین می شود. تبصره ۱: عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه معادل ۱۰۰٪

-در محدوده شهرستان معادل ۸۵٪

-در محدوده دانشگاه/ استان معادل ۷۰٪

-کل کشور معادل ۵۰٪

تبصره ۲: جهت محاسبه کلیه سال های خدمتی فرد آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

تبصره ۳: برای افرادی که در شهرهای زیر بیست هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرار گرفتن این شهرها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان

پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم ماندگاری نامبردگان در سال های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۵۰ درصد) در نظر گرفته شود.

تبصره ۴: برای افرادی که در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرار گرفتن این روستاها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم ماندگاری نامبردگان در سال های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/ استان (۷۰ درصد) در نظر گرفته شود.

تبصره ۵: در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمانهای بیمه گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول ماندگاری نمی شود.

تبصره ۶: سال های خدمت فعالیت همکاران در گیر در برنامه پزشک خانواده در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی (در دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی با تایید معاون بهداشتی دانشگاه) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

۴- بیتوته: پزشک خانواده موظف است مطابق برنامه زمان بندی شده مرکز بهداشت شهرستان بیتوته نماید. مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، در صورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته به صورت کشیک بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود. در مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت بالای ۵۰۰۰ نفر در صورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق بیتوته در جدول محاسبه حق بیتوته یک پزشک لحاظ می گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت شهرستان به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهد شد. چنانچه پزشکی در زمان بیتوته بدون اطلاع قبلی غیبت نماید، معادل دو برابر حق بیتوته همان شب از کارانه وی کسر می شود.

مبالغ در نظر گرفته شده به ازای هر شب بیتوته به شرح جدول زیر می باشد. حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.

حق بیتوته (ریال)					میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز
شبانہ روزی	مراکز معین/ تجمیعی	سه پزشک و بیشتر	دو پزشک	تک پزشک	
۱.۷۸۶.۹۵۰	۱.۴۲۹.۵۶۰	۱.۰۷۲.۱۷۰	۸۳۳.۹۱۰	۷۱۴.۷۸۰	۱/۰۰
۱.۸۲۲.۶۸۹	۱.۴۶۵.۲۹۹	۱.۱۰۷.۹۰۹	۸۶۹.۶۴۹	۷۵۰.۵۱۹	۱/۰۵
۱.۸۵۸.۴۲۸	۱.۵۰۱.۰۳۸	۱.۱۴۳.۶۴۸	۹۰۵.۳۸۸	۷۸۶.۲۵۸	۱/۱۰
۱.۸۹۴.۱۶۷	۱.۵۳۶.۷۷۷	۱.۱۷۹.۳۸۷	۹۴۱.۱۲۷	۸۲۱.۹۹۷	۱/۱۵
۱.۹۲۹.۹۰۶	۱.۵۷۲.۵۱۶	۱.۲۱۵.۱۲۶	۹۷۶.۸۶۶	۸۵۷.۷۳۶	۱/۲۰
۱.۹۶۵.۶۴۵	۱.۶۰۸.۲۵۵	۱.۲۵۰.۸۶۵	۱۰۱۲.۶۰۵	۸۹۳.۴۷۵	۱/۲۵
۲.۰۰۱.۳۸۴	۱.۶۴۳.۹۹۴	۱.۲۸۶.۶۰۴	۱۰۴۸.۳۴۴	۹۲۹.۲۱۴	۱/۳۰
۲.۰۳۷.۱۲۳	۱.۶۷۹.۷۳۳	۱.۳۲۲.۳۴۳	۱۰۸۴.۰۸۳	۹۶۴.۹۵۳	۱/۳۵
۲.۰۷۲.۸۶۲	۱.۷۱۵.۴۷۲	۱.۳۵۸.۰۸۲	۱۱۱۹.۸۲۲	۱۰۰۰.۶۹۲	۱/۴۰
۲.۱۰۸.۶۰۱	۱.۷۵۱.۲۱۱	۱.۳۹۳.۸۲۱	۱۱۵۵.۵۶۱	۱۰۳۶.۴۳۱	۱/۴۵
۲.۱۴۴.۳۴۰	۱.۷۸۶.۹۵۰	۱.۴۲۹.۵۶۰	۱۱۹۱.۳۰۰	۱۰۷۲.۱۷۰	۱/۵۰
۲.۱۸۰.۰۷۹	۱.۸۲۲.۶۸۹	۱.۴۶۵.۲۹۹	۱۲۲۷.۰۳۹	۱۱۰۷.۹۰۹	۱/۵۵
۲.۲۱۵.۸۱۸	۱.۸۵۸.۴۲۸	۱.۵۰۱.۰۳۸	۱۲۶۲.۷۷۸	۱۱۴۳.۶۴۸	۱/۶۰
۲.۲۵۱.۵۵۷	۱.۸۹۴.۱۶۷	۱.۵۳۶.۷۷۷	۱۲۹۸.۵۱۷	۱۱۷۹.۳۸۷	۱/۶۵
۲.۲۸۷.۲۹۶	۱.۹۲۹.۹۰۶	۱.۵۷۲.۵۱۶	۱۳۳۴.۲۵۶	۱۲۱۵.۱۲۶	۱/۷۰
۲.۳۲۳.۰۳۵	۱.۹۶۵.۶۴۵	۱.۶۰۸.۲۵۵	۱۳۶۹.۹۹۵	۱۲۵۰.۸۶۵	۱/۷۵
۲.۳۵۸.۷۷۴	۲.۰۰۱.۳۸۴	۱.۶۴۳.۹۹۴	۱۴۰۵.۷۳۴	۱۲۸۶.۶۰۴	۱/۸۰
۲.۳۹۴.۵۱۳	۲.۰۳۷.۱۲۳	۱.۶۷۹.۷۳۳	۱۴۴۱.۴۷۳	۱۳۲۲.۳۴۳	۱/۸۵
۲.۴۳۰.۲۵۲	۲.۰۷۲.۸۶۲	۱.۷۱۵.۴۷۲	۱۴۷۷.۲۱۲	۱۳۵۸.۰۸۲	۱/۹۰
۲.۴۶۵.۹۹۱	۲.۱۰۸.۶۰۱	۱.۷۵۱.۲۱۱	۱۵۱۲.۹۵۱	۱۳۹۳.۸۲۱	۱/۹۵
۲.۵۰۱.۷۳۰	۲.۱۴۴.۳۴۰	۱.۷۸۶.۹۵۰	۱۵۴۸.۶۹۰	۱۴۲۹.۵۶۰	۲/۰۰

۵- دهگردشی: پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی با خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر حداقل ۱ بار در هفته و خانه های بهداشت بالای ۲۰۰۰ نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین، باید هر ماه یک بار به روستاهای قمر و هر سه ماه یک بار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

تبصره ۱: به ازای هر یک بار عدم انجام دهگردشی به علت غیر موجه، یک درصد از نمره عملکرد پایش فصلی وی کسر می گردد.

۶- ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد فصلی برنامه طبق چک لیست های ابلاغی وزارت متبوع اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با نمره کسب شده تقسیم بر مجموع نمرات

مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

در صورت کسب نمره ۹۰٪، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.

در صورت کسب نمره بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب نمره بالاتر از ۹۰٪ حتماً مشخص گردد.

ب: تنبیه

کسب نمره عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کارانه 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.

کارانه در امتیاز نمره عملکرد کمتر از ۹۰ درصد، معادل درصد نمره کسب شده خواهد بود.

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

ب) فرمول کارانه پزشک خانواده در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

حق بیتوته + ضریب عملکرد \* ارزش نهایی خدمات = کارانه



ارزش نهایی خدمات برابر است با کلیه خدمات ثبت شده در سامانه ضرب در ارزش ریالی خدمت انجام شده (k نهایی)

$$k \text{ نهایی} = [(k \text{ پایه}) * (۱ - ضریب محرومیت) * (۱ - ماندگاری)] + (\text{ضریب محرومیت} * k \text{ پایه})$$

تبصره ۱: پزشک مسئول در مرکز خدمات جامع سلامت بعنوان مسئول تیم های سلامت مرکز محسوب می شود. حق مسئولیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت با یک تیم سلامت تا ۴٪ مبلغ دریافتی به سرجمع مبلغ کارانه نامبرده اضافه می گردد، به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز می باشد ۱٪ به این مبلغ اضافه می گردد. به عنوان مثال در مرکز خدمات جامع سلامت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول تا ۵ درصد مبلغ کارانه می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت حداکثر تا ۷ درصد مبلغ کارانه می باشد.

تبصره ۲: کارانه پزشک جانشین نیز بر اساس فرمول مذکور تعیین می گردد.

تبصره ۳: هر گاه پزشک مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود را پذیرش و ویزیت کند، خدمات ارائه شده و ثبت شده مذکور در سامانه، در پرداختی پزشک لحاظ می گردد. تبصره ۴: پرداخت به ازای مازاد بر سقف ویزیت سرپایی روزانه، مشروط به انجام مراقبت های استاندارد ماهانه می باشد.

تبصره ۵: در صورت عدم انطباق تعداد پزشک و جمعیت تحت پوشش مطابق شناسنامه تیم سلامت، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است در کوتاهترین زمان ممکن، نسبت به تامین کسری پزشک اقدام نماید.

تبصره ۶: در مراکز مجری برنامه که امکان جذب پزشک به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۵ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/ دانشگاه میتوان از نوع قرارداد اقماری (حداقل ۱۵ روز کاری حضور) استفاده کرد و پرداخت به ازای تعداد خدمات انجام شده ثبت در سامانه ضربدر k نهایی ضربدر ۱/۴ (ضریب اقماری) می باشد. حق بیتوته این پزشکان به ازای تعداد شب بیتوته و به طور کامل پرداخت می گردد. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی تحت هر عنوان وجود ندارد و فقط در شرایط اضطرار با ارائه شواهد و مستندات مربوطه توسط مرکز بهداشت شهرستان اتخاذ تصمیم گردد. همچنین مشمول ذخیره مرخصی و پرداخت ذخیره مرخصی نمی باشند.

تبصره ۷: در مناطقی (به جز مراکز اقماری) که امکان جذب پزشک به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/

دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

تبصره ۸: کارانه براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد ۱ ( معادل امتیاز عملکرد ۹۰ درصد) محاسبه، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی در کل مبلغ کارانه محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.

## ماده ۶۱: مکانیسم پرداخت کارانه ماما

الف) اجزا تاثیرگذار بر کارانه ماما شامل: خدمات ثبت شده در سامانه سطح یک بهداشت، ضریب محرومیت، سهم ماندگاری، بیتوته، دهگردشی و ضریب عملکرد می باشد. بدیهی است در صورت انجام تمامی خدمات استاندارد تعریف شده، پرداختی به صورت کامل صورت می گیرد.

۱- خدمات ماما شامل خدمات مراقبتی و خدمات درمانی می باشد. خدمات مراقبتی شامل مراقبت های جمعیت گروه های هدف که از خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی به ماما ارجاع شده است می باشد. این مراقبت ها شامل پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، باروری سالم و میانسالان می باشد. خدمات درمانی ماما شامل ویزیت سرپایی می باشد. مبنای مراقبت های ارجاعی؛ درصد جمعیتی گروه های هدف، متوسط مراقبت در سال و نسبت ارجاع به مامای تیم سلامت از مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، باروری سالم و میانسالان در یک سال در جمعیت تحت پوشش می باشد. خدمات مازاد ماما (در صورت نیاز و تا تامین پرسنل مربوطه) شامل خدمات پرستاری و دارویی می باشد.

۲- ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۳- ضریب ماندگاری: در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاری (سال های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستائی (در قالب طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت به سال محاسبه و به ازای یک سال کامل خدمت در مکانیسم پرداخت تعیین می شود. تبصره ۱: عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه معادل ۱۰۰٪

-در محدوده شهرستان معادل ۸۵٪

-در محدوده دانشگاه/ استان معادل ۷۰٪

-کل کشور معادل ۵۰٪

تبصره ۲: جهت محاسبه کلیه سال های خدمتی فرد آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

تبصره ۳: سال های خدمت فعالیت همکاران در گیر در برنامه پزشک خانواده در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه

وزارت / گسترش شبکه دانشگاه / دانشکده تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی (در دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی با تایید معاون بهداشتی دانشگاه) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

۴- بیتوته: انجام بیتوته برای ماما طرف قرارداد برنامه پزشکی خانواده در مراکز شبانه روزی جهت خدمات مامایی و در مراکز معین یا تجمیعی در صورت نبود پرستار / بهیار به عنوان جایگزین ایشان جهت خدمات پرستاری ( تا تامین پرسنل مربوطه) ضرورت دارد. در صورت نبود پرستار / بهیار و استفاده از ماما در مراکز معین به عنوان جایگزین؛ صرفاً حق بیتوته ماما به وی پرداخت می گردد و پرداخت مزاد جهت تزریقات و یا دارو یاری در زمان بیتوته به ایشان صورت نمی گیرد. در صورت حضور پرستار / بهیار، حق بیتوته پرستار / بهیار معادل حق بیتوته ماما می باشد. صرف حضور در محل زیست / پانسیون بدون نیاز مرکز بهداشت شهرستان به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهد شد. لازم است در صورت نیاز به حضور ماما / پرستار / بهیار، این نکته در متن قرارداد قید شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی در مورد انجام بیتوته پیش نیاید.

مبالغ در نظر گرفته شده به ازای هر شب بیتوته به شرح جدول زیر می باشد. حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.

به ازای هر شب (ریال) کارشناس	به ازای هر شب (ریال) کاردان	متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
۳۵۷.۳۹۰	۲۹۷.۸۲۵	۱/۰۰
۳۶۳.۳۴۷	۳۰۳.۷۸۲	۱/۰۵
۳۶۹.۳۰۳	۳۰۹.۷۳۸	۱/۱۰
۳۷۵.۲۶۰	۳۱۵.۶۹۵	۱/۱۵
۳۸۱.۲۱۶	۳۲۱.۶۵۱	۱/۲۰
۳۸۷.۱۷۳	۳۲۷.۶۰۸	۱/۲۵
۳۹۳.۱۲۹	۳۳۳.۵۶۴	۱/۳۰
۳۹۹.۰۸۶	۳۳۹.۵۲۱	۱/۳۵
۴۰۵.۰۴۲	۳۴۵.۴۷۷	۱/۴۰
۴۱۰.۹۹۹	۳۵۱.۴۳۴	۱/۴۵
۴۱۶.۹۵۵	۳۵۷.۳۹۰	۱/۵۰
۴۲۲.۹۱۲	۳۶۳.۳۴۷	۱/۵۵
۴۲۸.۸۶۸	۳۶۹.۳۰۳	۱/۶۰
۴۳۴.۸۲۵	۳۷۵.۲۶۰	۱/۶۵
۴۴۰.۷۸۱	۳۸۱.۲۱۶	۱/۷۰
۴۴۶.۷۳۸	۳۸۷.۱۷۳	۱/۷۵
۴۵۲.۶۹۴	۳۹۳.۱۲۹	۱/۸۰
۴۵۸.۶۵۱	۳۹۹.۰۸۶	۱/۸۵
۴۶۴.۶۰۷	۴۰۵.۰۴۲	۱/۹۰
۴۷۰.۵۶۴	۴۱۰.۹۹۹	۱/۹۵
۴۷۶.۵۲۰	۴۱۶.۹۵۵	۲/۰۰

۵-دهگردشی: مامای تیم سلامت می بایست در روستاهای اصلی با خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر حداقل ۱ بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین، باید هر ماه یک بار به روستاهای قمر و هر سه ماه یک بار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود.

تبصره ۱: به ازای هر یک بار عدم انجام دهگردشی به علت غیر موجه، یک در صد از نمره عملکرد پایش فصلی وی کسر می گردد.

۶-ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد فصلی برنامه طبق چک لیست های ابلاغی وزارت متبوع اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با نمره کسب شده تقسیم بر مجموع نمرات

مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

در صورت کسب نمره ۹۰٪، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.

در صورت کسب نمره بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب نمره بالاتر از ۹۰ حتماً مشخص گردد.

ب: تنبیه

کسب نمره عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کارانه می شود، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به ماما درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

کارانه در امتیاز نمره عملکرد بین کمتر از ۹۰ درصد، معادل درصد نمره کسب شده خواهد بود.

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

ب) فرمول کارانه ماما تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

حق بیتوته + ضریب عملکرد \* ارزش نهایی خدمات = کارانه

ارزش نهایی خدمات برابر است با کلیه خدمات ثبت شده در سامانه ضرب در ارزش ریالی خدمت انجام شده (k نهایی)

$$k \text{ نهایی} = [(۲) \% * k \text{ پایه}] * (۱- \text{ضریب محرومیت}) * (۱- \text{ماندگاری}) + ۳۶۰ * (۱- \text{ضریب محرومیت}) + k \text{ پایه}$$

تبصره ۱: کارانه مامای جانشین نیز بر اساس فرمول مذکور تعیین می گردد.

تبصره ۲: به ازای خدمات ویزیت سرپایی ماما قابل ثبت در سامانه که منجر به نسخه شده باشد (از افراد تحت پوشش مرکز خود یا غیر آن)، به ازای هر ویزیت سرپایی جهت کارشناس ارشد مامایی معادل ۷۰ درصد و برای کارشناس مامایی معادل ۶۰ درصد تعرفه دولتی پزشک عمومی محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره ۳: در صورت عدم انطباق تعداد ماما و جمعیت تحت پوشش مطابق شناسنامه تیم سلامت، دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است در کوتاهترین زمان ممکن، نسبت به تامین کسری ماما اقدام نماید.

تبصره ۴: خدمات مازاد: چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران و زنان به انجام وظایفی چون تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد (در صورت نیاز و تا تامین پرسنل مربوطه) به ازای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان)، تا ۵ درصد و جهت داروکاری تا ۱۰ درصد به کارانه ماهانه وی اضافه می گردد. دیگر فعالیت های مازاد در چک لیست عملکرد فصلی ماما لحاظ می گردد.

تبصره ۵: در مراکز مجری برنامه که امکان جذب ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۵ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/ دانشگاه میتوان از نوع قرارداد اقماری (حداقل ۱۵ روز کاری حضور) استفاده کرد و پرداخت به ازای تعداد خدمات انجام شده ثبت در سامانه ضربدر k نهایی ضربدر ۱/۴ (ضریب اقماری) می باشد. هر روز کارکرد معادل ۱/۴ برابر k پایه انجام می گردد. حق بیتوته مامای تیم سلامت به ازای تعداد شب بیتوته و بطور کامل پرداخت می گردد. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه وجود ندارد و فقط در شرایط اضطرار ضمن ارائه شواهد و مستندات مربوطه میتواند از نصف مرخصی استحقاقی بدون کسر حقوق در ماه استفاده نماید. همچنین ایشان مشمول ذخیره مرخصی و پرداخت ذخیره مرخصی نمی باشند.

لازم است که فهرست مامای مراکز اقماری به همراه کد ملی به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال شود.

تبصره ۶: در مناطقی ( به جز مراکز اقماری) که امکان جذب ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

تبصره ۷: کارانه براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد ۱ ( معادل امتیاز عملکرد ۹۰ درصد) محاسبه، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی در کل مبلغ کارانه محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.



## **ماده ۶۲: مکانیسم پرداخت دریافتی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان**

الف) اجزا تاثیر گذار بر دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان شامل: خدمات ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت و ضریب عملکرد می باشد. بدیهی است در صورت انجام خدمات استاندارد (فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، پالپوتومی، پالپ زنده، جرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، فعالیت های آموزشی و دهگردشی) تعریف شده، پرداختی صورت می گیرد.

۱- مبنای خدمات دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس جدول خدمات دندانپزشکی ذیل می باشد.

## جدول وزن دهی خدمات دندانپزشکی در مراکز خدمات جامع سلامت

محاسبه متوسط مدت زمان انجام خدمات دندان پزشکی		
ردیف	خدمت	خدمات وزن دهی شده
۱	فلوراید تراپی دوفک	۱۵
۲	فیشور سیلنت هر دندان ۶	۱۵
۳	جرم گیری و بروساژ دو فک	۲۵
۴	کشیدن دندان شیری	۱۵
۵	کشیدن دندان دائمی	۲۰
۶	پالپوتومی	۲۰
۷	ترمیم یک سطحی آمالگام	۲۵
۸	ترمیم دو سطحی آمالگام	۳۰
۹	ترمیم سه سطحی آمالگام	۴۰
۱۰	ترمیم یک سطحی اچ نوری	۳۰
۱۱	ترمیم دو سطحی اچ نوری	۴۰
۱۲	ترمیم سه سطحی اچ نوری	۴۵
۱۳	پالپ زنده	۳۰

تبصره ۱: فعالیت آموزشی و معاینه در تعداد خدمت لحاظ شده است. در محاسبه تعداد خدمت، حداکثر عدد خدمات وزن دهی شده قابل قبول در یک روز ۴۸۰ می باشد.

تبصره ۲: بر اساس نیاز جمعیت تحت پوشش، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان می تواند هر یک از خدمات مذکور را ارائه نماید.

تبصره ۳: حداکثر سقف پرداختی در خصوص خدمت کشیدن دندان ۳۰ درصد می باشد.

تبصره ۴: مبنای محاسبه جهت پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان برابر با تعداد خدمات ارائه شده در ارزش ریالی خدمت می باشد.

تبصره ۵: ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه سطح یک می باشد.  
۲- ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۳- ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های ابلاغی وزارت متبوع اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با نمره کسب شده تقسیم بر مجموع نمرات

مکانیسم های عملکردی:

#### الف: تشویق

در صورت کسب نمره ۹۰٪، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.

در صورت کسب نمره بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد.

#### ب: تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کل قرارداد می شود، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به دندانپزشک/ بهداشتکار دهان درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

دریافتی در امتیاز ضریب عملکرد بین ۷۰ تا ۹۰ درصد، معادل درصد امتیاز کسب شده خواهد بود.

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

ب) فرمول پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

ضریب عملکرد \* ارزش نهایی خدمات = دریافتی فرد

ارزش نهایی خدمات برابر است با کلیه خدمات ثبت شده در سامانه ضرب در ارزش ریالی خدمت انجام شده (k نهایی)

$$۷۰۰ * (۱ - ضریب محرومیت) + k = \text{پایه } k \text{ نهایی}$$

تبصره ۱: در صورت کمتر بودن مبلغ محاسبه شده دریافتی از حکم کارگزینی، ادامه همکاری فرد با عنوان قرارداد بیمه روستایی مشروط به افزایش عملکرد ایشان، خواهد بود.

جذب نیروی اقماری بر اساس شرایط خاص صرفاً جهت پزشک و مامای تیم سلامت میسر است. در این مناطق، در خصوص دندانپزشکان می توان از یک یا چند دندانپزشک جهت پوشش خدمات یک مرکز طی روزهای حضور آنان استفاده نمود.

تبصره ۲: در مناطقی که امکان جذب دندانپزشک/ بهداشتکار دهان به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

تبصره ۳: پرداخت براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد ۱ (معادل امتیاز عملکرد ۹۰ درصد) محاسبه، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از انجام پایش و اعمال ضریب عملکرد واقعی به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.

### **ماده ۶۳: مکانیسم پرداخت مراقب سلامت دهان**

پرداختی به مراقب سلامت دهان از طریق خرید خدمات، به صورت شرکتی و از محل اعتبارات سرانه خدمات سلامت دهان دندان پیش بینی شده و می بایست صورت پذیرد. دریافتی مراقب سلامت دهان بر اساس تعداد خدمت انجام شده ثبت شده در سامانه ( وابسته به عملکرد دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان با یونیت) و بر اساس فرمول زیر خواهد بود.

تبصره: در صورت کمتر بودن مبلغ محاسبه شده دریافتی از حکم کارگزینی مربوطه، ادامه همکاری فرد مشروط به افزایش عملکرد ایشان، خواهد بود.

فرمول دریافتی مراقب سلامت دهان در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

دریافتی معادل ارزش نهایی خدمات و برابر است با کلیه خدمات ثبت شده در سامانه ضرب در ارزش ریالی خدمت انجام شده (k نهایی)

$$k \text{ پایه} * (1 - \text{ضریب محرومیت}) + k \text{ پایه} = k \text{ نهایی}$$

## ماده ۶۴: مکانیسم پرداخت کارانه پاراکلینیک

الف) اجزا تاثیرگذار بر کارانه پرسنل پاراکلینیک شامل: خدمات ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت، ضریب ماندگاری و ضریب عملکرد می باشد. بدیهی است در صورت انجام تمامی خدمات استاندارد تعریف شده، پرداختی به صورت کامل صورت می گیرد.

۱- خدمات پرسنل پاراکلینیک شامل خدمات سطح یک پاراکلینیک تعیین می گردد.

۲- ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۳- ضریب ماندگاری: در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاری (سال های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشکی خانواده روستائی (در قالب طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت به سال محاسبه و به ازای یک سال کامل خدمت در مکانیسم پرداخت تعیین می شود. تبصره ۱: عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه معادل ۱۰۰٪

-در محدوده شهرستان معادل ۸۵٪

-در محدوده دانشگاه/ استان معادل ۷۰٪

-کل کشور معادل ۵۰٪

تبصره ۲: جهت محاسبه کلیه سال های خدمتی فرد آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

تبصره ۳: سال های خدمت فعالیت همکاران در گیر در برنامه پزشکی خانواده در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی (در دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی با تایید معاون بهداشتی دانشگاه) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

۴- ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد فصلی برنامه طبق چک لیست های ابلاغی وزارت متبوع اقدام می شود. نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با نمره کسب شده تقسیم بر مجموع نمرات

مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

در صورت کسب نمره ۹۰٪، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.

در صورت کسب نمره بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از ۹۰ حتماً مشخص گردد.

ب: تنبیه

کسب نمره عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

کسب نمره عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کارانه می شود، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پرسنل مربوطه درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

کارانه در امتیاز نمره عملکرد کمتر از ۹۰ درصد، معادل درصد نمره کسب شده خواهد بود.

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

ب) فرمول کارانه پرسنل پاراکلینیک در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

ضریب عملکرد \* ارزش نهایی خدمات = کارانه

ارزش نهایی خدمات برابر است با کلیه خدمات ثبت شده در سامانه ضرب در ارزش ریالی خدمت انجام شده (k نهایی)

k پایه \* (۱- ضریب محرومیت) + k پایه = k نهایی

تبصره ۱: تا زمان محاسبه k پایه پرسنل رادیولوژی، دریافتی آنان مانند سایر نیروهای بهداشتی خواهد بود.  
تبصره ۲: در صورت کمتر بودن مبلغ محاسبه شده از حکم کارگزینی فرد، مبلغ حکم کارگزینی به وی پرداخت می گردد.

تبصره ۳: کارانه براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد ۱ ( معادل امتیاز عملکرد ۹۰ درصد) محاسبه، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پیش فصلی در کل مبلغ کارانه محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت می گردد.



### **ماده ۶۵: مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی**

پرداختی جهت سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شامل پرستار/بیمار، کاردان و کارشناس بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس تغذیه و روانشناسی مورد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی معادل حکم کارگزینی مطابق با دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی سال ۱۳۸۶ (معادل تبصره ۵ و ۶ ماده ۳۱ آئین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۱۳۹۱) می باشد. در صورت نیاز به حضور آنان در خارج ساعات اداری، پرداخت اضافه کار از محل درآمد جاری و در سقف اعتبارات موجود بلامانع می باشد.

تبصره ۱: پرداختی سایر نیروهای بهداشتی پس از تعیین k خدمت، مشابه فرمول پرداخت پاراکلینیک خواهد بود.

### **ماده ۶۶: مکانیسم پرداخت نگهبان / سرایدار / خدمتگزار / پذیرش**

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

### **ماده ۶۷: کارانه سایر پرسنل**

به منظور جبران ارائه خدمات و درگیری در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مبلغی با عنوان کارانه برنامه پزشک خانواده به سایر نیروهای درگیر در اجرای برنامه در سطوح مختلف محیطی شامل بهورزان، نیروهای مراکز خدمات جامع سلامت که در مکانیسم پرداخت، کارانه دریافت نمی کنند و نیز به پرسنل ستادی پرداخت می گردد. اعتبار پرداختی از محل ۴ درصد سرانه (مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه) که در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و نیز منابع درآمدی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین می گردد. چگونگی پرداخت کارانه مذکور در دستور عمل جداگانه ای با عنوان دستورعمل پرداخت کارانه پزشک خانواده که تنظیم و ابلاغ می گردد خواهد بود.

### **ماده ۶۸: زمان اجرا**

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۹۷/۱/۱ تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است. مسئولیت حسن اجرای دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و مدیر کل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوی هر گونه تغییر و یا عدم اجرای مفاد آن خواهند بود.