



سازمان بیمه خدمات سلامت
معاونت بیمه سلامت



معاونت بهداشت
مرکز مدیریت شبکه

دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی قابل اجرا در سال ۱۳۹۳

خرداد ۱۳۹۳

نسخه ۱۵

فهرست مطالب:

عنوان	صفحه
مقدمه	۲
فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	۴
فصل دوم: گردش کار	۱۲
فصل سوم: بسته های خدمت	۱۲
فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره بیمه سلامت استان	۱۳
فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی	۲۳
فصل ششم: مکانیسم پرداخت	۳۸
فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل	۵۵
فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر	۵۹
فصل نهم: مسوولیت اجرا	۶۰
پیوست شماره ۱: بسته های خدمت	۶۱
پیوست شماره ۲: تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳	۹۸
پیوست شماره ۳: فرمت قرارداد مشترک شبکه بهداشت شهرستان و اداره بیمه استان	۱۰۸
پیوست شماره ۴: جدول راهنمای ضرایب محرومیت دانشگاهها و شهرستان ها و سرانه هریک در برنامه	۱۱۵
پیوست شماره ۵: تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی بخش دولتی در سال ۱۳۹۳	۱۱۶
پیوست شماره ۶: گردش کار تماس پزشک خانواده و مراجعه کننده	۱۲۱
پیوست شماره ۷: نامه دفتر نیروی انسانی درباره ذخیره مرخصی نیروهای طرف قرارداد	۱۲۳
پیوست شماره ۸: فهرست اقلام دارویی	۱۲۴
پیوست شماره ۹: دستورعمل ارائه خدمات دارویی در سطح اول خدمات و فرمت قرارداد با بخش غیردولتی	۱۳۶
پیوست شماره ۱۰: فرمت قرارداد شبکه بهداشت و درمان با نیروهای عضو تیم سلامت	۱۴۳
پیوست شماره ۱۱: نامه دفتر نیروی انسانی درباره مزایای نیروهای طرف قرارداد	۱۵۲
پیوست شماره ۱۲: نامه دفتر حقوقی درباره بکارگرفته نشدن بازنشستگان	۱۵۳
پیوست شماره ۱۳: فرمت آماری قابل ارائه به بیمه و مرکز مدیریت شبکه با راهنما	۱۵۴
پیوست شماره ۱۴: فرمت آماری مرکز مدیریت شبکه	۱۵۷
پیوست شماره ۱۵: اقلام داروهای مکمل	۱۶۰
پیوست شماره ۱۶: فهرست آزمایشات مورد تعهد	۱۶۱
پیوست شماره ۱۷: نمونه قرارداد با آزمایشگاه های بخش غیردولتی	۱۶۳
پیوست شماره ۱۸: دستورعمل نمونه گیری درمحل و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه	۱۶۸
پیوست شماره ۱۹: پوشه پرونده سلامت خانوار و فرمهای مربوط به آن به همراه دستورعمل	۱۷۳
پیوست شماره ۲۰: چک لیست مشترک بیمه سلامت و وزارت بهداشت	۱۸۸
پیوست شماره ۲۱: چک لیست ارزیابی عملکرد پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن	۱۸۹
پیوست شماره ۲۲: چک لیست ارزیابی عملکرد ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن	۲۰۵
پیوست شماره ۲۳: مصوبات تعرفه خدمات حرفه ای داروخانه	۲۱۵
پیوست شماره ۲۴: درباره تزریق ماماها	۲۱۶
پیوست شماره ۲۵: نامه درمورد ساعت کاری در ایام ماه مبارک رمضان	۲۱۷

مقدمه:

به دنبال تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی کشور فراهم شود.

اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، ما را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت های اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا، همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت.

مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت 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، کارایی و بهره وری باید در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع صورت پذیرد. در تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۱۴۲۴۳۵/ت/۴۹۸۶۳هـ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۹ با هدف بهره مندی و برخورداری مردم از خدمات پایه سلامت و کاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، تشکیل 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 شکل گرفت.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی، مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابجاست. همچنین، تمامی 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 ۲۰۰۰۰ نفر خواهد بود:

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

دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی- نسخه ۱۵

بهداشتی و درمانی، طرح های گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.

۲- وجود بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند.

۳- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر برای 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.

۴- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیشگفت، مناسب ترین شکل ارجاع از دیدگاه بیمار طراحی گردد.

۵- شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد.

۶- اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده باتوجه به شاخص های سلامت است.

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

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

دکتر انوشیروان محسنی بندپی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

ماده ۱: تعاریف

۱. پزشک خانواده:

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

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

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

۲. خدمات سلامت

❖ فعالیت‌هایی است که منجر به پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحات و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.

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

۳. خدمات جامع سلامت

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

۴. 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 افراد و خانواده‌های جامعه در دسترس همگان قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری و کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی جدایی‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهد. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام ملی سلامت است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم زندگی و کار می‌کنند نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا).

۵. سطح‌بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

چیدمان خاص واحدهای ارائه‌کننده خدمات/مراقبت‌های سلامت به منظور فراهمی و دسترسی عادلانه مردم به مجموعه خدمات مورد نیاز به طوری که، تا جایی که ممکن است دسترسی سهل و سریع، منصفانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت ایجاد گردد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می‌شود:

سطح اول خدمات: خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شهری و خانه‌های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهبورز) اتفاق می‌افتد. خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی‌گیری بیمار عمده‌ی خدمات این سطح را تشکیل می‌دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

سطح دوم خدمات: خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می‌شوند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح اول قرار می‌گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده‌ی ارجاع‌کننده، او را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازند. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح می‌باشند.

سطح سوم خدمات: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع‌شدگان از سطوح اول و دوم قرار می‌گیرند و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع‌کننده فراهم می‌سازند. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می‌گیرد.

این دسته از خدمات (بجز موارد اورژانس) در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح اول قرار می‌گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطوح دوم و سوم به پزشک خانواده ارجاع‌دهنده، او را از نتیجه یا پیشرفت کار خویش مطلع می‌سازند. خدمات تخصصی سرپایی، بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک نیز از فعالیت‌های این سطح قرار دارد. این گروه از خدمات با اولویت خرید خدمت از بخش دولتی ارائه می‌شود.

۶. نظام ارجاع

سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و نزد وی تشکیل پرونده می‌دهند. مراجع در نقطه تماس اول توسط تیم سلامت (بهورز/ماما/پرستار/پزشک خانواده و ...) در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده او را به صورت هدایت شده و پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر (متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می‌دهد و مسوولیت سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. پزشک متخصص یا بیمارستان و ... پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت پس خوراند (در فرم پس خوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) منعکس می‌کند و در انتها، کلیه موارد برای درج در پرونده به پزشک خانواده مربوطه اعاده می‌گردد.

۷. بسته خدمات سلامت:

خدمات سلامتی (بهداشتی و درمانی سطح اول) و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود. این مجموعه بسته های خدمت (پیوست شماره ۱) این دستورعمل می باشد.

۸. نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات:

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

۹. پرداخت سرانه:

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

۱۰. پرداخت کارانه (Fee For Service)

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

۱۱. تفاهم نامه مشترک

سندی است که حداقل سالی یکبار بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بیمه سلامت) منعقد می گردد. در این سند، میزان سرانه سطح اول ارائه خدمت و کلیات تعامل دو وزارتخانه برای اجرای برنامه در سال مورد تعهد، روشن می شود. مفاد تفاهم نامه مشترک برای هر دو ارگان لازم الاجرا است. آخرین تفاهم نامه مشترک که به امضاء معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران؛ رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران، ذیحساب و مدیرکل امورمالی سازمان بیمه سلامت ایران و رئیس اموراجتماعی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور رسیده است (به شماره 93/75257 مورخ 1393/3/5) در پیوست شماره ۲ این دستورعمل آمده است و توجه به مفاد آن ضرورت دارد. مفاد این تفاهم نامه از ابتدای سال ۱۳۹۳ و تا زمان ابلاغ تفاهم نامه جدید قابل اجراست.

۱۲. دستورعمل اجرایی

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

۱۳. قرارداد همکاری مشترک

به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی ضرورت دارد قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت ایران هر استان با مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان منعقد گردد. فرمت این قرارداد در پیوست شماره ۳ آمده است.

۱۴. تیم سلامت:

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

۱۵. مرکز بهداشتی درمانی فعال یا تجهیز شده در برنامه پزشک خانواده:

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

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

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

۱۶. منابع مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

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

۱ - منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشتی درمانی شهرستان با اداره کل بیمه سلامت ایران استان. باتوجه به بند ۲ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳ و تعیین سرانه هر شهرستان که براساس ضرایب محرومیت برحسب شهرستان در پیوست شماره ۴ این دستورعمل آمده است (متوسط سرانه ۹۶۵۲۰۰ ریال).

۲ - منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا مامای کارشناس با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند (براساس تعرفه اعلام شده براساس تصویب نامه شماره ۲۱۴۶۶/ت/۵۰۳۹۹ مورخ ۱۳۹۳/۲/۳۰ هیات محترم وزیران درمورد تعرفه های تشخیصی درمانی بخش دولتی در سال ۱۳۹۳ (پیوست شماره ۵). در قسمت اول بند الف، برای پزشک عمومی ۸۰۰۰۰ ریال است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۲ ماده ۴ تفاهم نامه مشترک، معادل ۱۰٪ (۸۰۰۰ ریال) می باشد. این مبلغ (تعرفه) برای مامای کارشناس ۵۶۰۰۰ ریال و برای مامای کارشناس ارشد ۶۸۰۰۰ ریال تعرفه پزشک عمومی (بترتیب ۵۶۰۰ و ۶۸۰۰ ریال) است. که به عنوان ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، دریافت می گردد (چنانچه در طول سال جاری تعرفه خدمت پزشکی عمومی تغییر کرد، فرانشیز تعرفه جدید ملاک عمل قرار می گیرد). چنانچه بیمار منحصراً" برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند، فرانشیز تعرفه آن خدمت را می پردازد. البته در صورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب کالیفرنیا مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است، برای تمامی موارد ویزیت درمانی پزشک باید فرانشیز دریافت گردد.

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

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

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

۶ - منابع حاصل از اخذ ۱۰٪ فرانشیز مصوب از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند، تعرفه این خدمات را می توان از کتاب کالیفرنیا که در اختیار معاونت درمان تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، بدست آورد. خاطرنشان می سازد این موضوع درمورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل آزمایشات روتین مادران باردار مصداق ندارد و چنین خدماتی همانطور که در برنامه آمده است، باید رایگان ارائه گردد.

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

۸ - منابع حاصل از اخذ کل هزینه وسایل مصرفی.

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 ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی (خارج از بسته خدمتی تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان برای گروه هدف زیر ۱۴ سال و زنان باردار).

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 - منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها). افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید باید تمامی ۱۰۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. براساس تبصره ۲ ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی (شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴). فقط 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.

۱۳ - حقوق پزشکان یا ماما های رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

اعتبارات مربوط به درآمدهای اختصاصی این برنامه از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه معاف است.

۱۷. سایر کارکنان مرکز بهداشتی درمانی:

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

۱۸. کارکنان مرکز بهداشت شهرستان:

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

۱۹. کارکنان مرکز بهداشت استان:

منظور تمامی کارکنان شاغل در واحدهای مختلف تخصصی و پشتیبانی ستاد مرکز بهداشت استان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

۲۰. کارکنان امور پشتیبانی دانشگاه:

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

۲۱. مرکز بهداشتی درمانی معین:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات، اتاق فوریتهای، واحدهای پاراکلینیک، حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی و وجود آمبولانس بتواند پذیرای بیماران ارجاع شده از طرف چند مرکز بهداشتی درمانی منطقه خود باشد. این مرکز به هیچوجه نباید در فضای بیمارستان قرار گیرد. برای مراکز مجری که با تشخیص ستاد هماهنگی شهرستان و تایید ستاد استان تحت هیچ شرایطی امکان تامین بیتوته ندارند و در فاصله کمتر از ۵ کیلومتر از شهر قرار دارند نیز پزشکان آن مراکز در مرکز معین بیتوته می کنند.

۲۲. دبیرخانه ستاد اجرایی مشترک کشوری:

این ستاد با عضویت کارشناسانی از معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسانی از سازمان بیمه خدمات درمانی با ابلاغ مشترک معاون سلامت و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل می شود. محل این دبیرخانه در سازمان بیمه سلامت ایران می باشد و دارای شرح وظایف زیر است:

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

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

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

ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در سطوح مختلف:

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، در سطوح ملی، دانشگاهی، و شهرستانی، ستادهای اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده تشکیل می شود. در این ستادهای اجرایی، که ترکیب آن به شرح ذیل خواهد بود، طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمکهای فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافاصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و بهنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژیها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پایین تر، هماهنگی با کلیه stakeholder های 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 هرچه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت خواهد پذیرفت.

- **ستاد هماهنگی کشوری:** براساس بنده تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳ شامل مدیرعامل و معاون بیمه خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت، معاونت های بهداشت و درمان، رئیس مرکز مدیریت شبکه، و حسب مورد معاون آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری است. وظیفه این ستاد، نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف می باشد. ریاست ستاد با معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری آن با مدیرعامل سازمان بیمه سلامت خواهد بود. محل دبیرخانه این ستاد، سازمان بیمه سلامت است.

- **کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان ارشد مرکز مدیریت شبکه و معاون بیمه سلامت و رئیس مرکز پزشک خانواده سازمان بیمه سلامت و تعدادی از معاونین بهداشتی و مدیران گروه گسترش شبکه های دانشگاه های علوم پزشکی براساس ابلاغ صادره توسط رئیس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند.

- **کمیته ملی آموزش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه، سازمان بیمه سلامت و تعدادی از کارشناسان ادارات کل حوزه معاونت های بهداشت و درمان و کارشناسانی از معاونت آموزشی تشکیل می دهند.

- **ستاد هماهنگی دانشگاهی:** اعضای این کمیته عبارتند از: رئیس دانشگاه علوم پزشکی؛ مدیرکل بیمه سلامت استان؛ معاونین بهداشت و درمان و حسب مورد معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی؛ رئیس گروه گسترش شبکه دانشگاه علوم پزشکی؛ یکی از معاونین اداره کل بیمه؛ رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسوول امور روستاییان بیمه سلامت و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استانها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند. در تمامی دانشگاه ها/ دانشکده ها، ریاست دبیرخانه به عهده رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی است و دبیری به عهده مدیرکل محترم بیمه سلامت استان است.

ستاد دانشگاهی به منظور بررسی ارزیابی روند فعالیت ها حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل می شود و گزارش عملکرد آن به ستاد هماهنگی کشوری ارائه می گردد. تصمیمات این کمیته با توافق جمعی طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی شده و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی، موضوع به کمیته کشوری منعکس و تصمیمات آن برای استان مربوط لازم الاجراست.

ستاد هماهنگی دانشگاهی مجاز به تصمیم گیری در خارج از چهارچوب تفاهم نامه و اصول کلی آن نمی باشد (بند ۵ تفاهم نامه ۱۳۹۳).

- **ترکیب ستاد اجرایی در سطح شهرستانی:** مدیر شبکه بهداشت و درمان؛ رئیس مرکز بهداشت شهرستان؛ مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان؛ معاون فنی مرکز بهداشت شهرستان و معاون درمان شبکه شهرستان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شهرستان، معاون بیمه سلامت اداره کل بیمه سلامت استان، رئیس اداره نظارت بیمه استان، رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان.

قابل توجه اینکه هرجا درباره جمعیت روستایی بحث می شود، جمعیت عشایر نیز مدنظر است و درمورد عشایر هم جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان و عشایر ملاک پرداخت سرانه است.

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

فصل دوم: گردش کار

ماده ۲: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود که گردش کار چگونگی تماس پزشک خانواده با مراجعه کنندگان را به شرح پیوست شماره ۶ این دستورعمل، رعایت نمایند.

فصل سوم: بسته های خدمت

ماده ۳: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود فهرست بسته های خدمات تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری روستایی و شهری مشمول برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را به شرح بسته های خدمتی مورد استفاده دانشگاه های علوم پزشکی (پیوست شماره ۱) کاملاً رعایت کنند.

فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره کل بیمه سلامت استان

برای سال ۱۳۹۳ به منظور ایجاد هماهنگی بیشتر با سازمان بیمه سلامت ایران در اجرای هرچه بهتر برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده راه کارهای کلی زیر پیشنهاد می شوند:

۱ - میانگین سرانه سالانه خدمات سطح اول بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکنین روستاها، عشایری ساکن در مناطق روستایی و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (غیر از بیمه شدگان سایر سازمانهای بیمه گر) مبلغ ۹۶۵۲۰۰ ریال تعیین می گردد (تبصره ۲ از بند ۲ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).

۲ - کل اعتبار سال ۱۳۹۳ این برنامه مبلغ ۲۲۲۰۰ میلیارد ریال است که به نسبت مساوی از محل صندوق بیمه ردیف اعتبارات روستاییان و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (مبلغ ۱۱۱۰۰ میلیارد ریال) و از محل اعتبارات یک درصد ارزش افزوده (مبلغ ۱۱۱۰۰ میلیارد ریال) برای ارائه خدمت برای حدود ۲۳ میلیون نفر جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، تامین می شود.

۱ - سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی ساطح اول براساس بند ۴ تفاهم نامه مشترک عبارتست از: ۳۵٪ خدمات پزشک و ۶٪ خدمات ماما که برحسب ضریب محرومیت شهرستان توزیع می شود. موارد دیگری که از سرانه سهم دارند ولی از ضریب محرومیت تاثیر نمی پذیرند شامل: ۴٪ خدمات سلامت دهان و دندان؛ ۲۴٪ خدمات دارویی؛ ۸٪ خدمات پاراکلینیک (۵٪ آزمایشگاه و ۳٪ رادیولوژی)؛ ۴٪ تامین مکمل های دارویی؛ ۵٪ برای آماده سازی و بهبود استاندارد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه؛ ۱٪ هزینه های تامین خودروی سالم برای مراکز مجری؛ ۳٪ کمک به تامین امکانات محل زیست پزشک؛ ۱٪ تامین واکسن پنتاوالان؛ ۲٪ برای راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت ؛ ۴٪ تامین هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ۳٪ تامین هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه دراختیار سازمان بیمه سلامت ایران.

ماده ۴: براساس تبصره ۴ و تبصره ۱۱ از بند ۴ تفاهم نامه، استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان غیراز موارد تعیین شده در تفاهم نامه، توسط مدیریت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و ادارات کل بیمه استان ممنوع است.

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

تبصره ۲: مدیرمالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است ریز هزینه ها را هر ۶ ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند. پرداخت بعدی اداره کل بیمه استان منوط به دریافت این گزارش می باشد.

ماده ۵: اداره کل بیمه سلامت استان، هنگام تخصیص اعتبارات استانی به دانشگاه علوم پزشکی، رونوشتی به معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان دانشگاه علوم پزشکی مربوط ارسال می کند تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبارات باشند و بموقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند.

تبصره ۱: ادارات بیمه استان ها، باید ۸۰٪ کل مطالبات را تا پانزدهم هرماه و ۲۰٪ باقیمانده را پس از پایش عملکرد حداکثر ظرف یک ماه به شرط رعایت مفاد تفاهم نامه پرداخت کند و معاون توسعه دانشگاه موظف است با نظارت مرکز بهداشت استان بلافاصله گردش مالی را اجرایی کند تا پول بموقع به دست پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر کارکنان دست اندرکار اجرای برنامه برسد.

تبصره ۲: کلیه افراد طرف قرارداد باید بیست و هشتم هرماه ۷۰٪ حقوق و مزایای خود را دریافت کنند و ۳۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد (بند ۱۱ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳). چنانچه نتیجه پایش سه ماهه

فرد معادل ۰/۹ (۰/۹۰٪) شد کل ۳۰٪ باقیمانده به وی پرداخت می شود. اگر نتیجه پایش عملکرد بین ۰/۷ تا کمتر از ۰/۹ شد مبلغ پرداختی از ۱۰۰ کم می شود به عبارت دیگر، چنانچه نتیجه پایش ۰/۷ شد تمام ۳۰٪ پرداخت نخواهد شد و اگر ۰/۸۹٪ شد ۱۱٪ از ۳۰٪ باقیمانده کسر می گردد. در صورتیکه، نتیجه پایش بیش از ۰/۹ یا ۰/۹۰٪ شد بازای هر ۰/۱ اضافه ۲٪ پاداش به پزشک تعلق می گیرد. در نتیجه پایش ۱۰۰٪ در واقع ۲۰٪ پاداش علاوه بر ۳۰٪ باقیمانده حقوق به وی پرداخت می شود.

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

ماده ۶: نوع تعامل بیمه سلامت استان با دانشگاه علوم پزشکی براساس استفاده از شیوه پرداخت سرانه خریدخدمت برای تمامی خدمات سلامت سطح اول مورد توافق دو طرف می باشد. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. این مبلغ براساس آخرین تفاهم نامه مشترک بر مبنای متوسط سرانه سالانه کشور ۹۶۵۲۰۰ ریال بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان (جمعیت روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر براساس اعلام سازمان بیمه سلامت ایران) با دامنه ای بین ۷۸۱۳۰۰ تا ۹۷۰۸۷۰ ریال برحسب ضریب محرومیت هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی برای سال ۱۳۹۳ است (جدول ضرایب محرومیت شهرستانی و تعیین سهم هر شهرستان از سرانه در پیوست شماره ۳ آمده است). اداره بیمه سلامت استان موظف است این پول را طی قراردادی که نمونه آن پیوست (پیوست شماره ۲) می باشد، پس از تعیین مراکز بهداشتی درمانی فعال (دارای پزشک ثبت نام شده مورد نیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار دهد

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

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

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

ماده ۷: مدیریت مالی حوزه پشتیبانی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری (براساس منابع تعریف شده در فصل اول این راهنما) به مرکز بهداشت استان اعلام دارد و از طریق مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت شبکه اعلام گردد. مجدداً تاکید می شود که اعتبارات مربوط به درآمد اختصاصی این برنامه براساس مصوبه هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی، از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. کل این اعتبار (حتی مانده سنواتی آن) باید صرف هزینه های برنامه پزشک خانواده براساس دستورعمل اجرایی گردد. هرگونه استفاده از محل اعتبار این برنامه برای فعالیت هایی خارج از چهارچوب تعریف شده در این دستورعمل، اکیداً ممنوع است.

تبصره ۱: هرزمان اعتباری از سوی ادارات کل بیمه به دانشگاه علوم پزشکی تخصیص داده می شود، دانشگاه موظف است، رونوشتی از آن را به مرکز مدیریت شبکه ارسال دارد.

ماده ۸: پس از عقد قرارداد، وظیفه تامین خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی، رادیولوژی، سلامت دهان و دندان، و سایر اقدامات (به شرحی که در بند ۴ تفاهم نامه آمده است و تفصیل آنها در قسمتهای بعدی توضیح داده خواهد شد) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظیفه تامین خودرو و فضای فیزیکی برای ارائه خدمات و بیتوته پزشک (پزشکان) مراکز بهداشتی درمانی نیز با توجه به امکانات موجود و تفاهم با بیمه استان، به عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۹: پس از عقد قرارداد با اداره بیمه استان برای ارائه خدمات سلامت سطح اول به شیوه سرانه، از مبلغ دریافتی در قرارداد و سایر منابع برنامه - که در بند ۱ فصل اول همین جزوه، صفحه ۷ آمده است- ابتدا سهم دستمزد پزشکان (براساس محاسبه دریافتی تک تک پزشکان در نظر گرفته شده برای مرکز) و ماماها یا پرستاران در مرکز بهداشتی درمانی با فعالیت هایی نظیر: پیگیری بیماران مزمن، خدمات پرستاری، خدمات زایمانی (فقط در مناطق دارای تسهیلات زایمانی)، مراجعات ژنیکولوژی و ... (براساس محاسبه دریافتی تک تک ماماها یا پرستاران در نظر گرفته شده برای مرکز) مطابق آنچه که در بخش مکانیسم پرداخت به آن اشاره خواهد شد، تعیین و کنار گذاشته می شود. سپس، بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده توزیع می گردد:

تبصره ۱: سهم خدمات دارویی (۲۴٪ از کل سرانه)، معادل ۲۳۰۱۰/۶ تومان سرانه سالانه

سهم خدمات آزمایشگاهی (۵٪ از کل سرانه)، معادل ۴۷۹۲/۱ تومان سرانه سالانه

سهم خدمات رادیولوژی (۳٪ از کل سرانه)، معادل ۲۸۹۲/۵ تومان سرانه سالانه

سهم خدمات دهان و دندان (۴٪ از کل سرانه)، معادل ۳۸۴۲/۳ تومان سرانه سالانه

سهم داروهای مکمل (۴٪ از کل سرانه)، معادل ۳۸۴۲/۳ تومان سرانه سالانه

سهم بهبود استاندارد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه (۵٪ از کل سرانه)، معادل ۴۷۹۲/۱ تومان سرانه سالانه

سهم کمک به تامین خودروی مناسب برای انجام دگرددشی (۱٪ از کل سرانه)، معادل ۹۴۹/۸ تومان سرانه سالانه

سهم راه اندازی و بهبود استاندارد محل زیست پزشک (۳٪ از کل سرانه)، معادل ۲۸۹۲/۵ تومان سرانه سالانه

تبصره ۲: سهم ۱٪ تامین واکسن پنتاوالان با هماهنگی مرکز مدیریت بیماریها در اختیار سازمان غذا و دارو قرار می گیرد تا برحسب جمعیت هدف، نسبت به تامین واکسن اقدام کند و از طریق زنجیره سرما در مرکز مدیریت بیماریها اقدام به توزیع واکسن برای دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی شود.

تبصره ۳: سهم ۲٪ راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت و استقرار پرونده الکترونیک.

تبصره ۴: به منظور جبران هزینه های برنامه و با هدف ارتقاء مدیریت برنامه و پایش و نظارت در سطوح مختلف، ۴٪ از سرانه در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد که هزینه کرد آن برای پرداخت هزینه های مدیریت، پایش، ارزشیابی در جهت تقویت برنامه در سطوح مختلف محیطی، ستاد شهرستان، ستاد دانشگاه و ستاد ملی براساس دستورعمل مکمل متعاقباً ارسال می شود.

تبصره ۵: هزینه مربوط به پرداخت کارانه به سایر کارکنان شاغل در همان مرکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمت و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه آن (معادل ۵٪ از کل سرانه) و سایر پرسنل ستادهای شهرستانی و استانی صرفاً باید از محل درآمدهای اختصاصی برنامه (بندهای ۲ تا ۱۳ صفحه ۷) خارج از اعتباری که از طریق بیمه سلامت ایران ارائه می شود، تامین گردد (چگونگی توزیع کارانه کارکنان در دستورعمل جداگانه ای ارسال خواهد شد. کارانه همکاران ستاد استان با توجه به عملکرد آنها با پیشنهاد معاونت بهداشت و تایید رییس دانشگاه/دانشکده قابل پرداخت می باشد).

تبصره ۶: از محل سهم پزشک و ماما تعیین شده در تفاهم نامه، علاوه بر حقوق و مزایا باید بیمه، عیدی، و سایر کسورات قانونی براساس قوانین و مقررات مربوطه پرداخت شود؛ (خرید مرخصی مانده براساس نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی- پیوست شماره ۷)، همچنین، اعتبار موردنیاز برای تامین پزشک و مامای جایگزین نیز را شامل است.

ماده ۱۰: براساس تبصره ۳ از بند ۴ تفاهم نامه، تامین امکان بیتوته پزشک در مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت به عهده مرکز بهداشت شهرستان است که ۳٪ سهم سرانه نیز برای کمک به این موضوع اختصاص یافته است. چنانچه، در شرایطی خاص امکان تامین محل زیست پزشک فراهم نباشد یا مرکز در فاصله نزدیکی تا شهر (کمتر از ۵ کیلومتر) قرار دارد و مردم به مرکز شهر در ساعات غیراداری مراجعه می کنند، مرکز بهداشت شهرستان باید اقدام به تامین خدمات در نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی به نام مرکز معین نماید و پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته را در نوبت شیفت خدمت در مرکز معین قرار دهد. در اینصورت، باید اطلاع رسانی کافی به مردم صورت گیرد.

ماده ۱۱: براساس بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳، مراکز بهداشت شهرستان ها موظف به تامین ۳۵۰ قلم داروی مصرفی مورد تعهد براساس فهرست پیوست شماره ۸ اقدام کنند. این داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان فراهم گردد و در مقاطع سه ماهه نیازهای دارویی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین کنند.

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٪ داروها در مرکز موجود باشند. زیرا در صورت نرسیدن بموقع داروهای درخواستی و موجودی صفر برای داروی مرکز، تا دو برابر قیمت دارو از سرانه دارویی مرکز کسر می شود (تبصره ۲ از بند ۶ تفاهم نامه).

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

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

تبصره ۴: در صورت فقدان اقلام دارویی فهرست تجویزی پزشکان مرکز در هر بازدید از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، براساس فرمول تبصره ۲ از بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳ برای همان ماه مورد بازدید صرفاً از سهم درصد سرانه داروی مرکز مربوطه کسر می شود.

تبصره ۵: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر کمیته استانی قابل اغماض است و مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۶: پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۳۵۰ قلم داروی تعیین شده نمی باشد مگر درمورد تمدید نسخ ادامه درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی کرونری و قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای وزارت بهداشت ادامه یابد. به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت.

تبصره ۷: چنانچه داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد اداره کل بیمه تهیه شود، معادل دو برابر سهم بیمه قیمت نسخه (۷۰٪ قیمت نسخه) از سرانه دارویی مرکز مزبور کسر خواهد شد (تبصره ۲ بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).

ماده ۱۲: ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان برای ارائه خدمات پاراکلینیک به صورت یکسان عمل کند (دریافت FFS یا سرانه) و در صورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. ارائه خدمات پاراکلینیک بایستی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور انجام شود (بند ۹ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۳).

تبصره ۱: سهم ۵٪ اعتبارات خدمات آزمایشگاهی فقط در این دو صورت و برای ارائه کلیه خدمات آزمایشگاهی تعریف شده در بسته خدمتی از طریق سرانه پرداخت می شود. درغیراینصورت، و فقط در صورت فقدان حتی یکی از دو شرط (داخل مرکز مجری برنامه یا با فاصله حداکثر نیم ساعت با خودرو تا مرکز)، خدمات آزمایشگاهی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۵٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات آزمایشگاهی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شود، برگه دفترچه جدا می شود.

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

۱. مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه دارای رادیولوژی فعال باشد
 ۲. فاصله رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات رادیوگرافی تا مرکز مزبور حداکثر نیم ساعت فاصله با خودروی معمول در منطقه باشد
- درغیراینصورت، خدمات رادیولوژی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۳٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات رادیولوژی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شد، برگه دفترچه جدا می شود.

تبصره ۳: مدیریت شهرستان موظف است نسبت به تامین خدمات پاراکلینیک براساس تفاهم نامه اقدام نماید. چنانچه سهم سرانه خدمات پاراکلینیک به مرکز شهرستان پرداخت شود ولی مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در پوشش شهرستان مربوطه قادر به ارائه خدمات با دو شرط ذکر شده نباشد، ۱/۵ برابر سهم سازمان از قیمت کل سرانه تعریف شده پاراکلینیک آن مراکز کسر می گردد (بند ۹ تفاهم نامه).

ماده ۱۳: روسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل های اجرایی برنامه خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) به شکل جدی ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد. همچنین، اسناد هزینه بایستی توسط معاونت بهداشتی استان تایید شده و گزارش اسناد مالی براساس فرمت تعیین شده به اداره بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه گزارش گردد. دانشگاه موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشک خانواده را از حسابرس دانشگاه دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان باید هرست حقوق ارسالی به بانک برای پرداخت حقوق پزشکان خانواده و ماما/پرستارهای طرف قرارداد برنامه را پس از مهور شدن به مهر بانک در پایان هرماه به تفکیک اسمی به اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نمایند.

ماده ۱۴: مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی موظفند، مبلغی معادل ۱۰٪ تعرفه دولتی تعیین شده در بخشنامه هیات وزیران بابت ویزیت پزشک عمومی یا ماما (در شرایطی که بیمار منحصرًا" برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند) را به عنوان فرانشیز از بیماران تحت پوشش بیمه روستایی مراجعه کننده، به عنوان ورودیه برای دریافت خدمات ذکر شده در بسته خدمت اخذ نمایند. همچنین، فرانشیز خدمات دارویی ۳۰٪ و برای خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی معادل ۱۵٪ تعرفه دولتی اخذ می گردد (تبصره ۶ از بند ۴ تفاهم نامه).. برای خدمات پرستاری از قبیل تزریقات و پانسمان، و هزینه لوازم مصرفی خدمات مربوطه (موادی مانند دستکش، سرنگ، ماسک) باید ۱۰٪ تعرفه دولتی این خدمات از گیرنده خدمت اخذ شود (تبصره ۵ از بند ۴ تفاهم نامه). خاطرنشان می سازد برای پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و از این قبیل نباید هزینه ای دریافت کرد.

ختنه و بخیه زدن و سایر خدماتی که مشمول تعرفه هستند، معادل ۳۰٪ آنچه در تعرفه خدمات آمده است، بعلاوه هزینه های مواد مصرفی اخذ می گردد

ماده ۱۵: ارائه دفترچه بیمه روستاییان در سطح اول خدمات برای دریافت خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی ضرورت دارد و باید اوراق مربوطه از دفترچه جدا شده و به سازمان ارائه گردد. سازمان بیمه موظف است نسبت به تامین بموقع دفترچه های بیمه اقدام کند (بند ۱۰ تفاهم نامه).

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

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

تبصره ۳: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد).

ماده ۱۶: برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها محاسبه شده و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر تعیین و ازطریق وزارت بهداشت اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه تحویل می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود.

ماده ۱۷: بازای هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز مجری، جذب یک پزشک خانواده و بازای هر دو پزشک خانواده، (۸۰۰۰ نفر) جذب یک ماما ضرورت دارد. مراکز با جمعیت کمتر از ۳۵۰۰ نفر باید حداقل یک پزشک و یک ماما را به کارگیری کنند.

تبصره ۱: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۳۵۰۰ نفر بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره بیمه استان به قرار زیر می شود (تبصره ۱ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳). ولی در محاسبه حقوق برای پزشک باید کل جمعیت در فرمول قرار گیرد.

۱۰۰٪ سرانه پزشک

۳۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک

۵۰٪ سرانه پزشک

۳۵۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک

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

تبصره ۳: حق الزحمه پزشک خانواده و ماما، یا پرستار بازای کل جمعیت روستایی و عشایری تحت پوشش آنها محاسبه و پرداخت می گردد اعم از اینکه افراد در پوشش بیمه روستایی باشند (یعنی دفترچه بیمه روستایی داشته باشند) یا نوع بیمه آنها متفاوت باشد. ستاد اجرایی استان می تواند برای پزشکان خانواده ای که در شرایط سخت و ویژه خدمت ارائه می دهند تا ۱۰٪ مبلغ قرارداد پرداخت اضافی نماید. محل اعتبار این موضوع، از اعتبارات دانشگاهی یا با موافقت اداره کل بیمه استان از پرداخت اضافی بیمه می باشد.

تبصره ۴: چنانچه تعداد مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده (برای مدت یک ماه) بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع به ستاد اجرایی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق ارجاع گردد. زیرا در این شرایط، پزشک فقط می تواند به ویزیت بیمار بپردازد و به سایر فعالیتهای نخواهد رسید. یکی از راه حلها: می تواند کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک و راه حل دیگر، بررسی درمورد علل مراجعه بالاو... باشد.

تبصره ۵: با توجه به بند ۸ موافقنامه شماره ۳۰۶۶۹ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۲ در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد و نباید وجهی از وی دریافت شود ولی با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده و با ارائه به اداره بیمه سلامت 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 ۶: ارائه تمامی خدمات بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمتی کاملاً رایگان است ازجمله مشاوره قبل و بعداز ازدواج. درصورت ارائه خدمات درمانی باید فرانشیز خدمت براساس تبصره های ۵ و ۶ بند ۴ تفاهم نامه اخذ گردد. درمورد انجام پاپ اسمیر، برمبنای اینکه خدمت توسط پزشک یا ماما ارائه شود، فرانشیز براساس تعرفه آن خدمت دریافت می شود.

ماده ۱۸: هزینه خدماتی که در چهارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد. مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط پزشکان عمومی (غیراز پزشک خانواده تعیین شده برای محل که مهر پزشک خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع. **تبصره ۱:** به منظور تقویت و توسعه نظام ارجاع و عملیاتی نمودن آن در برنامه پزشک خانواده در جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، تفاهم نامه جداگانه ای بین معاون درمان و سازمان بیمه سلامت منعقد گردید. براساس این تفاهم نامه، چنانچه پزشکان متخصص پذیرنده ارجاع در مراکز تخصصی سرپایی دولتی (که بیمار از طریق پزشک خانواده با فرم تکمیل شده ارجاع به آن مراکز معرفی شده است)، نسبت به تکمیل دقیق فرم پس خوراند اقدام نمایند و پس از تایید پزشک خانواده از پاداش ویزیت ارجاع به میزان یک ویزیت با تعرفه دولتی برخوردار می شوند.

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

ماده ۱۹: انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات به جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر باید از همان الگوی سرانه جمعیت روستایی تبعیت کند.

تبصره ۱: همانند مناطق روستایی و عشایر باید برای شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز سالانه سرشماری جمعیت انجام شده و داده ها به زیج حیاتی و برنامه سامانه الکترونیک سلامت وارد شوند. تعیین نوع بیمه افراد مورد سرشماری از ضروریات است. در صورت نداشتن اطلاعات از جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، ضرورت دارد در سال جاری حداکثر تا ۱۰ تیرماه این اقدام صورت پذیرد.

ماده ۲۰: براساس بند ۵ تفاهم نامه مشترک، ستاد هماهنگی کشوری تشکیل می شود که وظیفه نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف ستادهای هماهنگی استانها/ دانشگاهها را به عهده دارد.

ماده ۲۱: در هر شهرستان، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان، به شیوه تعامل میان بخش سلامت سطوح اول و دوم یا بالاتر می پردازد. علاوه بر آن، این گروه وظیفه تصمیم گیری درباره موارد اختلاف بین بیمه سلامت ایران و مرکز بهداشت شهرستان را نیز بهعهده دارد.

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

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

ماده ۲۲: در تمامی روستاهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنای روستا متشکل از افراد زیر تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهوزر و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسوول مرکز بهداشتی درمانی می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره ۱: درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود.

ماده ۲۳: انتظارات عمده از هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسوولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها درمورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص های سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکت های مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه و توسعه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان و ...

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

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

ماده ۲۴: براساس بخشنامه شماره ۱۵۳۸۱/د مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲ معاون محترم غذا و دارو (پیوست شماره ۹) مبنی بر سیاست بکارگیری خدمات دارویی از بخش خصوصی، در صورت وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی

درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه با فرمت قرارداد ارائه شده با بخشنامه فوق الذکر می باشد. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، می توان با هر یک از آنان، قراردادی جداگانه منعقد کرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با اقلام داروهای سطح اول (اقلام موردنیاز پزشک) بطور رایگان (از نظر فضای فیزیکی) در مرکز مستقر نماید (مگرآنکه داروخانه در جنب مرکز مستقر باشد). در چنین شرایطی، داروخانه موجود در مرکز بهداشتی درمانی تعطیل می شود و فقط گنجینه دارویی برای ارائه خدمات دارویی در ساعات غیراداری در اختیار پزشک خانواده قرار داده می شود. داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر است. قرارداد بین داروخانه بخش غیردولتی و مرکز بهداشت شهرستان منعقد می گردد.

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

تبصره ۲: اخذ تعرفه ارائه خدمات حرفه ای در داروخانه ها در بخش دولتی ۱۵٪ بهای هر نسخه و حداکثر تا سقف ۵۰۰۰ ریال می باشد (براساس مصوبه هیات دولت به شماره ۱۱۲۸۶۹/ت/۴۷۱۱۲هـ مورخ ۱۳۹۱/۶/۶) ارائه دارو از گنجینه دارویی توسط پزشک یا کارکنان مرکز بهداشتی درمانی در ساعات غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت این تعرفه نیست. این موضوع شامل حال داروخانه های دولتی موجود در مراکز بهداشتی درمانی نیز می شود.

تبصره ۳: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، می توان با داروخانه موجود در مناطق مجاور و قابل دسترس مردم (بنا به تشخیص مرکز بهداشت شهرستان) قرارداد تامین داروهای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده را منعقد کرد. در این وضعیت نیز باید شعبه ای از داروخانه طرف قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی مستقر گردد.

ماده ۲۵: مسوولیت تامین پرسنل و تامین، توزیع و عرضه صحیح داروها با مسوول داروخانه طرف قرارداد می باشد و مرکز بهداشت شهرستان مسوولیت نظارت بر فعالیت های داروخانه مزبور را به عهده دارد.

تبصره ۱: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و نیروی انسانی مورد نیاز در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. چنانچه داروخانه طرف قرارداد امکان تامین نیرو برای ارائه خدمات دارویی در دهگردشی ها را نداشت، این کار توسط یکی از کارکنان مرکز که همراه پزشک می باشد (ماما، پرستار یا ...) انجام می شود و بازای این اقدام، درصدی از مبلغ قرارداد کسر می گردد.

ماده ۲۶: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی یا مناطق مجاور یا تمایل نداشتن آنها به همکاری با برنامه پزشک خانواده، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی واحد داروخانه و تامین و توزیع دارو به مردم در محل مرکز بهداشتی درمانی مزبور و زمان دهگردشی پزشک می باشد.

ماده ۲۷: نظارت بر حسن انجام خدمات دارویی به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان است.

ماده ۲۸: باتوجه به اهمیت پایش و نظارت بر نحوه انجام فعالیت ها در سطوح مختلف و بویژه سطح محیطی ضرورت دارد تمامی ادارات زیرمجموعه معاونت بهداشت حداقل یکبار درماه به مراکز مجری برنامه مراجعه کرده و چگونگی اجرای بسته های خدمت به گروههای هدف را مورد پایش قرار دهند. نتیجه نظارت ها در مرکز بهداشت شهرستان مورد تحلیل قرار می گیرد و آموزش های لازم به پرسنل محیطی بویژه پزشک خانواده ارائه می شود. خاطرنشان می سازد وظایف پزشک به عنوان پزشک سلامت است و فقط ویزیت بیمار ملاک نیست.

تبصره ۱: اجرای پایش مشترک با اداره بیمه سلامت استان توسط چک لیست مورد توافق، ماهانه انجام می شود.

ماده ۲۹: انجام نظارتهای مشترک، اداره بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را تا حداکثر دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها فراهم باشد. بدیهی است که نکات مورد نظر سازمان بیمه که متعاقباً و بطور مشترک اعلام می شود، به سازمان بیمه منعکس می گردد. مرکز بهداشت استان موظف به پیگیری درمورد این ماده می باشد.

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

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

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

- ۱ - این روستا همان روستایی است که طبق دفترچه های طرح گسترش باید محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد. در چنین شرایطی این روستای اصلی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی هم خواهد بود.
- ۲ - این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی نیز باشند. روستای اصلی، روستای محل استقرار خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است و معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می کنند. گاه، در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرارگیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می شود.
- ۳ - این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد که به آن، روستای قمر گویند.
- ۴ - به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود. البته، برخی از این روستاها به دلیل کم بودن جمعیتشان، سیاری می باشند که حتی پس از تکمیل طرح ها نیز به همین صورت خدمت می گیرند.
- ۵ - روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند. به عبارت دیگر، روستاهای تحت پوشش مستقیم مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی.

ماده ۳۰: به منظور تعیین پرسنل درمانی مورد نیاز و شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده می بایست اقدامات زیر انجام شود:

- ⇐ جمعیت هر یک از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی بدون توجه به نوع بیمه آنها مشخص شود، این داده با انجام سرشماری سالانه قابل دسترسی است و اطلاعات آن باید در صفحه داخلی پرونده خانوار ثبت گردد. سرشماری سالانه باید علاوه بر جمعیت روستایی و عشایری برای تمام شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز انجام شود و نتیجه آنها در نرم افزار سامانه الکترونیک سلامت ثبت شوند.
- ⇐ تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک بازای ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین گردد. بدیهی است برای جمعیت بیش از ۳۵۰۰ نفر تا سقف ۷۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۷۰۰۰ نفر تا سقف ۱۰۵۰۰ نفر به سه پزشک و نیاز خواهد بود. بازای هر دو پزشک، باید یک ماما تعیین کرد. درمورد مراکز پزشک و بالاتر می توان نفر دوم را به جای ماما، پرستار بکارگیری کرد. برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از ۳۵۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی

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

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

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

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

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

تبصره ۳: با فردیکه در گواهی انجام کار آنها، نمره ارزشیابی کمتر از ۷۵ داشته باشند، بهتر است قرارداد منعقد نشود.

تبصره ۴: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک پزشک کمتر از ۲۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۲۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد. قطعاً در شرایطی که جمعیت تحت پوشش پزشک کمتر از ۳۵۰۰ نفر می باشد، حقوق وی از حداقل اعلام شده در تفاهم نامه، کمتر خواهد شد.

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

تبصره ۶: تمامی پزشکان و پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده موظف به اجرای برنامه هستند و عضو تیم سلامت محسوب می شوند (براساس ماده ۵۴ فصل ششم مجموعه کامل قوانین و مقررات استخدامی) و فقط تحت شرایط استثنایی و با نظر معاون بهداشتی استان می توان از پزشکی که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. بدیهی است که این امر برای پزشکان پیام آور و مشمول قانون طرح نیروی انسانی

صدق نمی کند و حضور آنان در این برنامه در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان اجباری است. در زمان عدم حضور، نباید پولی به طرف قرارداد پرداخت گردد.

ماده ۳۱: بازای هر دو پزشک، باید یک ماما به کار گرفته شود. چنانچه، تنها یک پزشک به مرکز بهداشتی درمانی تعلق گیرد، حداقل وجود یک ماما الزامی است. برای تعیین ماماهاى موردنیاز ابتدا تعداد ماماهاى استخدامی که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی وجود دارد، مشخص می گردد و سپس، برای تامین سایر ماماهاى مورد نیاز، اقدام به جذب نیرو از طریق انعقاد قرارداد با آنها (براساس پیوست شماره ۱۰) برای مراکز مربوط می شود. برای تکمیل نیروی ماما در مراکز تسهیلات زایمانی نمی توان از قرارداد پزشک خانواده استفاده کرد.

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

تبصره ۲: در صورت فقدان ماما در منطقه و با هماهنگی اداره کل بیمه سلامت استان می توان از پرستار به جای ماما استفاده کرد بنحوی که ارائه خدمات مامایی متوقف نشود و موضوع کتبا" به اداره کل بیمه سلامت استان منعکس گردد.

تبصره ۳: در صورت جذب نیروی قراردادی ماما یا پرستار، تمامی خدمات مامایی، پرستاری، دارو یاری و سایر فعالیتهای مرتبط با امور تکنیکی بخش درمان باید توسط این افراد ارائه گردد (البته به شرط نبود پرستار، بهیار و دارویار در مرکز). در این صورت، قطعاً باید آموزش های لازم طی دوره های کوتاه مدت برای آنها در مرکز آموزش بهورزی اجرا شده و گواهی صادر گردد. فقط در این صورت است که این افراد می توانند تزریقات عضلانی را انجام دهند. البته تزریق برای اولین بار باید زیر نظر پزشک مرکز باشد و در دفعات بعد حتماً با نسخه انجام گیرد (نامه شماره ۳۰۸/۱۱۴۰۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۶- پیوست شماره ۱۱). تقسیم کار بین افراد به عهده پزشک مسوول مرکز است.

تبصره ۴: در مناطق محروم و در صورت نبود نیروی پرستار می توان بهیار را بکارگیری کرد.

تبصره ۵: در صورت وجود تسهیلات زایمانی فعال و وجود ماما در مرکز، می توان از پرستار به جای ماما در مرکز بهداشتی درمانی استفاده کرد.

تبصره ۶: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک ماما یا پرستار کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۴۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۷: در صورتی که ماما، علاوه بر ارائه خدمات مامایی و مراقبت های مادر و کودک، عهده دار خدمات دارویی نیز باشد تا سقف ۷٪ کل حقوق وی به دستمزدش اضافه می شود (این درصد افزایش برحسب اینکه کل خدمات به عهده وی باشد یا فقط در دهگردشی این وظیفه را انجام دهد، متفاوت است). چنانچه خدمات پرستاری مثل تزریقات و پانسمان را هم به عهده داشته باشد (به شرط وجود گواهی آموزش)، تا ۳٪ دیگر هم به دستمزدش اضافه می شود. **توصیه می شود** تا حدامکان بویژه در مراکز پرجمعیت، نیروی دیگری بکارگیری شود تا ارائه خدمات مامایی با اشکال مواجه نگردد.

تبصره ۸: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت دارویی توسط مرکز و وجود داروخانه در مرکز بهداشتی درمانی و نبود دارویار، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۷۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) علاوه بر یک ماما، بهتراست یک پرستار نیز برای ارائه خدمات دارویی و پرستاری بکارگرفته شود. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات دارویی برنامه بیمه روستایی (۲۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد فروش دارو (۷۵٪) تامین کرد. در این شرایط، ماما عمدتاً به ارائه خدمات تخصصی مامایی و مراقبت های مادر و کودک و سلامت باروری می پردازد و به بهبود شاخصهای مربوطه کمک می کند. خاطرنشان می سازد همکاری بین ماما و سایر کارکنان واحد بهداشت خانواده مرکز، ضرورت دارد.

تبصره ۹: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت آزمایشگاهی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی برای آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین آزمایشگاه دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۷۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه می توان برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات آزمایشگاهی برنامه بیمه روستایی (۳۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات آزمایشگاهی (۶۵٪) تامین کرد.

تبصره ۱۰: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی تمامی خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت رادیولوژی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان رادیولوژی و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی مناسب برای رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین رادیولوژی دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۱۰۰۰۰ نفر رسید (حداقل دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان رادیولوژی می توان برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات رادیولوژی برنامه بیمه روستایی (۴۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات رادیولوژی (۵۵٪) تامین کرد.

تبصره ۱۱: محاسبه میزان حقوق تکنیسین دارویی، تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه یا رادیولوژی مشابه حقوق افراد پیمانی هم ردیف آنها خواهد بود و از محل اعتبار کارانه مرکز نیز به آنها سهمی براساس نتیجه پایش عملکرد تعلق می گیرد.

ماده ۳۲: در مورد روستاهای یک شهرستان که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند، ابتدا جمعیت روستاهای مذکور تعیین و پرسنل درمانی مورد نیاز برای ارائه خدمت به آن جمعیت - براساس توضیحات مواد پیشین - مشخص می گردد و درمورد استقرار این نیروها، در یک یا چند نقطه شهر براساس تعداد جمعیت و پراکندگی این روستاها در اطراف شهر تصمیم گیری می شود (محل استقرار تیم پزشک خانواده ترجیحا" باید جدا از پزشکان و پرسنل ارائه دهنده خدمت به جمعیت شهری باشد مگر اینکه شهر محل استقرار مرکز جزو شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در پوشش برنامه پزشک خانواده قرار داشته باشند). در صورتیکه ناچار به استقرار تیم پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی شهری (مربوط به شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر) باشیم، باید علاوه بر محاسبه دریافتی پزشک و سایر پرسنل بازای جمعیت روستایی یا شهری تحت پوشش، از محل کارانه و بازای جمعیت شهری بیش از ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش از محل درآمدهای مرکز تا حداکثر ۴۰٪ درآمد حاصل از کل ویزیت را باتوجه به ضریب عملکرد آنها حاصل پایش فصلی، به دریافتی افراد اضافه کرد (به عنوان مازاد کارانه). از این مقدار، حداقل ۲۰٪ به پزشک اختصاص داده شود. این اقدام درمورد افراد غیرایرانی تحت پوشش مراکز مجری برنامه که دارای پرونده فعال هستند، نیز انجام می شود. زیرا این افراد در جمعیت تحت پوشش پزشک در فرمول محاسبه حقوق وارد نمی شوند و از آنجاکه بیمه نیستند باید کل تعرفه را پرداخت کنند، می توان از این روش به دستمزد افراد ارائه دهنده خدمت به آنها استفاده کرد.

تبصره ۱: در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزو قرارداد با بیمه نباشد (شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر)، به هیچوجه نباید جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش این مرکز بین پرسنل مرکز تقسیم شود. باید همکاری کامل بین پرسنل برای ارائه خدمت به کل جمعیت برقرار باشد و کارانه ای براساس ضریب عملکرد کل پرسنل مرکز (غیر از افراد طرف قرارداد) بین همه آنها توزیع گردد. توجه داشته باشید که در چنین شرایطی بازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوریکه ناچار نباشیم جمعیت تحت پوشش یک پزشک را بیش از ۵۰۰۰ نفر قرار دهیم.

ماده ۳۳: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین پزشک/پزشکان برای ارائه خدمات پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود پزشک از طریق قرارداد دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و پزشک داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد. چنانچه موفق به جذب پزشک نباشیم ولی ماما جذب شده باشد، حق الزحمه ماما باید از محل منابع برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین گردد و منتظر اعتبار بیمه خدمات درمانی نبود. در مناطقی که امکان جذب پزشک به سختی میسر است به شرط موافقت کمیته استانی و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه علوم پزشکی می توان از نوع قرارداد اقماری استفاده کرد (یعنی ۷۰٪ حقوق برای ۱۵ روز کار در ماه). در چنین شرایطی با توجه به مقررات معاونت پشتیبانی باید برای مرخصی آنها اقدام کرد که نصف میزان مرخصی را خواهند داشت.

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

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

ماده ۳۴: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین ماما، یا پرستار برای ارائه خدمات غیرتخصصی پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود این نیرو از طریق قراردادی دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و فرد داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد.

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

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

ماده ۳۵: تامین فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۳۶: در برنامه بیمه روستایی، پزشکانی که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد (برابر بند ب ماده ۱ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۸۹۸۳/ت/۴۸۹۳۳ ه مورخ ۱۳۹۲/۲/۳). دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستانها در ساعات غیراداری استفاده کند زیرا این افراد باید در مرکز محل تعهد خود کشیک دهند.

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

تذکر: براساس بند ب ماده ۶۵ قانون پنجم توسعه "هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، بازرخرد یا بازنشسته شده یا می شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که بنحوی از انجا از بودجه کل کشور استفاده می کند، ممنوع و همچنین، هرگونه پرداخت از هر محل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازرخرد توسط دستگاه های مذکور ممنوع است". بنابراین، فقط در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری،

مذکور در ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح پزشک خانواده مجاز خواهد بود (براساس نامه شماره ۱۰۷/۲۳۶۶ اد مورخ ۱۳۹۰/۹/۱ دفتر امورحقوقی وزارتخانه- پیوست شماره ۱۲).

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

ماده ۳۷: براساس تبصره ۷ از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، حداقل حکم حقوقی پزشک با جمعیت ۳۵۰۰ نفر تحت پوشش، مبلغ ماهانه ۵۵ میلیون ریال برای پزشکان غیرطرحی و پیام آور می باشد. این رقم برای پزشکان طرحی و پیام آور حداقل ۳۵/۷ میلیون ریال است. بدیهی است رعایت کلیه مقررات و ضوابط بکارگیری نیروی انسانی حسب نوع بیمه برای هزینه های مربوطه (سنوات، بیمه، مالیات، عیدی و ...) الزامی است.

تبصره ۱: براساس بند الف از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، ۶٪ حقوق پزشکان خانواده برای بیتوته پزشک و ۳٪ سهم دهگردشی وی تعیین شده است. حقوق پایه پزشک ۷۰٪ و سهم پایش عملکرد سه ماهه وی ۳۰٪ است.

ماده ۳۸: براساس تبصره ۷ از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، حداقل حکم حقوقی ماما/ پرستار با جمعیت ۸۰۰۰ نفر تحت پوشش، مبلغ ماهانه ۱۳ میلیون ریال برای مامای کارشناس و ۱۱ میلیون ریال برای مامای کاردان می باشد. حقوق پایه ۷۰٪ است و ۳۰٪ بقیه براساس نتیجه پایش عملکرد سه ماهه وی خواهد بود. بدیهی است رعایت کلیه مقررات و ضوابط بکارگیری نیروی انسانی حسب نوع بیمه برای هزینه های مربوطه (سنوات، بیمه، مالیات، عیدی و ...) الزامی است.

ماده ۳۹: پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه علوم پزشکی و به مدت ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه درهریک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته، (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غیراز زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید برروی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد)، از دریافتی آنها کسر می شود.

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

تبصره ۱: ستاد هماهنگی دانشگاه شیفت بندی زمان کار پزشک را باید طوری برنامه ریزی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم باشد.

تبصره ۲: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسوول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود.

تبصره ۳: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها/پرستاران طرف قرارداد در ایام ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداریهاست. 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 ۴۰: پزشکان خانواده موظفند هر یک روز درمیان یا حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت، سرکشی و نظارت (دهگردشی) نمایند. پرداخت سهم دهگردشی از حقوق پزشک فقط در شرایطی که بدرستی انجام شده باشد و براساس ضریب عملکرد وی در نتیجه پایش سه ماهه، صورت می گیرد. فقط درمورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، یا وقتی پزشک بیش از ۵ خانه بهداشت در پوشش خود دارد، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است. محل استقرار پزشک، خانه بهداشت خواهد بود و توصیه می شود یک میز و صندلی برای این کار در خانه بهداشت در نظر گرفته شود.

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

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

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

ماده ۴۱: ارائه خدمات پزشکی درغیر ساعات اداری، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری الزامی است. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی مجری، مسوولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسوول مرکز خواهد بود. چنانچه تنها یک پزشک در مرکز بهداشتی درمانی مجری وجود داشته باشد، سه حالت احتمال دارد:

الف_ پزشک در مرکز بیتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جایگزین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، اداره کل بیمه استان مکلف به ارائه مهر وکد برای پزشک جانشین می باشد. مدت زمان استفاده از پزشک جایگزین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

ب_ پزشک به دلیل نبود امکانات بیتوته، در مرکز بیتوته نکند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که برای جمعیت تحت پوشش دو یا چند مرکز مجاور با شرایط مشابه، امکان دسترسی به خدمات را در محلی مناسب برای خدمات شیفت شب فراهم کند (تعیین مرکز بهداشتی درمانی معین). البته با در نظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست پزشک، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز با بیش از ۵ کیلومتر فاصله تا شهر، اقدام به تهیه محل بیتوته نماید.

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

تبصره ۱: درمورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند می توان موارد مراجعه در شیفت های شب را به یک مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در شهر -مرکز معین- یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد (به شرطی که فاصله کمتر از ۵ کیلومتر باشد) یعنی بیتوته حذف می شود و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد (نباید از پزشک خانواده مرکز برای خدمت در اورژانس بیمارستان استفاده شود).

ماده ۴۲: مرکز بهداشت استان و شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جایگزین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزشهای شغلی آنها اقدام کند. می توان از حالت های زیر به عنوان راه حل های مناسب برای مدیریت تامین نیروی جایگزین استفاده کرد:

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

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

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

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جایگزین را در اسرع وقت به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.

ماده ۴۳: در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند، درغیراینصورت، مرکز مشمول کسورات بیمه می شود.

تبصره ۱: درمورد مراکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان بگونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده خدمتی کرد. حق الزحمه این پزشکان در قالب اضافه کار، فوق العاده ماموریت یا فوق العاده ویژه برنامه پزشک خانواده (طبق بند ۳ ردیف ج) پرداخت می شود.

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

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

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

تبصره ۲: ضرورت دارد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی به منظور همکاری بیمارستان ها و مراکز اورژانس با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده ابلاغی صادر نماید. البته برای استفاده از خدمات پزشک عمومی در ساعات غیراداری کلیه هزینه ها به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (ازمحل حذف بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۳: بیمارستان ها و اورژانس های همکار براساس دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از مراجعین روستایی دارای دفترچه بیمه روستایی و برگه ارجاع، مبلغ فرانشیز خدمات پزشکی و خدمات دارویی و پاراکلینیکی دریافت می کنند و لیست بیماران همراه هزینه مربوطه ماهانه به شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه می گردد. البته توصیه می شود از یک مرکز بهداشتی درمانی در نزدیکترین محل تردد مردم به عنوان مرکز معین استفاده شود و همان پزشکان مراکز روستایی بصورت شیفت بندی دراین مرکز بیتوته نمایند و به مردم برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری اطلاع رسانی گردد.

ماده ۴۵: خدمات بهداشتی با مسوولیت کامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و بدون اضافه کردن نیروی درگیر در بخش بهداشت باید با کیفیت مناسب و با آخرین بسته خدمات بهداشتی ابلاغی ارائه گردد مگراینکه بسته خدمتی جدید از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرا ابلاغ شود. در ضمن، پزشکان خانواده موظف هستند آمار مراجعین خود را براساس فرمت یکسان، روزانه ثبت کرده و ماهانه به واحد گسترش شبکه در مرکز بهداشت شهرستان گزارش کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از اطمینان از صحت اطلاعات، آن را به واحد گسترش شبکه در استان ارسال می دارد تا جمع بندی شود. فرمت جمع بندی شده دانشگاهی هر ماهه به اداره بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال می گردد (بند ۱۳ تفاهم نامه مشترک).

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

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

تبصره ۳: فرمت های آماری مورد توافق وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران و دستورعمل تکمیل آن در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در پیوست شماره ۱۳ آمده است. جدول خاص مرکز بهداشتی درمانی، باید همراهه توسط تمامی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل شده و نتیجه آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان وظیفه دارد پس از اطمینان از صحت داده ها، آنها را در فرم مربوط به مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی کرده و به مرکز بهداشت استان ارسال دارد. مرکز بهداشت استان پس از اطمینان از صحت داده ها، ضمن ارسال یک نسخه از جدول ارسال شده از مراکز بهداشت شهرستان های تابعه به اداره بیمه استان، جمع بندی آنها را در فرم مخصوص مرکز بهداشت استان انجام داده و به مرکز مدیریت شبکه ارسال می دارد.

توجه : فرمت های آماری دیگری ازسوی مرکز مدیریت شبکه در فایل Excel تهیه شده است و برروی سایت Port.Health.gov.ir قرار دارد که ضروریست هر ۳ ماه یکبار بدون هیچگونه تغییری در ساختار فایل، تکمیل و ارسال گردد. همچنین، فرم های ثبت داده براساس عملکرد باید همانند پیوست شماره ۱۴ طراحی گردد و هر مورد مراجعه برحسب نوع خدمت دریافتی ثبت شود و مطابق دستورعمل گردش کار فرم ها تکمیل شده و هر ۳ ماه یکبار به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

ماده ۴۶: پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مسئولیت سلامت مردم تحت پوشش خود در سطح اول و مدیریت چگونگی ارائه کلیه خدمات بهداشتی و درمانی فنی، پیگیری فعال بیماران مزمن، و مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی را بر عهده دارند.

ماده ۴۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام مکمل های دارویی مطابق لیست پیوست شماره ۱۵ در انبار دارویی شبکه شهرستان می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده برای مادران باردار، کودکان و سالمندان دراختیار خانه های بهداشت یا پایگاههای بهداشت روستایی قرار داده می شود تا بطور رایگان دراختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار گیرند.

تبصره ۱: پزشک خانواده نباید داروهای بهداشتی یا مکمل که دراختیار خانه بهداشت قرار دارد و باید رایگان ارائه شود را درمورد جمعیت هدف برنامه های بسته خدمتی تجویز نماید. برای داروهایی که با ثبت در دفترچه بیمه روستاییان و عشایر و دارندگان دفترچه سایر سازمانهای بیمه گر و سایر صندوق های سازمان بیمه خدمات درمانی 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 توسط بیمار پرداخت شود (مگر درمورد نوزادان که تا زمان صدور دفترچه آنها، می توان از دفترچه مادر نوزاد استفاده کرد).

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

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

تبصره ۴: چنانچه قیمت نسخه به بیش از ۱۰۲۰۰۰ ریال برسد، باید این نسخه ها در پایان همراه به مرکز بهداشت شهرستان برای بررسی ارسال گردد. در بررسی نسخ توسط ستاد اجرایی شهرستان، چنانچه قیمت نسخه بی جهت بالا باشد یا تعداد قابل توجهی از نسخه های یک پزشک خاص، ارقام بالا داشته باشند، باید بررسی لازم صورت گیرد و چنانچه شرایط موجه وجود نداشت، ضمن ارائه تذکر به پزشک، در ضریب عملکرد آن پزشک تاثیر خواهد داشت.

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

ماده ۴۸: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات آزمایشگاهی (مطابق پیوست شماره ۱۶) در تمامی مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده (اولویت بخش دولتی) خواهد بود این بدان معنا نیست که در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاه راه اندازی گردد بلکه، امکان خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش غیردولتی (براساس نمونه

قرارداد پیوست شماره ۱۷) یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین (باتوجه به دستورعمل پیوست شماره ۱۸) را باید در نظر گرفت.

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

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

تبصره ۳: چنانچه خدمات پاراکلینیکی خاصی در برنامه های جاری نظام شبکه پیش بینی شده باشد که جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده نبود (مثل سونوگرافی رحم در برنامه مراقبت از مادران باردار)، پزشک می تواند آن موارد را در دفترچه بیمه روستایی نوشته و بیمار را به سطح دوم ارجاع دهد. (لیست موارد مجاز به ثبت در دفترچه بیمه روستایی بدون مراجعه به سطوح بالاتر در پیوست شماره ۱۵ آمده است).

تبصره ۴: پزشک خانواده می تواند در محدوده خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، سایر موارد آزمایشگاه و تصویربرداری که شامل بسته خدمتی سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی مجاز به درخواست آنها می باشد را در دفترچه بیمه تجویز نماید. هزینه این خدمات توسط سازمان بیمه پرداخت می شود.

ماده ۴۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین تمامی رادیوگرافی های ساده مرتبط با تروما و CX-Ray در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی می باشد (این بدان معنا نیست که در کلیه مراکز بهداشتی درمانی رادیولوژی راه اندازی گردد بلکه امکان خرید خدمات رادیولوژی از بخش غیردولتی یا امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر را باید در نظر گرفت).

ماده ۵۰: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفت های شب در مرکز بهداشتی درمانی روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/خدمتگذار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد. نیازی به بیتوته کردن ماما یا پرستار نمی باشد.

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

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

ماده ۵۱: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کاردان های بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) و بهورزان تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت تابعه برای

شیفت های فعال و تعیین شده توسط استان، الزامی است. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد.

تبصره ۱: با وجود آنکه حضور سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در ارائه بهتر خدمات بسیار موثر است ولی تصمیم گیری درمورد حضور آنها در یک شیفت ۸ ساعته یا طی دو شیفت صبح و عصر به عهده ستاد هماهنگی استان و مسوولین دانشگاه علوم پزشکی مربوطه می باشد.

تبصره ۲: افرادی که در دو شیفت صبح و عصر در مرکز بهداشتی درمانی حضور نداشته باشند، در صورتیکه مرکز در دو شیفت فعالیت می کند، حق استفاده از سهم کارانه معادل آنانکه حضوری برابر فعالیت مرکز را دارند، نخواهند داشت. در چنین شرایطی می توان پس از نتیجه پایش ۳ ماهه مرکز و کسب ضریب عملکرد $0.9/0$ (معادل ۱)، حداکثر معادل ۴۰٪ کارانه کارکنانی که در دو شیفت خدمت می دهند را به آنها پرداخت کرد. اگر همه کارکنان مرکز در ساعات مشابه، خدمت ارائه می دهند و تفاوتی در ساعات خدمت دهی آنها نیست، سهم سرانه براساس دستورعمل شیوه پرداخت و با نظر پزشک خانواده مرکز درمورد نحوه کارکرد هریک از آنها تعیین می شود.

ماده ۵۲: در اجرای برنامه پزشک خانواده در شرایط معمول، مانند دستورعمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار در روستاها باید **خانه بهداشت** و در شهرها باید **پایگاه بهداشت** باشد و پس از اینکه بهورز یا کاردان پایگاه خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در دستورعمل های اجرایی هر برنامه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد. (در صورت نبود برنامه مشخص در هر بیماری برای بهورز یا تحت شرایط اضطرار برحسب نظر بیمار، می توان مستقیماً" به پزشک خانواده مراجعه کرد).

تبصره ۱: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت خانوار برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است. **اولین ویزیت رایگان می باشد.** فرم پوشه پرونده سلامت خانوار و فرم اولین ویزیت به همراه سایر فرم ها (ویزیت پزشک خانواده، ویزیت ارجاع به متخصص، ارجاع و جمع آوری داده ها به همراه دستورعمل آنها) در پیوست شماره ۱۹ آمده است. در ویزیت پایه الکترونیک، فرم مربوطه در سایت visit.iehs.ir طراحی گردیده است که برای مراکز بهداشتی درمانی دارای دسترسی به رایانه و اینترنت بویژه در ۴ استان فاز اول اجرا در سال جاری (برابر بند ۱۲ تفاهم نامه مشترک) باید از آن استفاده شود.

تبصره ۲: پزشکان ۴ دانشگاه مورد اشاره باید در طول سال ۱۳۹۳ برای تمامی جمعیت تحت پوشش خود پرونده الکترونیک سلامت تشکیل دهند. درغیراینصورت در نتیجه پایش عملکرد آنها تاثیر خواهد داشت. درمورد پزشکان سایر دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی در صورت دسترسی به رایانه و اینترنت باید ویزیت اول انجام شده و پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شود و در غیراینصورت، پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

تبصره ۲: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، باز هم اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است. البته اگر کار بصورت الکترونیکی انجام شده باشد، اطلاعات خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد (مراجعه به راهنمای ثبت اطلاعات سامانه خدمات سلامت ایرانیان).

تبصره ۳: در هنگام ویزیت دوره ای تمامی افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده، ماما یا پرستار یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز یا کاردان یا رابط بهداشت او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت/پایگاه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت/پایگاه

بهداشت یا مکان مناسب دیگری ویزیت کند. حداقل هر ۳ سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش و برای سایر گروهها مطابق با بسته های خدمت انجام شود.

تبصره ۴: اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، دراختیار ماما یا پرستار همراه پزشک قرار می گیرد. فقط دراین حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۵: هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد.

ماده ۵۳: چنانچه کل جمعیت مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، بیش از ۳۵۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت به تساوی و با تفاهم بین پزشکان آن مرکز تقسیم شود و دقیقاً " مشخص گردد که هر پزشک، مسوول کدام خانوارها است.

تبصره ۱: در زمان دهگردشی هر پزشک، کلیه بیماران آن پزشک باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

ماده ۵۴: میانگین ارقام دارویی تجویز شده در هر نسخه پزشک نبایستی در بررسیهای فصلی نسخ آن پزشک، بیشتر از ۲/۵ قلم باشد. افزایش ارقام متوسط دارویی سبب کم شدن ضریب عملکرد در پایش پزشک می شود.

تبصره ۱: چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، می توان این رقم را تا ۳ قلم دارو پذیرفت.

ماده ۵۵: میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایشات سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۱۰ درصد مراجعین باشد. این میزان برای ارجاع به متخصص نباید از ۱۵٪ مراجعین بالاتر رود.

ماده ۵۶: میانگین موارد ارجاع برای انجام خدمات رادیولوژی سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۴ درصد مراجعه کنندگان باشد. مواردی مثل سونوگرافی رحم که در برنامه جاری مراقبت مادران باردار آمده است ولی جزو خدمت رایج برنامه پزشک خانواده در سطح اول خدمات نیست، در محاسبه ۴٪ وارد نمی شوند.

ماده ۵۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و درصورت ضرورت، بیمار را به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

ماده ۵۸: پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش بگیرند تا در شرایط فوریتهای پزشکی که برای مراجعه کننده به واحد ارائه خدمت، پیش می آید، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.

ماده ۵۹: پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش بایستی مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً " خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و درچه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.

ماده ۶۰: مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها باید بنابر فرمت قرارداد تعیین شده برای ارائه خدمات پزشکی و خدمات تخصصی غیرپزشکی (خدمات مامایی، پرستاری و خدمات دارویی و پاراکلینیکی) عقد قرارداد کنند که نمونه فرم قراردادهای مربوط و فرم های بکارگیری در پیوست های مختلف این دستورعمل آمده است.

توجه: پزشکی که در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی باجمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر (عمدتاً مراکز درجه یک)، بیتوته می کند، نیازی به ارائه خدمت در شیفت کاری روز بعد را ندارد. خاطرنشان می سازد این مراکز ۴ پزشک هستند که روز بعد ۳ پزشک در مرکز، فعال می باشند.

ماده ۶۱: مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها باید یک مرکز بهداشتی درمانی را در هر شهرستان برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان از نظر نیروی انسانی و تجهیزات، آماده کنند تا برای تمام افراد تحت پوشش کمتر از ۱۴ سال و زنان باردار بسته خدمت تعریف شده را ارائه دهند. پرسنل تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، افراد گروه هدف را به مرکزی که به همین منظور آماده سازی شده است، ارجاع می دهند.

تبصره ۱: بازای هر ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در یک شهرستان باید یک تیم سلامت دهان و دندان در مرکز مزبور فراهم گردد. به عبارت دیگر، چنانچه شهرستانی دارای کمتر از ۱۱ مرکز مجری می باشد فقط کافیسیت یک نفر ارائه دهنده خدمت سلامت دهان و دندان در مرکز قابل دسترس در شهر مرکز شهرستان تامین کند ولی اگر تعداد مراکز مجری تابعه شهرستان از ۱۲ تا ۲۲ باب شد، دو نفر با تجهیزات ضروری برای ارائه این نوع خدمات در همان مرکز تامین می گردند و به همین ترتیب.

تبصره ۲: می توان از حدود ۳۰۰۰ مرکز بهداشتی درمانی موجود دارای واحد دندانپزشکی برای ارائه این خدمات استفاده اولویتی کرد.

تبصره ۳: بسته خدمت قابل ارائه سلامت دهان و دندان عبارتست از:

الف. ارائه دهنده خدمات بترتیب اولویت:

- کاردان بهداشت دهان
- بهداشتکار دهان و دندان
- دندانپزشک

ب. هزینه خدمات قابل ارائه به گروه هدف تعیین شده، به شرح ذیل است:

- حق الزحمه غربالگری معاینه دهان و ثبت اطلاعات در پرسشنامه های کاغذی و کامپیوتر ۲۰۰۰۰ ریال
- حق الزحمه انجام واریش فلوراید (کلیه دندانهای فک بالا و پایین) ۲۰۰۰۰ ریال
- حق الزحمه انجام فیشور سیلانت (۴ دندان آسیای اول و دائمی) ۲۰۰۰۰ ریال
- جمع حق الزحمه ۶۰۰۰۰ ریال
- هزینه مواد مصرفی و لوازم یکبار مصرف ۴۰۰۰۰ ریال
- جمع کل: ۱۰۰۰۰۰ ریال

تبصره ۴: نحوه دریافت هزینه خدمت از خدمت گیرنده مطابق مصوبه شورای عالی بیمه سلامت (۳۰٪ فرانشیز تعرفه دولتی) است (اطلاعات تکمیلی متعاقباً ارسال می شود).

ماده ۶۲: مرکز بهداشت دانشگاه و اداره بیمه سلامت استان باید بنابر فرمت هماهنگ، تفاهم نامه ای به منظور اجرای قسمت های خ و ذ بند ۴ تفاهم نامه مشترک تدوین نمایند. در ابتدا یک چهارم اعتبار تعیین شده این دو قسمت توسط اداره بیمه استان به

مرکز بهداشت شهرستان ها تحویل می شود و در ارزیابی های فصلی، پیشرفت کار بررسی شده و اعتبار فصل بعد براساس میزان پیشرفت کار اختصاص می یابد.

ماده ۶۳: ستاد هماهنگی شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/دانشکده باید برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، ماما/پرستار طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش در مرکز آموزشی و پژوهشی شهرستان (مرکز آموزش بهورزی تقویت شده) اقدام کند.

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

ماده ۶۴: ستاد هماهنگی دانشگاه موظف است اقدامات لازم برای تعیین مفاد آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد را بعمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنها و بسته های خدمت الزام دارد. آموزش های ضمن خدمت براساس نتایج پایش ها، تعیین می گردند.

ماده ۶۵: ادارات کل بیمه سلامت استان ها بصورت مشترک یا اختصاصی با استفاده از چک لیستی که با تفاهم مشترک وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، اقدام به نظارت ماهانه از مراکز مجری برنامه می نمایند. نتیجه این چک لیست که باید تا قبل از نظارت بعدی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام شود، مبنای کسورات می باشد. بنابراین، ضرورت دارد مرکز بهداشت شهرستان هرچه سریعتر نسبت به رفع مشکلاتی که ازسوی اداره کل بیمه استان اعلام می شود، اقدام کند (نمونه چک لیست مشترک در پیوست شماره ۲۰ آمده است)..

فصل ششم: مکانیسم پرداخت

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

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

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

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک
۱/۰۰	۵۰۰۰۰۰ تومان
۱/۰۵	۶۲۵۰۰۰
۱/۱۰	۷۵۰۰۰۰
۱/۱۵	۸۷۵۰۰۰
۱/۲۰	۱۰۰۰۰۰۰
۱/۲۵	۱۱۲۵۰۰۰
۱/۳۰	۱۲۵۰۰۰۰
۱/۳۵	۱۳۷۵۰۰۰
۱/۴۰	۱۵۰۰۰۰۰
۱/۴۵	۱۶۲۵۰۰۰
۱/۵۰	۱۷۵۰۰۰۰
۱/۵۵	۱۸۷۵۰۰۰
۱/۶۰	۲۰۰۰۰۰۰
۱/۶۵	۲۱۲۵۰۰۰
۱/۷۰	۲۲۵۰۰۰۰
۱/۷۵	۲۳۷۵۰۰۰
۱/۸۰	۲۵۰۰۰۰۰
۱/۸۵	۲۶۲۵۰۰۰
۱/۹۰	۲۷۵۰۰۰۰
۱/۹۵	۲۸۷۵۰۰۰
۲/۰۰	۳۰۰۰۰۰۰

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

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

خاطر نشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً " اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان پزشک خانواده ۷ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد و ۸ ماه در مرکز دیگری به نام حسن آباد همین شهرستان الف خدمت کرده است که ضریب محرومیت آنها $1/90$ می باشد، بازای ۷ ماه خدمت در همین مرکز طرف قرارداد 186667 تومان (یعنی هفت دوازدهم 320000 تومان) بعلاوه 167333 تومان (یعنی هشت دوازدهم 251000 تومان) به عنوان سهم ماندگاری برای وی باید تعیین گردد (354000 تومان).

چنانچه پزشکی مدت ۳۰ ماه در همان مرکز علی آباد فعالیت داشته و در حال حاضر هم قرارداد برای همان مرکز منعقد می گردد باید 800000 تومان سهم ماندگاری به وی تعلق گیرد (هر ۱۲ ماه 320000 تومان).

چنانچه پزشکی در یک مرکز خاص با ضریب محرومیت ۲ به مدت ۷ سال ($7 \times 12 = 84$ ماه) بدون وقفه خدمت کرده باشد باید بازای هر سال تا ۶ سال (۷۲ ماه) 350000 تومان به حقوق وی اضافه شود ($6 \times 350000 = 2100000$) برای سال هفتم مبلغ 140000 تومان اضافه می شود که برای این گزینه 2240000 تومان خواهد شد.

۳. جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، بخش و منطقه) مبلغ ۱۲۸۵۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم بین ۱۲۸۵ تا ۱۹۸۵ تومان متغیر است: چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیراز آنچه درجدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، بازای هر ۱/۰۰ محاسبه گردد.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)
۱/۰۰	۱۲۸۵ تومان
۱/۰۵	۱۳۲۰
۱/۱۰	۱۳۵۵
۱/۱۵	۱۳۹۰
۱/۲۰	۱۴۲۵
۱/۲۵	۱۴۶۰
۱/۳۰	۱۴۹۵
۱/۳۵	۱۵۳۰
۱/۴۰	۱۵۶۵
۱/۴۵	۱۶۰۰
۱/۵۰	۱۶۳۵
۱/۵۵	۱۶۷۰
۱/۶۰	۱۷۰۵
۱/۶۵	۱۷۴۰
۱/۷۰	۱۷۷۵
۱/۷۵	۱۸۱۰
۱/۸۰	۱۸۴۵
۱/۸۵	۱۸۸۰
۱/۹۰	۱۹۱۵
۱/۹۵	۱۹۵۰
۲/۰۰	۱۹۸۵

۴ -تعداد شب بیتوته: درهر مرکز مجری برنامه، باید هرشب یک پزشک بیتوته نماید. در مراکز تک پزشکه باید پزشک مرکز با پزشک یا پزشکان نزدیکترین مرکز بصورت شیفت بندی و نوبتی بیتوته داشته باشند. در مراکزی که در فاصله کمتر از ۵ کیلومتر تا شهر قرار دارند، چنانچه امکان بیتوته وجود نداشت می توان پزشک مرکز را با پزشکان مرکز معین موجود در شهر بصورت شیفت بندی در نوبت بیتوته قرارداد و به مردم نیز اطلاع رسانی کرد. براساس قسمت الف از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، ۶٪ حقوق محاسبه شده برای پزشک، سهم بیتوته وی است. چنانچه پزشکی بیتوته نداشته باشد،

این سهم از حقوق وی کسر می شود و دراختیار مرکز بهداشت شهرستان برای پرداخت های پاداش و اضافی به سایر پزشکان استفاده می گردد.

خاطرنشان می سازد بیتوته شامل ساعات غیراداری و روزهای تعطیل می شود که ۶٪ سهم بیتوته در حقوق پزشک به نسبت مساوی (۳٪ برای ساعات غیراداری روزهای شنبه تا چهارشنبه و ۳٪ برای روزهای تعطیل) درنظر گرفته می شود.

۵ - سهم پراکندگی یا دهگردشی: همانطور که قبلاً هم گفته شد پزشک خانواده باید دوبار در هفته به خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت تحت پوشش خود سرکشی کند. البته چنانچه تعداد خانه بهداشت در پوشش یک پزشک بیش از ۵ باب باشد، مراجعه یکبار در هفته کافیهست. همچنین، باید هر ماه یکبار به روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. براساس قسمت الف از بند ۴ تفاهم نامه مشترک، ۳٪ حقوق محاسبه شده برای پزشک، سهم دهگردشی وی است. چنانچه پزشکی دهگردشی نداشته باشد، این سهم از حقوق وی کسر می شود و دراختیار مرکز بهداشت شهرستان برای پرداخت های پاداش و اضافی به سایر پزشکان استفاده می گردد.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	برآورد سهم ۶٪ بیتوته (تومان)	برآورد سهم ۳٪ دهگردشی (تومان)
۱/۰۰	۳۳۰۰۰۰	۱۶۵۰۰۰
۱/۰۵	۳۴۶۰۰۰	۱۷۳۰۰۰
۱/۱۰	۳۶۲۰۰۰	۱۸۱۰۰۰
۱/۱۵	۳۷۸۰۰۰	۱۸۹۰۰۰
۱/۲۰	۳۹۴۰۰۰	۱۹۷۰۰۰
۱/۲۵	۴۱۰۰۰۰	۲۰۵۰۰۰
۱/۳۰	۴۲۶۰۰۰	۲۱۳۰۰۰
۱/۳۵	۴۴۲۰۰۰	۲۲۱۰۰۰
۱/۴۰	۴۵۸۰۰۰	۲۲۹۰۰۰
۱/۴۵	۴۷۴۰۰۰	۲۳۷۰۰۰
۱/۵۰	۴۹۰۰۰۰	۲۴۵۰۰۰
۱/۵۵	۵۰۶۰۰۰	۲۵۳۰۰۰
۱/۶۰	۵۲۲۰۰۰	۲۶۱۰۰۰
۱/۶۵	۵۳۸۰۰۰	۲۶۹۰۰۰
۱/۷۰	۵۵۴۰۰۰	۲۷۷۰۰۰
۱/۷۵	۵۷۰۰۰۰	۲۸۵۰۰۰
۱/۸۰	۵۸۶۰۰۰	۲۹۳۰۰۰
۱/۸۵	۶۰۲۰۰۰	۳۰۱۰۰۰
۱/۹۰	۶۱۸۰۰۰	۳۰۹۰۰۰
۱/۹۵	۶۳۴۰۰۰	۳۱۷۰۰۰
۲/۰۰	۶۵۰۰۰۰	۳۲۵۰۰۰

۶ - **ضریب عملکرد:** براساس دو نوع چک لیست که هر سه ماه یکبار باید انجام شود، تعیین می گردد. یکی، چک لیست پایش مرکز شبکه شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد (پیوست شماره ۲۱ محتوای چک لیست نظارتی خدمات پزشک به همراه دستورعمل آن). دیگری، چک لیست برنامه های مختلف که در بسته خدمت جزو وظایف پزشک تعریف شده اند و باید توسط ادارات مختلف حوزه معاونت بهداشت بصورت فصلی پایش شوند.

ضریب عملکرد از نتایج این دو گروه چک لیست تعیین می شود. در چک لیست های پایش، برحسب تعداد سوالات و نمراتی که هر سوال دارد، امتیاز نهایی ارائه می گردد. چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهد شد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. یعنی اگر نتیجه پایش پزشکی ۸۵٪ شد باید ۱۵٪ از حقوق کلی وی کسر گردد. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا باکسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

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

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

ضریب عملکرد* {سهم بیتوته + سهم دهگردشی + (K ریال*جمعیت) + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

سایر مکانیسمهای موثر:

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

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

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

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

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

دامنه نوسان دستمزد پزشک خانواده: برای جمعیت تحت پوشش ۳۵۰۰ نفری با کمترین ضرایب محرومیت (۱)، دهگردشی و با ضریب عملکرد ۱ و به شرط حضور و بیتوته و دربدو خدمت به عنوان پزشک خانواده، رقمی حدود ۵۵۰۰۰۰۰ تومان می شود. همین رقم در بالاترین ضرایب (۲) و عملکرد ۱/۰ برحسب شرایط محرومیت منطقه، حداقل تا بیش از ۱۰۹۲۲۵۰۰ تومان می شود. البته بازای جمعیت حداقل یعنی ۲۰۰۰ نفر با کمترین ضرایب و ضریب عملکرد ۱ به شرط حضور و بیتوته کامل رقمی حدود ۳۷۵۰۰۰۰ تومان می شود. چنانچه دانشگاهی در منطقه برخوردار به دلیل پایین بودن حقوق پزشک، امکان جذب را نداشت می تواند با مصوبه هیات رییسه دانشگاه و طرح موضوع در ستاد اجرایی استان تا ۲۰٪ حقوق را از محل اعتبارات دانشگاه یا کمک گرفتن از بیمه استان، افزایش دهد. همچنین، برای پزشکانی که در مناطق خیلی محروم و شرایط خاص با نتیجه پایش بالا خدمت می کنند در صورت امکان تامین اعتبار در ستاد اجرایی استان می توان تا سقف ۱۰٪ به حقوق آنها اضافه کرد.

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

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

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

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

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

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

ماده ۶۸: حق الزحمه پزشکان قراردادی به عنوان پزشک جایگزین معادل متوسط حق الزحمه پزشکان شهرستان یا شهرستانهای محل مأموریت پزشک جایگزین مزبور می باشد.

ماده ۶۹: پزشکان خانواده ۲/۵ روز در ماه مرخصی استحقاقی دارند (۳۰ روز در سال). ولی بطور متوالی نمی توان بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کرد. هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد و فقط اگر زمان مرخصی، با بیتوته پزشک همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود. برای بازخرید مرخصی مانده (فقط تا ۱۵ روز) مبنای محاسبه کل مبلغ قرارداد پزشک منهای مبلغ مربوط به بیتوته وی می باشد (نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ د مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷- پیوست شماره ۷).

تبصره ۱: در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصر "حقوق روزانه براساس اصل حقوق به فرد پرداخت می گردد و کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۳ اقدام مختلف انجام داد:

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

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

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

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

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

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

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

۱ - سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان و شهرستان و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. برای کارشناسان عدد $۳۶۸۰۰۰۰ = ۱$ ریال و برای کاردان ها رقم ۳۱۱۰۰۰۰ ریال می باشد. برطبق جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای کارشناسان از ۳۶۸۰۰۰۰ تومان تا ۵۶۶۰۰۰۰ تومان و برای کاردان ها از ۳۱۱۰۰۰۰ تا ۴۸۱۰۰۰۰ تومان متغیر است.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت درمورد:		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
ماما یا پرستار کاردان	ماما یا پرستار کارشناس	
۳۱۱۰۰۰ تومان	۳۶۸۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۳۱۹۵۰۰	۳۷۷۹۰۰	۱/۰۵
۳۲۸۰۰۰	۳۸۷۸۰۰	۱/۱۰
۳۳۶۵۰۰	۳۹۷۷۰۰	۱/۱۵
۳۴۵۰۰۰	۴۰۷۶۰۰	۱/۲۰
۳۵۳۵۰۰	۴۱۷۵۰۰	۱/۲۵
۳۶۲۰۰۰	۴۲۷۴۰۰	۱/۳۰
۳۷۰۵۰۰	۴۳۷۳۰۰	۱/۳۵
۳۷۹۰۰۰	۴۴۷۲۰۰	۱/۴۰
۳۸۷۵۰۰	۴۵۷۱۰۰	۱/۴۵
۳۹۶۰۰۰	۴۶۷۰۰۰	۱/۵۰
۴۰۴۵۰۰	۴۷۶۹۰۰	۱/۵۵
۴۱۳۰۰۰	۴۸۶۸۰۰	۱/۶۰
۴۲۱۵۰۰	۴۹۶۷۰۰	۱/۶۵
۴۳۰۰۰۰	۵۰۶۶۰۰	۱/۷۰
۴۳۸۵۰۰	۵۱۶۵۰۰	۱/۷۵
۴۴۷۰۰۰	۵۲۶۴۰۰	۱/۸۰
۴۵۵۵۰۰	۵۳۶۳۰۰	۱/۸۵
۴۶۴۰۰۰	۵۴۶۲۰۰	۱/۹۰
۴۷۲۵۰۰	۵۵۶۱۰۰	۱/۹۵
۴۸۱۰۰۰	۵۶۶۰۰۰	۲/۰۰

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

میانگین ضریب محرومیت تعیین شده		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح کشور	
تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر
۳۱۰۰۰	۱۱۰۰۰	۱۲۵۰۰	۶۳۰۰	۱۵۵۰۰	۱۲۵۰۰	۴۷۰۰	۱۰۰۰۰	۳۴۰۰	۳۴۰۰
۳۲۰۰۰	۱۱۵۰۰	۱۶۰۰۰	۶۶۰۰	۱۶۰۰۰	۱۳۰۰۰	۵۰۰۰	۱۰۵۰۰	۳۶۰۰	۳۶۰۰
۳۳۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۶۵۰۰	۶۹۰۰	۱۶۵۰۰	۱۳۵۰۰	۵۳۰۰	۱۱۰۰۰	۳۸۰۰	۳۸۰۰
۳۴۰۰۰	۱۲۵۰۰	۱۷۰۰۰	۷۲۰۰	۱۷۰۰۰	۱۴۰۰۰	۵۶۰۰	۱۱۵۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰
۳۵۰۰۰	۱۳۰۰۰	۱۸۰۰۰	۷۵۰۰	۱۸۰۰۰	۱۵۰۰۰	۶۰۰۰	۱۲۰۰۰	۴۲۰۰	۴۲۰۰
۳۶۰۰۰	۱۳۵۰۰	۱۹۰۰۰	۷۸۰۰	۱۹۰۰۰	۱۶۰۰۰	۶۴۰۰	۱۲۵۰۰	۴۴۰۰	۴۴۰۰
۳۷۰۰۰	۱۴۰۰۰	۲۰۰۰۰	۸۲۰۰	۲۰۰۰۰	۱۷۰۰۰	۶۸۰۰	۱۳۰۰۰	۴۶۰۰	۴۶۰۰
۳۸۵۰۰	۱۴۵۰۰	۲۱۰۰۰	۸۶۰۰	۲۱۰۰۰	۱۸۰۰۰	۷۲۰۰	۱۳۵۰۰	۴۸۰۰	۴۸۰۰
۴۰۰۰۰	۱۵۰۰۰	۲۳۰۰۰	۹۰۰۰	۲۳۰۰۰	۱۹۰۰۰	۷۶۰۰	۱۴۰۰۰	۵۰۰۰	۵۰۰۰
۴۲۰۰۰	۱۶۰۰۰	۲۴۰۰۰	۹۵۰۰	۲۴۰۰۰	۲۰۰۰۰	۸۰۰۰	۱۴۵۰۰	۵۳۰۰	۵۳۰۰
۴۴۰۰۰	۱۷۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۰۰۰۰	۲۶۰۰۰	۲۱۰۰۰	۸۵۰۰	۱۵۰۰۰	۵۶۰۰	۵۶۰۰
۴۶۰۰۰	۱۸۰۰۰	۲۸۰۰۰	۱۰۵۰۰	۲۸۰۰۰	۲۲۰۰۰	۹۰۰۰	۱۶۰۰۰	۵۹۰۰	۵۹۰۰
۴۸۰۰۰	۱۹۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۱۰۰۰	۳۰۰۰۰	۲۳۰۰۰	۹۵۰۰	۱۷۰۰۰	۶۲۰۰	۶۲۰۰
۵۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۳۲۰۰۰	۱۱۵۰۰	۳۲۰۰۰	۲۴۵۰۰	۱۰۰۰۰	۱۸۰۰۰	۶۵۰۰	۶۵۰۰
۵۲۰۰۰	۲۱۰۰۰	۳۴۰۰۰	۱۲۰۰۰	۳۴۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۰۵۰۰	۱۹۰۰۰	۷۰۰۰	۷۰۰۰
۵۴۰۰۰	۲۲۰۰۰	۳۶۰۰۰	۱۳۰۰۰	۳۶۰۰۰	۲۷۵۰۰	۱۱۰۰۰	۲۰۰۰۰	۷۵۰۰	۷۵۰۰
۵۶۰۰۰	۲۳۰۰۰	۳۸۰۰۰	۱۴۰۰۰	۳۸۰۰۰	۲۹۰۰۰	۱۲۰۰۰	۲۱۵۰۰	۸۰۰۰	۸۰۰۰
۵۹۰۰۰	۲۴۰۰۰	۴۱۰۰۰	۱۵۵۰۰	۴۱۰۰۰	۳۱۰۰۰	۱۳۰۰۰	۲۳۰۰۰	۹۰۰۰	۹۰۰۰
۶۲۰۰۰	۲۵۰۰۰	۴۴۰۰۰	۱۷۰۰۰	۴۴۰۰۰	۳۳۵۰۰	۱۴۰۰۰	۲۴۵۰۰	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۶۶۰۰۰	۲۶۰۰۰	۴۷۰۰۰	۱۹۰۰۰	۴۷۰۰۰	۳۵۰۰۰	۱۵۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۱۰۰۰	۱۱۰۰۰
۷۰۰۰۰	۲۷۰۰۰	۵۰۰۰۰	۲۱۰۰۰	۵۰۰۰۰	۳۷۰۰۰	۱۶۰۰۰	۲۸۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰

خاطر نشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً " اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف با ضریب محرومیت ۱/۵ بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان مامای تیم سلامت ۱۲ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد

شهرستان الف و ۸ ماه در مرکز بهداشتی درمانی حسن آباد همین شهرستان خدمت کرده باشد. برای محاسبه ضریب ماندگاری بازای ۱۲ ماه خدمت در همین مرکز مبلغ ۴۴۰۰۰ تومان و بازای ۸ ماه خدمت در مرکز دیگری در همین شهرستان مبلغ ۱۷۳۰۰ تومان و در کل ۶۱۳۰۰ تومان به عنوان ضریب ماندگاری وی تعیین می گردد. همانطور که در جدول آمده است برای افرادی که ۶سال و بالاتر خدمت دارند بازای هر سال خدمت آنها برحسب محل موردنظر، مبلغ دیگری که در جدول مشاهده می شود، به حقوق فرد اضافه می گردد.

۳ - جمعیت: بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، و منطقه) برای مامای کارشناس مبلغ ۱۰۸۰ ریال و برای مامای کاردان مبلغ ۹۲۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای مامای کارشناس بین ۱۰۸ تا ۱۷۸ تومان و برای مامای کاردان بین ۹۲ تا ۱۴۲ تومان متغیر است:

مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
برای کارشناس	برای کاردان	
۱۰۸ تومان	۹۲ تومان	۱/۰۰
۱۱۱	۹۴/۵	۱/۰۵
۱۱۴	۹۷	۱/۱۰
۱۱۷	۹۹/۵	۱/۱۵
۱۳۰	۱۰۲	۱/۲۰
۱۳۳	۱۰۴/۵	۱/۲۵
۱۳۶	۱۰۷	۱/۳۰
۱۳۹	۱۰۹/۵	۱/۳۵
۱۴۲	۱۱۲	۱/۴۰
۱۴۵	۱۱۴/۵	۱/۴۵
۱۴۸	۱۱۷	۱/۵۰
۱۵۱	۱۱۹/۵	۱/۵۵
۱۵۴	۱۲۲	۱/۶۰
۱۵۷	۱۲۴/۵	۱/۶۵
۱۶۰	۱۲۷	۱/۷۰
۱۶۳	۱۲۹/۵	۱/۷۵
۱۶۶	۱۳۲	۱/۸۰
۱۶۹	۱۳۴/۵	۱/۸۵
۱۷۲	۱۳۷	۱/۹۰
۱۷۵	۱۳۹/۵	۱/۹۵
۱۷۸	۱۴۲	۲/۰۰

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

مبلغ تعیین شده برای دهگردشی برحسب تومان		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
برای کارشناس	برای کاردان	
۶۵۰۰۰	۵۵۰۰۰	۱/۰۰
۶۶۷۵۰	۵۶۵۰۰	۱/۰۵
۶۸۵۰۰	۵۸۰۰۰	۱/۱۰
۷۰۲۵۰	۵۹۵۰۰	۱/۱۵
۷۲۰۰۰	۶۱۰۰۰	۱/۲۰
۷۳۷۵۰	۶۲۵۰۰	۱/۲۵
۷۵۵۰۰	۶۴۰۰۰	۱/۳۰
۷۷۲۵۰	۶۵۵۰۰	۱/۳۵
۷۹۰۰۰	۶۷۰۰۰	۱/۴۰
۸۰۷۵۰	۶۸۵۰۰	۱/۴۵
۸۲۵۰۰	۷۰۰۰۰	۱/۵۰
۸۴۲۵۰	۷۱۵۰۰	۱/۵۵
۸۶۰۰۰	۷۳۰۰۰	۱/۶۰
۸۷۷۵۰	۷۴۵۰۰	۱/۶۵
۸۹۵۰۰	۷۶۰۰۰	۱/۷۰
۹۱۲۵۰	۷۷۵۰۰	۱/۷۵
۹۳۰۰۰	۷۹۰۰۰	۱/۸۰
۹۴۷۵۰	۸۰۵۰۰	۱/۸۵
۹۶۵۰۰	۸۲۰۰۰	۱/۹۰
۹۸۲۵۰	۸۳۵۰۰	۱/۹۵
۱۰۰۰۰۰	۸۵۰۰۰	۲/۰۰

۵ ضریب عملکرد: براساس چک لیست پایش مرکز که هر سه ماه یکبار باید انجام شود و شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد، ضریب عملکرد تعیین می شود (پیوست شماره ۲۲ شامل چک لیست سنجش عملکرد ماما یا پرستار به همراه راهنمای آن می باشد). درچک لیست پایش، به تعداد سوالاتی که وجود دارد چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ درنظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهدشد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا

باکسب ۲ بار عملکرد ۰/۷ ، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

۶- **ارائه خدمات اضافی:** چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران، کودکان و زنان و همیاری پزشک به انجام وظایفی چون دارویاری و تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد بازای خدمت دارویاری تا ۷٪ دریافتی وی (برحسب اینکه تمام خدمت را انجام می دهد یا فقط بخشی از آن را فقط در دهگردشی و ساعات غیراداری) و تا ۳٪ برای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و...) ماهانه به دریافتی وی اضافه می شود. ضرورت دارد این نکته در زمان انعقاد قرارداد در انتهای قرارداد ذکر شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی درمورد انجام خدمات اضافی پیش نیاید.

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

فرمول مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار:

فرمول محاسبه کارشناس:

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

فرمول محاسبه کاردان:

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

دامنه این مقدار برای ماما یا پرستار کارشناس با جمعیت ۸۰۰۰ نفری تحت پوشش و کمترین مقادیر ضرایب مختلف موجود در فرمول و حضور دائم برای خدمت رسانی با دهگردشی ۱۳۰۰۰۰۰ تومان و در بالاترین ضرایب بدون ماندگاری، بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ تومان است. دامنه تغییر این پرداختها برای مامای کاردان بترتیب ۱۱۰۰۰۰۰۰ تومان و ۱۷۰۰۰۰۰۰ تومان می باشد. همه محاسبات با ضریب عملکرد=۱ فرض شده است.

در هر صورت، چنانچه براساس فرمول محاسباتی حقوق ماما از آنچه در تفاهم نامه آمده است، کمتر شد باید حداقل تعیین شده در تفاهم نامه (۱۳۰۰۰۰۰۰ تومان برای کارشناس و کارشناس ارشد و ۱۱۰۰۰۰۰۰ تومان برای کاردان) به شرط جمعیت تحت پوشش ۸۰۰۰ نفر به وی پرداخت گردد.

سایر مکانیسمهای موثر:

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

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

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

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

تبصره ۲: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار در یک مرکز بهداشتی درمانی، کمتر از حقوق فعلی ماما یا پرستار موجود در آن مرکز (درمورد افراد رسمی، پیمانی یا طرحی) یا حقوق تعیین شده معادل فرد پیمانی همتراز وی در قرارداد باشد، فرد حقوق تعیین شده خود را دریافت کرده و از محل ۱۵٪ کارانه پرسنل آن مرکز، به وی نیز کارانه پرداخت می شود.

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

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

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

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

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

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

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

منابع تامین مالی و محل تجمع این منابع

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

مصوبه هیات امناء:

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

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

ماده ۸۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی (منابع اعلام شده در فصل اول این راهنما- صفحه ۷) واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

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

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

ماده ۸۳: معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است 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 تا معاون بهداشتی نیز مستند به حجم ریالی

منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح ملی، استانی، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما، پرستار و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نموده و منابع اعتباری را براساس این دستور خرج میان شهرستان ها توزیع نماید.

ماده ۸۴: معاون پشتیبانی 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.

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

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

ماده ۸۷: معاون پشتیبانی دانشگاه و مدیریت امور مالی نایستی اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستانهای تابعه بپذیرند.



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

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

استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

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

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

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

ماده ۹۳: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهای اختصاصی برنامه موضوع منابع مالی تعیین شده در این دستورعمل (غیر از بند ۱ صفحه ۷)، هزینه های مربوط به تامین فضای زیست یا بیتوته پزشک و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

ماده ۹۴: مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل صرفه جویی در اعتبارات تخصیصی به منظور پرداخت کارانه پرسنل محیطی و ستادی مرکز بهداشت شهرستان، بهبود استاندارد و خرید مواد مصرفی مورد نیاز مرکز تا سقف اعتبارات صرفه جویی شده، هزینه کند و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی استان ارائه دهد. بدیهی است پرسنلی که حداقل درصد عملکرد را کسب کرده باشند، نمی توانند از این اضافه کارانه بهره مند گردند.

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

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

فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر

ماده ۹۶: در این بخش از خدمات، هیچ تغییری در نظام مالی و مکانیسم پرداخت ایجاد نخواهد شد.
تبصره ۱: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه خدمات درمانی متعاقبا" اعلام می شود.

ماده ۹۷: در صورت عقد قرارداد بین بیمه با بیمارستان/ بیمارستان های شبکه، بیمارستان/ بیمارستان ها باید موظف به ایجاد پلی کلینیک های تخصصی شوند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمت ارائه دهند.

ماده ۹۸: مرکز بهداشت یا مدیر شبکه شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به ستاد هماهنگی دانشگاهی اعلام دارد.

ماده ۹۹: معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه سلامت استان ارائه دهد.

ماده ۱۰۰: اداره بیمه سلامت استان موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. هر تغییری که پیش می آید، بایستی مجدد اعلام شود. به هر حال، حداکثر در فواصل ۳ ماهه لیست نهایی باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

ماده ۱۰۱: بخش بیمارستانی موظف است تا برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد.

ماده ۱۰۲: خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز براساس بسته خدمت و مراقبت های مدیریت شده و سایر ابزار کنترل، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با همکاری اداره بیمه سلامت استان نظارت می شوند.

فصل نهم: مسوولیت اجرا

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

این دستورعمل در ۹ فصل؛ ۱۰۳ ماده و ۱۲۳ تبصره به همراه ۲۵ پیوست تنظیم شده است.

پیوست شماره ۱: فهرست بسته خدمت و شرح وظایف سطح اول

۱. ترکیب اعضای تیم سلامت:

- بهورز
- کاردان‌ها (مشمول بر کاردان بهداشت خانواده، ماما، کاردان بهداشت محیط، کاردان مبارزه با بیماری‌ها و...)
- کارشناس‌ها (بهداشت عمومی، ماما)
- پزشک

۲. الزامات بسته خدمت:

- راهبرد بسته خدمات سلامت:
 - اولویت‌پیشگیری بر درمان، درمان سرپایی بر بستری
 - خدمات ادغام یافته با رعایت سطح بندی خدمات (عدم ارائه خدمات تکراری در سطوح مختلف)
- رویکرد بسته خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، مراقبت، بیماری‌پایی، غربالگری و تشخیص به موقع، درمان سرپایی سطح اول، ارجاع (با تکمیل دقیق فرم ارجاع بر اساس اندیکاسیون تعیین شده در راهنماهای بالینی و پروتکل‌های مراقبتی وزارت بهداشت)، دریافت پس‌خوراند (با رویت فرم پس‌خوراند به دقت تکمیل شده توسط سطوح بالاتر) و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند
- حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارائه با رعایت اصل دسترسی به خدمات تعریف شده در بسته خدمت:
 - گیرنده خدمت باید به کلیه خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که در یک واحد ارائه کننده خدمت تمام خدمات پیش‌بینی شده را در حداقل زمان ممکن بصورت کامل دریافت نماید.
 - ارائه دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه گیرنده خدمت به واحد ارائه کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نماید.
 - توجه خاص بر هزینه‌اثر بخشی و هزینه‌فایده بودن خدمات در بسته خدمت
- استانداردهای استقرار واحدهای ارائه کننده خدمات دارویی و پاراکلینیک برابر ضوابط موجود و نظام سطح‌بندی

۳. راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

- خدمات مورد نیاز مراجعین با اختلالات و شکایات زیر در قالب راهنماهای مربوطه ارائه خواهد شد.
 - آکنه
 - رنیت آلرژیک
 - اضطراب
 - نارسایی قلب
 - سردرد
 - کم‌کاری تیروئید

- افسردگی
- درد گردن
- استئوآرتریت
- اوتیت گوش میانی
- پنومونی
- صرع
- سینوزیت
- سنکوپ
- خونریزی دستگاه گوارش فوقانی

راهنمای ارجاع بین سطوح سه گانه:

۴. ارجاع درون سطح اول و بین ارائه کنندگان خدمات در این سطح و از سطح اول به سطح دوم: در مراقبتهای تعیین شده بر اساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی، اندیکاسیون ارجاع مشخص شده است. کلیه ارجاعات تیم سلامت باید بر این اساس صورت گیرد. در مورد سایر خدماتی که در این بسته ها تعریف نشده اند و باید برای بیمار تعیین تکلیف گردد، ارائه خدمات تشخیصی درمانی و ارجاع بر اساس تشخیص پزشک صورت خواهد گرفت.

۵. ارجاع به سطوح بالاتر بر اساس ضوابط کلی زیر قابل انجام است

الف- کلیات ارجاع

۱. ستاد اجرایی شهرستان موظف به ترسیم نقشه ارجاع و تعیین مسیر ارجاع سطح اول و دوم بین مراکز بهداشتی

درمانی و مراکز بیمارستانی یا درمانگاه های تخصصی می باشد.

۲. مسوولیت اطلاع رسانی، تحویل بسته های خدمتی و توجیه شرح وظایف سطح اول در خصوص مسیرهای

ارجاع به عهده معاونت بهداشتی و سطح دوم و سوم به عهده معاونت درمان است. لازم است سرفصل های

آموزشی در بسته های اجرایی برنامه های ادغام یافته درج شوند

۳. ستاد اجرایی شهرستان موظف به پیگیری مسیر ارجاع و نحوه رد و بدل شدن برگه های ارجاع است.

۴. نظارت بر روند اجرایی راهنماهای بالینی و رعایت مسیر ارجاع به عهده ستاد اجرایی شهرستان و مطابق چک

لیست های پایش بسته های خدمتی است

ب- ارجاع از سطح اول به سطح دوم: (پزشک خانواده به پزشک/ پزشکان متخصص):

a. ۱- درخصوص بیماری های ادغام یافته در نظام سلامت، پزشک خانواده ملزم به رعایت

اندیکاسیون های ارجاع تعیین شده در راهنماهای بالینی است و در صورت عدم ارجاع بموقع،

علاوه بر پاسخگویی به تیم نظارتی شهرستان، مسوولیت شرعی و قانونی بروز عوارض یا مشکلات

ناشی از عدم ارجاع برای بیمار به عهده پزشک خانواده است

ب-۲- برگه ارجاع فوری تا یک هفته و برگه ارجاع غیرفوری تا سه ماه اعتبار دارند و در صورت عدم برگشت بیمار برای ارائه پسخوراند، تیم سطح اول موظف به پیگیری بیمار برای تعیین تکلیف وضعیت ارجاع است

▶ ب-۳- پزشکان متخصص می بایست کلیه اقدامات تشخیصی درمانی بیماران ارجاع شده را، در برگه ارجاع بیمار به دقت تکمیل نمایند و دستورهای دارویی، فواصل مراجعه بعدی و اقدامات مورد نیاز پیگیری توسط پزشک عمومی را ثبت نمایند.

▶ ب-۴- مدت زمان تجدید نسخ داروهای که فقط با تجویز متخصص مشمول پوشش بیمه می شوند، می بایست با دز دقیق دارویی در برگه ارجاع درج شود. در این شرایط داروهای تجویز شده توسط پزشکان خانواده تحت نظارت پزشک متخصص برای مراقبت بیماری های مزمن، تحت پوشش بیمه خواهد بود. (به این منظور لازم است ستاد اجرایی شهرستان اسامی پزشکان خانواده تحت نظارت پزشکان متخصص را به بیمه های مربوطه اعلام نماید).

▶ ب-۵- ارجاع افقی و مشاوره با سایر متخصصین سطح دوم با پیگیری و مدیریت اولین متخصصی خواهد بود که بیمار به وی ارجاع شده است و نتیجه مشاوره ها باید توسط وی به اطلاع سطح اول رسانده شود.

▶ ب-۶- در صورت عدم رعایت استانداردهای راهنماهای بالینی مسوولیت بروز عوارض و مشکلات ناشی از ازمان بیماری به عهده پزشک متخصص خواهد بود. راهنماهای بالینی فقط برای بیماری های ادغام یافته کاربرد دارند و سایر بیماری ها با نظر پزشکان معالج قابل پیگیری هستند

▶ ب-۷- در صورت نیاز به بستری بیمار، لازم است علت بستری در خلاصه پرونده بیمار درج شود و خلاصه پرونده با رعایت بندهای ۲ و ۳ به برگه ارجاع ضمیمه و برای اطلاع سطح اول ارسال شود.

ج- ارجاع سطح دوم به سوم: (ارجاع از پزشک متخصص به فوق تخصص)

ج-۱- در صورت نیاز به ویزیت فوق تخصصی، ارجاع بیمار از پزشکان متخصص سطح دوم به سطح سوم انجام می شود و ارجاع مستقیم از سطح اول به خدمات فوق تخصصی ممکن نمی باشد. در صورتی که بیمار قبلاً از سطح دوم به سطح سوم ارجاع شده باشد و زمان مراجعه مجدد به این سطح در برگه ارجاع مشخص شده باشد، سطح اول می تواند مستقیماً بیمار را برای پیگیری درمان به سطح سوم ارجاع دهد و پیگیری وی نیز به عهده سطح اول ارایه خدمات می باشد.

ج-۲- در صورت نیاز به مراجعه مجدد بیمار و نوبت دهی پزشک فوق تخصص تا قبل از سه ماه، نیازی به مراجعه مجدد بیمار به سطح اول یا دوم نمی باشد و پذیرش بیمار با برگه ارجاع قبلی امکان پذیر است.

ج-۳- خدمات تشخیصی درمانی سطح سوم تابع قضاوت بالینی پزشک فوق تخصص می باشد و راهنماهای بالینی در این خصوص محدودیتی ندارند.

ج- ۴- پزشکان فوق تخصص می بایست کلیه اقدامات تشخیصی درمانی بیماران ارجاع شده را در برگه ارجاع بیمار به دقت تکمیل نمایند و دستورهای دارویی، فواصل مراجعه بعدی و اقدامات مورد نیاز پیگیری توسط پزشک متخصص یا پزشک عمومی را در برگه ارجاع ثبت نمایند.

ج- ۵- در صورت نیاز به بستری بیمار، لازم است خلاصه پرونده بیمار با رعایت بندهای ۲ و ۳ به برگه ارجاع ضمیمه شود.

شرح وظایف کارکنان در مراقبت روتین کودکان زیر ۵ سال

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتززه با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
۱	ارزیابی دوره‌ای	بررسی سوابق بیماری فردی و خانوادگی (فقط مراقبت اول)	شرح حال دوران بارداری و زایمان، شرح حال شیرخوار در اتاق زایمان، شرح حال نوزادی. تاریخچه بیماری کودک و خانواده در ملاقات پیش از بارداری، ملاقاتهای بارداری و دوران شیردهی -سابقه یا ابتلا فعلی مادر به بیماری پستان -مشکلات پستانی مادر - سابقه بیماری مادر (داخلی و جراحی) - مصرف دارو و مدت مصرف توسط مادر -شرایط نوزاد خاص و بیمار(چندقلویی، نارس، کم وزنی، ناهنجاری، شکاف لب و کام، بیماری متابولیکی، دندان نوزادی)	*					فرم ثبت کودک، راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا -مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر
		بررسی عوامل و نشانه های خطر	بررسی توانایی شیرخوردن، تنفس، حال عمومی بررسی قفسه سینه، حال عمومی، شکم، قلب و عروق، اندامها و لگن	*					بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا -مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار با شیر

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتزره با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس پزشکی	منابع
									مادر
		بررسی شیوه زندگی	بررسی شیوه زندگی کودکان زیر ۵ سال	*				*	برنامه کودک سالم و مانا
		بررسی وضعیت تکاملی کودکان	بررسی تکامل کودکان بر اساس ASQ در ۱۲ ماهگی،	*				*	بوکت چارت و راهنمای بوکت چارت مراقبت کودک سالم و مانا
		بررسی وضعیت تغذیه	ارزیابی تغذیه با شیر مادر، ارزیابی تغذیه تکمیلی کودک،	*				*	بوکت چارت و راهنمای بوکت چارت مراقبت کودک سالم و مانا مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر
		بررسی وضعیت سلامت روان	بررسی رابطه متقابل کودک و والدین بررسی مشکلات روحی روانی مادر باردار و شیرده	*				*	بوکت چارت و راهنمای بوکت چارت مراقبت کودک سالم و مانا -مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار با شیر مادر
		بررسی سوابق مصرف و حساسیت دارویی و مکمل ها	بررسی مصرف دارو و حساسیت های دارویی و مصرف مکمل ها	*				*	بوکت چارت و راهنمای بوکت چارت مراقبت کودک سالم و مانا مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر
		-انجام	انجام غربالگری	*				*	بوکت چارت و

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتزره با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس پزشکی	منابع
		غربالگری بیماری ها	هیپوتیروئیدی (۳ تا ۵ روزگی) آنمی، عفونت ادراری، چربی خون (یک بار زیر ۵ سال) - بیماری مادر و شیردهی، بیماری پستان و شیردهی، غربالگری کم شیری در ۳-۵ روزگی						راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار با شیرمادر
		بررسی وضعیت دهان و دندان	توصیه های بهداشت دهان و دندان در سنین ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی به مادر و بررسی وضعیت دهان و دندان در ویزیت ها و ارائه توصیه های لازم	*				*	بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار با شیر مادر
		بررسی وضعیت واکسیناسیون	بررسی وضعیت واکسیناسیون کودک	*				*	بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا
		بررسی سلامت محیط	بررسی سلامت مهد کودک ها، پارک ها، و سایر محیط های مرتبط با کودکان زیر ۵ سال			*	*		استانداردهای سلامت محیط مرتبط با کودکان
		بررسی های پیش از بارداری/ دوران بارداری/ پس از زایمان	-سابقه یا ابتلا فعلی مادر به بیماری پستان (غیرقرینه، قوام و ظاهر غیرطبیعی، وجود توده، چرک و خون، سرطان) - سابقه بیماری مادر (داخلی و جراحی)	*				*	- مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار با شیر مادر

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهپوز	مبتزره با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
			- مشکلات پستانی (نوک و اندازه، شقاق و احتقان و) - مصرف دارو و مدت مصرف توسط مادر -علائم روحی روانی، عدم شیردهی در زایمان قبلی -ارزیابی شیردهی						
			- بررسی های فاصله گذاری/ باروری سالم	- انتخاب روش مناسب پیشگیری از بارداری در شیردهی	*				* - مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر(راهنمای پیشگیری از بارداری)
			-بررسی های رشد و نمو اوان کودکی/ رشد و تکامل کودک	ارزیابی کودک از نظر وضعیت وزن، قد و دور سر، رسم منحنی های پایش رشد کودک، تفسیر منحنی رشد برای مادر	*				* بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا
			-بررسی نمایه توده بدنی و فشارخون	ارزیابی توده بدنی و فشار خون کودک در موارد لازم	*				* بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا - مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر
۲	طبقه بندی	-تعیین افراد فاقد مشکل، تعیین افراد در معرض خطر و مشکوک به بیماری		*					* بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا - مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر
	اقدامات پیشگیری و درمانی	-تجویز مکمل های دارویی و درمان های مورد نیاز	-تجویز قطره مولتی ویتامین یا A+D و تجویز قطره آهن -داروهای مانا	*					* بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتزره با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
		براساس مجوزهای مربوطه							مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار
		-ارائه خدمات باروری سالم/ فاصله گذاری	- پیشگیری از بارداری در شیردهی	*				*	باشیرمادر
		-آموزش و توصیه های لازم							
		-واکسیناسیون در موارد خاص							
		-ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر	-ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر	*		*		*	
۵	مشاوره	-مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف	-	*		*		*	بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا -- مراقبتهای ادغام یافته تغذیه شیرخوار باشیرمادر -راهنمای آموزشی مادران باردار برای شیردهی

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	بهبود	مبتزره با	کارشناس	تهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
۶	پیگیری و مراقبت	-پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر (اجرای دستورات دارویی و غیر دارویی، نتایج آزمایشات دوره ای، انجام واکسیناسیون و ...)		*		*		*		بوکلت چارت و راهنمای بوکلت چارت مراقبت کودک سالم و مانا
		-پیگیری موارد ارجاع و دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع	-	*		*		*		
	ارجاع	-ارجاع فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر	ارجاع فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر	*					*	

شرح وظایف کارکنان در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده

گروه سنی ۶ تا ۲۴ سال

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	بهورز	مبتززه با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
۱	ارزیابی دوره‌ای	-بررسی سوابق بیماری فردی و خانوادگی		*					*	شناسنامه سلامت دانش آموز
		-بررسی عوامل و نشانه های خطر (شغلی، ارثی...)		*					*	فرم های ارزیابی مقدماتی و پزشک عمومی بسته خدمات نوجوان و جوان
		-بررسی شیوه زندگی		*					*	بسته خدمات نوجوانان و جوانان پکیج های خود مراقبتی
		-بررسی سلامت باروری		*					*	
		-بررسی وضعیت تغذیه		*					*	
		-بررسی وضعیت سلامت روان		*					*	
		-بررسی سوابق مصرف و حساسیت دارویی و مکمل ها		*					*	
		-انجام غربالگری بیماری ها							*	بسته خدمات نوجوانان و جوانان
		-بررسی وضعیت دهان و دندان		*					*	
		-بررسی وضعیت واکسیناسیون		*					*	
		-بررسی سلامت محیط و کار		*		*	*		*	
		-ارزیابی آمادگی خانوار در برابر مخاطرات		*	*				*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهپوز	مبتززه با	کارشناس	کارشناس	یهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
		-بررسی های پیش از بارداری/ دوران بارداری/ پس از زایمان	-								
		-بررسی های فاصله گذاری/ باروری سالم									
		-بررسی های رشد و نمو اوان کودکی/ رشد و تکامل کودک	-								
		-بررسی نمایه توده بدنی و فشارخون		*						*	
		-بررسی مشکلات و درخواست های فرد مراجعه کننده		*					*	*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان
۲	طبقه بندی	-تعیین افراد فاقد مشکل	-توصیه های لازم طبق بسته خدمت	*							بسته خدمت نوجوانان و جوانان
		-تعیین افراد در معرض خطر		*						*	
		-تعیین افراد مشکوک به بیماری		*							
		-تعیین افراد دارای مشکل								*	
۳	اقدامات پیشگیری و درمانی		-	*						*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان
۴	آموزش عمومی	-	-	*		*				*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان پکیج های خود مراقبتی
۵	مشاوره	-مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف	غیر پزشک و پزشک -منطبق	*					*	*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان پکیج های خود مراقبتی

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهورز	مبتزه یا	کارشناس	کارشناس	یهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
			با بسته خدمت نوجوانان و جوانان								
۶	پیگیری و مراقبت	-								*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان پکیج های خود مراقبتی
۷	ارجاع	-ارجاع فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر	ارجاع فوری و غیر فوری به سطوح بالاتر	*						*	بسته خدمت نوجوانان و جوانان

شرح وظایف کارکنان تیم سلامت مرکز در برنامه پزشک خانواده

گروه سنی ۲۵ تا ۵۹ سال

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	ماما	بهورز	مبارزه با بیماری ها	کارشان / کارشناس محیط	کارشان / کارشناس حرفه ای	کارشان / کارشناس پزشکی	آدرس پروتکل
۱	ارزیابی دوره ای	• بررسی تغذیه:		*					راهنمای اجرایی خدمات سبا و سما - راهنمای بالینی خدمات سبا و سما - مجموعه دستورالعملهای کشوری و متون آموزشی دفتر بهبود تغذیه جامعه - راهنمای فعالیت فیزیکی میانسالان - دستورالعملهای کشوری و متون آموزشی اداره دخانیات مرکز سلامت محیط و کار دستورالعمل کشوری واکسیناسیون مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
		• بررسی فعالیت جسمانی:		*					
		• بررسی مصرف دخانیات:		*					
		• بررسی سابقه ایمنسازی و:		*					
		• بررسی علائم کنونی مراجعه کننده از نظر سلامت باروری:	*						راهنمای اجرایی و بالینی خدمات سبا و سما
		• بررسی نشانه های سلامت باروری در معاینات : انجام معاینه ژنیکولوژی در زنان متاهل یا دور از همسر ۶۰ - ۲۵ سال در صورت آمادگی مراجعه کننده از نظر: • معاینه پستان در زنان مراجعه کننده ۶۰ - ۲۵ سال از نظر:	*	-					
		• بررسی یا درخواست پاراکلینک سلامت باروری :	*	-	-				
		۱ - بررسی سلامت عمومی مراجعین ۵۹-						*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	ماما	تهورز	مبارزه با بیماری ها	کاردان/ کارشناس بهداشت محیط	کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای	کاران/ کارشناس پزشک	آدرس پروتکل
		۲۵ سال از نظر سوابق بیماری و عوامل خطر در فرد و بستگان وی: ۲ - بررسی سلامت عمومی مراجعین ۵۹- ۲۵ سال از نظر شرح حال و علائم کنونی مراجعه کننده: ۳ - انجام معاینات برای بررسی سلامت عمومی مردان و زنان ۵۹- ۲۵ سال از نظر نشانه های بیماری : ۴ - بررسی پاراکلینیک سلامت عمومی مراجعین ۵۹- ۲۵ سال:						*	
۲	طبقه بندی از نظر:	تعیین افراد فاقد مشکل یا دارای وضعیت طبیعی/ سالم/ مطلوب -تعیین افراد در معرض خطر بیماری -تعیین افراد مشکوک به بیماری یا مشکوک به وجود مشکل -تعیین افراد دارای مشکل یا بیماری یا وضعیت غیر طبیعی /نامطلوب	*	*					راهنمای اجرایی خدمات سبا و سما -راهنمای بالینی خدمات سبا و سما - مجموعه دستورالعملهای کشوری بیماریهای غیر واگیر و بیماریهای واگیر -مجموعه دستورالعملهای کشوری سلامت روان
۳	اقدامات درمانی و پیشگیری	در خواست مامو گرافی با هماهنگی پزشک تعیین واکسن های مورد نیاز مراجعه کننده -انجام واکسیناسیون در موارد مورد نیاز ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر درخواست آزمایشات Hb/Hct, FBS, کلسترول، تری گلیسرید، LDL، HDL برای همه زنان در صورتی که آزمایشات قبلی از	*	*	*	*		*	- راهنمای اجرایی خدمات سبا و سما - راهنمای بالینی خدمات سبا و سما - مجموعه دستورالعملهای کشوری بیماریهای غیر

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	ماما	بهورز	مبارزه با بیماری ها	کاردان / کارشناس محیط	بهداشت حرفه ای	کاردان / کارشناس	پزشک	آدرس پروتکل
		نظر فاصله زمانی بیش از سه سال قبل انجام شده باشند یا در فاصله آزمایش قبلی تا کنون ابتلا به بیماری یا علائم جدید اتفاق افتاده باشد و بدین ترتیب آزمایش قبلی قابل استناد نباشند ، پاپ اسمیر و ماموگرافی درخواست آزمایشات FBS، کلسترول، تری گلیسرید، LDL، HDL برای مردان در صورتی که آزمایشهای قبلی از نظر فاصله زمانی یا ابتلا به بیماری و پیدایش علائم جدید قابل استناد نباشند ثبت نتایج آزمایشات در فرم ارزیابی دوره ای سلامت و تعیین وضعیت طبیعی یا غیر طبیعی بودن نتایج درخواست آزمایش تکمیلی یا سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم با توجه به سن مراجعه کننده ، تاریخچه، شرح حال و نتایج معاینات در مراجعه کننده مانند لام خون محیطی، کراتینین، کامل ادرار ، FOBT ، دانسیتومتری، انواع تصویر برداری ، اندوسکوپی و.....								واگیر و بیماریهای واگیر -مجموعه دستورالعملهای کشوری سلامت روان
۵	آموزش و مشاوره فردی		*	*	*					راهنمای اجرایی خدمات سبا و سما
۶	پیگیری		*	*	*				*	راهنمای اجرایی خدمات سبا و سما
۷	ارجاع								*	سما -راهنمای بالینی خدمات سبا و سما - مجموعه دستورالعملهای کشوری بیماریهای غیر واگیر و بیماریهای واگیر

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	ماما	بهورز	مبارزه با بیماری ها	کاردان / کارشناس محیط	یهداشت حرفه ای	کاردان / کارشناس بهداشت	پزشک	آدرس پروتکل
										مجموعه دستورالعملهای کشوری سلامت روان

شرح وظایف کارکنان در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده

گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهپوز	مبتززه با	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
۱	ارزیابی دوره ای	بررسی سوابق بیماری فردی و خانوادگی	اخذ شرح حال	*					*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی (ویژه پزشک و غیرپزشک)
		بررسی عوامل و نشانه های خطر (شغلی، ارثی ...)	بررسی عوامل و نشانه های خطر شامل بیماریهای قلبی، دیابت، سل ریوی، فشارخون، پوکی استخوان، سقوط و عدم تعادل	*					*	
		بررسی شیوه زندگی سالم	بررسی از نظر وضعیت تغذیه ای	*					*	جلد اول راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی - تغذیه
		بررسی وضعیت تغذیه	بررسی از نظر BMI و تغییرات اشتها و وزن	*					*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی (ویژه پزشک و غیرپزشک)
	بررسی وضعیت سلامت روان	بررسی وضعیت سلامت روان	بررسی از نظر افسردگی و اختلال خواب	*					*	
		بررسی سوابق مصرف دارویی و مکمل ها		*					*	
		بررسی وضعیت دهان و دندان	بررسی از نظر بی دندانی و دندان مصنوعی و ارجاع به واحد مربوطه	*					*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتزه یا	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
		بررسی وضعیت واکسیناسیون	بررسی از نظر وضعیت واکسیناسیون آنفولانزا	*				*	
		ارزیابی آمادگی خانوار در برابر مخاطرات	بررسی از نظر مخاطرات سقوط و عدم تعادل	*					
		بررسی رفتارهای پر خطر(استعمال دخانیات)	راهنمای ترک سیگار	*				*	
		آزمون به ذهن سپاری و یادآوری کلمات- انجام تست استرس به منظور ارزیابی بی اختیاری ادراری	بررسی سالمند از نظر دمانس و بی اختیاری ادرار	*				*	
		بررسی مشکلات و درخواست های فرد مراجعه کننده (خدمات پاراکلینیک و ...)	CXR , U/A - پروفایل چربی در دیابت و آنزیمهای کبدی - BUN CR - دانسیتومتری استخوان - اسمیر و کشت خلط	*				*	
۲	طبقه بندی	- تعیین افراد فاقد مشکل		*				*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و
		- تعیین افراد در معرض خطر		*				*	
		- تعیین افراد مشکوک به		*				*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتروزه یا	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
۳	اقدامات پیشگیری و درمانی	بیماری	-	*					جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک)
		- تعیین افراد دارای مشکل		*					
		-تجویز مکمل های دارویی و درمان های مورد نیاز براساس مجوزهای مربوطه		*					
		-ارائه خدمات کاهش آسیب	-ارائه آموزشهای لازم در ارتباط با سقوط و عدم تعادل	*					راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک) مبحث سقوط و عدم تعادل
		-واکسیناسیون در موارد خاص	-واکسیناسیون آنفولانزا	*					راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک) - مبحث ایمن سازی
		-ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر	-----	*					-----

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتروزه یا	کارشناس	کارشناسی	پیدااشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
۴	آموزش عمومی	-ارایه توصیه ها و آموزش های مندرج در بسته خدمت گروه هدف	بر حسب نیاز	*						*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک)
		-آموزش در زمینه شیوه زندگی سالم، آمادگی خانوار در برابر مخاطرات و کاهش عوامل خطر بیماری ها (تغذیه نامناسب، کم تحرکی، چاقی، مصرف دخانیات، رفتارهای پرخطر و ...)	بر حسب نیاز	*						*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک) و جلد اول راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی (تغذیه)
		-آموزش بیماران و خانواده ایشان در زمینه پیشگیری و خود مراقبتی و مصرف صحیح دارو و	-بر حسب نیاز	*						*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک)

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهلوز	مبتزه یا	کارشناس	کارشناس بهداشت حرفه	کارشناس	منابع
		عوارض دارویی							
		فرهنگ سازی، انگ زدایی و اصلاح باورهای نادرست اجتماعی	بر حسب نیاز	*					-----
		مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف	بر حسب مورد	*					راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک)
۵	مشاوره	انجام مراقبت های ویژه	تمام سالمندان در معرض ابتلا به بیماری	*					راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی (ویژه پزشک و غیرپزشک)
۶	پیگیری و مراقبت	پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر (اجرای دستورات دارویی و غیر دارویی، نتایج آزمایشات دوره ای، انجام	بر حسب مورد	*					راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	پهروز	مبتروزه یا	کارشناس	کارشناسی	بهداشت حرفه	کارشناس	پزشک	منابع
		واکسیناسیون و ...)									(ویژه پزشک و غیرپزشک)
		-پیگیری وضعیت دریافت خدمت بصورت تلفنی یا روش های دیگر	بر حسب مورد	*						*	دستورالعمل فرم پیگیری سالمند
		-پیگیری موارد ارجاع و دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع	بر حسب مورد	*						*	
		-پیگیری شکایات	بر حسب مورد	*						*	
۷	ارجاع	-ثبت اقدامات در فرم های پرونده خانوار	-----	*						*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی (ویژه پزشک و غیرپزشک)- فرم های ارجاع

* یادآوری: مواد مصرفی (سرنگ و ست سرم) توسط گیرنده خدمت تامین خواهد شد

اولویت برای انجام خدمات سلامت سالمندی به ترتیب با پرستار - ماما - کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها می

باشد

شرح وظایف کارکنان در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده مادران باردار

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	ماما	پهپورز	مبتزه با بیماری ها	کارشان محیط	کارشان/ کارشان ای بهداشت حرفه ای	کارشان/ کارشان ای بهداشت حرفه ای	پزشک	منابع
۱	ارزیابی دوره ای	-بررسی سوابق بیماری فردی و خانوادگی	-- سابقه بارداری و زایمان قبلی: خونریزی، سقط، پره اکلامپسی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، زایمان زودرس/ دیررس، مرده زایی، مرگ نوزاد، جراحی شکم و رحم، چند قلبی، زایمان سخت/سریع، نوزاد کم وزن، ماکروزومی، مشکلات جفت، آتونی، سزارین، دیابت بارداری -- سابقه یا ابتلا به بیماری یا ناهنجاری: دیابت/ دیابت در خانواده، بیماری قلبی، بیماری کلیوی، آسم، صرع، فشارخون بالا، اختلالات انعقادی، تیروئید، اختلالات روانی، تالاسمی مینور، سرطان پستان، هپاتیت، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، نازایی و استفاده از روشهای کمک باروری، سل، مشکلات دهان و دندان، رفتارهای پرخطر،	*						*	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی(ویژه پزشک و غیرپزشک)
		-بررسی عوامل و نشانه های خطر (شغلی، ارثی، اجتماعی ...)	شغل سخت و سنگین، نسبت خویشاوندی با همسر، اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، همسرآزاری، قد کمتر از ۵۰ سانتیمتر، رفتارهای پرخطر در خانم یا همسرش: زندان، اعتیاد تزریقی، تزریق مکرر خون، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	*						*	
		-شیوه زندگی	وضعیت تغذیه و نمایه توده بدنی- اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، تحرک	*						*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	ماما	پهوزز	کارخان / کارشناس بهداشت حرفه ای	کارخان / کارشناس بهداشت محیط	کارخان / کارشناس مبتلزه با بیماری ها	منابع
			بدنی، رفتار پرخطر						
		-تغذیه و تجویز مکمل	تغذیه دوران بارداری و مکمل های دارویی اسید فولیک و آهن و مولتی ویتامین	*		*			
		-شرح باروری و بارداری	تعداد بارداری- زایمان- سقط- فرزندان زنده و مرده، فاصله بارداری تا آخرین زایمان،اولین روز آخرین قاعدگی، تاریخ تقریبی زایمان، روشهای پیشگیری همزمان با بارداری، ارهاش منفی، چند قلبی، حاملگی ناخواسته، پاریتی بالا، فاصله کم بارداریها، بارداری زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	*		*			
		-وضعیت روان	اختلالات شدید و خفیف روانی: افکار یا اقدام به خود کشی، تحریک پذیری و پرخاشگری، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پر فعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران، روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال خواب و اشتها،پر خوابی، کم خوابی، پر اشتها،بی کم اشتها،بی، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران	*		*			
		-سوابق مصرف دارو، حساسیت دارویی	داروهای: دیابت، فشارخون بالا، اختلالات روان، صرع، آنمی، عفونتها، ایدز، آسم، اختلال انعقادی، قلبی، گوارشی، کلیوی، تیروئید، غدد و متابولیسم، سل، سرطان، بیماریهای اتوایمیون، میگرن، روشهای کمک باروری،..... حساسیت به پنی سیلین،	*		*			
		-معاینه فیزیکی و مامایی	چشم، پوست، تیروئید، قلب و ریه، شکم، اندام های تحتانی، پستان، دهان و دندان، اندازه گیری علائم حیاتی، حرکت و صدای قلب جنین، اندازه رحم	*		*			

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	ماما	تهورز	مبتزه با بیماری ها	کارشان محیط بهداشت	کارشان / کارشان ای بهداشت حرفه ای	کارشان / کارشان	پزشک	منابع
		-پاراکلینیک	آزمایش: گروه خونی و ارهاش، CBC، FBS، کامل و کشت ادرار، HBsAg، HIV و VDRL (در صورت نیاز)، FTA-ABS، BUN، آلفا فتو پروتئین، کراتینین، کومیس غیر مستقیم در مادر ارهاش منفی، سونوگرافی	*						*	
		-غربالگری	دیابت بارداری، اختلالات تیروئید	*						*	
	طبقه بندی	-افراد فاقد مشکل	طبیعی بودن همه مواد مراقبت	*						*	
		-افراد در معرض خطر	سابقه عارضه در بارداری های قبلی، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، سوءتغذیه و نمایه توده بدنی غیرطبیعی، اعتیاد، مصرف دخانیات و الکل، مشکلات دهان و دندان، شغل سخت و سنگین، فاصله کم بارداری ها، پاریتی بالا، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، نتایج غیر طبیعی آزمایشها و سونوگرافی، ایمنسازی ناقص، ارهاش منفی، چند قلوبی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری، بارداری اول، قدکمتر از ۵۰ سانتیمتر، حاملگی ناخواسته، لکه بینی، فشارخون بالا در نیمه اول بارداری، عفونتهای گوارشی - ادراری و تناسلی - انگلی دستگاه تنفسی فوقانی، آنمی، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، عدم انجام زایمان در موعد مقرر، مشکلات پوستی، بیماریها و ناهنجاری ها، ناسازگاری خونی	*						*	
		-افراد پر خطر	اختلالات شدید روانی، بیماریها و ناهنجاریهای شدید، تروما، تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی، پره اکلامپسی، عفونت اعضای حیاتی بدن، عفونت محصول بارداری، مشکلات جفت، پرولاپس بندناف، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، ترومبوز ورید عمقی، آنمی شدید،	*						*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	ماما	پهوز	مبتزه با بیماری ها	کارشان محیط	کارشان حرفه ای	بهداشت کارشان	پزشک	منابع
			شکم حاد								
	اقدام	-ایمنسازی	توأم، رگام	*						*	
		-مراقبت ویژه	سوابق عارضه در بارداری و زایمان قبلی، سابقه یا ابتلا به بیماری یا ناهنجاری، رفتارهای پرخطر، نتایج غیر طبیعی پاراکلینیک و غربالگری، نمایه توده بدنی غیر طبیعی،	*						*	
		-آموزش	موضوعات: بهداشت جنسی، فردی، تغذیه، مکملهای دارویی، احتیاطات لازم در موارد شک به بارداری، علائم خطر و شکایات شایع، زایمان، شیردهی، مراقبت نوزاد، مراجعات	*						*	
		-مشاوره	باروری سالم، تغذیه، روان، اعتیاد	*						*	
		-ارجاع	غیر فوری / در اولین فرصت: بیماری و ناهنجاری، سوابق عارضه در بارداری و زایمان قبلی، رفتارهای پر خطر، اختلالات روان و همسرازاری، سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی غیر طبیعی، اعتیاد، مشکلات دهان و دندان، نتایج غیر طبیعی آزمایشها و سونوگرافی، غربالگریها، پارگی کیسه آب، آنمی شید، مشکلات ادراری و تناسلی، عفونتها، عدم انجام زایمان در موعد مقرر، بیماریهای پوست، اعتیاد فوری: بیماریها (قلبی، حمله آسم و...)، فشارخون بالا، خونریزی، شوک، اختلال هوشیاری، تشنج، عفونتهای حاد، ترومای شدید، دردهای زایمانی، استفراغ شدید بارداری، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، ترومبوز ورید عمقی، اختلالات شدید روان، تروما، علائم ترک، بارداری با TL، آنمی شدید، شکم حاد	*						*	

ردیف	نوع خدمت	عنوان خدمت	شرح خدمت	ماما	بهورز	مبتززه یا بیماری ها	کارخان / کارشناس بهداشت محیط	کارخان / کارشناس بهداشت حرفه ای	پزشک	منابع
		بازخوراند و پیگیری		*					*	

بسته خدمات سطح اول:

۱. گروه هدف: در سطح اول خدمات تمامی افراد جمعیت تحت پوشش در قالب گروههای سنی ذیل:

- نوزادان و کودکان
- نوجوانان و جوانان
- میانسالان
- سالمندان
- مادران باردار

می‌باشند و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه‌های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط‌های جمعی به گروههای هدف ارائه گردد.

خدماتها و مراقبتهایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است:

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش بر اساس گروههای هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر

ز- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

الف- مدیریت سلامت:

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
- ثبت داده‌ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت‌های مردمی
- همکاری در اجرای برنامه‌های استانی و کشوری
- همکاری در برنامه‌های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم‌های مذکور بر اساس پروتکل‌های کشوری
- پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت بر اساس دستورالعمل‌های موجود

ب- آموزش و ارتقای سلامت

➤ آموزش سلامت

- ترویج شیوه زندگی سالم
- خودارزیابی و خودمراقبتی

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت بر اساس منابع اعلام و ابلاغ شده

➤ مراقبتهای از کودکان

- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پس خوراند ارجاع.
- در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبتهای جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیهها و اقدامات لازم
- مراقبت نوزادان (در دوره های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)
 - غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادی، فنیل کتونوریا
 - ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی، تو کشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
 - ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بیحالی، برآمدگی ملاح، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
- مراقبتهای از کودکان سالم (در دوره های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و...)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
 - مراقبتهای تکاملی ابتدای کودکی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی

- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- پیشگیری از استئوپروز
- و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می‌گردد
- انجام مراقبتهای درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال

- عفونت‌های موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
- تشخیص افتراقی خواب‌آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
- تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز
- تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی
- و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می‌گردد

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)

- در دوره‌های سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و ۲۴ سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتهای آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پس‌خوراند ارجاع:

- مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی
- آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
- آموزش تغذیه مناسب
- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
- پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
- پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدایی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش فعالی و

نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)

- پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای پوستی
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴ سالگی
- مدیریت بلوغ
- پیشگیری از استئوپروز
- ارائه خدمات باروری سالم
- انجام مشاوره و ارائه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
- انجام مشاوره و ارائه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره و ارائه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می گردد

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پس خواند ارجاع.

- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی
- پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
- آموزش پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
- آموزش اصول تغذیه صحیح
- آموزش اصول فعالیت فیزیکی مناسب
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی

- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان آسم و COPD
 - پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز
 - ارائه خدمات باروری سالم
 - انجام مشاوره و ارائه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
 - انجام مشاوره و ارائه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
 - انجام مشاوره و ارائه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
 - مدیریت منوپوز
 - و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می گردد
- ◀ **مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)**
- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر و پیگیری پس خوراند ارجاع.
- ارزیابی و مدیریت عوامل خطر فردی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
 - آموزش پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
 - آموزش اصول تغذیه صحیح
 - آموزش اصول فعالیت فیزیکی مناسب
 - آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
 - پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سکته های قلبی و مغزی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا
 - پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
 - پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل
 - پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب

- پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی
- تشخیص و درمان آسم و COPD
- و سایر مواردی که از طرف وزارت بهداشت ابلاغ می گردد

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران باردار

- مشاوره پیش از بارداری
- دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)
 - انجام ارزیابی های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و...
 - اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
 - تجویز مکمل های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
 - آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
 - شناسایی مادر در معرض خطر
 - تعیین تاریخ تقریبی زایمان
 - ترسیم جدول وزن گیری
 - ایمن سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستورالعمل کشوری
 - ارجاع برای انجام آزمایش معمول
 - ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
 - مشاوره باروری سالم در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
 - تزریق رگام در مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت
 - ارجاع مادر عارضه دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
 - ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
 - پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
 - ثبت خدمات
 - ارائه آموزش های فردی یا گروهی
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) – ملاقات اول و دوم

◀ **مراقبت و درمان بیماریهای واگیر (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد)**

با اولویت و شیوع بیماری در منطقه

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- جذام
- مالاریا
- هپاتیت
- مننژیت
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوانزا
- دیفتری
- سیاه سرفه
- ایدز
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- سل

د - سلامت محیط و کار

- مدیریت سلامت محیط جامعه (برای ارائه خدمت توسط تیم سلامت در مراکز مجری)
 - آب آشامیدنی سالم
 - آلودگی هوا
 - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
 - بهداشت پرتوها

- جمع آوری و دفع فاضلاب
 - کنترل ناقلین بیماریها
 - دفع صحیح پسماندها
 - مواد شیمیایی و سموم
 - سلامت محیط خانوار (برای ارائه خدمت توسط تیم سلامت در مراکز مجری)
 - ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
 - ایمنی منزل
 - محیط فیزیکی مسکن
 - سلامت محیط‌های جمعی (برای ارائه خدمت توسط تیم سلامت در مراکز مجری)
 - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
 - سلامت محیط‌های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرستاسی، مطب)
 - سلامت محیط‌های آرایشی و بهداشتی
 - سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
 - سلامت محیط های آموزشی
 - سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
 - سلامت محیط کار (برای ارائه خدمت توسط تیم سلامت در مراکز مجری)
 - ارائه خدمات به شاغلین در محیط کار بر اساس دستورالعمل‌ها و برنامه‌های ابلاغ شده
- ج- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها** (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص و درمان و نیاز به ارجاع، نظر پزشک خانواده است.)
- ◀ ویزیت
- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
 - معاینه (جسمی_روانی)
 - ارزیابی علائم و نشانه‌ها و طراحی مسیر تشخیص
 - تدوین و اجرای برنامه مداخله‌ای و درمانی
 - تعیین برنامه مراقبت و پیگیری
 - ثبت کلیه داده‌ها در پرونده فرد
- ◀ انجام خدمات پرستاری نظیر تزریقات، پانسمان، وصل سرم و ...
- ◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: شامل خدماتی (غیر اورژانس) است که حسب مهارت و تمایل پزشک به شرح زیر انجام می‌شود.
- ختنه

- کشیدن ناخن
- برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
- 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
- ◀ فوریتها
- انجام احیاء قلبی ریوی
- لوله گذاری تراشه
- اقدامات اولیه در مسمومیت ها
- اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
- اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
- اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
- بخیه و دبریدمان زخمها

ه- ارجاع

- ◀ ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- ◀ پی گیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- ◀ پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ◀ تنظیم و ارائه گزارش های مورد نیاز
- ◀ تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده ی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

پیوست شماره ۲- تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۳

شماره: ۹۳/۷۵۲۵۷
تاریخ: ۹۳/۳/۵

هوالشافی

تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر سال ۱۳۹۳

مقدمه

در اجرای مواد ۳۲ بند (ج) و (د)، ۳۴ بند (ج)، ۳۵ الی ۳۸ بند (ج) و (ز) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و تصمیم دولت یازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستائیان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور مقرر گردیده است تا با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دو و سه دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقاء یابد. بدین منظور ارائه خدمات، با اولویت استفاده از ظرفیت های بخش دولتی خواهد بود. در مناطقی که امکان ارائه خدمات از طریق ظرفیت های بخش دولتی میسر نمی باشد، با اعلام دانشگاه های علوم پزشکی از بخش خصوصی استفاده می گردد. در هر حال هر گونه عقد قرارداد در سطح اول صرفاً از طریق مرکز بهداشت استان خواهد بود و مرکز بهداشت استان بنا بر امکان سنجی مناطق تحت پوشش مجاز است از طریق بخش دولتی یا خصوصی خدمات ارائه نماید.

این تفاهم نامه بین سازمان بیمه سلامت ایران به نمایندگی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از یک طرف و معاونت بهداشتی به نمایندگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طرف دیگر مبادله و ادارات کل بیمه سلامت (خریدار خدمت) و معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی (مرکز بهداشت استان) (تأمین کننده خدمات) به عنوان دستگاه های وابسته دو وزارتخانه مسئولیت اجرای مفاد این تفاهم نامه را عهده دار خواهند بود.

(۱) موضوع تفاهم نامه: خرید خدمات در قالب بسته خدمات سلامت سطح اول با استفاده از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به سطوح بالاتر بصورت سرانه (بسته های خدمات پیوست ۱)

تبصره ۱: خدمات سطوح دوم و سوم در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با الزام به پذیرش ارجاعات سطح اول با فرم ارجاع و تکمیل و ارائه فرم پس خوردن با رعایت نظام سطح بندی، نظام پرداخت FFS و ... صورت می پذیرد. به منظور تکمیل چرخه ارجاع و بهبود پاسخگویی به بیماران و عملیاتی نمودن بند ۳۸ ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم، تفاهم نامه جداگانه ای با معاونت درمان منعقد می شود.

(۲) گیرندگان خدمت: روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه خدمات سلامت معرفی شده از سوی سازمان

تبصره ۱: ادارات کل بیمه سلامت استان مکلف اند با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی بصورت سالیانه نسبت به پالایش آمار جمعیت بیمه شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر اقدام نمایند. آمار پالایش شده، مبنای صدور دفترچه بیمه جدید و پرداخت سرانه از تاریخ اعلامی سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود. بدین منظور مراکز بهداشت استان و شهرستان تمهیدات لازم را برای برقراری ارتباط بین ادارات بیمه سلامت شهرستان و استان یا خانه های بهداشت (بهورزان) جهت دریافت لیست جمعیت بر اساس پرونده های فعال خانوارهای ساکن تحت پوشش با لحاظ نمودن تغییرات جمعیتی اعم از موالید، فوت، مهاجرت و ... به تفکیک نوع بیمه انجام خواهند داد.

(پیوست ۲)

دکتر انوشیروان محسنی بدیسی
مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سیاری
معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی حسن زاده
رئیس هیئت مدیره بیمه سلامت ایران

دکتر محسن بحرینی
نایب حساب و مدیر امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۹۳/۷/۲۵

شماره: ۹۳/۳/۵

در این خصوص لازم است ادارات کل بیمه سلامت استان لیست اسمی دفترچه های بیمه سلامت جدید صادر شده در هر مرکز را سالانه یکبار جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه، به مراکز بهداشت استان و شهرستان مربوطه ارائه نمایند.

تبصره ۲: طرفین توافق دارند که در قالب سقف بودجه ابلاغی عمل نموده و مبلغ سرانه سالانه خدمات سطح اول به ازای جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی، عشایر و شهری زیر بیست هزار نفر معرفی شده از سوی سازمان بیمه سلامت ایران ۹۶۵۲۰۰ ریال (نه صد و شصت و پنج هزار و دویست ریال) جمعاً ۲۲۲۰۰ میلیارد ریال (بیست و دو هزار و دویست و دو میلیارد ریال) می باشد. محل تأمین سرانه فوق در سال ۱۳۹۳ به شرح ذیل می باشد:

الف) مبلغ ۱۱،۱۰۰ میلیارد ریال (یازده هزار و یک صد و ده میلیارد ریال) از محل ردیف اعتبارات روستائیان و شهرهای زیر بیست هزار نفر بابت بخش هزینه های پرستنی خرید خدمات

ب) مبلغ ۱۰،۱۰۰ میلیارد ریال (یازده هزار و یک صد و ده میلیارد ریال) از محل اعتبارات یک درصد ارزش افزوده تعیین می گردد.

تبصره ۳: دامنه ی توزیع اعتبارات فوق توسط وزارت بهداشت براساس ضریب محرومیت مراکز بهداشتی درمانی مجری مطابق با طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور (روستا، بخش، شهرستان، استان) مشخص می شود (مشروط بر آنکه متوسط وزنی سرانه کل کشور از مبلغ مذکور فراتر نباشد). لازم به ذکر است منابع قابل تخصیص از ردیف های فوق الذکر نهایتاً در قالب اعتبارات بیمه روستائیان تعریف و ابلاغ می گردد.

تبصره ۴: با توجه به تکالیف قانونی ماده ۳۲ و ۳۴ و ۳۸ برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی، مبنی بر بهره مندی مردم از خدمات سلامت و نظام ارجاع، وزارت بهداشت مکلف است برای محقق شدن مفاد قانون یاد شده، مسیر ارجاع را در محدوده شهرستان و استان براساس نظام سطح بندی و سطوح ارائه خدمات سلامت، ترسیم نموده تا با ارتقاء فرایند ارجاع امکان برخورداری کامل بیمه شدگان از خدمات سرپایی و بستری تخصصی در بخش دولتی فراهم گردد (در مناطقی که امکان ارائه خدمات تخصصی از طریق ظرفیتهای بخش دولتی میسر نمی باشد با اعلام دانشگاه های علوم پزشکی از بخش خصوصی استفاده می گردد). به همین منظور سازمان بیمه سلامت نیز موظف است در صورت رعایت مسیر ارجاع و الزامات پیش بینی شده برای آن، با خرید راهبردی خدمات، منابع پیش بینی شده برای سطوح تخصصی و فوق تخصصی را مطابق با تعرفه تشویقی (پاداش ارجاع) برابر (پیوست ۳) در سقف اعتبارات مصوب، پس از تخصیص، پرداخت نماید. الزامات پیش بینی شده برای ارجاع شامل تکمیل دقیق فرم ارجاع، پذیرش ارجاع شدگان در کلینیک های سرپایی، تکمیل دقیق و ارسال به موقع فرم پس خوراند ارجاع و همچنین تأمین امکانات مورد نیاز برای بستری بیمه شدگان می باشد.

۳) سرانه سالانه روستائیان بر اساس بودجه روستائیان و عشایر مصوب در قانون بودجه لحاظ می گردد و سهم سرانه سطح اول از کل اعتبارات صندوق روستائیان نباید از سهم اختصاص یافته به سطح اول در سال قبل کمتر باشد.

۴) سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از مجموع مبلغ سرانه به شرح ذیل خواهد بود:

الف) ۳۵٪ خدمات پزشک شامل: ۱۹٪ پایه پزشک، ۷٪ براساس نتایج پایش و نظارت عملکرد توسط ستاد شهرستان در استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین ها) که شامل راهنماهای بالینی ابلاغ شده و نیز سایر دستورالعملهای نظام مراقبت کشوری در برنامه های خدمات سلامت که

رئیس هیأت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
جناب آقای دکتر علی حسن زاده

رئیس هیأت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر علی اکبر سجاری

رئیس هیأت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر نوید جوان محسنی

رئیس هیأت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

شماره : ۹۳۱۷۵۲۵۷

تاریخ : ۹۳/۳/۵

توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردیده است (پیوست ۴)، ۶٪ بیتوته پزشک، ۳٪ دهگردشی پزشک و تیم سلامت به همراه دارو.

تبصره ۱: در شهرهای زیر بیست هزار نفر، مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی بصورت مراکز معین با استفاده از پزشکان خانواده همان شهرهای زیر بیست هزار نفر ایفای نقش خواهند نمود بصورتی که در تمامی ساعات غیر اداری و ایام تعطیل بر اساس مفاد این تفاهم نامه پاسخگوی مراجعین و بیمه شدگان باشند.

تبصره ۲: حقوق پزشکان طرحی نباید بیشتر از ۶۵ درصد حقوق پزشکان قراردادی غیر طرحی باشد.

ب) ۴٪ خدمات سلامت دهان و دندان - (در سال اول جهت جمعیت زیر ۱۴ سال و زنان باردار مطابق پیوست ۵)

پ) ۶٪ خدمات ماما (با تعریف بسته خدمت مشخص پیوست ۱)، ۴٪ درصد حقوق پایه و ۲٪ درصد براساس نتایج پایش و نظارت عملکرد توسط ستاد شهرستان در استفاده از دستورالعملهای نظام مراقبت کشوری در برنامه های خدمات سلامت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردیده است.

ت) ۲۴٪ خدمات دارویی (سطح اول مطابق لیست پیوست ۱ و سطح دوم برابر ماده ۶)

ث) ۱٪ تأمین واکسن پنتاوالان

ج) ۴٪ تأمین مکمل های دارویی

چ) ۸٪ خدمات پاراکلینیک، مشتمل بر دو جزء ۳٪ رادیولوژی و ۵٪ آزمایشگاه (پیوست ۱)

ح) ۲٪ منابع به منظور راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت و استقرار پرونده الکترونیک و ثبت اطلاعات و سلامت بیمه شدگان و چاپ، تأمین و تکمیل فرم ارجاع و پسوراند در واحدهای مجری برنامه پزشک خانواده

خ) ۵٪ به منظور آماده سازی و بهبود استانداردهای واحدهای مجری برنامه

د) ۱٪ جهت هزینه های مربوط به تأمین خودروی سالم و مناسب با شرایط منطقه بجز خودروی پراید (به صورت استیجاری) جهت انجام دهگردشی و خدمات نقل و انتقال (خودروی فوق می بایست حداکثر با طول عمر پنج سال و لزوماً متعلق به محدوده منطقه تحت پوشش مرکز مجری باشد).

ذ) ۳٪ جهت کمک به راه اندازی و تأمین امکانات موردنیاز برای بیتوته پزشکان

ر) ۴٪ از اعتبارات در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان جبران هزینه های برنامه بیمه روستایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقاء مدیریت برنامه و عملیاتی نمودن بندهای پیش گفت از طریق تقویت پایش و نظارت در سطوح مختلف حوزه معاونت بهداشتی (ملی، استانی و شهرستانی) که پس از مکاتبات و درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی و ستاد وزارت بهداشت قرار خواهد گرفت.

معاون آموزش پزشکی
دکتر علی اکبر مهری

رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر علی حسن زاده

نیمساز و مدیرکل امور ملی سازمان بیمه سلامت ایران
محمود میرزایی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران
مهندس شایسته

تاریخ: ۹۳/۷/۲۵

شماره: ۹۳/۳/۵

ز) ۳٪ در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان جبران و تأمین هزینه های عملیاتی و پرسنلی شامل نظارت، پایش، ارزشیابی و سایر هزینه های بیمه روستایی سازمان در سطوح مختلف (ملی، استانی و شهرستانی) می باشد.

تذکر: سهم پزشک و ماما از سرانه سطح یک، شامل حقوق و مزایا و بیمه و سایر کسور قانونی می باشد.

تبصره ۳: با توجه به نقش و جایگاه پزشک در برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش خود و پاسخ گویی به نیازهای فوری جامعه فراهم نمودن امکان بیتوته در مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت بعنوان یک الزام و ضرورت باید مورد توجه مرکز بهداشت شهرستان قرار گیرد و چنانچه با توجه به شرایط خاص منطقه امکان فراهم شدن بیتوته میسر نباشد، مرکز بهداشت شهرستان موظف است نسبت به تأمین خدمات از نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی یا خرید خدمت از نزدیکترین واحد بیمارستانی اقدام نماید سرانه بیتوته در اینگونه موارد در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار خواهد گرفت لازم به ذکر است چنانچه به هر علتی خدمات تأمین نگردد، سهم بیتوته از سرانه بیتوته مرکز بهداشتی درمانی کسر خواهد شد.

تبصره ۴: تمام سرانه اختصاص یافته بابت سطح یک برنامه پزشک خانواده بر اساس محاسبات دقیق کارکرد واحدهای ارائه خدمت بوده و تخصیص آن صرفاً مطابق هزینه های پیش بینی شده در طرح بوده و لذا کسر هر مبلغ از سرانه تحت هر عنوانی در سطوح مختلف مدیریت دانشگاه ممنوع می باشد. هزینه کرد آن صرفاً مطابق با مفاد تفاهم نامه با نظارت کامل معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان می بایست صورت گیرد.

تبصره ۵: خدمات سطح یک مطابق بسته خدمتی پیوست می باشد. (به منظور پیشگیری از بار مراجعات اضافه خدمات، هزینه خدمات جانبی پزشک و خدمات پرستاری مامایی از قبیل تزریقات، پانسمان و هزینه لوازم مصرفی خدمات مربوطه براساس تعرفه خدمات دولتی با فرانشیز ۱۰٪ تعیین می گردد).

تبصره ۶: برابر مصوبه شورایی بیمه به منظور اجرای منویات دولت یازدهم مبنی بر بهبود بهره مندی و برخورداری اقشار محروم روستایی و عشایری در جمعیت تعریف شده صندوق بیمه روستاییان، فرانشیز ارائه خدمات در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت می بایست به ۱۰٪ تقلیل یابد. لذا فرانشیز ویزیت پزشک ۱۰٪، تعرفه مصوب دولتی، فرانشیز دارو ۳۰٪ و فرانشیز خدمات پاراکلینیک ۱۵٪ تعرفه دولتی می باشد.

تبصره ۷: با توجه به محل منابع تعریف شده، حداقل حکم حقوق پزشک مطابق بند «الف» ماده ۳ به میزان ۵۵ میلیون ریال بابت پزشکان غیر طرحی و ۳۵٫۷ میلیون ریال بابت پزشکان طرحی و پیام آور و حداقل حکم حقوق کارشناس ماما/پرستار نیز مطابق بند «د»، به میزان ۱۳ میلیون ریال و کاردان مامایی/پرستار ۱۱ میلیون ریال می باشد.

بدیهی است رعایت کلیه مقررات و ضوابط بکارگیری نیروهای انسانی بر اساس قوانین مربوطه (سازمان تأمین اجتماعی، خدمات سلامت، نیروهای مسلح) حسب نوع بیمه برای هزینه های مربوطه (سنوات، بیمه، مالیات، عیدی و ...) الزامی است.

تبصره ۸: مرکزی از نظر سازمان بیمه سلامت ایران فعال محسوب می شود که در آن، حداقل خدمات پزشک و دارو در محل فضای فیزیکی مرکز ارائه شود و در غیر اینصورت فعال قلمداد نگردیده و کل سرانه متعلقه کسر می گردد.

رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده

رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر میثاقی

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر نوشیروان محسنی بانهی

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

شماره: ۹۳، ۷۵۲۵۷

تاریخ: ۹۳، ۳، ۵

تبصره ۹: ارائه خدمات پیش بینی شده برای آزمایشگاه و تصویر برداری مطابق با بسته خدمات آزمایشگاهی و تصویر برداری سطح یک در آزمایشگاهها و مراکز تصویربرداری مراکز بهداشتی درمانی براساس ساختار پیش بینی شده در طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی خواهد بود و مراکز بهداشت شهرستان ملزم به ارائه خدمات در واحدهای پیشگفت می باشند. در صورتی که امکان ارائه خدمات براساس ساختار نظام شبکه وجود نداشته باشد، خدمات از نزدیکترین مرکز، تأمین خواهد شد، بصورتی که زمان طی شده برای بیمه شده جهت دریافت خدمات تا مرکز تعریف شده با خودرو حداکثر از نیم ساعت تجاوز ننماید. در غیر اینصورت می بایست با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان نسبت به تأمین و ارائه خدمات با شرایط قابل دسترس (خرید از بخش دولتی و یا خصوصی) اقدام و هزینه خدمات از محل سرانه تعیین شده شهرستان بصورت (FFS و یا سرانه) توسط مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت عدم ارائه خدمات فوق، به میزان یک و نیم برابر سهم سازمان از قیمت کل سرانه تعریف شده خدمات آزمایشگاهی و یا تصویر برداری مراکز مذکور در واحدهایی که مطابق با طرح گسترش ملزم به ارائه خدمت بوده اند، کسر می گردد.

تبصره ۱۰: ارائه نشدن هریک از اجزاء خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضمیمه، که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزء از کل سرانه مربوطه مرکز خواهد شد.

تبصره ۱۱: تمام سرانه اختصاص داده شده بابت سطح یک برابر تفاهمنامه می بایست برای ارائه خدمات تعیین شده موضوع تفاهمنامه هزینه گردد و هزینه کرد آن توسط دانشگاه و ادارات کل بیمه در غیر از موارد تعیین شده در تفاهم نامه به هر شکلی ممنوع می باشد. مدیر مالی دانشگاه موظف است لیست ریز هزینه موارد پیشگفت را پس از تأیید معاون بهداشتی به تفکیک عناوین ذکر شده در ماده ۴ هر شش ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نماید. (پرداخت ماه بعد اداره کل منوط به ارائه این لیست می باشد).

۵) ستاد هماهنگی کشوری شامل مدیرعامل و معاون بیمه خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت، معاونت های بهداشت و درمان، رئیس مرکز مدیریت شبکه و حسب مورد معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری خواهد بود. وظیفه ستاد هماهنگی کشوری، نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف می باشد.

ریاست ستاد به عهده معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری آن به عهده مدیرعامل سازمان بیمه سلامت بوده و محل دبیرخانه ستاد نیز در سازمان بیمه سلامت می باشد. لازم به ذکر است ستاد هماهنگی استانی در استانها با عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی - مدیرکل بیمه سلامت استان - معاونین بهداشت و درمان و حسب مورد معاون آموزشی دانشگاه - رئیس گروه گسترش مرکز بهداشت استان - یکی از معاونین مدیرکل و رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستائیان بیمه سلامت و مدیرکل امور اجتماعی استانداری (فرماندار در دانشگاههای مستقر در شهرستانها) خواهد بود که مسئولیت اجرایی نمودن دستورالعمل های کشوری، نظارت بر اجرای برنامه و ارزیابی عملکرد را به عهده خواهند داشت. در شهرهای مرکز استان، ریاست دبیرخانه به عهده رئیس دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و دبیری به عهده مدیرکل بیمه سلامت و در شهرهای دارای دانشگاه علوم پزشکی مستقل، ریاست کارگروه به عهده رئیس دانشگاه مستقل و دبیری به عهده رئیس اداره بیمه سلامت شهرستان خواهد بود. تصمیمات این دبیرخانه نباید با مفاد تفاهم نامه مغایرت داشته باشد. مستندات جلسات لازم است با امضای اعضاء حاضر در جلسه بعنوان مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا باشد. در صورت عدم توافق جمعی در سطح

چهارمین معاون بهداشتی
دبیرکل و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده
رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سجادی
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر نوشیروان محسنی بیدر
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۹۳/۷/۲۵

شماره: ۹۳/۳/۵

شهرستان، موضوع به ستاد استان برای حل مشکل و در صورت نرسیدن به توافق برای اخذ پاسخ نهایی به ستاد هماهنگی کشور ارسال و پاسخ آن برای استان و شهرستان لازم الاجرا خواهد بود. ارسال گزارش قضلی از صورتجلسات ستاد هماهنگی استانی به ستاد هماهنگی کشور ضروریست.

۶) به منظور بهره مندی بهینه بیمه شدگان از خدمات دارویی و پیشگیری از اتلاف منابع سلامت در انقضای داروهای مصرف نشده مراکز، دانشگاه های علوم پزشکی موظفند ۳۵۰ قلم دارو در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان را تأمین نمایند (برابر فهرست پیوست ۱). دانشگاه موظف است تا امکان دسترسی پزشکان مراکز مجری را متناسب با نیاز مرکز و درخواست کتبی پزشکان مستقر در مقاطع سه ماهه در داروخانه محل مرکز بهداشتی درمانی تأمین نماید. لیست درخواستی پزشکان مهور به مهر پزشک در بازدیدهای ماهانه بایستی به روبرت ناظرین بیمه رسیده و زمان تأمین داروهای مورد نیاز بیمه شده و درخواستی پزشکی نباید حداکثر بیشتر از ۲۴ ساعت باشد.

تبصره ۱: در صورت عدم تحویل داروی درخواستی پزشک توسط مرکز بهداشت شهرستان، در صورتی که موجودی داروی مورد نظر در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه صفر باشد، دو برابر قیمت داروهای درخواستی مورد نظر از سرانه دارویی شهرستان کسر خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت خرید داروی تجویزی پزشک خانواده توسط بیمه شده روستایی، دو برابر قیمت داروی خریداری شده از قیمت سرانه دارویی شهرستان کسر خواهد شد.

فراهم نمودن داروهای خاص بیماران صعب العلاج طبق دستورالعمل فعلی خود بوده و مشمول این امر نمی باشد.

در صورت فقدان اقلام دارویی لیست تجویزی پزشکان مرکز در بازدید از مراکز براساس فرمول زیر برای ماه مورد بازدید از سهم درصد مربوطه به داروی اختصاص یافته به آن مرکز (داروخانه) کسر خواهد شد.

۱۲ + جمعیت مشمول طرح « سرانه ریالی دارو » × مجموع قیمت هر واحد از اقلام کسری

مجموع قیمت هر واحد از کل اقلام (۳۵۰ قلم)

تبصره ۳: تصمیم گیری در مورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی لیست فوق تا حداکثر ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیر کل بیمه استان، معاون بهداشت دانشگاه و نماینده معاون دارو و غذا، رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رئیس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که بر اساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، دو بار در طول سال و بنا به ضرورت تشکیل خواهد شد و اقلام دارویی بنابر نظریه کارشناسی تا سقف یاد شده تناسب سازی می گردد. در هر حال تعداد اقلام دارویی نباید کمتر از ۳۵۰ قلم باشد. همچنین لازم است حداکثر یک هفته پس از تغییرات فهرست دارویی مراتب به ستاد هماهنگی کشوری ارسال گردد.

۷) مراکز ارائه دهنده خدمات به روستائیان در شیفتهای صبح و بعدازظهر بمدت ۸ ساعت کامل به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه، با حضور پزشک و ماما در تمام روزهای هفته به جز ایام تعطیل رسمی، موظف به ارائه خدمات درمانی می باشند. روزهای پنج شنبه ساعت کاری به صورت ممتد تا ساعت ۳ بعدازظهر خواهد بود. فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت تحت پوشش و روستاهای اقماری و مناطق سیاری تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی در ساعات صبح و عصر با تأکید بر ارتقاء کمی و کیفی خدمات در مناطق یاد شده و

حجتالهدایت پزشکی
نایب رئیس و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده
رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سجادی
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر انوشیروان حسینی بیک
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

شماره : ۹۳، ۷۸۲۵۷

تاریخ : ۹۳، ۳، ۵

مطابق برنامه ستاد شهرستان صورت پذیرد. در هر حال باید به گونه ای برنامه ریزی شود که مراکز بهداشتی درمانی تک پزشک تا ساعت ۱۲ صبح بجز موارد اضطرار، خالی از پزشک نباشد. ستاد استان مکلف است برنامه زمانی ارائه خدمات در دو شیفت صبح و عصر را به گونه ای طراحی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم منطقه باشد.

تبصره ۱: تغییر ساعات کاری کارکنان تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی در ایام ماه مبارک رمضان و ایام تعطیلی نوروز، چنانچه خللی در خدمت رسانی به بیمه شدگان ایجاد ننماید، با هماهنگی ستاد هماهنگی استان بلامانع می باشد.

تبصره ۲: به منظور جلوگیری از اختلال در ارائه خدمت به بیمه شدگان، دانشگاه مکلف است در مواقع خارج از برنامه زمانی تعیین شده و تعطیلات رسمی برای تضمین و استمرار ارائه خدمت، برنامه ریزی و اطلاع رسانی نمایند.

تبصره ۳: در صورت غیبت پزشک یا تعطیلی داروخانه، بیش از سه روز در طول یکماه، مرکز غیرفعال تلقی شده و کل سرانه روزهای غیبت بیش از این سه روز کسر می شود. در صورت غیبت غیرموجه پزشک تا سه روز فقط سرانه پزشک کسر می گردد و چنانچه این غیبت بیش از سه روز بود، سرانه کل مرکز برای آن روزها کسر می شود. (با رعایت تبصره ۳ ماده ۴)

تبصره ۴: موارد غیبت موجه پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی به شرح ذیل می باشد:

- شرکت در جلسات آموزشی مرتبط با برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت که از طریق مرکز بهداشت شهرستان یا استان به واحد خدمتی و سازمان در استان یا اداره شهرستان از قبل اعلام می گردد.

- دهگردشی از خانه های بهداشت و روستاهای تحت پوشش با الزام به تهیه و نصب برنامه در مرکز بهداشتی درمانی مجری و وجود خط سیر روزانه برای انجام دهگردشی

- مرخصی استحقاقی تا سقف ۲/۵ روز در ماه منوط به تأمین پزشک از مراکز مجاور یا تضمین ارائه خدمت توسط سایر پزشکان

تبصره ۵: به منظور اطلاع رسانی دقیق و اثر گذار به واحدهای مجری، سازمان بیمه سلامت موظف است فهرست به روز شده مشخصات مؤسسات مراکز تخصصی دولتی و غیر دولتی طرف قرارداد بیمه روستایی را بصورت ماهانه به مرکز بهداشت استان و شهرستان اعلام نماید.

تبصره ۶: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان بصورت یکسان (FFS و یا سرانه) عمل نماید.

۸) به ازاء هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی جذب یک پزشک و برای هر ۸۰۰۰ نفر یک ماما ضروری است. در هر صورت در مراکز با جمعیت کمتر از ۳۵۰۰ نفر، وجود یک پزشک و یک ماما ضروریست.

تبصره ۱: با توجه به وظایف تعریف شده در بسته خدمت برای پزشکان شاغل در طرح، برای هر پزشک یک مرکز، حداکثر ۳۵۰۰ بیمه شده روستائی دارای دفترچه در نظر گرفته می شود. در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد و مراتب به تأیید اداره کل بیمه سلامت استان رسیده است این تعداد حداکثر تا ۵۰۰۰ نفر در هر مرکز قابل افزایش خواهد بود.

به منظور بهینه نمودن ارائه خدمات، ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت (با رعایت ماده ۴) به شرح زیر خواهد بود:

دکتر انوشیروان محسنی بندپی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سجاری
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی حسن زاده
رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

مهندسین محترم
نویسنده و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

۸

شماره: ۹۲/۷۸۲۵۷

تاریخ: ۹۲/۳/۵

۱- تا ۳۵۰۰ نفر جمعیت بیمه شده روستایی هر پزشک ۱۰۰ درصد سرانه پزشک پرداخت می گردد.

۲- از ۳۵۰۱ نفر تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت بیمه شده روستایی به ازای افراد مازاد بر ۳۵۰۰ نفر ۵۰ درصد از سرانه پزشک پرداخت می گردد.

۹) به منظور ارائه خدمات بهینه و هماهنگی در ارائه خدمات سطح اول، وزارت بهداشت متعهد می گردد، در سال ۱۳۹۳ نسبت به ارائه راهنماهای تشخیصی و درمانی به همراه تعیین شرح وظایف پزشک خانواده اقدام و به استانها برای اجرا در مراکز مجری ابلاغ نماید.

۱۰) مراکز بهداشتی - درمانی جهت ارائه کلیه خدمات سطح اول و به منظور کمک در امور آماری و نظارتی سازمان موظف به استفاده از دفترچه بیمه بوده و همچنین ملزم به جدا نمودن اوراق مذکور و ارائه به سازمان می باشد. سازمان بیمه موظف است نسبت به تامین بموقع دفترچه های بیمه اقدام نمایند.

تبصره ۱: در موارد ارجاع بیمه شده به سطوح بالاتر، کد ارجاع و مشخصات ارجاع در قسمت ارجاع دفاتر ثبت می گردد. ضرورت دارد تعداد موارد ارجاع در پایان همراه براساس اطلاعات دفتر ارجاع پزشک مرکز بهداشتی درمانی و پرونده الکترونیک، در فرم آمار مراجعین ثبت و به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

تبصره ۲: استمرار پرداختها منوط به ارائه اوراق دفترچه های مربوطه می باشد.

تبصره ۳: به منظور بررسی قیمت تمام شده خدمات ضروریست کمیته بررسی نسخ سطح یک در سطح استان متشکل از کارشناسان اداره کل بیمه سلامت، معاونت بهداشتی، معاونت غذا و دارو و معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاهها تشکیل و نسبت به بررسی آمار نسخ ارسالی شبکه ها و فرم آمار مراجعین به مراکز اقدام نموده و نتیجه بررسی ها را در قالب فرم پیوست (پیوست ۶) ماهانه به ستاد اجرایی ارسال نمایند.

۱۱) پرداخت سرانه به ازاء خدمات سطح یک مورد اشاره در ماده ۴ و امتیاز پایش اخذ شده بر اساس فرمهای پایش ابلاغی ستاد کشوری صورت می پذیرد. اداره کل بیمه سلامت مکلف است ۸۰٪ کل مطالبات را تا پانزدهم هر ماه و ۲۰٪ باقی مانده را پس از پایش عملکرد و احوال نتایج آن در کل سرانه متعلقه بر اساس فرم پایش حداکثر ظرف یک ماه به شرط رعایت مفاد این تفاهم نامه پرداخت نماید و مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا بیست و هشتم هر ماه نسبت به پرداخت ۸۰٪ حقوق و مزایای پزشک و ماما/پرستار اقدام نماید.

تبصره ۱: در صورت پرداخت بموقع حقوق و مزایای پزشکان توسط سازمان بیمه سلامت استان پرداخت الباقی حقوق پزشکان خانواده و ماماها بر اساس پایش عملکرد نباید از یک ماه دیرتر صورت پذیرد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان می بایست لیست حقوق ارسالی به بانک جهت پرداخت سرانه پزشکان خانواده و ماما/پرستارهای طرف قرارداد را پس از مهیور نمودن به مهر بانک در پایان همراه به تفکیک اسمی پزشکان و ماما/پرستارها به اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نماید.

تبصره ۳: هرگونه پرداخت به مراکز بهداشتی درمانی منوط به ارائه لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماما/پرستارها می باشد. بدیهی است کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور موظف می باشند حداقل حقوق قانونی و میانگین دریافتی پزشک را به شرح جدول پیوست (پیوست ۷) رعایت نمایند.

چهارم: پیوستی
پیشنهاد و مدیریت امور مالی سازمان بیمه
سلامت ایران

دکتر علی حسین زاده
رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه
سلامت ایران

دکتر علی اکبر سمیاری
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

دکتر انوشیروان مصطفی پند
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ: ۹۳/۷/۲۵

شماره: ۹۳/۳/۵

۱۲) تشکیل پرونده سلامت توسط کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات الزامی است. وزارت بهداشت متعهد می گردد در طول سال ۹۳، حداقل در ۴ استان کشور پرونده الکترونیک سلامت را اجرا کند. فهرست این استانها می بایست توسط وزارت بهداشت حداکثر تا پایان اردیبهشت سال ۹۳ اعلام گردد.

تبصره ۱: با توجه به نگاه سلامت محوری و ارائه خدمات جدید براساس شکل گیری نظام مراقبت غیر واگیر، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر بر اساس برنامه پیشگیری، مراقبت و درمان بیمارها با ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضروریست.

تبصره ۲: در سایر استانها (بجز ۴ استان) تا راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت، پرونده های سلامت کاغذی قابل قبول و بعد از آن کلیه اطلاعات صرفاً در پرونده سلامت الکترونیک قابل قبول می باشد.

۱۳) آمار ماهیانه مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی (موضوع پیوست شماره ۵ قرارداد) ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. مرکز بهداشت شهرستان موظف است پس از جمع آوری کلیه فرم ها، آنها را به صورت ماهانه به اداره کل بیمه سلامت ارسال کند. ضمناً کمیته بررسی نسخ نسبت به تحلیل آمار فرمهای مذکور اقدام می نماید.

تبصره ۱: شبکه های بهداشت و درمان شهرستان موظف هستند، پزشکان خانواده جدید را پس از عقد قرارداد برای آشنایی با قوانین بیمه ای ونحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران، به ادارات کل بیمه سلامت معرفی نمایند. ادارات کل بیمه سلامت نیز موظف می باشند ضمن آموزش قوانین مربوطه، برای پزشکائی که دوره مذکور را طی کرده اند، گواهینامه آموزشی صادر نمایند.

۱۴) رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی موظف اند ضمن فراهم نمودن امکانات مناسب برای اجرایی شدن نظام ارجاع نسبت به هماهنگی معاونت های بهداشتی و درمان و توسعه مدیریت منابع برای ایفای نقش و عملیاتی نمودن الزامات مورد نیاز نظام ارجاع از ابتدای سال ۹۳ جلسات مشترک و مستمر برگزار نمایند و نتایج آن را به ستاد هماهنگی کشوری اعلام نمایند.

۱۵) برنامه نظارت شامل پایش و ارزشیابی خواهد بود که بصورت ذیل انجام می گیرد:

- برنامه پایش در قالب چک لیست های تعریف شده (پیوست ۸) در دو بخش: الف) نحوه ارائه خدمات سلامت، ب) تأمین امکانات، تجهیزات، فضای فیزیکی و فرایندهای اجرایی خواهد بود. برنامه پایش می بایست با رویکرد حل مشکل و ارتقاء کیفیت خدمات باشد. بدین منظور فرایند برنامه ریزی پایش بصورت مشترک با مشارکت فعال مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان باید اجرایی گردد. برای محقق شدن این امر لازم است هر سه ماه یکبار بین مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان برنامه مشترک تهیه و تدوین و به ستاد هماهنگی استان و واحدهای مجری اعلام گردد.

تبصره ۱: پایش هر مرکز بهداشتی درمانی مجری باید توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان) حداقل یکبار در ماه صورت پذیرد. بدیهی است مراکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان بصورت مشترک یا جداگانه تعداد بیشتری از واحدهای مجری برابر تکالیف قانونی خود بازدید داشته باشند. لازم است نتایج پایش مشترک و نظارتها، در جلسات هماهنگی ماهانه که بین مرکز بهداشت و ادارات بیمه شهرستان برگزار می گردد مورد ارزیابی قرار گرفته و گزارش اقدامات انجام شده به ستاد هماهنگی استان ارسال گردد و گزارشات ارسالی

مبنای تخصیص منابع سه ماهه بعدی به شهرستان خواهد بود.

دکتر علیرضا محسنی بندپی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده
رئیس کمیته نظارت بر اجرای برنامه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سهرابی
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره : ۹۳۷۵۲۵۷

۱۰

تاریخ : ۹۳/۲/۵

۱۶) کلیه دستورالعمل هایی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران نرسیده باشد، برای طرف مقابل الزام آور نبوده و در صورت مغایرت با مفاد این تفاهم نامه غیر قابل اجرا می باشد.

۱۷) با توجه به تبصره ذیل مقدمه دستورالعمل ۰۲ برنامه شهری به منظور تطابق بسته خدمات روستایی در استانهایی که نسخه ۰۲ شهری براساس توافق طرفین اجرایی گردد، به منظور پیشگیری از هر گونه اختلال در اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی مقرر گردید منابع مورد نیاز برای تأمین مابه التفاوت سرانه روستاییان سطح یک مناطق مذکور از محل اعتبارات پزشک خانواده شهری که نزد وزارت بهداشت می باشد، توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت با هماهنگی سازمان بیمه سلامت تعیین و ابلاغ گردد.

مفاد این تفاهم نامه در یک مقدمه و ۱۷ ماده و ۳۶ تبصره و یک تذکر از تاریخ اول فروردین ۱۳۹۳ به مدت یک سال شمسی برای تمامی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استانها لازم الاجرا است.

بدیهی است مفاد این تفاهم نامه تا زمان تنظیم و ابلاغ تفاهم نامه جدید به قوت خود باقی خواهد بود و قرارداد اداره کل بیمه سلامت با شبکه های بهداشت و پرداخت سرانه تا ابلاغ سرانه سال جدید، بر اساس مبلغ فعلی می باشد.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر انوشیروان مخسنی بندپی

مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده

رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

علی حیدرنوری

رئیس امور اجتماعی معاونت برنامه ریزی و

نظارت و راهبردی رئیس جمهور

جمشید بحرینی

ذیحساب و مدیر کل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

جمشید بحرینی

ذیحساب و مدیر کل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده

رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر انوشیروان مخسنی بندپی

مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

پیوست شماره ۳:

فرمت قرارداد مشترک اداره بیمه سلامت استان و مرکز بهداشت شهرستان

این قرارداد به استناد تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر سال ۱۳۹۳ فی مابین معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران، بین مدیر کل بیمه سلامت استان به عنوان طرف اول (کارفرما) و مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان طرف دوم (پیمانکار) و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی به عنوان ناظر فنی و اجرایی بر عملکرد پیمانکار منعقد می گردد.

بند ۱- موضوع قرارداد :

ماده ۱: خرید خدمات سلامت سطح اول شامل :

پزشک خانواده (با الزام به بیتوته، دهگردشی و استفاده از راهنماهای بالینی و بکارگیری مستمر پرونده سلامت)،

ماما/پرستار (خدمات مراقبتی پیش بینی شده در بسته خدمات سطح اول ابلاغی)

دارو (براساس فهرست فارماکوپه دارویی ابلاغ شده مطابق با دستورعمل)

آزمایشگاه و رادیولوژی (براساس فهرست مندرج در بسته خدمات سطح اول ابلاغی)

خدمات سلامت دهان و دندان (براساس فهرست مندرج در بسته خدمات سطح اول ابلاغی)

مکمل های دارویی (براساس فهرست ابلاغی و توسط بهورز/ ماما)

واکسن پنتاوالان^۱ (ارائه خدمت در خانه بهداشت/ پایگاه ضمیمه مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی) می باشد که براساس دستورعمل های نظام مراقبت کشوری و با رویکرد آموزش عمومی، پیشگیری، مراقبت، غربالگری، درمان سرپایی و لزوم رعایت نظام ارجاع در ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری دولتی (با رعایت تبصره ۴ ماده ۲ تفاهم نامه) به روستائیان و عشایر تحت پوشش و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه روستایی صورت می گیرد.

بند ۲- تعهدات پیمانکار :

ماده ۲: فراهم آوردن زمینه همکاری های بین بخشی، مشارکت جامعه، آموزش مستمر پزشکان و پرسنل ذیربط (با همکاری اداره کل بیمه سلامت) به منظور آشنایی با برنامه های جاری سلامت، رعایت اصول علمی نسخه نویسی، نظام ارجاع، قوانین بیمه ای و نحوه ارائه خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی، راهنماهای بالینی، دستورعمل های کشوری و نحوه استفاده از آنها و ارزیابی عملکرد فصلی تیم سلامت در ارتباط با موضوع قرارداد .

^۱ ترکیبی از واکسن های: هموفیلوس آنفلوانزا - هپاتیت B - ثلاث (کزاز - دیفتری - سیاه سرفه)

ماده ۳: با توجه به نگاه سلامت محوری و ارائه خدمات جدید براساس شکل گیری نظام مراقبت غیرواگیر، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و شهری زیر ۲۰/۰۰۰ نفر براساس برنامه پیشگیری، مراقبت و درمان بیماریها با ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود. (تبصره ۱ ماده ۱۲)

ماده ۴: تأمین و استقرار پزشکان خانواده در کلیه مراکز مجری (برای ۸ ساعات کار روزانه در دو شیفت کاری غیر از ایام تعطیل رسمی مطابق ماده ۸ تفاهم نامه) براساس حداقل یک پزشک بازای هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی و تأمین و استقرار ماما یا پرستار در کلیه مراکز مجری (برای ۸ ساعت کار روزانه غیر از ایام تعطیل رسمی مطابق ماده ۸ تفاهم نامه) بازای هر ۸۰۰۰ نفر جمعیت یک ماما و در هر مرکز حداقل یک ماما. (ماده ۸ تفاهم نامه)

تبصره ۱: بازای هر ۳۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی، جذب یک پزشک و برای هر ۸۰۰۰ نفر یک ماما ضروری است. در هر صورت در مراکز با جمعیت کمتر از ۳۵۰۰ نفر، وجود یک پزشک و یک ماما ضروریست. بدیهی است پرداخت بازای جمعیت مطابق با بند ۸ تفاهم نامه انجام می پذیرد. در شرایط خاصی که دو مرکز در فاصله کمتر از نیم ساعت ازهم و با جمعیت کمتر از ۳۰۰۰ نفر قرار دارند، پیشنهاد ادغام دو مرکز به ستاد هماهنگی ملی ارائه شود و براساس مصوبه این ستاد ادغام گردد.

تبصره ۲: در کلیه مراکز مجری دارای فضای بیتوته پزشک/ محل اقامت استیجاری مناسب برای بیتوته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است امکان بیتوته را تأمین نماید. در مناطقی که بنا به دلایل خاص امکان بیتوته وجود ندارد، مطابق دستورعمل اقدام گردد.

تبصره ۳: امکانات مورد نیاز برای راه اندازی بیتوته پزشکان و نظارت بر عملکرد پزشک در انجام بیتوته با توجه به در نظر گرفتن سرانه مشخص برای تجهیز بیتوته در بسته خدمتی سطح اول (ماده ۴ تفاهم نامه) تأمین گردد.

تبصره ۴: در مناطقی که مشکل تأمین پزشک وجود دارد در صورت تأیید اداره کل بیمه، برابر تبصره ۱ ماده ۸ تفاهم نامه عمل خواهد شد.

ماده ۵: فراهم نمودن امکانات یا تجهیزات تشخیصی درمانی جهت ارائه خدمات موضوع قرارداد (بند ۱).

تبصره ۵: رعایت جامعیت خدمات در مرکز مجری براساس تبصره ۸ و ۹ ماده ۴ تفاهم نامه الزامی می باشد.

تبصره ۶: ارائه خدمات (معاینه، نمونه گیری پاپ اسمیر و ...) توسط ماما باید با کیفیت مناسب و براساس استانداردهای تعریف شده مطابق با بسته خدمتی نظام مراقبتی صورت پذیرد و براساس تبصره ۵ از بند ۴ تفاهم نامه فرانشیز تعرفه های دولتی اخذ می گردد.

تبصره ۷: رعایت تعرفه و فرانشیزهای کلیه خدمات سطح یک در تفاهم نامه الزامی است (تبصره ۵ و ۶ ماده ۴ تفاهم نامه). سایر قوانین و تعرفه های ابلاغی مربوط به نظام ارائه خدمات سلامت، مشمول این قرارداد نمی گردد.

تبصره ۸: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان به صورت یکسان (دریافت FFS یا سرانه) عمل نماید.

تبصره ۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است:

- نسبت به تأمین ۳۵۰ قلم داروی مصوب سطح یک (با دوزها و اشکال متفاوت) مطابق با دستورعمل در واحد خدمتی یا انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان اقدام نماید.

- تأمین دارو به منظور تجدید نسخ پزشکان متخصص برای بیماریهای مزمن با قید " تجدید نسخه متخصص " در مراکز بهداشتی درمانی براساس دستورعمل اجرایی صرفاً در سقف ۳۵۰ قلم فارماکوپه دارویی تعریف شده سطح اول الزامی است.

تبصره: در صورتیکه در داروخانه مرکز، داروساز مقیم حضور نداشته باشد، فقط حق نسخه پیچی از گیرنده خدمت اخذ می گردد و حق فنی فقط منوط به حضور داروساز است. مبلغ حق فنی و نسخه پیچی توسط هیات دولت و سازمان دارو و غذا اعمال می گردد.

ماده ۶: ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در شیفتهای کاری صبح و عصر و به مدت ۸ ساعت کامل به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه با تأیید ستاد هماهنگی استان با حضور پزشک و ماما در تمامی روزهای هفته الزامی است. هرگونه تغییر در شیفت ارائه خدمت با پیشنهاد ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان با تصویب ستاد هماهنگی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان مشروط به الزام ۸ ساعت کاری و طراحی به گونه ای که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم منطقه باشد، امکان پذیر می باشد.

تبصره ۱۰: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت تحت پوشش و روستاهای اقماری و مناطق سیاری تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی در ساعات صبح و عصر با تأکید بر ارتقاء کمی و کیفی خدمات در مناطق یاد شده و مطابق دستورعمل اجرایی صورت پذیرد. در هر حال باید به گونه ای برنامه ریزی شود که مراکز بهداشتی درمانی تک پزشک تا ساعت ۱۲ ظهر بجز موارد اضطرار، خالی از پزشک نباشد.

تبصره ۱۱: با عنایت به حداقل ۸ ساعت کار مفید در هر روز، ساعت کاری پنجشنبه ها به صورت ممتد لغایت ۳ بعدازظهر خواهد بود.

ماده ۷: ترک محل خدمت پزشکان، ماماها یا پرستاران به دلیل شرکت آنان در جلسه آموزشی با اطلاع رسانی به مردم منطقه و هماهنگی قبلی با اداره بیمه شهرستان بلامانع است. در مورد مراکزی که دارای دو یا چند پزشک می باشند (با رعایت ماده ۸ تفاهم نامه) بایستی طوری برنامه ریزی شود که در مواقع برگزاری کلاسهای آموزشی، مرکز بدون پزشک نماند.

تبصره ۱۲: توصیه می شود مرکز بهداشت شهرستان تمهیدات لازم را برای حضور پزشکان شاغل در مراکز تک پزشک در دوره های آموزشی به گونه ای برنامه ریزی نماید که اختلال در نظام ارائه خدمت ایجاد نگردد.

ماده ۸: در صورت غیبت موجه پزشک یا تعطیلی داروخانه، بیش از سه روز درطول یکماه، مرکز غیرفعال تلقی شده و کل سرانه روزهای غیبت بیش از این سه روز کسر می شود. در صورت غیبت غیرموجه پزشک تا سه روز فقط سرانه پزشک کسر می گردد و چنانچه این غیبت بیش از سه روز بود، سرانه کل مرکز برای آن روزها کسر می شود. (با رعایت ماده ۸ تفاهم نامه)

تبصره ۱۳ : در صورت عدم حضور پزشک بیش از سه روز متوالی در مراکز بهداشتی درمانی تک پزشک، آن مرکز غیر فعال اعلام می شود. درمورد مراکز دارای چند پزشک در صورت غیبت پزشکان براساس ماده ۸ تفاهم نامه اقدام می گردد.

ماده ۹ : تجویز و ثبت کلیه خدمات سطح اول پزشک خانواده در دفترچه های بیمه روستائی و ارسال برگه دوم دفترچه (برگه مخصوص پزشک) به انضمام فرم آمار مراجعات ماهانه به مراکز بهداشتی درمانی حداکثر تا دهم ماه بعد به اداره کل بیمه سلامت استان الزامی است. بدیهی است پرداخت سرانه ماه بعد به مرکز بهداشتی درمانی منوط به ارسال موارد فوق می باشد.

تبصره ۱۴ : مدیریت شهرستان موظف است تمهیدات لازم را برای برقراری نظام ارجاع بعمل آورد به شکلی که : در فرآیند ارجاع، پزشک خانواده با دقت فرم ارجاع (پیوست ۷) را بطور کامل تکمیل نموده و پیگیری لازم را برای دریافت پس خوراند بعمل آورد. لازم به ذکر است پرداخت پاداش ویزیت متخصصین سطح دو و سه منوط به تأیید دریافت پس خوراند پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی می باشد.

ماده ۱۰ : ارائه گزارش و تکمیل فرم های آماری، ارسال برگه دوم نسخ تجویزی توسط پزشک خانواده و نسخ دارو و خدمات پاراکلینیک به همراه CD اطلاعات مذکور (با استفاده از برنامه نرم افزاری مورد تأیید سازمان بیمه سلامت) و اطلاعات درخواستی ماهیانه پزشک خانواده و ماما (جدول پیوست ۳) و فهرست پزشکان خانواده و ماماها هر مرکز (به همراه لیست تغییرات پزشک خانواده و ماما) در مدت مقرر بر اساس فرم های مورد توافق طرفین به اداره کل بیمه الزامی است . هر گونه پرداخت به مراکز بهداشتی درمانی منوط به ارائه گزارش های مربوطه مراکز بهداشتی توسط شبکه های بهداشتی به اداره کل بیمه سلامت استان می باشد.

تبصره ۱۵ : ارائه آخرین لیست مشخصات پزشک و مامای شاغل و نیز لیست حقوق پرداختی پزشکان و ماماها شاغل در برنامه ممهور به مهر بانک، از مراکز مجری به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهیانه به اداره کل بیمه سلامت استان الزامی است .

ماده ۱۱ : اداره کل بیمه سلامت به عنوان کارفرما بجز پایش مشترک ماهانه مبتنی بر چک لیست مورد توافق (پیوست ۶) ، می تواند در هر زمان نسبت به نظارت و بازدید از مراکز بهداشتی درمانی بر روند اجرای پزشک خانواده بر اساس چک لیست کنترل کمی خدمات ارائه شده در سطح مراکز اقدام نموده و نتایج ارزیابی را به نحو مقتضی به اطلاع شبکه بهداشت برساند.

تبصره ۱۶ : علاوه بر مفاد فوق الذکر، برنامه ریزی در مقاطع سه ماهه جهت انجام نظارت و بازدید بر عملکرد پزشک خانواده و تیم سلامت به صورت مشترک با شبکه بهداشت درمان در قالب چک لیست مورد توافق (پیوست ۶) و طبق زمانبندی صورت می پذیرد .

ماده ۱۲ : در سال جاری مرکز بهداشت استان و شهرستان می بایست تمهیدات لازم برای برقراری ارتباط بین ادارات بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان (بهورزها) ایجاد نماید. در این راستا ادارات بیمه موظفند لیست اسمی بیمه شدگان روستایی را به تفکیک شهرستان، بخش، دهستان، روستا، آبادی و ... از طریق مرکز بهداشت

شهرستان در اختیار بهورزان قرار داده تا بهورزان ضمن بررسی لیست از نظر فوت، موالید، مهاجرت به داخل و خارج، بیمه شدگان سایر صندوقها و ... ، تغییرات را اعمال و پس از تأیید مرکز بهداشت شهرستان حداکثر تا پایان مهر ماه به بیمه عودت نماید تا تغییرات جمعیتی حداکثر تا نیمه آبان ماه سال جاری توسط بیمه اعمال شود که این آمار ملاک پرداخت سرانه در کل سال ۹۳ خواهد بود. (پیوست فرآیند اجرایی براساس ماده ۲ تفاهم نامه)

تبصره ۱۷: پالایش جمعیت در خصوص شهرهای زیر بیست هزار نفر نیز طبق فرآیند فوق با همکاری مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان صورت خواهد گرفت. بدیهی است ملاک پرداخت سرانه در این شهرها از تاریخ عقد قرارداد و استقرار تیم سلامت خواهد بود.

ماده ۱۳: حداقل حکم حقوق ماهیانه پزشک خانواده غیر طرحی ۵۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال و پزشک خانواده طرحی و پیام آور ۳۵/۷۰۰/۰۰۰ ریال می باشد. حداقل حکم حقوق ماهیانه کارشناس ماما / پرستار نیز در ازای ۱۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال و کاردان مامائی/ پرستار ۱۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال می باشد. بدیهی است ارقام فوق در خصوص پزشکان مربوط به جمعیت ۳۵۰۰ نفر می باشد و محدودیتهای ناشی از پایش شامل این بند نمی باشد.

ماده ۱۴: مرکز بهداشت موظف است حداکثر تا بیست و هشتم هر ماه نسبت به پرداخت ۷۰٪ حقوق و مزایای پزشک و ماما/پرستار اقدام نماید.

ماده ۱۵: کلیه خدمات تعریف شده در بسته خدمتی سطح اول (بند ۴ تفاهم نامه) مشمول شهرهای زیر بیست هزار نفر نیز می گردد. در شهرهای زیر بیست هزار نفر ارائه خدمت بیتوته توسط مراکز معین و تأمین خدمت ترجیحاً از طریق پزشکان همان شهرهای زیر بیست هزار نفر در تمامی ساعات غیر اداری و ایام تعطیل می باشد.

ماده ۱۶: با توجه به افزایش چشمگیر منابع و انتظار ارائه خدمات با کیفیت بر اساس بسته های خدمتی ابلاغی جدید و توقع بهبود عملکرد تیم سلامت از سوی مسئولین شهرستان، ضروریست گزارش نتیجه عملکرد و اقدامات برنامه بیمه روستایی به تفکیک مرکز (بر اساس فرم پیوست ۸) هر چهار ماه یکبار در اختیار اداره کل بیمه مربوطه قرار گرفته تا در صورت نیاز، با مداخلات بین بخشی مشکلات و موانع مرتفع گردد.

ماده ۱۷: معاونتهای بهداشتی موظفند ریز هزینه کرد سرانه تخصیص یافته به تفکیک عناوین ذکر شده در ماده ۴ را هر شش ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نمایند. بدیهی است پرداخت ماه بعد سرانه توسط اداره کل منوط به ارسال این فهرست می باشد.

ماده ۱۸: در صورت عدم تحویل داروی درخواستی پزشک از انبار دارویی مرکز بهداشت به مرکز مجری یا در صورتی که موجودی داروی موردنظر درخواستی در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه صفر باشد، دو برابر قیمت کل داروهای درخواستی موردنظر از سرانه دارویی شهرستان کسر خواهد شد.

ماده ۱۹: هر گونه فعالیت پزشک و مامای شاغل در برنامه پزشک خانواده در خارج از برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه بخشهای دولتی، خصوصی، خیریه و ... براساس مصوبه هیات دولت ممنوع می باشد.

بند ۳- تعهدات کارفرما :

ماده ۲۰ : پرداخت سهم خدمات سلامت سطح اول بازای هر نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی، عشایر و شهری زیر ۲۰/۰۰۰ نفر معرفی شده از سوی سازمان، براساس تخصیص بودجه سرانه سالانه و بر مبنای ضرایب محرومیت شهرستان معادل ریال ، ماهانه معادل ریال خواهد بود. از این مبلغ ، ۸۰ درصد تا پانزدهم هر ماه معادل ریال و ۲۰ درصد باقیمانده پس از پایش عملکرد و اعمال نتایج آن در کل سرانه متعلقه حداکثر ظرف یک ماه به شرط رعایت مفاد تفاهم نامه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۸ : اداره کل بیمه سلامت متعهد می شود که کلیه پایش های منتج به تعدیلات خود را براساس چک لیستهای کیفی و کمی مورد توافق ستاد هماهنگی کشوری انجام دهند و نتایج حاصل را قبل از پایش بعدی بنحو مقتضی (پس خوراند کتبی یا سامانه) به ستاد مرکز بهداشت شهرستان طرف قرارداد منعکس نماید. بدیهی است در کارگروه مشترک بیمه و مراکز بهداشت شهرستان، موارد فوق بررسی و تصمیمات مقتضی درجهت رفع موانع یا اعمال کسورات اتخاذ شود.

ماده ۲۱ : ادارات کل بیمه سلامت موظف می باشند ضمن آموزش قوانین بیمه ای، نحوه تجویز صحیح نسخ و ارجاع بیماران، برای پزشکان خانواده جدید، گواهی نامه آموزشی نیز صادر نمایند.

ماده ۲۲ : اداره کل بیمه سلامت موظف است فهرست بروز شده مشخصات مؤسسات و مراکز تخصصی دولتی و غیردولتی طرف قرارداد بیمه روستاییان را بصورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان و استان اعلام نماید.

ماده ۲۳ : اداره کل بیمه سلامت مکلف است گزارش کمبود یا پیشرفت منتج از نظارت و پیگیری مراحل راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت و استقرار پرونده الکترونیک، ثبت اطلاعات بیمه شدگان در پرونده، چاپ و تکمیل فرم ارجاع و پس خوراند، آماده سازی و بهبود استاندارد واحدهای مجری برنامه، تأمین خودروی مناسب مراکز، راه اندازی و تأمین امکانات مورد نیاز برای بیتوته پزشکان و دریافت فرم های آماری و نسخ ماهانه (اصل نسخ به همراه CD) از مراکز بهداشتی درمانی، را به معاونت بهداشتی دانشگاه اعلام نماید.

بند ۴- شرایط عمومی قرارداد :

ماده ۲۴ : مرجع حل اختلاف در مورد مفاد قرارداد، ستاد هماهنگی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان می باشد. (مطابق بند ۵ تفاهم نامه)

ماده ۲۵ : پرداخت ۲۰ درصد سرانه موضوع پایش پس از کسر سهم خدماتی است که به بیمه شدگان ارائه نشده و در مهلت یک ماهه اصلاح نگردیده است. ضمناً فهرست تعدیلات هر ماهه بنحو مقتضی به مرکز بهداشت شهرستان و استان اعلام خواهد شد.

ماده ۲۶ : هر دستورعملی که به امضاء مشترک مدیران مسوول برنامه در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت نرسیده باشد، برای طرف مقابل الزام آور نخواهد بود. موارد مغایر به ستاد هماهنگی کشوری اعلام می گردد.

ماده ۲۷: سایر شرایط و مواردی که در این قرارداد پیش بینی نشده است تابع ماده ۲۰ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران بوده و برای طرفین لازم الاجرا است.

ماده ۲۸: پیوست های قرارداد که با امضاء مشترک طرفین ابلاغ خواهد شد، شامل موارد ذیل است:

پیوست شماره ۱: فهرست مورد توافق بسته های خدمات پزشکی، مامایی/ پرستاری، پاراکلینیک، دارویی و خدمات سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۹۳.

پیوست شماره ۲: فهرست تعداد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به همراه تعداد پزشک، ماما یا پرستار شاغل و مورد نیاز، وضعیت ارائه خدمات دارویی و پاراکلینیکی هر یک از آنها.

پیوست شماره ۳: فهرست کامل پزشکان و مراکز طرف قرارداد سایر سطوح اداره کل بیمه سلامت و خدمات قابل ارائه .

پیوست شماره ۴: سرانه و ضرایب محرومیت شهرستانها

پیوست شماره ۵: فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی (جداول شماره ۱ و ۲ و ۳) .

پیوست شماره ۶: فرم های پایش مورد توافق

پیوست شماره ۷: فرم های ارجاع و پس خوراند .

پیوست شماره ۸: لیست گزارش دهی ماهانه از تجهیز و ارائه خدمات سطح یک روستایی

بند ۵-مدت قرارداد :

ماده ۳۰: اعتبار این قرارداد از تاریخ ۹۳/۱/۱ تا پایان سال شمسی جاری خواهد بود. ادامه عمل به مفاد این قرارداد در سال بعد تا زمان ابلاغ قرارداد جدید بلامانع است . بدیهی است مفاد قرارداد در سال جدید مطابق با سرانه مصوب و شرایط موجود در تفاهم نامه جدید مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت تغییر خواهد کرد .

این قرارداد در ۵ بند و ۳۰ ماده و ۱۸ تبصره به همراه ... پیوست و در ۴ نسخه تنظیم شده است و هر ۴ نسخه حکم واحد و اعتبار قانونی دارد .

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت

..... شهرستان

معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی

..... استان

مدیر کل بیمه سلامت

..... استان

پیوست شماره ۴:

ضرایب محرومیت به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۹۳

فایل مربوطه با عنوان zarayeb1393 به صورت Excel جداگانه بر روی سایت وزارتخانه گذاشته شده است.

پیوست شماره ۵:

شماره ۳۹۹/ت ۱۳۹۹ هـ

تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳



بسمه تعالی
"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - وزارت امور اقتصادی و دارایی
وزارت صنعت، معدن و تجارت - معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۲/۲/۲۴ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (ه) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ - تصویب کرد:

- ۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۳۹۳ به شرح ذیل تعیین می گردد:
- الف - ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی
- ۱- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان عمومی و PhD پروانه دار
- ۲- ویزیت پزشکان، دندانپزشکان متخصص و MD - PhD
- ۳- ویزیت پزشکان فوق تخصص، فلوشیپ و روانپزشکان
- ۴- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک
- ۵- کارشناس ارشد پروانه دار
- ۶- کارشناس پروانه دار

ب - سهم پرداختی سازمان های بیمه گر برای ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (مشروط به ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان به ترتیب معادل (۱/۶) برابر، (۱/۴۵) برابر و (۱/۲۵) برابر نسبت به سهم آنان از جزء (الف) و به شرح ذیل می باشد:

(ارقام به ریال)

ویزیت	استادیار	دانشیار	استاد
سهم سازمان	۹۵,۰۰۰	سهم سازمان	۱۰۲,۰۰۰
سهم بیمه شده	۳۰,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۰,۰۰۰
جمع کل	۱۲۵,۰۰۰	جمع کل	۱۳۲,۰۰۰
سهم سازمان	۱۱۳,۰۰۰	سهم سازمان	۱۲۲,۰۰۰
سهم بیمه شده	۳۶,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۶,۰۰۰
جمع کل	۱۴۹,۰۰۰	جمع کل	۱۵۸,۰۰۰
سهم سازمان	۱۳۶,۰۰۰	سهم سازمان	۱۴۶,۰۰۰
سهم بیمه شده	۴۲,۰۰۰	سهم بیمه شده	۴۲,۰۰۰
جمع کل	۱۷۹,۰۰۰	جمع کل	۱۸۹,۰۰۰

۵۵۰۳۹۹۳/۲۱۴۶۶

شماره
تاریخ ۱۳۹۳/۱۲/۳۰

تبصره ۱- سهم بیماران در پرداخت ویزیت سرپایی موضوع جزء (ب) معادل سی درصد تعرفه‌های مصوب در جزء (الف) می باشد.

تبصره ۲- اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی اطلاق می شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی و درمانی تابع دانشگاه محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی خارج از دانشگاه مربوط را نداشته باشند.

تبصره ۳- ویزیت اعضای هیئت علمی که به صورت تمام وقت جغرافیایی مشغول فعالیت می باشند، در جهت تقویت بخش آموزشی در کشور با ارائه گواهی توسط رئیس دانشگاه علوم پزشکی مبنی بر تمام وقت بودن جغرافیایی و ضمیمه نمودن حکم حقوقی تمام وقتی بر مبنای مفاد جزء (ب) بند (۱) توسط سازمان های بیمه گر قابل پرداخت است.

ج - ضریب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی به شرح ذیل تعیین می شود:

۱- ضریب تعرفه دندانپزشکی (۳۹۰۰ ریال)

تبصره- تا پایان خرداد سال ۱۳۹۳، ضریب کای جراحی، بیپوشی، داخلی و فیزیوتراپی بخش دولتی مطابق ضرایب کای تعرفه‌های مصوب سال ۱۳۹۲ ملاک عمل ارائه دهندگان خدمات درمانی قرار می گیرد و رشد ضرایب مذکور، موکول به بازنگری کتاب ارزش نسبی می گردد.

د - به سرجمع تعرفه‌های خدمات آزمایشگاهی و پاتولوژی و ژنتیک بخش دولتی برای سال ۱۳۹۳، سی درصد به تعرفه‌های مصوب سال ۱۳۹۲ اضافه خواهد شد.

هـ - به سرجمع تعرفه‌های خدمات پرتوی پزشکی بخش دولتی، برای سال ۱۳۹۳، بیست و چهار درصد به تعرفه‌های مصوب سال ۱۳۹۲ اضافه خواهد شد، مشروط بر اینکه رشد تعرفه‌های سونوگرافی چهل و پنج درصد، رادیولوژی (آنالوگ، DR و CR) چهل درصد، اسکن ایزوتوپ ده درصد، رادیوتراپی ده درصد، سی تی اسکن ده درصد و MRI ده درصد نسبت به سال گذشته باشد.

و - هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش دولتی در سال ۱۳۹۳، به شرح جدول ذیل می باشد: (ارقام به ریال)

درجه آرژستان بیمارستان	یک تختی (۲ برادر سه تختی)	دو تختی (۱.۵ برادر سه تختی)	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سنگین	نوزاد بیمار سطح دوم	بیمار سرشناسی	تخت بیمار روانی	تخت بیمار	تخت POST CCU	تخت CCU	تخت ICU PED ICU NICU و RICU	تخت BICU
یک	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳۵۷,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۴۳۰,۰۰۰	۳,۱۷۷,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۱,۴۲۸,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰
دو	۱,۲۲۰,۰۰۰	۹۸۰,۰۰۰	۶۲۰,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰	۳۴۰,۰۰۰	۴۰۴,۰۰۰	۲,۵۲۲,۰۰۰	۷۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰
سه	۹۸۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۲۲۲,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰	۳۷۵,۰۰۰	۱,۹۰۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰
چهار	۷۲۰,۰۰۰	۵۴۰,۰۰۰	۴۴۰,۰۰۰	۱۵۵,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۲۵۲,۰۰۰	۱,۴۷۹,۰۰۰	۲۶۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰	۱,۴۲۰,۰۰۰

شماره ۱۴۶۹/ت ۵۰۳۹۹هـ

تاریخ ۱۳۹۳/۲/۲۰



تبصره ۱- پرداخت سازمان های بیمه گر بر مبنای تعرفه اقامت سه تختی و بیشتر در بخش دولتی خواهد بود.

تبصره ۲- تعرفه اعمال جراحی شایع (گلوبال)، براساس میزان رشد سرفصل های خدمتی و جزئیات تعرفه های این تصویب نامه قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۳- داروها و تجهیزات مورد نیاز بیماران طبق فهرست مورد توافق در بخش دولتی توسط مراکز ارائه کننده خدمت تأمین می گردد و مراکز درمانی حق ارجاع بیماران جهت تهیه دارو و تجهیزات پزشکی به بیرون از مراکز را ندارند.

ز - تعرفه خدمات حرفه ای داروسازان در بخش دولتی در سال ۱۳۹۳ به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱- تعرفه خدمات حرفه ای داروساز به شرط رعایت شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای داروسازان، معادل پنج هزار و سیصد (۵۳۰۰) ریال در ساعات روز و شش هزار و چهارصد (۶۴۰۰) ریال در ساعات شب و ایام تعطیل تعیین می شود.

۲- تعرفه خدمات حرفه ای داروساز جهت داروهای بدون نسخه (OTC) که فهرست آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می گردد، پانزده درصد بهای هر نسخه و حداکثر تا سقف چهار هزار و یکصد (۴۱۰۰) ریال تعیین می شود.

۳- دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور موظف است اعداد اعلام شده در این تصویب نامه را تا سه رقم گرد نماید.

۴- فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۹۳ به شرح زیر تعیین می شود:

الف - فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری دولتی ده درصد.

ب - فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی دولتی سی درصد.

۵- نرخ حق بیمه درمان در سال ۱۳۹۳ مطابق با ماده بند (د) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه به شرح ذیل خواهد بود:

الف - صندوق بیمه کارکنان کشوری و لشکری

۱- حق بیمه درمان خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته در سال ۱۳۹۳، معادل شش درصد حقوق و مزایای مستمر تا سقف دو برابر حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱-۱- بیمه شده شاغل دو درصد حقوق مبنای کسور و بازنشستگان و موظفین ۱/۲ درصد حقوق.

۱-۲- دستگاه اجرایی معادل سهم بیمه شده.

۱-۳- بقیه به عنوان سهم دولت از اعتبارات مربوط مندرج در قانون بودجه (برنامه بیمه کارکنان دولت ۳۰۴۰۵) ذیل سازمان بیمه سلامت ایران و برنامه بیمه خدمات درمانی (۳۰۴۴۰) ذیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح)

۲- حق بیمه درمان خانوارهای شاغلین و بازنشستگان و موظفین دستگاه های اجرایی که از بودجه عمومی دولت استفاده نمی کنند، به ترتیب حق بیمه شاغلین دو درصد حقوق مبنای کسور و حق بیمه بازنشستگان و موظفین ۱/۲ درصد و بقیه تا شش درصد مبنای کسور توسط دستگاه اجرایی حداکثر تا سقف دو برابر حداقل حقوق و دستمزد مشمولین قانون کار می باشد.

شماره ۱۶۶۳ / ۳۹۹ هـ.ش

تاریخ ۱۳۹۳ / ۲ / ۳۰



۳- در صورتی که زوجین هر دو مشترک صندوق بیمه کارکنان کشوری یا لشکری و یا مشترکاً دارای دفترچه بیمه درمانی از صندوق های مربوط باشند، حق بیمه درمان موضوع این تصویب نامه از حقوق سرپرست مرد کسر می شود.

۴- مشمولین صندوق بیمه کارکنان دولت در صورت حدوث شرایط مندرج در ماده (۳۰) قانون برنامه پنجم توسعه می توانند با پرداخت شش درصد دو برابر حداقل حقوق قانون کار، خود را در صندوق مذکور بیمه درمان نمایند.

ب - حق بیمه خانوارهای روستاییان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل شش درصد حداقل حقوق مشمولین قانون کار تعیین که صددرصد آن توسط دولت تأمین می گردد. تبصره - در مواردی که بیمه شده اصلی، مددجو یا تولخواه تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور بوده و خانواده آنها (والدین، خواهر و برادر) تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور نمی باشد، پوشش بیمه ای آنها (والدین، خواهر و برادر) در قالب تبعی (۳) در صندوق سایر اقشار و یا در قالب بیمه ایرانیان امکان پذیر می باشد.

ج - حق بیمه افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی اخذ می گردد.

د - نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۹۳ برای سایر گروه ها (صندوق های بیمه ایرانیان، کارکنان وظیفه، سایر اقشار از جمله بنیاد شهید و امور ایثارگران، طلاب، بسیجیان، دانشجویان، وکلا و نظام پزشکی) برابر دویست و پانزده هزار (۲۱۵۰۰۰) ریال به شرح زیر تعیین می گردد:

۱- سهم بیمه شدگان و دولت در صندوق بیمه ایرانیان هر یک معادل پنجاه درصد سرانه مصوب می باشد.

تبصره ۱- در مورد گروه های نیازمند موضوع تبصره بند (۲) تصویب نامه شماره ۷۴۵۱۵/ت/۴۰۳۰۲ ک مورخ ۱۳۸۷/۵/۱۲، میزان بخشودگی سهم مشارکت بیمه شده (مازاد بر پنجاه درصد) براساس دستورالعمل مشترک سازمان بیمه سلامت ایران، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و یا رأساً توسط سازمان بیمه سلامت ایران تعیین می گردد. حداقل مشارکت بیمه شدگان فوق از نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی، معادل پانزده درصد می باشد.

تبصره ۲- حداکثر مدت اعتبار میزان بخشودگی برای سهم مشارکت بیمه شده معرفی شده از سوی کمیته امداد امام خمینی (ره) یا سازمان بهزیستی کشور دو ساله می باشد.

تبصره ۳- برای ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از (۲۰۰۰۰) نفر که طی سنوات مختلف به بالاتر از (۲۰۰۰۰) نفر جمعیت رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از (۲۰۰۰۰) نفر ملحق گردیده اند (بر اساس تقسیمات کشوری) از صندوق صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر خارج و به صندوق بیمه ایرانیان ملحق می شوند. سازمان بیمه سلامت ایران باید پانزده درصد سرانه را برای بیمه ایرانیان دریافت نماید. افراد تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) از طریق این نهاد بیمه می شوند. تبصره ۴- صددرصد نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۹۳ برای بیماران خاص تحت پوشش صندوق بیمه ایرانیان توسط دولت تأمین می گردد.

۲- حق بیمه افراد تبعی درجه (۲)، طبق ضوابط جاری مورد عمل هر صندوق، معادل حق سرانه مصوب از حقوق بیمه شده اصلی کسر می گردد.

۳- حق بیمه افراد تبعی درجه (۳) هر صندوق (پدر و مادر، خواهر و برادر، عروس و داماد و سایر موارد حسب ضوابط صندوق ها) معادل (۲/۹) مازاد بر حق بیمه مصوب، از حقوق بیمه شده اصلی کسر می گردد.

۶۶۶۹/۴/۳۹۹۰ هـ

شماره
تاریخ ۳۰ / ۲ / ۱۳۹۳

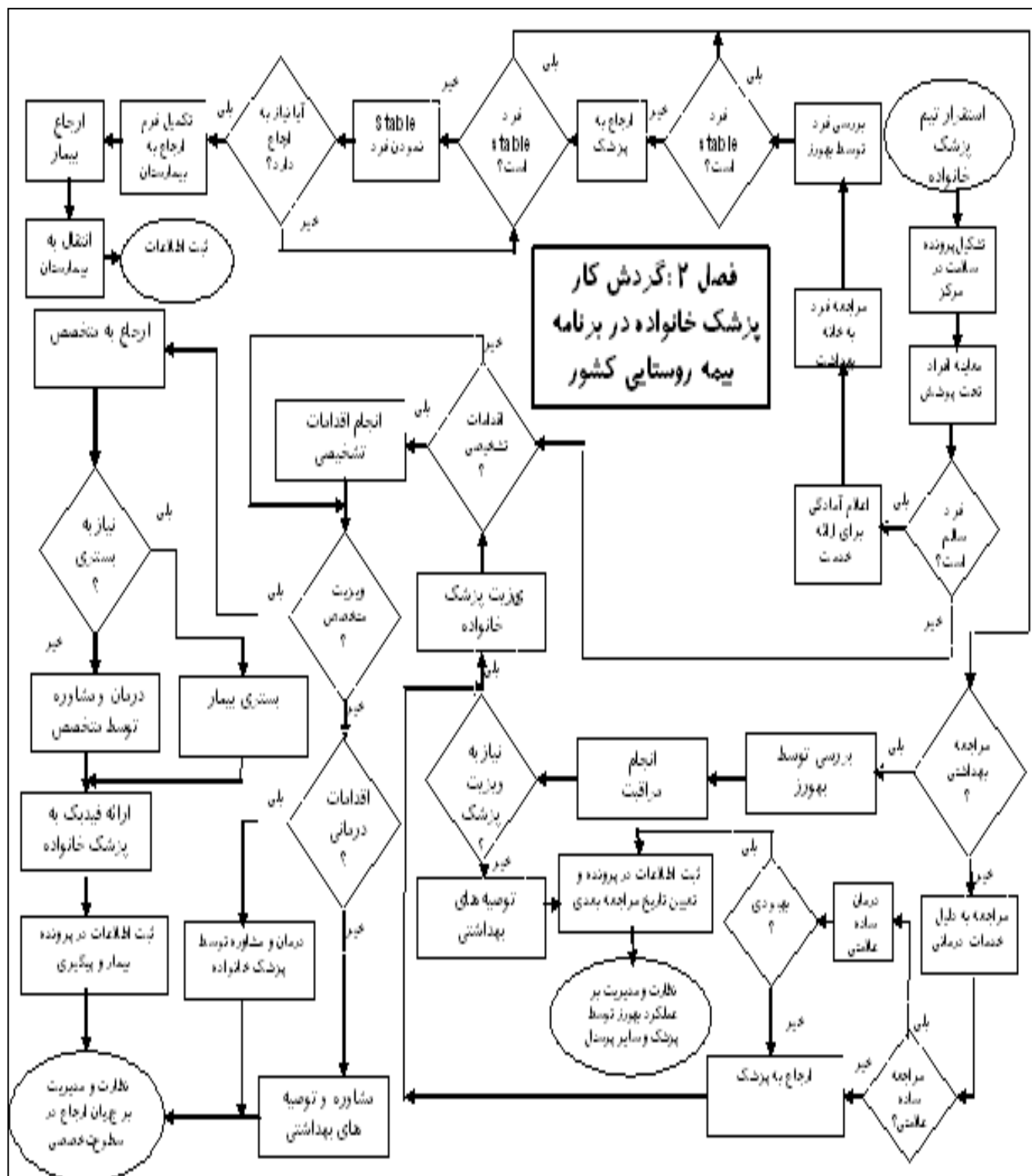


- ۴- شمول افراد تبعی درجه یک برای فرزندان ذکور تا پایان سن بیست و دو سالگی (و در صورت ادامه تحصیل تا پایان سن بیست و پنج سالگی) و برای فرزندان اناث تا زمان ازدواج یا اشتغال می باشد.
- ۵- ادامه پوشش بیمه ای برای آن دسته از فرزندان دختر و پسر که از پوشش بیمه ای خارج می شوند، در صورت استمرار حق بیمه بر مبنای افراد تبعی درجه (۳) براساس ضوابط جاری هر سازمان پلامانع است.
- ۶- یک پنجم نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی کارکنان وظیفه و عائله درجه یک ایشان توسط فرد مشمول و بقیه آن توسط دولت تأمین می گردد.
- ۷- پوشش بیمه درمان اتباع بیگانه مقیم ایران براساس مفاد بند (د) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه می باشد.
- تبصره - پوشش بیمه ای اتباع بیگانه سایر اقشار (دانشجویان، طلاب و خانواده شهدا) در صورت درخواست بیمه گذار مربوط پلامانع است.
- ۵- تعرفه های بخشی دولتی از ابتدای اردیبهشت ۱۳۹۲ برای بخش غیردولتی نیز لازم الاجراست.
- ۶- این تصویب نامه از ابتدای اردیبهشت ۱۳۹۲ لازم الاجرا می باشد. ارزش ریالی ضرایب جراحی، بیهوشی، داخلی و فیزیوتراپی پس از تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیئت وزیران ابلاغ و لازم الاجرا خواهد بود.

اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور، معاونت حقوقی رئیس جمهور، معاونت امور مجلس رئیس جمهور، معاونت اجرایی رئیس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت قوانین مجلس شورای اسلامی، اداره کل قوانین و مقررات کشور، اداره کل حقوقی، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود.

پیوست شماره ۶: گردش کار چگونگی تماس پزشک با مراجعه کننده



گردش کار عملکرد پزشک خانواده در برخورد با مراجعه کنندگان به تیم سلامت

خدمات پزشک خانواده در دو شکل عمده، مراجعه تیم پزشک خانواده به در منازل افراد تحت پوشش در قالب ارائه خدمات به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می شود.

در حالت اول: پزشک بعد از استقرار، موظف به تشکیل پرونده سلامت خانوار برای تمام جمعیت تحت پوشش منطقه خود خواهد بود. بعد از تشکیل پرونده و معاینه همه افراد تحت پوشش، موارد بیماری را مطابق آنچه در حالت دوم توضیح داده می شود، اداره و مدیریت خواهد کرد. در حین و پس از پایان معاینه ادواری، واحد تیم سلامت که شامل پرسنل خانه های بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی است، اعلام آمادگی می کنند تا مردم نیازمند خدمات بهداشتی درمانی برای دریافت این خدمات مراجعه نمایند. در حالت دوم، پس از مراجعه فرد به بهورز، در ابتدا فرد توسط بهورز بررسی می گردد تا از Stable بودن مراجعه کننده اطمینان حاصل شود. در صورتیکه فرد از نظر علائم حیاتی Stable نبود، پس از انجام اقدامات اولیه توسط بهورز، فرد به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می شود. با حضور پزشک بر بالین بیمار، باید اقدامات لازم برای Stable کردن او صورت گیرد. پس از آن، بررسی می شود که آیا فرد نیازمند ارجاع به بیمارستان می باشد؟ در صورتیکه چنین است، باید فرم ارجاع به بیمارستان را تکمیل کرد و فرد را به بیمارستان انتقال داد و اطلاعات لازم را ثبت نمود.

در صورتیکه فرد مراجعه کننده به بهورز، Stable بود، نخستین گام باید بررسی علل مراجعه باشد. چنانچه مراجعه کننده نیازمند خدمات بهداشتی باشد این خدمات به وی ارائه می گردد. در جریان ارائه خدمات بهداشتی اگر فرد نیازمند دریافت خدمات پزشکی نباشد، توصیه های بهداشتی، ثبت اطلاعات در پرونده و تعیین تاریخ مراجعه بعدی برای مراجعه کننده صورت می گیرد. چنانچه در جریان ارائه خدمات بهداشتی فرد نیازمند خدمات پزشکی باشد، فرد به پزشک خانواده ارجاع شده و پزشک وی را ویزیت می کند. در صورت نیاز به اقدامات تشخیصی، اقدام می کند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی او را به متخصص ارجاع می دهد. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، متخصص مربوطه وی را بستری می کند تا درمان و مشاوره توسط متخصصین انجام شود. پس خوراند خدمات بستری و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام خواهد شد. کلیه اطلاعات مربوط به بیمار بستری در پرونده بیمار ثبت و در صورت نیاز پی گیری می شود. در صورت عدم نیاز به متخصص و یابستری شدن بیمار، اقدامات درمانی، مشاوره و توصیه های بهداشتی توسط پزشک خانواده صورت می گیرد، اطلاعات در پرونده بیمار و دفترچه بیمه وی ثبت و در صورت نیاز، پی گیری می شود. در مواردی که فرد مراجعه کننده به دلیل دریافت خدمات درمانی به بهورز مراجعه کرده باشد، چنانچه مشکل با درمان علائم ساده علامتی که در آموزشهای بهورز آمده است قابل حل باشد، باید توسط بهورز درمان گردد و در صورتیکه پس از انجام اقدامات لازم بیمار بهبود نیافت، او را به پزشک خانواده ارجاع می دهد. در مواردی که بیمار به دلیلی غیر از موارد درمان ساده علامتی مراجعه می کند، بهورز باید بیمار را مستقیماً به پزشک خانواده ارجاع دهد و کلیه اقداماتی که در بالا توضیح داده شد برای بیمار توسط پزشک صورت پذیرد.

پیوست شماره ۷:

بسمه تعالی

شماره..... ۵/۲۰۹/۳۵۸۷
تاریخ..... ۱۳۹۰/۱۰/۲۷
پوست... ندارد.....


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی

«سال ۹۰، سال جهاد اقتصادی»

جناب آقای دکتر شریعتی

قائم مقام محترم معاونت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه

با سلام

احتراماً بازگشت به نامه شماره ۳۰۸/۸۴۱۳ د مورخ ۹۰/۹/۲۲ در خصوص مرخصی استحقاقی استفاده نشده مشمولین برنامه پزشک خانواده به استحضار می رساند:

با توجه به تبصره ۴ ماده ۲ دستور العمل تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی اعضا غیر هیئت علمی دانشگاه، ملاک پرداخت فوق العاده ویژه دستور العمل برنامه پزشک خانواده می باشد و با عنایت به صراحت ماده ۵۶ نسخه ۱۱/۱ دستور العمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مبنی بر اینکه در هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی (به استثناء زمان بیثبوت پزشک در محل) نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد بنابراین ملاک پرداخت، کل دریافتی فرد می باشد.

در خصوص مدت زمان مرخصی همانطور که در بخشنامه شماره ۳۰۸/۳۵۳۰ مورخ ۹۰/۲/۱۹ آن مرکز اعلام گردیده است صرفاً ۱۵ روز مرخصی پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد قابل بازخریدی می باشد.

مراتب جهت استحضار و هرگونه اقدام مقتضی ارسال می گردد.


دکتر حسین مبارکی
مشاور معاونت توسعه و مدیریت کل
منابع انسانی و پشتیبانی

پیوست شماره ۸: فهرست ۳۵۰ قلم داروی سطح اول

فهرست اولیه داروهای سطح اول بیمه روستاییان براساس انتخاب نمایندگان پزشکان خانواده و مراکز بهداشتی درمانی روستایی کل کشور (با لحاظ همه دوزها و اشکال دارویی مربوطه)

ردیف	نام دارو
1	tranexamic acid
2	A.C.A
3	ACETAMINOPHEN -PARACETAMOL
4	ACETAMINOPHEN -PARCETAMOL
5	ACETAMINOPHEN CODEINE
6	ACETAMINOPHEN -PARACETAMOL
7	ACETAZOLAMIDE
8	ACETAZOLAMIDE -AS SODIUM
9	ACICLOVIR
10	ADULT COLD
11	ALBENDAZOL
12	ALENDRONATE -AS SODIUM
13	ALLOPURINOL
14	ALPHA
15	ALPRAZOLAM
16	ALUMINIUM HYDROXIDE -AS GEL
17	ALUMINIUM MG
18	ALUMINIUM MG S
19	AMILORIDE - H
20	AMINOPHYLLINE
21	AMITRIPTYLINE HCl
22	AMLODIPINE -AS BESYLATE
23	cap AMOXICILLIN250
24	cap AMOXICILLIN500
25	sol AMOXICILLIN125
26	sol AMOXICILLIN250

cap AMPICILLIN250	27
cap AMPICILLIN500	28
syr AMPICILLIN125	29
syr AMPICILLIN250	30
amp AMPICILLIN1000	31
amp AMPICILLIN500	32
AMPICILLIN -AS SODIUM	33
ANTI HEMORRHOID	34
ANTI HISTAMINE DECONGESTANT	35
ARTIFICIAL TEARS -HYPROMELLOSE	36
ASA -ACETYL SALICYLIC ACID	37
ATENOLOL	38
ATORVASTATINE	39
ATROPINE SULFATE	40
AZITHROMYCIN	41
AZITHROMYCIN	42
AZITHROMYCIN -AS EHYDRATE	43
Azitromycin (سازمان ۹۰ درصد بر اساس سهم)	44
BACLOFEN	45
BECLOMETHASONE DIPROPIONATE	46
BELLADONNA PB	47
BETAHISTINE 2HCL	48
BETAMETHASONE -AS DISODIUM PHOSPHATE	49
BETAMETHASONE -AS VALERATE	50
BETAMETHASONE DISODIUM PHOSPHATE	51
BETAMETHASONE LA	52
BIPERIDEN LACTATE	53
BISACODYL	54
BISMUTH SUB CITRATE	55
BROMHEXINE HCL	56
BURN OINTMENT -FOR MINOR BURNS	57
CALAMINE - D	58

CALCIUM -AS CARBONATE	59
CALCIUM - D	60
CALCIUM FORTE	61
CALCIUM GLUCONATE	62
CAPTOPRIL	63
CARBAMAZEPINE	64
CEFAZOLIN -AS DODIUM500	65
CEFAZOLIN -AS DODIUM1000	66
cap CEFIXIME200	67
syrCEFIXIME100	68
cap CEFIXIME400	69
CEFOTAXIME -AS SODIUM	70
CEPHALEXIN	71
CETIRIZINE HCL	72
CHARCOAL ACTIVATED	73
CHILDREN COLD	74
CHLOR DIAZEPOXIDE	75
CHLOR HEXIDINE GLUCONATE	76
CHLOR PHENIRAMINE MALEATE	77
CHLORPROMAZINE HCL	78
CHLORAM PHENICOL	79
CHLORAM PHENICOL -AS SODIUM SUCCINATE	80
CHLORO QUINE -AS PHOSPHATE	81
CHOLESTYRAMINE	82
CIMETIDIME -AS HCL	83
CIMETIDine	84
CIPROFLOXACIN -AS HCL	85
CITALOPRAM	86
C-LAX®	87
CLEMASTINE -AS FUMARATE	88
CLIDINIUM-C	89
CLINDAMYCIN	90

CLOBETASOL PROPIONATE	91
CLOBUTINOL HCL	92
CLOFAZIMINE	93
CLOMIPRAMINE HCI	94
CLONAZEPAM	95
CLOTTRIMAZOLE	96
CLOXACILLIN -AS SODIUM	97
syr CO-AMOXICLAV325	98
cap CO-AMOXICLAV375	99
cap CO-AMOXICLAV625	100
tab CO-AMOXICLAV	101
CO-TRIMOXAZOLE	102
CROMOLYN SODIUM	103
CROTAMITON	104
CYCLOSERINE	105
CYPROHEPTADINE HCL	106
CYPROTERONE COMPOUND	107
DAPSONE	108
DEXA METHASONE	109
DEXTROMETHORPHAN HBR	110
DEXTROMETHORPHAN - P	111
DEXTROSE 3.33% NACL 0.3%	112
DEXTROSE 5% NACL 0.9%	113
DEXTROSE 50%	114
DIAZEPAM	115
DICLOFENAC SODIUM	116
DICYCLOMINE HCL	117
DIGESTIVE	118
DIGOXIN	119
DILTIAZEM HCL	120
DILTIAZEM HCL SR	121
DIMENHYDRINATE	122

DIMETHICONE -ACTIVATED	123
DIPHEN HYDRAMIN HCL	124
DIPHEN HYDRAMINE COMPOUND	125
DIPHENOXILATE	126
S.R SODIUM DICLOFENAC(آلفن ایکس ال)	127
EPINEPHRINE (تزریقی)	128
DIPYRIDAMOLE	129
DOPAMINE HCL	130
DOXYCYCLINE	131
ENALAPRIL MALEATE	132
EPINEPHRINE -AS ACID TARTRATE	133
ERGOTAMINE - C	134
ERYTHROMYCIN	135
ERYTHROMYCIN -AS ETHYLSUCCINATE	136
ESTRADIOL VALERATE	137
EXPECTORANT	138
EXPECTORANT CODEINE	139
FAMOTIDINE	140
FERROUS SULFATE	141
FERROUS SULFATE - F	142
FLUCONAZOLE	143
FLUOCINOLONE ACETONIDE	144
FLUOXETINE -AS HCL	145
FLUPHENAZINE 2HCL	146
FLUPHENAZINE DECANOATE	147
FLUVOXAMINE	148
FLUVOXAMINE MALEATE	149
FOLIC ACID	150
FURAZOLIDONE	151
FUROSEMIDE	152
GABAPENTIN	153
GEMFIBROZIL	154

GENTAMICIN -AS SULFATE	155
GLIBENCLAMIDE	156
GLYCERIN PHENIQE	157
GRISEOFULVIN	158
GUAIFENESIN	159
HALOPERIDOL	160
HALOPERIDOL -AS DECANOATE	161
HALOPERIDOL -AS LACTATE	162
HYDRALAZINE HCL	163
HYDRO CHLOROTHIAZIDE	164
HYDRO CORTISONE ACETATE	165
HYDROXYZINE HCL	166
HYOSCINE .N. BUTYL BROMIDE	167
IBUPROFEN	168
IMIPRAMINE HCL	169
INDOMETHACIN	170
INDOMETHACIN SR	171
INSULIN ISOPHANE -NPH Human	172
INSULIN -REGULAR Human	173
IDOQUINOL -DI IODO HYDROXY QUINOLINE	174
IPRATROPIUM BROMIDE	175
ISOSORBIDE DINITRATE	176
ISOSORBIDE DINITRATE SR	177
ISOXSUPRINE HCL	178
KETOCONAZOLE	179
KETOTIFEN -AS FUMARATE	180
LACTULOSE	181
LEVAMISOLE -AS HCL	182
LEVOTHYROXINE SODIUM	183
LIDOCAINE HCL	184
LINDANE.	185
LITHIUM CARBONATE	186

LITHIUM CARBONATE SR	187
LOPERAMIDE HCL	188
LORATADINE	189
LORAZEPAM	190
LOSARTAN POTASSIUM	191
Losartan+Hydrochlorthiazide (بر اساس سهم سازمان ۹۰ درصد)	192
LOVASTATIN	193
MAGNESIUM HYDROXIDE	194
MEBENDAZOLE	195
MEDROXY PROGESTERONE ACETATE	196
MEFENAMIC ACID	197
MENTHOL SALICYLATE	198
METFORMIN HCL	199
METHIMAZOLE	200
METHOCARBAMOLE	201
METHYL SALICYLATE	202
METHYL DOPA	203
METHYL PREDNISOLONE ACETATE	204
METOCLOPRAMIDE -AS HCL OR 2HCL	205
METOCLOPRAMIDE HCL	206
METOPROLOL TARTRARE	207
METRONIDAZOLE	208
MULTI VITAMIN	209
MULTI VITAMIN PLUS IRON	210
MUPIROCIN	211
NALIDIXIC ACID	212
NALOXONE	213
NAPHAZOLINE ANTAZOLINE	214
NAPHAZOLINE HCL OR NITRATE	215
NAPROXEN	216
NICLOSAMIDE	217
NICOTINIC ACID	218

NITROFURANTOIN	219
NITROFURAZONE	220
NITROGLYCERIN	221
NITROGLYCERIN SR	222
NOR TRIPTYLINE -AS HCL	223
NYSTATIN	224
O.R.S.	225
OFLOXACIN	226
OMEPRAZOLE	227
OXAZEPAM	228
OXYBUTYNIN CHLORIDE	229
PEDIATRIC GRIPPE	230
PENICILLIN G BENZATHINE -PENICILLIN LA	231
PENICILLIN G PLUD PROCAINE	232
PENICILLIN V BENZATHINE	233
PENICILLIN V POTASSIUM	234
PENICILLINE 6-3-3	235
PERPHENAZINE	236
PHENAZO PYRIDINE HCL	237
PHENO BARBITAL	238
PHENYL EPHRINE HCL	239
PHENYTOIN COMPOUND	240
PHENYTOIN SODIUM	241
PHOSPHATE SODIUM	242
PIPERAZINE HEXAHYDRATE	243
PIPERAZINE HEXAHYDRATE -AS CITRATE	244
PIROXICAM	245
POLYMYXIN B SULFATE	246
POLYMYXIN - NH	247
PRAZOSIN -AS HCL	248
PREDNISOLONE	249
PREDNISOLONE FORTE	250

PRIMAQUINE -AS PHOSPHATE	251
PROGESTERONE	252
PROMETHAZINE HCL	253
PROPRANOLOL HCL	254
PSEUDO EPHEDRINE HCL	255
PYRAZINAMIDE	256
PYRIMETHAMINE	257
PYRVINIUM -AS PAMOATE	258
RANITIDINE	259
RANITIDINE -AS HCL	260
RINGER S	261
RINGER LACTATE	262
RISPERIDONE	263
SALBUTAMOL	264
SALBUTAMOL -AS SULFATE	265
SILVER SULFADIAZINE	266
SODIUM BICARBONATE	267
SODIUM CHLORIDE	268
SORBITOL	269
SPIRONOLACTONE	270
STREPTOMYCIN -AS SULFATE	271
SUCRALFATE	272
SULFACETAMIDE SODIUM	273
SULFADOXINE- P	274
SULFASALAZINE	275
TETANUS IMMUNE GLOBULIN	276
TETRACAINE HCL	277
TETRACYCLINE HCL	278
THEOPHILLINE G.	279
THEOPHILLINE SR.	280
THIORIDAZINE HCL	281
TIMOLOL -AS MALEATE	282

TOLMETIN -AS SODIUM	283
TRETINOIN	284
TRIAMCINOLONE ACETONIDE	285
TRIAMCINOLONE N.N	286
TRIAMTERENE - H	287
TRIFLUO PERAZINE -AS 2HCL	288
TRIHXYPHENIDYL HCL	289
TRIPLE SULFA	290
VALPROATE SODIUM	291
VALPROATE SODIUM SR	292
VERAPAMIL HCL	293
VITAMIN A	294
VITAMIN A+D	295
VITAMIN B1 -THIAMINE HCL	296
VITAMIN B12 -CYANOCOBALAMIN	297
VITAMIN B2 -RIBOFLAVIN	298
VITAMIN B6 -PYRIDOXINE HCL	299
VITAMIN C -ASCORBIC ACID	300
VITAMIN D3 -COLECALCIFEROL	301
VITAMIN K -PHYTONADIONE	302
WATER (5ml)	303
ZINC OXIDE	304
ZINC SULFATE	305
AMANTADINE HCL	306
anethum	307
BENZOCAINE	308
BENZOYL PEROXIDE - Top Gel	309
BUSPIRON	310
CALCIUM PANTOTHENATE	311
calendula	312
CARAWAY MIXTURE®	313
CARBAMAZEPINE	314

CARMINT®	315
CARVEDILOL	316
CAST	317
CETYLPYRIDINIUM CHOLORIDE	318
CHLOR HEXIDINE GLUCONATE	319
cinarizin	320
COAL TAR - Lotion	321
colchicine	322
conjugated estrogen(tab)	323
dextrometorphan	324
DIHYDRO ERGOTAMIN	325
FIGITOL®	326
FIGPLUS®	327
FIGSIN®	328
FIJAN®	329
GLICLAZIDE	330
HYDROXY CHLORO QUINE SULFATE	331
HYPIRAN®	332
LEUCOREX® – VAGINAL CREAM	333
levodopa	334
LIDOCAINE -P - Top Oint	335
METAPROTRENOL(TAB)	336
methyl ergonovin maleate	337
pancreatin EC	338
permethrin	339
Pioglitazone	340
prostatan	341
PROSTATAN®	342
psyllium	343
SIMVASTATIN	344
SPECTINOMYCIN (AS 2HCL)	345
TESTOSTERONE ENANTATE	346

THIABENDAZOLE	347
trimipramine	348
VALSARTAN	349
VIBRIL	350

پیوست شماره ۹:

فرمت قرارداد برای ارائه خدمات دارویی و دستورعمل آن

شماره تاریخ پرست ۱۳۸۵ / ۱۲ / ۲	باسمه تعالی	D12 جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت و درمان معاونت غذا و دارو
فایز دردمزر رشد علی آه	شماره ۱۳۲۹۲	جناب آقای دکتر سید موید علویان معاون محترم سلامت جناب آقای دکتر شمس اردکانی مدیر کل محترم سازمان بیمه خدمات درمانی
سلام علیکم احتراماً به پیوست دستورالعمل نحوه ارائه خدمات دارویی در طرح بیمه روستایی پس از بازبینی به عمل آمده در جلسات کارشناسی مربوطه ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمائید با توجه به حجم استعلام های به عمل آمده توسط دانشگاه های علوم پزشکی، مراتب به نحو مقتضی به کلیه دانشگاه ها ابلاغ گردد. شایان ذکر است قرارداد مربوط به انعقاد قرارداد با داروخانه های خصوصی پس از تأیید دفتر حقوقی متعاقباً ارسال خواهد شد.		
دکتر رسول دینپور معاون غذا و دارو		
دکتر شهبازی	خانم حسینی	
رونوشت: جناب آقای دکتر همدری - رئیس محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت جهت اطلاع بانضمام ضمائم جناب آقای دکتر شهبازی - مشاور محترم اجرایی و امور استانها جهت اطلاع بانضمام ضمائم جناب آقای دکتر حسینی - رئیس محترم دبیرخانه تحقیقات کاربردی جهت اطلاع بانضمام ضمائم		

بسمه- تعالی

با توجه به اینکه برنامه ریزی در مورد نحوه ارائه خدمات دارویی در طرح بیمه روستایی به معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی واگذار گردیده است و سیاست این معاونت در این خصوص حتی الامکان مبتنی بر خرید خدمات مربوطه از داروخانه های بخش خصوصی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت می باشد. فلذا در راستای این سیاست چگونگی این برنامه به شرح زیر ابلاغ می گردد:

۱- در مواردی که داروخانه خصوصی در روستا وجود دارد و متقاضی انعقاد قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی می باشد. بایستی بر اساس قرارداد پیوست ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی انجام گیرد.
بدیهی است در این صورت چنانچه مرکز بهداشتی درمانی دارای داروخانه است باید نسبت به تعطیل آن اقدام و تنها نسبت به دایر نمودن گنجینه دارویی با هماهنگی و تفاهم پزشک مرکز براساس فهرست داروئی طرح بیمه روستایی در خارج از ساعات موظف فعالیت مرکز بهداشتی درمانی اقدام نماید. نظارت بر نحوه مصرف داروهای موجود در گنجینه دارویی بر عهده پزشک مرکز می باشد.
اخذ تعرفه «حق فنی داروساز» مانند هر نسخه دیگر تنها زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی انجام می شود وجاهت قانونی خواهد داشت و داروهای گنجینه دارویی در اختیار مرکز بهداشتی - درمانی قرار گرفته و اخذ «تعرفه حق فنی» و یا «هزینه نسخه پیچی» موضوعیت نخواهد داشت و ممنوع است.
تبصره: در صورت تمایل و توافق طرفین دایر نمودن داروخانه خصوصی در محل مرکز در اولویت میباشد.

۲- در مواردی که روستا داروخانه خصوصی ندارد اما داروخانه خصوصی روستای همجوار حاضر به راه اندازی داروخانه قمر در مرکز بهداشتی - درمانی است فرم متمم قرارداد پیوست تکمیل شود. در این مورد تعیین حاکم فاصله بین مراکز بهداشتی و داروخانه های خصوصی جهت عقد قرارداد بیمه روستایی با توجه به تفاوت های موجود در نحوه پراکندگی جمعیت و مشخصات جغرافیایی استانها بر عهده کمیته های استانی خواهد بود. همچنین در شرایط مساوی اولویت عقد قرارداد با نزدیک ترین داروخانه خصوصی می باشد. در این صورت مرکز بهداشتی درمانی فضای داروخانه را به طور مجانی در اختیار داروخانه خصوصی قرار می دهد و داروخانه خصوصی داروخانه قمر را در مرکز بهداشتی درمانی بر اساس لیست دارویی بیمه روستایی تجهیز می کند. عدم مغایرت شرایط فیزیکی فضای اختصاص داده شده به داروخانه بایستی به تایید معاونت غذا و دارو دانشگاه مربوطه رسیده باشد.
ارائه خدمات دارویی در داروخانه قمر توسط پرسنلی خواهد بود که در استخدام داروخانه خصوصی است و باید در برنامه های آموزشی لازم که در سطح مراکز بهداشتی - درمانی به اجرا در خواهد آمد شرکت کند. در این مورد نظارت پزشک مرکز بر داروهای تحویلی به بیمار الزامی است. در مورد ساعات غیر اداری دایر نمودن گنجینه دارویی بر اساس موارد مندرج در بند ۱ می باشد.
در این مورد «تعرفه حق فنی» مصوب دریافت نخواهد شد و در عوض مبلغ ۱۵۰۰ ریال بابت هر نسخه به عنوان «هزینه نسخه پیچی» از بیمار دریافت می گردد در ساعات تعطیل داروخانه نیز ارائه خدمات دارویی از محل گنجینه دارویی و به عهده مرکز است و دریافت هر وجهی از بیمار بابت «تعرفه حق فنی» و یا «هزینه نسخه پیچی» ممنوع میباشد.

۳- در مواردی که داروخانه در روستا وجود دارد ولی حاضر به بستن قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی نیست داروخانه مرکز فعال خواهد شد. در این صورت ارائه خدمات دارویی توسط کاردان مامایی صورت خواهد گرفت و پزشک موظف است که داروهای بیمار را پس از دریافت از داروخانه کنترل کند. در این مورد دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار به عنوان «تعرفه حق فنی» و یا «هزینه نسخه پیچی» ممنوع است.

۴- در مواردی که داروخانه در روستا وجود ندارد و هیچ داروخانه خصوصی حاضر به بستن قرارداد به صورت اقماری نمی باشد نیز داروخانه مرکز فعال می گردد و روش کار مانند بند ۳ خواهد بود.
تبصره: در مورد بندهای ۳ و ۴ اخذ تعرفه «حق فنی داروساز» تنها در صورت امکان بکارگیری مسئول فنی در داروخانه مرکز وجاهت قانونی دارد.

۵- ارائه خدمات دارویی در کلیه برنامه های سیاری (دهگردشی) در تمامی موارد توسط مرکز بهداشتی درمانی مدیریت می شود. بدیهی است که اخذ هر گونه وجهی از بیمار با بت «تعرفه حق فنی» و یا «هزینه نسخه پیچی» ممنوع میباشد. در صورت درخواست پزشک حضور نسخه پیچ در برنامه دهگردشی الزامی است.

۶- نظارت بر حسن انجام موارد فوق به عهده رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواهد بود.

دستورالعمل نحوه ارائه خدمات دارویی توسط داروخانه های بخش خصوصی در طرح بیمه روستایی

۲- روستا داروخانه خصوصی ندارد اما داروخانه خصوصی روستای همجوار حاضر به راه اندازی داروخانه قمر در مرکز بهداشتی درمانی است.	۱- داروخانه خصوصی در روستا وجود دارد و حاضر به انعقاد قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی است.
الف- مرکز بهداشتی درمانی فضای داروخانه را بطور مجانی در اختیار داروخانه قرار میدهد.عدم مغایرت شرایط فیزیکی فضای داروخانه بایستی به تایید معاونت غذا و دارو دانشگاه رسیده باشد. ب- داروخانه خصوصی مادر داروخانه مرکز را بر اساس لیست داروئی طرح بیمه روستائی راه اندازی میکند. ج- پرسنل ارائه دهنده خدمات داروئی در استخدام داروخانه مادر خواهد بود اما باید در در برنامه های آموزشی داروئاری که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید.در این مورد نظارت پزشک بر داروهای تحویلی به بیمار الزامی است. د- مرکز بهداشتی درمانی در ساعات تعطیلی داروخانه به دایر کردن یک گنجه داروئی اقدام می نماید. اقلام داروئی گنجه داروئی بر اساس نظر پزشک روستا و توسط مرکز تامین میگردد. ه- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" دریافت نمیشود ودر عوض مبلغ ۱۵۰۰ ریال بعنوان "هزینه نسخه پیچی" از هر بیمار دریافت می گردد. و- چنانچه داروی بیمار از گنجه داروئی مرکز تامین شود دریافت هرگونه وجهی بعنوان "حق فنی" یا "هزینه نسخه پیچی" ممنوع است.	الف- انعقاد قرارداد براساس فرم پیوست بین داروخانه و مرکز بهداشتی درمانی صورت می گیرد. ب- چنانچه مرکز بهداشتی درمانی دارای داروخانه فعال است باید نسبت تعطیل آن اقدام کند. ج- مرکز بهداشتی درمانی تنها به دایر کردن یک گنجه داروئی جهت موارد خارج از ساعات موظف فعالیت مرکز بهداشتی درمانی اکتفا خواهد کرد. اقلام داروئی گنجه داروئی بر اساس نظر پزشک روستا و توسط داروخانه خصوصی تامین میگردد. د- نظارت بر نحوه مصرف داروهای موجود در گنجه داروئی بر عهده پزشک مرکز می باشد. ه- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" تنها در صورتی که خدمات داروئی توسط داروساز و در محل داروخانه خصوصی ارائه شود از بیمار اخذ خواهد شد. و- چنانچه داروی بیمار از گنجه داروئی مرکز تامین شود دریافت هرگونه وجهی بعنوان "حق فنی" یا "هزینه نسخه پیچی" ممنوع است.

دستورالعمل ارائه خدمات داروئی در داروخانه های دولتی مراکز بهداشتی درمانی در طرح بیمه روستایی

۴- داروخانه در روستا وجود ندارد و هیچ داروخانه خصوصی حاضر نیست با مرکز بهداشتی درمانی قرارداد منعقد کند.	۳- داروخانه خصوصی در روستا وجود دارد اما حاضر به انعقاد قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی نیست.
الف- داروخانه مرکز بهداشتی درمانی فعال میشود. ب- ارائه خدمات داروئی توسط کاردان مامائی انجام میشود. ج- ارائه دهنده خدمات داروئی باید در برنامه های آموزشی داروئاری که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید. د- پزشک موظف است داروی بیمار را پس از دریافت کنترل کند. ه- اخذ هرگونه وجهی بابت "هزینه نسخه پیچی" یا "تعرفه حق فنی" ممنوع است. و- در صورت امکان بکارگیری مسئول فنی در داروخانه مرکز بهداشتی درمانی اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" وجاهت قانونی دارد.	الف- داروخانه مرکز بهداشتی درمانی فعال میشود. ب- ارائه خدمات داروئی توسط کاردان مامائی انجام میشود. ج- ارائه دهنده خدمات داروئی باید در برنامه های آموزشی داروئاری که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید. د- پزشک موظف است داروی بیمار را پس از دریافت کنترل کند. ه- اخذ هرگونه وجهی بابت "هزینه نسخه پیچی" یا "تعرفه حق فنی" ممنوع است. و- در صورت امکان بکارگیری مسئول فنی در داروخانه مرکز بهداشتی درمانی اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" وجاهت قانونی دارد.

باسمه تعالی

قرارداد واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه‌های خصوصی

این قرارداد به استناد قانون برنامه پنجساله چهارم و قانون بودجه سال ۱۳۸۵ درخصوص بیمه روستایی و تفاهم نامه‌های سه ماهه اول و نه ماهه دوم سال ۱۳۸۵ (نامه شماره ۸/۵۶۶۴ ب مورخ ۸۵/۵/۲۴) و همچنین ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تنظیم گردیده است.

ماده (۱) موضوع قرارداد:

عبارتست از واگذاری ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه بخش خصوصی از طرف شبکه بهداشت و درمان شهرستان

ماده (۲) طرفین قرارداد:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان به مدیریت آقای / خانم دکتر که از این پس در این قرارداد **کارفرما** و آقای / خانم مؤسس داروخانه به نشانی: شهرستان شهر / روستای که از این پس در این قرارداد **مجری** نامیده می شوند.

ماده (۳) مدت قرارداد:

از تاریخ لغایت به مدت ماه می باشد که در صورت تمایل طرفین و اعلام دو ماه قبل از خاتمه این قرارداد، توسط طرفین قابل تمدید خواهد بود.

ماده (۴) تعهدات مجری:

۴-۱- مجری موظف است نسبت به تدارک و تحویل داروهای فهرست دارویی موجود در دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، بجز در مورد اقلامی که دچار کمبود کشوری می باشند (به تشخیص معاونت غذا و داروی دانشگاه)، به منظور تامین نیازهای دارویی مشمولین برنامه در منطقه تحت پوشش اقدام نماید.

تبصره: در صورت لزوم یک داروخانه میتواند مسئولیت تامین دارو را برای بیش از یک مرکز برعهده داشته باشد که در این صورت تکمیل فرم قرارداد متمم (پیوست) موضوعیت خواهد داشت.

۴-۲- مجری موظف است نسبت به پذیرش نسخ/ دفترچه‌های مشمولین برنامه بیمه روستایی ممه‌ور به مهر و امضای پزشک خانواده مستقر در روستا / شهر محل اجرای قرارداد و تحویل داروهای نسخ، طبق ضوابط این قرارداد در ساعات کاری مصوب داروخانه اقدام و معادل ۳۰٪ بهای نسخه را از بیمار دریافت نماید.

تبصره: "حق فنی داروساز" مانند دیگر نسخ بیمه تنها زمانی که خدمات داروئی توسط داروساز و در محل داروخانه خصوصی ارائه می گردد از بیمار اخذ خواهد شد. "حق فنی داروساز" تنها یکبار به ازاء هربار مراجعه بیمار قابل دریافت است و به نسخه آزاد ضمیمه تعلق نخواهد گرفت.

۳-۴- مجری متعهد می گردد حداکثر تا ۷ روز پس از پایان هر ماه نسبت به تهیه فهرست نسخ و تنظیم صورتحساب ماه قبل، مشابه الگوی سازمانهای بیمه گر اقدام و آن را به همراه نسخ دریافتی به کارفرما تحویل و رسید دریافت نماید.

۴-۴- مجری متعهد می گردد ضوابط کلی پذیرش و مقررات کلی مربوط به سازمانهای بیمه گر از قبیل لزوم مهر و امضای پشت نسخ دریافتی، درج حداقل قیمت داروهای چند قیمتی بر روی نسخ، کاربن گذاری و قیمت زنی در حضور بیمار، خودداری از نگهداری نسخ سفید یا دفترچه های بیمه روستایی در داروخانه و را رعایت نماید.

۵-۴- مجری متعهد می گردد در بازرسی هایی که توسط بازرسین شبکه بهداشت و درمان و سازمان بیمه خدمات درمانی، یا معاونت غذا و دارو برای نظارت بر حسن اجرای قرارداد انجام می گیرد به نحو مطلوب همکاری کند.

۶-۴- مجری متعهد می گردد در صورت ابطال پروانه داروخانه، انتقال سرمایه یا تغییر در مدیریت داروخانه، مراتب را حداقل از یک ماه قبل به اطلاع کارفرما برساند.

۷-۴- مجری حق توقف در ارائه خدمات دارویی را نداشته و در صورت بروز هرگونه اختلال در این امر، کارفرما می تواند با ارجاع موضوع به کمیته بیمه روستایی به استناد ماده ۸۷ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی نسبت به جبران خسارات وارده یا فسخ یک طرفه قرارداد اقدام نماید.

۸-۴- مجری متعهد می شود تعدادی از داروهای مورد نیاز گنجه دارویی که با نظر پزشک مرکز بر اساس فهرست دارویی طرح بیمه روستایی تهیه شده است را به همراه لیست قیمت آنها برای شیفت شب در اختیار مرکز بهداشتی درمانی قرار دهد و روز بعد نسبت به تکمیل و تهیه فهرست داروهای مصرف شده اقدام کند. مسئولیت کنترل این برنامه با مجری طرح و مدیریت آن با مرکز بهداشتی درمانی است.

۹-۴- حداقل ساعات کار جهت ارائه خدمات دارویی توسط مجری بر اساس ساعات موظف کار مرکز (غیر بیتوته) و با توافق به عمل آمده بین کارفرما و مجری خواهد بود.

۱۰-۴- در کلیه برنامه های سیاری (دهگردشی) داروهای مورد نیاز پزشک مرکز توسط مجری تحویل وی می گردد و در پایان برنامه سیاری لیست داروهای مصرفی و باقیمانده داروها توسط مجری تحویل گرفته می شود. مدیریت پرسنلی این امر بر عهده مرکز بهداشتی - درمانی می باشد.

ماده ۵) تعهدات کارفرما:

۱-۵- کارفرما متعهد می گردد ۷۰٪ از هزینه نسخ مشمولین برنامه بیمه روستایی را که توسط مجری تحویل می شود، طبق مفاد مندرج در این قرارداد پرداخت نماید.

۵-۲- کارفرما متعهد می گردد حداکثر تا تاریخ هفتم هر ماه نسبت به تحویل گرفتن نسخ ماه قبل دریافت شده از مجری و صدور رسید اقدام نماید.

۵-۳- کارفرما متعهد می گردد ۶۰٪ از مبلغ درخواستی در صورتحساب ارائه شده توسط مجری را حداکثر ۱۵ روز پس از تحویل نسخ و ۴۰٪ باقیمانده را پس از بررسی نسخ (بر اساس دستورالعمل مربوطه که از سوی کارفرما به مجری ارائه می گردد) و حداکثر در فاصله یک ماه بعد پرداخت کند. کارفرما نمی تواند پرداخت مطالبات داروخانه را منوط به دریافت اعتبار از سازمانهای بیمه گر و سایر دستگاهها نماید و ملزم است مطالبات را تادیه نماید تا خللی در تهیه دارو برای داروخانه ایجاد نگردد.

۵-۴- کارفرما موظف است نمونه مهر و امضاء پزشک/ پزشکان خانواده مستقر در روستا /شهر محل اجرای قرارداد و نیز بروز هرگونه تغییر دراین خصوص را حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت به اطلاع مجری برساند.

۵-۵- کارفرما موظف است هرگونه تغییر در ضوابط اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده که منجر به تغییر در نحوه ارائه خدمات دارویی می گردد، را کتباً به اطلاع مجری برساند. در صورت عدم اطلاع به موقع تامین هزینه های احتمالی بر عهده کارفرما خواهد بود.

ماده ۶) نحوه حل اختلاف:

حسن اجرای مفاد قرارداد و نظارت و ارزیابی از عملکرد مجری بر عهده کمیته بیمه روستایی شهرستان و استان که معاونت/مدیریت غذا و داروی دانشگاه در آن عضویت رسمی دارد خواهد بود. ضمناً در صورت بروز هر نوع اختلاف نظر بین کارفرما و مجری به استناد ماده ۸۷ آئین نامه مالی معاملاتی دانشگاه عمل خواهد شد و همچنین در تمام موارد اختلاف، قوانین مالی معاملاتی دانشگاه و مقررات و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافذ خواهد بود.

ماده ۷:- این قرارداد در ۷ ماده و ۱۵ بند و دو تبصره در ۳ نسخه تنظیم و پس از امضاء حکم واحد داشته و برای طرفین لازم الاجرا می باشد.

مجری (موسس داروخانه)

آقای/ خانم

کارفرما

رئیس شبکه بهداشت درمان / رئیس مرکز بهداشت درمان شهرستان

معاونت غذا و داروی دانشگاه

امور حقوقی دانشگاه

معاونت بهداشتی دانشگاه

فرم متمم قرارداد

واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه‌های خصوصی در مرکز بهداشتی درمانی قمر

این قرارداد به عنوان متمم قرارداد واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه‌های خصوصی در صورتیکه داروخانه خصوصی خدمات روستائی را در روستا یا روستاهای مجاور ارائه می دهد تکمیل و به قرارداد اصلی ضمیمه میشود.

ماده (۱) موضوع قرارداد:

عیارست از واگذاری ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه بخش خصوصی از طرف شبکه بهداشت و درمان شهرستان جهت ارائه خدمات دارویی به مرکز / مراکز بهداشتی درمانی واقع در روستا/ روستاهای

ماده (۲) طرفین قرارداد:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان به مدیریت آقای / خانم دکتر
که از این پس در این قرارداد کارفرما و آقا/ خانم مؤسس داروخانه به نشانی:
که از این پس در این قرارداد مجری نامیده می شوند.

ماده (۳) مدت قرارداد:

از تاریخ لغایت به مدت ماه می‌باشد که در صورت تمایل طرفین و اعلام دو ماه قبل از خاتمه این قرارداد، توسط طرفین قابل تمدید خواهد بود.

ماده (۴) تعهدات مجری:

۴-۱- مجری نسبت به استخدام پرسنل مورد نیاز در داروخانه مرکز بهداشتی و معرفی ایشان به کارفرما اقدام می نماید. بدیهی است پرداخت حقوق و مزایای پرسنل و توجیه وی در رابطه با شرح وظایف و همکاری با مرکز بهداشتی درمانی بعهده مجری خواهد بود. این نیرو بایستی در دوره های آموزشی مرتبط که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید.

۴-۲- کلیه بندهای ذیل ماده ۴ در قرارداد اصلی عینا در این قرارداد نیز صادق است با این تفاوت که در ارائه خدمات دارویی پرسنل استخدامی مجری بعنوان نماینده وی عمل خواهد نمود و در مورد تبصره ذیل بند ۴-۲ قرارداد اصلی به شکل زیر عمل خواهد شد.
تبصره- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" در این مورد دریافت نمی شود ودر عوض مبلغ ۱۵۰۰ ریال بعنوان "هزینه نسخه پیچی" از هریمار به ازاء هربار مراجعه دریافت می گردد.

ماده (۵) تعهدات کارفرما:

عینا مطابق قرار داد اصلی است.

ماده (۶) نحوه حل اختلاف:

عینا مطابق قرار داد اصلی است.

ماده (۷) این قرارداد بعنوان متمم قرارداد اصلی در ۷ ماده و ۲ بند و یک تبصره در ۳ نسخه تنظیم و پس از امضاء حکم واحد را داشته و برای طرفین لازم الاجرا می‌باشد.

مجری (مؤسس داروخانه)

آقای/ خانم

کارفرما

رئیس شبکه بهداشت درمان / رئیس مرکز بهداشت درمان شهرستان

معاونت غذا و داروی دانشگاه

امور حقوقی دانشگاه

معاونت بهداشتی دانشگاه

پیوست شماره ۱۰:

فرمت قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با پزشک، ماما یا ... (باتوجه به نامه شماره ۱۰۷۴۲۰ مورخ ۸۷/۴/۲۹ مقام محترم وزارت اصلاح گردد)

شماره
تاریخ
پرینت

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر مدیریت منابع انسانی

تیمبره ۳ ماده ۲ آیین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضاء هیئت علمی دانشگاه

دانشگاه می تواند در سقف اعتبارات مصوب برای رفع نیازهای موقت خود به نیروی انسانی برابر دستورالعملی که به تصویب هیات امضاء می رسد با اشخاص حقیقی که دارای مدرک تحصیلی مرتبط (مدرک تحصیلی که در شرایط احراز طبقه بندی مشاغل مورد عمل دانشگاه پیش بینی گردیده) باشند انعقاد قرارداد نماید.

شماره قفسه : ۸۸۳۳۵۶۰ - ۸۰
شماره : ۸۸۳۳۸۵۷
تلفن : ۸۸۳۳۵۶۰ - ۸۰
http://touse.mohme.gov.ir
http://www.mohme.gov.ir

شماره قفسه : ۸۸۳۳۵۶۰ - ۸۰
شماره : ۸۸۳۳۸۵۷
تلفن : ۸۸۳۳۵۶۰ - ۸۰
http://touse.mohme.gov.ir
http://www.mohme.gov.ir

قرارداد برنامه پزشک خانواده

تاریخ:

شماره:

این قرارداد باستناد تبصره ۳ ذیل ماده ۲ آئین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیات علمی و مقام دستورالعمل مربوطه مصوب مورخ هیأت امناء دانشگاه بین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و آقای/خانم دارای کد ملی فرزند به شماره شناسنامه صادره از تاریخ تولد دارای مدرک تحصیلی رشته مجرد ☐ متاهل ☐ دارای نفر اولاد، خدمت سربازی انجام داده ☐ معاف دائم ☐ به عنوان طرف قرارداد به شرح زیر منعقد می شود.

۱- موضوع قرارداد

به موجب این قرارداد انجام امور موقت زیر به عهده طرف قرارداد می باشد.

۲- محل اجرای قرارداد

محل اجرای این قرارداد طبق توافق طرفین مرکز بهداشتی درمانی شامل روستاهای شهرستان تعیین می گردد.

۳- مدت این قرارداد از تاریخ تا است

۴- حقوق ماهیانه، به شرح عوامل زیر تعیین می شود.

الف) حقوق پایه موضوع قرارداد ماهیانه بمبلغ ۱۸۵۰۰۰۰۰	ریال
ب) بن خواروبار	۶۰۰۰۰۰۰ ریال
ج) کمک هزینه عائله مندی	۱۲۰۰۰۰۰۰ ریال
ح) کمک هزینه اولاد	۲۷۰۰۰۰۰۰ ریال
د) حق مسکن	۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال
س) سنوات خدمت	ریال
هـ) سایر	۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال
جمع کل:	ریال

وچوه موضوع این بند در صورت انجام کار موضوع قرارداد و گواهی ناظر موضوع بند (۱۰) این قرارداد با رعایت مقررات مالی و پس از کسر کسور قانونی و حق بیمه تأمین اجتماعی از محل اعتبارات و درآمدهای برنامه بیمه روستایی پزشک خانواده قابل پرداخت است. ضمناً باستناد ماده ۲ دستورالعمل مذکور

ارقام (فوق العاده شغل، فوق العاده جذب و فوق العاده تعدیل) کارکنان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی ملاک محاسبه قرار گرفته و مابه التفاوت آن در بند هـ منظور گردیده است.

تبصره ۱: فوق العاده ویژه مبلغی است که براساس دستورالعمل مربوطه محاسبه و همه ماهه هفتاد درصد آن پرداخت می‌گردد مابه التفاوت مطالبات طرف قرارداد حداکثر تا پایان هر فصل سال پس از انجام پایش عملکرد و براساس نتایج آن پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲: پاداش پایان سال (عیدی) برابر تبصره ۱ ماده ۲ دستورالعمل مصوبه فوق‌الذکر تعیین و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳: مبلغ بازخرید سنوات خدمت به ترتیب مندرج در تبصره ماده ۵ دستورالعمل مذکور در بند س ردیف الف ماده ۴ این قرارداد منظور گردیده است.

۵- طرف قرارداد مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی خواهد بود و حق بیمه مقرر همه ماهه برابر قانون تأمین اجتماعی کسر و به صندوق ذیربط واریز خواهد شد.

۶- تعهدات طرف قرارداد

الف- طرف قرارداد متعهد است مطابق شرح وظایف محوله وفق مقررات و ضوابط نسبت به انجام موضوع قرارداد اقدام کند.

ب- طرف قرارداد اعلام می‌کند مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی مصوب سال ۱۳۳۷ نمی‌باشد.

ج- طرف قرارداد مسئول حفظ و نگهداری وسایل و اموالی است که در اجرای این قرارداد در اختیار وی قرار می‌گیرد و در صورت تعدی و تفریط در نگهداری، به دانشگاه اختیار می‌دهد که با تشخیص خود میزان خسارات را تعیین و از مطالبات نامبرده که در نزد دانشگاه است جبران نماید و مازاد بر مطالبات، خسارات وارده از طریق مراجع ذیصلاح قابل وصول خواهد بود.

د- طرف قرارداد متعهد می‌گردد شخصاً موضوع قرارداد را انجام دهد و حق واگذاری آنرا به غیرکلاً یا جزئاً ندارد.

۷- تعهدات دانشگاه

الف- پرداخت حقوق و مزایای طرف قرارداد پس از تأیید ناظر قرارداد با رعایت مقررات مالی و پس از کسر کسور قانونی و حق بیمه تأمین اجتماعی از محل اعتبارات و درآمدهای برنامه بیمه روستایی

ب- تأمین لوازم و وسایل کار و براساس شرح وظایف ابلاغی با تشخیص دانشگاه

۸- موارد خاتمه قرارداد

الف- پایان مدت قرارداد

ب- فوت طرف قرارداد

ج- با یکماه اعلام قبلی هریک از طرفین قرارداد

۹- سایر موارد

الف- مدت مرخصی استحقاقی طرف قرارداد ۲/۵روز در ماه می باشد و در صورت نیاز واحد مربوطه به خدمت فرد مذکور حداکثر بمیزان ۱۵ روز در پایان سال بازخرد می شود.

ب- روابط فی ما بین طرفین قرارداد تابع مقررات مذکور و مندرجات این قرارداد بوده و به استناد ماده (۱۸۸) قانون کار از شمول قانون کار خارج می باشد و هیچگونه تعهد استخدامی برای دانشگاه ایجاد نمی نماید.

ج- مرجع رسیدگی به تخلفات اداری فرد طرف قرارداد هیأت رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه می باشد.

۱۰- ناظر بر اجرای قرارداد:

رئیس مرکز بهداشت شهرستان یا معاون بهداشتی شهرستان به عنوان ناظر بر حسن اجرای قرارداد تعیین می گردد.

نام و نام خانوادگی و امضاء طرف قرارداد

رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان

به نمایندگی از سوی دانشگاه

دستورالعمل انعقاد قرارداد

موضوع تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری . استخدامی و تشکیلاتی

اتحادیه غیر هیئت علمی دانشگاه

این دستورالعمل به استناد بند الف ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه و تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیرهیات علمی دانشگاه، جهت استفاده از خدمات اشخاص حقیقی برای انجام وظایف و مسئولیتهای مشخص و بصورت تمام وقت برای مدت معین در یکی از واحدهای دانشگاه، در ۱۳ ماده و ۱۰ تبصره در مورخه به تصویب هیات امنا دانشگاه رسید و از تاریخ ۸۶/۱/۱ لازم الاجرا می باشد.

ضوابط انعقاد قرارداد:

ماده (۱) : بکارگیری نیروی قراردادی حداکثر بمدت یکسال پس از احراز صلاحیت های عمومی بر اساس قانون تسری قانون گزینش معلمان و کارمندان آموزش و پرورش به کارمندان سایر وزارتخانه ها ، سازمانها ، موسسات و شرکتهای دولتی مصوب ۱۳۷۵/۲/۹ مجلس شورای اسلامی انجام می گیرد.

تبصره ۱: انعقاد قرارداد با مستخدمین بازنشسته و بازخرید شده سازمانهای دولتی مجاز نمی باشد.

تبصره ۲: تمدید قرارداد منوط به نیاز دانشگاه و با توجه به نتایج ارزیابی عملکرد به مدت یکسال در هر دوره امکانپذیر است.

تبصره ۳: انعقاد قرارداد با مشمولین قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی مصوب ۱۳۳۷ مجاز نمی باشد.

تبصره ۴: افرادی که قبل از سال ۱۳۸۶ با مدرک تحصیلی غیرمرتبط بخدمت گرفته شده اند و با آنان قرارداد منعقد گردیده مشمول محدودیت این دستورالعمل قرار نخواهند گرفت.

حقوق و مزایا:

ماده (۲) : حقوق و مزایا برابر کارمندان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی به کارکنان طرف قرارداد قابل پرداخت است.

تبصره ۱: میزان حقوق پایه، عائله مندی و اولاد، حق مسکن، بن خواروبار ، عیدی و پاداش هرساله توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ خواهد شد. بدیهی است مابه التفاوت حاصله تحت عنوان سایر مزایا محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره ۲: اضافه کار در صورت انجام کار اضافی مورد نیاز و تأیید واحد سازمانی ، بمیزان مصوب هیئت رئیسه دانشگاه قابل پرداخت است.

تبصره ۳: فوق العاده مأموریت در قبال اعزام به مأموریت خارج از محل خدمت پرداخت می‌شود.

تبصره ۴: افراد طرف قرارداد که در برنامه پزشک خانواده فعالیت می نمایند فوق العاده‌ای تحت عنوان فوق‌العاده ویژه دریافت می دارند و ملاک پرداخت دستورالعمل برنامه مذکور می‌باشد. پرداخت فوق‌العاده‌های مأموریت و اضافه کار به افراد مذکور مجاز نمی‌باشد.

امور رفاهی

ماده (۳): نحوه استفاده از مرخصی استحقاقی و استعلاجی افراد مشمول همانند کارکنان پیمانی خواهد بود. مرخصی استحقاقی استفاده نشده براساس نیاز واحد مربوطه به خدمت فرد حداکثر بمیزان ۱۵ روز در پایان سال بازخرید می شود.

تبصره: استفاده از مرخصی بدون حقوق کارکنان حداکثر بمیزان یک دوازدهم مدت قرارداد در موارد اضطراری با تشخیص واحد مربوطه بلامانع خواهد بود.

نسخ یا خاتمه قرارداد

ماده (۴): رابطه کارکنان مشمول با واحد محل خدمت به یکی از طرق ذیل خاتمه می یابد.

الف- پایان مدت قرارداد

ب- فوت طرف دوم قرارداد

ج- فسخ قرارداد با یکماه اعلام قبلی هر یک از طرفین

ماده (۵): پس از پایان هر دوره قرارداد معادل یک ماه مبلغ مندرج در قرارداد به کارکنان مشمول پرداخت می‌شود.

تبصره: بازخرید سنوات خدمت در قراردادهایی که مدت انجام آنها کمتر از یکسال باشد به تناسب مدت قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده (۶): در صورت فوت طرف دوم قرارداد مطالبات متعلقه به وراث قانونی وی تعلق می‌گیرد.

حقوق و تکالیف عمومی

ماده (۷): ساعت کار موظف مطابق با ماده ۵۴ آئین نامه اداری استخدامی تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه تعیین می گردد.

تبصره: مشمولین برنامه پزشک خانواده از شمول این ماده مستثنی بوده و ساعت کار موظف آنان برابر دستورالعمل برنامه مذکور خواهد بود.

ماده (۸): انعقاد قرارداد با اشخاص حقیقی براساس این دستورالعمل باستناد ماده ۱۸۸ قانون کار از شمول قانون مذکور خارج بوده و هیچگونه تعهد استخدامی برای دانشگاه ایجاد نمی نماید.

ماده (۹): مرجع رسیدگی به تخلفات اداری فرد طرف قرارداد هیأت رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه می باشد.

ماده (۱۰): کارکنان موضوع این دستورالعمل مشمول قانون تأمین اجتماعی خواهند بود و حق بیمه مقرر طبق ضوابط قانون مذکور همه ماهه به صندوق ذیربط واریز خواهد شد.

ماده (۱۱): قراردادهای منعقد براساس این دستورالعمل می بایست شخصاً توسط طرف قرارداد انجام شود و قابل انتقال و واگذاری به غیر کلاً یا جزئاً نمی باشد.

ماده (۱۲): انتقال کارکنان مشمول این دستورالعمل در طول مدت قرارداد به سایر دانشگاهها مجاز نمی باشد.

ماده (۱۳): کلیه مواردی که در این دستورالعمل پیش بینی نگردیده تابع ضوابط و دستورالعملهای خواهد بود که با پیشنهاد دانشگاه به تصویب هیأت امنا خواهد رسید.

بسمه تعالی

شماره
تاریخ
پرینت



معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر مدیریت منابع انسانی

آقا/خانم..... شاغل خدمت در مراکز بهداشتی و درمانی.....

سلام علیکم

باستناد بند مصوبه ۱۳۸۴ هیأت امضاء دانشگاه و دستورالعمل تبصره ۳ ماده ۲ آئیننامه اداری و استخدامی و تشکیلاتی دانشگاه بموجب این ابلاغ از تاریخ ماهانه بمیزان ریال تحت عنوان حق الزحمه و فوق العاده ویژه (کارانه) بابت مشارکت و اشتغال در برنامه بیمه روستایی در مورد شما برقرار می گردد که پس از کسر کلیه حقوق و مزایای دریافتی الباقی تا میزان ۷۰٪ سقف مبلغ فوق الذکر همه ماهه از محل اعتبارات برنامه بیمه روستایی قابل پرداخت خواهد بود و مابه التفاوت مطالبات شما حداکثر تا پایان هر فصل سال پس از انجام پایش عملکرد و براساس نتایج آن پرداخت خواهد شد. بدیهی است در طول مدتی که از مزایای فوق الاشاره استفاده می نمائید فوق العاده اضافه کار ساعتی و حق محرومیت از مطب و فوق العاده مأموریت روزانه به شما پرداخت نخواهد شد.

رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....

کد شهرک قدس : خیابان سیمای ایران، بین نلامک و زرانشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شماره : ۸۸۳۶۳۵۶۰

<http://touse.mohme.gov.ir>
<http://www.mohme.gov.ir>

۵

صفحه الکترونیکی معاونت توسعه مدیریت و منابع :
صفحه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی :

ضمائم توضیحی قرارداد:

FROM :

FAX NO. : 0090 21 8363854

Aug. 05 2007 02:34PM P3

شماره ۱۵۸۸۱۸
تاریخ ۱۳۸۶/۰۷/۱۳
بیت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

وزارت معشوم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
باسلام و تحیات

- در اجرای تبصره ۱ ماده ۲ دستورالعمل بکارگیری نیروی قراردادی موضوع تبصره ۲ ماده ۲ آیین نامه اداری و استخدامی و تشکیلاتی اعضاء غیر هیئت علمی که متختم به نامه شماره ۱۷۳/۱۳۲۱۳۳ الف مورخ ۸۶/۴/۲۵ معاون معشوم توسعه مدیریت و منابع جهت طرح و تصویب در هیأت امناء آن دانشگاه ارسال گردیده است. میزان حقوق پایه و بن خواروبار، حق مسکن ماهیانه در سال ۸۶ به شرح ذیل ابلاغ می گردد.
- ضمناً میزان پاداش پایان سال (میدی) متناسباً تعیین و اعلام خواهد شد.
- ۱- معوقه پایه مبلغ ۶/۸۵۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد. بدین ترتیب است حقوق و مزایای ماهیانه پرسنل معاد دستورالعمل پیشرفت برابر کارمندان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
- ۲- حداقل حق مسکن ماهیانه بمبلغ ۱۰۰۰۰۰ ریال تعیین می شود و در صورت تصویب هیأت رئیسه آن دانشگاه این مبلغ بمیزان پرداخت کارکنان پیمانی مشابه قابل افزایش می باشد.
- ۳- بن خواروبار ماهیانه بمبلغ ۱۰۰۰۰۰۰ ریال

معاون امور حقوقی و برنامه ریزی

۵۷۷۳۴۹
۱۷/۰۵/۸۶

پیوست شماره ۱۱:

نامه مربوط به مزایای نیروها

شماره... ۵/۲۰۹/۳۸۰۷ تاریخ... ۱۳۹۱/۱۱/۲۸ پست... فساد «مال ریوی، جارت از راه رسیدن» نام شهر...	بسمه تعالی	جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت توسعه مدیریت و منابع اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی
جناب آقای دکتر شریعتی قائم مقام محترم معاونت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه		
سلام علیکم: احتراماً بازگشت به نامه شماره ۳۰۸/۱۴۵۰۴ مورخ ۹۱/۱۰/۳۰ در خصوص امکان اعطای مزایایی از قبیل فوق العاده جذب، مزایای رفاهی و ... به کارکنان شاغل در برنامه بیمه روستایی به استحضار می رساند • با توجه به بخشنامه شماره ۱۰۵/۹۲ مورخ ۹۱/۳/۲۴ هیات امنا، امکان پرداخت فوق العاده جذب به کارکنان مذکور فراهم گردیده است. • پرداخت سایر مزایای رفاهی که در دستورالعمل تبصره ۳ ماده ۲ پیش بینی نشده با توجه به ماده ۱۳ دستور العمل منوط به پیشنهاد و تصویب موضوع در هیات امنا می باشد. • اعلام نظر در خصوص صدور کارت شناسایی برای این دسته از افراد در حیطه اختیارات واحد حراست می باشد. • موضوعات اعطای تسهیلات بانکی، هدیه روز زن و... نیز از اختیارات دانشگاه و با توجه به اعتبارات مربوطه می باشد.		
از طرف دکتر حسن مبارکی مشاور معاونت توسعه و مدیریت کل منابع انسانی و پشتیبانی دکتر توفی		

پیوست شماره ۱۲:

بسمه تعالی



شماره ۵/۱۰۷/۲۳۶۶
تاریخ ۱۳۹۰/۰۹/۰۱
پیوست ندارد

جناب آقای دکتر شریعتی
رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت

با اهدای سلام

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۳۰۸/۴۸۷۳ د مورخ ۹۰/۶/۲۱، موضوع بکارگیری پزشکان بازنشسته، به استحضار می رسد:

بنابر بند (ب) ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه «هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، بازرخرد یا بازنشسته شده یا می شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایشارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاههای اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که به نحوی از انحاء از بودجه کل کشور استفاده می کند، ممنوع و همچنین هرگونه پرداخت از هر محل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازرخرد توسط دستگاههای مذکور ممنوع است. کلیه قوانین و مقررات عام مغایر این حکم به استثناء ماده ۴۱ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و ماده ۹۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۹۱ قانون استخدام کشوری لغو می گردد».

بنا به مراتب مذکور، فقط، در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری، مذکور در ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه، انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح پزشک خانواده مجاز خواهد بود.

دکتر امور حقوقی

رونوشت:

- دکتر مدیریت
- بایگانی استعلامات
- کارشناس مربوطه

پیوست شماره ۱۳: فرم های آماری قابل ارائه به بیمه سلامت استان

متعاقبا ارسال می شود

دستورعمل و فرم ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و فرمهای جمع آوری آنها در مراکز بهداشت شهرستان و استان

دستورعمل فرم شماره ۱ ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

این فرم در پایان هرماه از جمع آوری داده های ثبت شده در فرمهای اولیه اطلاعاتی که در دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی خواهد آمد، توسط مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل می شود و تا حداکثر دهم ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. خاطرنشان می سازد عدم ارسال بموقع و صحیح اطلاعات در امتیاز پایش هر سه ماه یکبار مرکز بهداشتی درمانی تاثیر دارد و پرداخت ۳۰٪ اعتبارات برنامه منوط به ارسال این داده هاست.

❖ **نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی، نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی، نوع مرکز و نام اداره کل بیمه استانی** که مرکز مزبور در پوشش آن قرار دارد در قسمت فوقانی فرم ثبت می شود. همچنین، سال و ماه ثبت داده درج می گردد.

❖ **کل جمعیت تحت پوشش مرکز:** تمامی جمعیت تحت پوشش مرکز براساس سرشماری اول سال بدون درنظر گرفتن نوع بیمه افراد در این قسمت ثبت می گردد. برای این جمعیت باید پرونده سلامت توسط پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مرکز تکمیل شود. یعنی جمعیت ساکن منطقه که به تایید بهورزان و شورای روستاهای تحت پوشش مرکز رسیده باشند.

❖ **جمعیت مشمول سرانه:** منظور جمعیتی است که دارای دفترچه بیمه روستایی (یا دفترچه بیمه خاص ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر) هستند و در پوشش مرکز بهداشتی درمانی مربوط قرار دارند.

❖ **تعداد پزشک موردنیاز:** براساس دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باید بازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت کل تحت پوشش مرکز یک پزشک خانواده تعیین شود. برخی از مراکز که کمتر از ۴۰۰۰ نفر جمعیت در پوشش خود دارند به حداقل یک پزشک خانواده نیاز دارند. باتوجه به این اصل، تعداد پزشک موردنیاز مرکز ثبت می شود.

❖ **تعداد پزشک موجود:** منظور تعداد پزشک خانواده شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است که طرف قرارداد این برنامه می باشد اعم از پزشکان رسمی یا پیمانی یا قرارداد با بخش خصوصی که به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت هستند.

❖ **اسامی پزشکان خانواده موجود ثبت می شود.**

❖ **تعداد مامای موردنیاز:** براساس دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باید بازای هر دو پزشک خانواده یک ماما در مرکز تعیین شود و به هر حال حداقل یک ماما برای هر مرکز مجری برنامه ضرورت دارد. باتوجه به این اصل، تعداد مامای موردنیاز مرکز ثبت می شود.

❖ **تعداد مامای موجود:** منظور تعداد ماما یا پرستار شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است که طرف قرارداد این برنامه می باشد اعم از ماماها یا پرستاران رسمی یا پیمانی یا قرارداد با بخش خصوصی که به عنوان مامای تیم سلامت پزشک خانواده مشغول فعالیت هستند.

❖ **اسامی ماماها یا پرستاران موجود تیم سلامت پزشک خانواده ثبت می شود.**

❖ **ویزیت پزشک خانواده:** تعداد ویزیت پزشک یا پزشکان خانواده هر مرکز مجری برنامه برحسب کل جمعیت تحت پوشش مرکز و جمعیت مشمول سرانه (دارای دفترچه بیمه روستایی) ثبت می گردد. این داده برای هرکدام از دو گروه جمعیتی باید به تفکیک زیر ثبت شود:

۱. تعداد ویزیت انجام شده در طول ساعت کاری پزشک (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،

۲. تعداد ویزیت انجام شده در خارج از ساعت کاری (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و

۳. تعداد ویزیت انجام شده در زمان دهگردشی پزشک.

❖ **ارجاع به متخصص:** تعداد ارجاعات پزشک به متخصص (اعم از سرپایی یا بستری) فقط برای جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ثبت می شود.

❖ **خدمات مامایی:** تعداد ویزیتهایی که ماما منحصرًا برای ارائه خدمات مامایی درمانی انجام می دهد به تفکیک زیر باید ثبت گردد:

۱. تعداد ویزیت انجام شده در طول ساعت کاری ماما (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،

۲. تعداد ویزیت انجام شده در خارج از ساعت کاری در صورت حضور ماما در مرکز در بیش از ۸ ساعت کاری

موظف وی و

۳. تعداد ویزیت انجام شده ماما در زمان دهگردشی.

❖ **خدمات پزشک خانواده به غیر از ویزیت:** منظور مجموع خدماتی است که مشمول تعرفه غیر از تعرفه ویزیت می شوند از قبیل: ختنه، بخیه، تزریق، خارج کردن جسم خارجی از گوش و چشم و بینی، ECG و ... این خدمات برحسب کل جمعیت تحت پوشش مرکز و جمعیت مشمول سرانه (دارای دفترچه بیمه روستایی) ثبت می گردد. این داده برای هرکدام از دو گروه جمعیتی باید به تفکیک زیر ثبت شود:

۱. تعداد خدمات ارائه شده در طول ساعت کاری پزشک (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،

۲. تعداد خدمات ارائه شده در خارج از ساعت کاری (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و

۳. تعداد خدمات ارائه شده در زمان دهگردشی پزشک.

❖ **مراجعه به داروخانه:** تعداد مراجعین به داروخانه داخل مرکز یا طرف قرارداد خارج مرکز برای جمعیت مشمول سرانه یا تعداد خدمات دارویی ارائه شده برحسب افراد به تفکیک زیر ثبت می شود:

۱. تعداد مراجعه به داروخانه در طول ساعت کاری مرکز یا همان ساعت کاری که برای پزشک تعیین شده است

(۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،

۲. تعداد مراجعه به داروخانه در خارج از ساعت کاری پزشک (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و

۳. تعداد مراجعه به داروخانه یا ارائه خدمات دارویی در زمان دهگردشی.

❖ **مراجعه به آزمایشگاه:** تعداد مراجعین به آزمایشگاه طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده برای دریافت خدمات سطح یک آزمایشگاهی (اعم از اینکه آزمایشگاه در داخل مرکز باشد یا بیرون از آن). این داده فقط برای جمعیت مشمول سرانه مورد نیاز است.

❖ **مراجعه به رادیولوژی:** تعداد مراجعین به رادیولوژی طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده برای دریافت خدمات سطح یک تصویربرداری (اعم از اینکه رادیولوژی در داخل مرکز باشد یا بیرون از آن). این داده فقط برای جمعیت مشمول سرانه مورد نیاز است.

❖ **تاریخ و محل امضاء مسوول مرکز بهداشتی درمانی در پایین صفحه فرم ثبت می شود.**

پیوست شماره ۱۴: نمونه فرم های آماری هر ۳ ماه یکبار مرکز مدیریت شبکه در نظام آمار و اطلاعات

این فرم ها به تفکیک اطلاعات مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، مراکز بهداشت شهرستان و کل دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی در فایل Excel به نام فرم اطلاعات برنامه آمده است.

این فرم ها هر ۳ ماه یکبار از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه جمع آوری شده و در فرمت مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی می شوند و همراه سایر داده های مربوط به شهرستان به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد. فرمت های نهایی حداکثر با یک ماه تاخیر یعنی ماههای چهارم، هفتم، دهم و اول سال بعد به مرکز توسعه شبکه بصورت نرم افزاری ارسال می شود.

جدول اطلاعات مربوط به عملکرد برنامه پزشک خانواده، سالهای ۱۳۸۶ لغایت ۱۳۹۲								ردیف	موضوع
۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶			
								۱	کل جمعیت تحت پوشش در دانشگاه/دانشکده
								۲	کل جمعیت روستایی تحت پوشش در دانشگاه/دانشکده
								۳	کل جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش طرف قرارداد با شبکه ها
								۴	کل جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اعم از طرف قرارداد با شبکه یا بخش خصوصی
								۵	تعداد جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی و عشایری دانشگاه
								۶	تعداد جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکن در مناطق شهری طرف قرارداد دانشگاه
								۷	تعداد جمعیت روستایی تحت پوشش سایر بیمه ها در محدوده مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه
								۸	تعداد جمعیت شهری طرف قرارداد تحت پوشش سایر بیمه ها در محدوده مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه
								۹	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه پزشک خانواده
								۱۰	تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری روستایی مجری برنامه پزشک خانواده
								۱۱	تعداد پزشک خانواده مورد نیاز برای برنامه پزشک خانواده
								۱۲	تعداد پزشک خانواده موجود در برنامه پزشک خانواده
								۱۳	تعداد کسری پزشک خانواده
								۱۴	تعداد ماما یا پرستار مورد نیاز برای برنامه پزشک خانواده
								۱۵	تعداد ماما یا پرستار موجود در برنامه پزشک خانواده
								۱۶	تعداد کسری ماما
								۱۷	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه دارای امکانات بیتوته پزشک(محل بیتوته)
								۱۸	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه دارای امکانات بیتوته ماما
								۱۹	تعداد مراجعات برای پزشک خانواده (ویزیت که شامل تشکیل پرونده سلامت نمی شود)
								۲۰	تعداد مراجعات به ماما (ویزیت درمانی)
								۲۱	تعداد مراجعات برای خدمات دارویی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)
								۲۲	تعداد مراجعات برای خدمات آزمایشگاهی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)
								۲۳	تعداد مراجعات برای خدمات رادیولوژی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)
							تعداد داروخانه دولتی	۲۴	تفکیک استفاده از خدمات دارویی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
							تعداد داروخانه غیردولتی		
							تعداد آزمایشگاه دولتی	۲۵	تفکیک استفاده از خدمات آزمایشگاهی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
							تعداد آزمایشگاه غیر دولتی		
							تعداد رادیولوژی دولتی	۲۶	تفکیک استفاده از خدمات رادیولوژی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
							تعداد رادیولوژی غیر دولتی		
								۲۷	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی دارای خودرو دولتی
								۲۸	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی استفاده کننده از خودرو غیردولتی (اژانس و ...)
								۲۹	تعداد کل موارد ارجاع به متخصص توسط پزشکان خانواده دانشگاه (یک ماه کامل در سال)
								۳۰	تعداد افراد ویزیت پایه شده توسط پزشکان خانواده دانشگاه در سامانه خدمات سلامت ایرانیان
								۳۱	تعداد جمعیت ثبت شده(ثبت اطلاعات افراد) در سامانه خدمات سلامت ایرانیان
								۳۲	تعداد پزشکان خانواده ثبت شده در سامانه خدمات سلامت ایرانیان
								۳۳	تعداد دهگردشی های انجام شده
کلیه اطلاعات مختص مراکز بهداشتی درمانی که برنامه پزشک خانواده روستایی اجرا می شود.									

جدول اطلاعات مربوط به شاخص برنامه پزشک خانواده . سالهای ۱۳۸۶ لغایت ۱۳۹۲							
تعداد/ شاخص							ردیف
۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	
							۱
							تعداد بیماران دیابتی تحت مراقبت
							۲
							تعداد بیماران دیابتی کشف شده
							۳
							تعداد بیماران پرفشاری خون تحت مراقبت
							۴
							تعداد بیماران پرفشاری خون کشف شده
							۵
							تعداد بیماران سلی تحت مراقبت
							۶
							تعداد بیماران سلی کشف شده
							۷
							تعداد بیماران هیپوتیرویدی نوزادی تحت مراقبت
							۸
							تعداد بیماران هیپوتیرویدی نوزادی کشف شده
							۹
							میزان مرگ کودکان زیر یکسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی
							۱۰
							میزان مرگ کودکان زیر پنجسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی
							۱۱
							میزان مرگ کودکان یکماهه تا زیر پنجسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی
							۱۲
							تعداد مرگ مادران باردار به دلیل عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی
							۱۳
							تعداد کل متولدین زنده در مناطق روستایی
							۱۴
							میزان مرگ خام
							۱۵
							رشد طبیعی جمعیت
							۱۶
							درصد مرده زایی
							۱۷
							درصد پوشش تنظیم خانواده از روشهای مدرن
							۱۸
							درصد زایمان انجام شده توسط افراد دوره ندیده
							۱۹
							درصد پوشش ایمنسازی ثلاث نوبت سوم
							۲۰
							درصد پوشش ایمنسازی پولیو نوبت سوم
							۲۱
							درصد پوشش ایمنسازی MMR نوبت دوم
							۲۲
							درصد پوشش ایمنسازی BCG
							۲۳
							درصد پوشش ایمنسازی هپاتیت نوبت سوم
کلیمه شاخص ها مختص مراکز بهداشتی درمانی که برنامه پزشک خانواده روستایی اجرا می شود .							

پیوست شماره ۱۵: اقلام داروهای مکمل

مکمل های دارویی شامل:

- قطره آهن: خاص کودکان
- قطره آ + د: خاص کودکان
- قرص آهن: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان
- قرص مولتی ویتامین: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان
- قرص اسیدفولیک: خاص زنان باردار و شیرده و میانسالان و سالمندان

• پیوست شماره ۱۶: فهرست خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی سطح اول

CBC diff

ESR

CRP

FBS

GCT

GTT-۷۵و۱۰۰

BUN

WRIGHT

WIDAL

u/c-U/A

STOOL EXAM

URIC ACID

CHOLESTROL

TG

2hpp BS

Hba1c

T4,T3t TSH, T3RU

Cr-NA K CA-SGPT SGOT-ALP-BIL-T D

HDL- LDL

گایاک

آزمایش اسمیر خلط از نظر باسیل کخ

لام خون محیطی

-پاپ اسمیر،

2 ME Wright

BHCG

PT-PTT

Fungus Smear

Comb,s Wright

S/c

Ca-p

Bill direct, Bill total

serum Iron

TIBC

تبصره: درمورد زنان باردار موارد زیر نیز در تعهد سطح اول است:

VDRL

U/C

HbsAg

Indirect Coombs

Rh&BG

GCT-GTT

HBsAb

HCV-ab

HIV

فهرست تصویربرداری های مورد تعهد سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی:

- تمام رادیوگرافی های ساده

- انجام سونوگرافی بارداری (مشمول فرانشیز ۱۵٪)

- انجام ماموگرافی برای افرادی که پزشک و یا ماما براساس تشخیص و معاینه بالینی درخواست می نمایند

تبصره : پزشک خانواده می تواند (در محدوده تعیین شده توسط سازمان بیمه سلامت)، سایر موارد آزمایشگاه و تصویر برداری که شامل بسته خدمت سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی مجاز به درخواست آن می باشد را در دفترچه بیمه تجویز نماید.

پیوست شماره ۱۷:

فرمت قرارداد با آزمایشگاه های بخش غیردولتی

شماره: ۱۰۵۷۳/س
تاریخ:
پیوست:


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

انجام دادن کار نیک بهتر از آغاز کردن آنست

ریاست محترم مرکز توسعه و ارتقاء سلامت

سلام علیکم

به پیوست پیش نویس عقد قرارداد با مراکز آزمایشگاهی و
شرایط آن جهت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی ارسال
می گردد.


دکتر افشین صفایی
سرپرست اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی

فرم قرارداد خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش خصوصی

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

طرفین قرارداد:

این قرارداد فیما بین خانم/ آقای دکتر مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان کارفرما و خانم/ آقای دکتر نام پدر..... شماره شناسنامه متولد موسس یا مسئول فنی به شماره پروانه مورخ آدرس کامل آزمایشگاه تلفن به عنوان پیمانکار با شرایط زیر منعقد می گردد.

ماده ۱: موضوع قرارداد

موضوع قرارداد: خرید خدمات آزمایشگاهی در برنامه بیمه روستائی و پزشک خانواده با تعرفه دولتی از بخش خصوصی به عنوان همکار آزمایشگاهی براساس چهارچوب تعیین شده می باشد.

ماده ۲: تعهدات پیمانکار

۱-۲- پذیرش و نمونه گیری و انجام آزمایشهای درخواستی با مهر و ارجاع پزشک خانواده شامل: قند (FBS-BS)- اوره یا BUN- اسید اوریک - کلسترول- تری گلیسرید- رایت ویدال- کامل ادرار- CRP آزمایش مدفوع و CBC diff-ESR و بیلی روبین (ALT,AST,GTT,GCT (TOTAL,DIRECT و پذیرش و جوابدهی

۲-۲- پیمانکار موظف است در صورت درخواست آزمایشات اورژانس از طرف پزشک خانواده نمونه دریافتی را در همان روز انجام و جواب را گزارش نماید.

۳-۲- پیمانکار موظف است کلیه آمار و اطلاعاتی، که مرکز بهداشت از آزمایش بیماران ارجاعی خود نیاز دارد را به مرکز تحویل دهد.

۴-۲- پیمانکار موظف است نمونه های خون و سرم بیماران ارجاعی را حداقل بمدت یکماه در شرایط مطلوب نگهداری نماید تا در صورت لزوم از آن استفاده شود.

۵-۲- پیمانکار موظف است نهایت همکاری خود را با بازرسین اداره امور آزمایشگاه های معاونت های بهداشتی و درمانی داشته باشد.

۶-۲- پیمانکار موظف است مدت حداکثر ۴۸ ساعت بعد از دریافت نمونه یا اخذ نمونه از مراجعین جواب آنرا آماده و به بیمار یا مرکز بهداشت تحویل دهد.

۷-۲- پیمانکار موظف است مقدمات انجام کلیه آزمایشات لحاظ شده در این قرارداد را فراهم نموده و حق واگذاری تعهدات مورد توافق، به صورت جزئی و یا کلی به افراد حقیقی یا حقوقی دیگر را ندارد.

۸-۲- پیمانکار متعهد می شود براساس ضوابط بیمه گزار ۳۰٪ فرانشیز بخشی دولتی را از مراجعین دریافت و الباقی را از طریق تهیه لیست و ارائه به مرکز بهداشت تادیه نماید.

۹-۲- پیمانکار متعهد به رعایت نهایت ادب و احترام و حسن برخورد با معرفی شدگان از بیمه روستائی را می باشد.

- ۱۰-۲- در صورتیکه پیمانکار قصد فسخ قرارداد را داشته باشد لازم است از یکماه قبل مراتب را کتباً به اطلاع کارفرما برساند.
- ۱۱-۲- پیمانکار موظف است در پایان هر ماه لیست بیماران بیمه روستایی به همراه نسخ مربوطه را ظرف مدت ده روز به مرکز بهداشت شهرستان تحویل نماید.
- ۱۲-۲- تهیه کلیه مواد و وسایل مصرفی و غیرمصرفی آزمایشگاه همکار به عهده پیمانکار بوده و کارفرما در این رابطه هیچگونه تعهدی ندارد.
- ۱۳-۲- پیمانکار موظف است خدمات مورد تعهد را بر اساس استانداردهای معمول و تحت نظارت امور آزمایشگاه های بهداشت و یا درمان انجام دهد (کلیه ضوابط و مقررات مربوط به کنترل کیفی).
- ۱۴-۲- پیمانکار تعهدی در قبال انجام آزمایش های خارج از تعهد بیمه روستایی به مرکز بهداشت را ندارد.

ماده ۳: تعهدات کارفرما

- ۱-۳- کارفرما مکلف به پرداخت سهم پیمانکار معرفی شدگان بیمه روستایی می باشد.
- تبصره ۱: کارفرما موظف است ۶۰ درصد تعرفه آزمایشهای درخواستی براساس لیست ارائه شده توسط آزمایشگاه (همراه با نسخ مربوطه) را حداکثر تا ۱۰ روز بعد از پایان هر ماه به اداره حسابداری معاونت بهداشتی تحویل دهد تا به حساب آزمایشگاه واریز شود. ۴۰٪ الباقی بعد از رسیدگی و کسر کسورات قانونی هر سه ماه یکبار قابل پرداخت می باشد.
- ۲-۳- کارفرما موظف است در هنگام عقد قرارداد کلیه ضوابط و بخشنامه ها و درخواستهای خود را بصورت روشن و مکتوب به پیمانکار توضیح داده و رسید دریافت نماید.
- ۳-۳- کارفرما متعهد می شود کلیه بیماران منطقه تحت پوشش را فقط به آزمایشگاه همکار و طرف قرارداد ارجاع دهد.

ماده ۴: تعهدات مشترک

- هر گونه اختلاف ناشی از این قرارداد و تفسیر موارد آن ابتدا با مذاکره طرفین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت در مراجع قضایی قابل پیگیری خواهد بود.
- طرفین قرارداد صراحتاً اذعان و اقرار می نمایند که از شرایط اجرای قرارداد اطلاع کامل داشته و پس از انعقاد آن نمی توانند ادعا یا مطالبه دیگر بنمایند.
- این قرارداد در ۴ ماده و ۱ تبصره و ۳ نسخه تنظیم و هر سه نسخه پس از امضاء طرفین حکم واحد را دارد.

۱- مهر و امضاء مسئول آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد

۲- مهر و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان

۳- مهر و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان

فرم پرداخت صورت حساب نسخ آزمایشگاهی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

این قسمت توسط آزمایشگاه طرف قرارداد تکمیل گردد:	
نام آزمایشگاه طرف قرارداد:	
صورت حساب ماه	سال
جمع کل هزینه آزمایشات:	
-تعداد پزشکان برنامه بیمه روستایی سهم بیمار:	
-تعداد کل نسخه ارسالی: سهم ۷۰٪ شهرستان:	

مهر و امضاء آزمایشگاه:

این قسمت توسط شهرستان تکمیل گردد.					
- تعداد کل نسخ تأیید شده:					
- مبلغ کل قابل پرداخت:					
- مبلغ کسر شده:					
شرح کسورات:					
علت	عدم تعهد مرکز بهداشت	اشتباه در محاسبه	مخدوش بودن نسخه	اضافه قیمت	سایر
تعداد					
مبلغ					

این قسمت توسط آزمایشگاه مرکز بهداشت استان تکمیل گردد:

کل مبلغ قابل پرداخت:
- مبلغ کسر شده:
- شرح کسورات:

رئیس مرکز بهداشت شهرستان

کارشناس حسابداری

مهر و امضاء کارشناس مسئول آزمایشگاه مرکز بهداشت استان

فرم صورت حساب نسخ آزمایشگاهی برنامه پزشک خانواده بیمه روستایی

نام مرکز بهداشت شهرستان:

نام مرکز بهداشتی درمانی:

کد بیمه روستایی مرکز بهداشتی درمانی:

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:

..... از تاریخ تا تاریخ:

شماره نظام پزشکی: سال:

تعداد کامل نسخه شده توسط پزشک

= تعداد کامل بیمارانی که به آزمایشگاه ارجاع داده شده

نام و نام خانوادگی	تعداد آزمایشات	انواع آزمایشات	کل مبلغ آزمایشات	سهم بیمار	سهم مرکز بهداشت شهرستان

پیوست شماره ۱۸:

دستورعمل نمونه گیری خدمات آزمایشگاهی
اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی

دستورعمل نمونه گیری در محل و
انتقال نمونه به آزمایشگاههای همکار در
برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده

تهیه و تنظیم: دکتر محمد جواد کاویانی
کارشناس مسوول اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی

خونگیری از ورید:

قبل از خونگیری وریدی، فرد خونگیر باید از ناشتا بودن بیمار مطمئن شود. انجام آزمایش قند، کلسترول و تری گلیسرید نیاز به ۱۰ تا ۱۲ ساعت ناشتا بودن بیمار دارد.

هنگام خونگیری، بیمار باید حتماً با آرامش روی صندلی خونگیری نشسته یا روی تخت معاینه به حالت درازکش باشد. بازوی بیمار بایستی در یک خط مستقیم از شانه تا مچ کشیده شود. کدام بازو استفاده شود مهم نیست. ورید میانی ساعد در گودی یا خم آرنج، بهترین محل جهت خونگیری است.

انتخاب ورید برای خونگیری با لمس کردن ورید آسان می شود قبل از خونگیری، ناحیه اطراف ورید مورد نظر را با پنبه آغشته به الکل ۷۰٪ تمیز کنید.

پوست باید در هوا خشک شود، الکل نباید روی پوست باقی بماند چون ممکن است باعث همولیز خون و بی اعتباری نتایج آزمایش شود.

هنگامی که پوست تمیز شد، تورنیکت را (۱۰ تا ۱۵ سانتی متر) بالاتر از مکان خونگیری ببندید تا از بازگشت خون وریدی به قلب جلوگیری و در نتیجه ورید متورم شود.

از طرف دیگر، با مشت کردن دست و افزایش فشارخون می توان تورم ورید را بیشتر کرد.

- تورنیکت نباید بیشتر از یک دقیقه بسته باشد.

قبل از سوراخ کردن ورید، فرد خونگیر باید حجم خون موردنیاز و لوله های مناسب را برای پلاسما یا سرم انتخاب و نامگذاری نماید (مشخصات کامل و شماره کد بیمار قبلاً روی برچسب لوله و با خط خوانا نوشته شده باشد).

همچنین، سوزن مناسب نیز انتخاب شود (اندازه های معمولی مورد استفاده سوزن ۱۹ تا ۲۲ درجه است).

سرنگ ها باید استریل و با تاریخ مصرف قابل قبول باشد.

هنگامی که جمع آوری خون کامل شد، تورنیکت را آزاد کنید و سپس، سوزن را از ورید بیرون آورید و همزمان، پنبه آغشته به الکل را روی مکان خونگیری قرار دهید. از بیمار برای این کار می توان کمک خواست که تا زمان قطع خونریزی و اطمینان کامل، پنبه را در محل خونگیری نگه دارد.

- مواد ضد انعقاد و محافظ خون

برای انجام آزمایشهای هماتولوژی از جمله CBC نیاز به خون تام (کامل) است. یکی از بهترین و متداول ترین مواد ضد انعقاد، نمک (EDTA) است زیرا اجزاء سلولی خون را به خوبی حفظ می کند.

EDTA به صورت نمک دی سدیم و دی پتاسیم در بازار موجود است که نمک دی پتاسیم آن بسیار مناسبتر است. مقدار ۱/۵ میلی گرم EDTA بازای هر میلی لیتر خون برای جلوگیری از انعقاد خون کافی است.

پس از خونگیری، بدون آنکه سوزن را داخل درپوشش آن قرار دهید، با روش مناسب، سوزن را در Safety box انداخته و حدود دو میلی لیتر خون را داخل شیشه CBC ریخته و به آرامی و خوب تکان دهید تا با مخلوط شدن کامل EDTA از لخته شدن خون، جلوگیری نموده و نمونه مناسبی برای آزمایش CBC تهیه کرده باشید.

شیشه حاوی خون CBC را در اولین فرصت ممکن و حداکثر در همان روز و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه طرف قرارداد ارسال نمائید.

- آزمایش FBS و بقیه تستهای بیوشیمیایی: (Bill , ALT, AST, Chol, Tg,Cr,BUN)

ضمن رعایت ۱۰ تا ۱۲ ساعت ناشتایی که قبلاً نیز اشاره شد باید پس از خونگیری سر سوزن را به طور مناسب جدا کرده و خون را به آرامی از سرنگ داخل لوله های شیشه ای با حجم مناسب تخلیه کنید (جدا کردن سوزن از سرنگ به علت جلوگیری از لیز شدن خون هنگام تخلیه سرنگ است).

- فرصت دهید تا خون کاملاً لخته شود (۲۰ تا ۳۰ دقیقه در حرارت اتاق)

- لوله را به مدت ۵ دقیقه با سرعت ۳۰۰۰ دور در دقیقه (3000rpm) سانتریفوژ کنید.

- پس از سانتریفوژ کردن به وسیله سمپلر، سرم را از لخته خون جدا کرده و در لوله های مخصوص حمل سرم تخلیه نمائید.

مطمئن شوید که در لوله انتقال، بخوبی بسته شده باشد و از نشت سرم جلوگیری می شود. در صورت نیاز و برای اطمینان بیشتر با پارافیلیم اقدام به سیل بندی لوله کنید.

- لوله های پلاستیکی در پیچ دار بهترین وسیله برای نگهداری و انتقال نمونه های سرمی است که در دسترس نیز می باشند.

- ذکر مشخصات کامل بیمار و شماره کد آن روی لوله ها و ظرفهای نمونه گیری، رعایت زنجیره سرما در هنگام انتقال، همچنین تسریع در ارسال نمونه ها همیشه باید مورد توجه قرار گیرد.

- نکته قابل توجه در تهیه نمونه برای آزمایش بیوشیمی مخصوصاً FBS ، جداسازی سریع سرم از لخته می باشد، که باید طی مدت کمتر از یک ساعت انجام گرفته و تا قبل از انجام آزمایش، لوله حاوی سرم حتماً در یخچال ۴ درجه سانتیگراد یا زنجیره سرما قرار گیرد.

- برای جمع آوری سرم در آزمایشهای سرولوژی (Coombs wright ,Wright, Widal, RF, CRP) از همین روش استفاده می شود.

- جمع آوری ادرار:

برای انجام آزمایش کامل ادرار، ادرار تمیز صبحگاهی، بهترین نمونه و غلیظ ترین نمونه برای اندازه گیری مقادیر غیر طبیعی موادی چون پروتئین، کریستال ها و..... می باشد.

آزمایش باکتریایی ادرار صبحگاهی نیز جهت تشخیص عفونتهای مجاری ادرار یا مثانه بسیار مهم است بنابراین، تهیه نمونه مناسب ادرار خیلی اهمیت دارد.

- قبل از نمونه گیری باید از تمیز و استریل بودن ظرف مخصوص جمع آوری ادرار مطمئن بود.

- به بیمار آموزش دهید: چند قطره از ادرار خود را دور ریخته و سپس مقدار ۱۵ میلی لیتر ادرار را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بریزد، درب آن را فوراً و بخوبی ببندد تا از آلودگی و نشأت آن جلوگیری شود. ظرف حاوی نمونه ادرار را در اولین فرصت ممکن و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه ارسال نمائید.

برای نمونه گیری ادرار از خانمها به آنها یادآوری کنید تا قبل از نمونه گیری، مجرای ادرار خود را با آب فراوان و بخوبی شستشو داده، سپس اقدام به نمونه گیری نمایند.

برای جمع آوری ادرار بچه ها باید به نکات زیر توجه شود.

- قبل از نصب کیسه پلاستیکی مخصوص، حتماً ناحیه مجرای ادرار را با آب فراوان شستشو دهید.

- کیسه را اطراف دستگاه تناسلی و مجرای ادرار نصب کنید و تا زمان تخلیه ادرار در محل بماند.

- پس از اطمینان از جمع آوری ادرار به میزان کافی، (حدود ۱۵ میلی لیتر) کیسه را به آرامی از محل جدا کرده و با رعایت نکات استریل، آن را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بگذارید و خیلی فوری نمونه را ارسال نمائید.

- جمع آوری مدفوع :

در صورتیکه منظور از درخواست مدفوع، بررسی وجود تخم انگل ها یا خون مخفی در مدفوع است بایستی مقدار کافی، حدوداً ۱۰ تا ۱۵ گرم (به اندازه یک بادام) مدفوع را در داخل ظرف مخصوص گذاشته و آن را به آزمایشگاه ارسال کرد.

برای تشخیص عامل اسهال خونی از جمله آمیب انتامباهیستولیتیکا نیاز به بررسی مدفوع و مشاهده ترو فوزیت آمیب است. بنابراین، باید توجه داشت که برای انجام آزمایش نیاز به مدفوع تازه و گرم می باشد. لذا دقت کنید که از زمان نمونه گیری تا زمان آزمایش تنها ۳۰ دقیقه برای مشاهده و تشخیص این آمیب فرصت هست.

برای کشت مدفوع و ادرار رعایت نمونه گیری تمیز و دور از آلودگی همچنین، رعایت ارسال فوری و صحیح نمونه مورد نظر است.

- برای انجام آزمایش hcG رعایت زمان نمونه گیری ادرار در زمان ۱۵ روز پس از قاعدگی ضروری است.

- آزمایش CT, BT باید در محل نمونه گیری انجام شود.

پیوست شماره ۱۹:

پوشه پرونده سلامت خانوار



شماره پرونده سلامت فرد:
شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده
پرونده سلامت فرد

..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

..... مرکز بهداشت شهرستان..... نام بخش

..... نام و نام خانوادگی فرد کد ملی فرد.....

..... نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار

..... منطقه سکونت فرد: روستا ☐ عشایر ☐ شهر ☐

..... نوع مرکز بهداشتی درمانی : روستایی ☐ شهری یا شهری روستایی ☐

..... نام مرکز بهداشتی درمانی

..... نام خانه بهداشت نام روستای محل سکونت.....

..... نام پایگاه بهداشت نام شهر محل سکونت

..... نشانی محل سکونت

..... شماره تلفن محل سکونت (کد) کد پستی

..... نشانی محل کار.....

..... شماره تلفن محل کار (کد)

..... نام و نام خانوادگی پزشک خانواده فرد..... شماره نظام پزشکی

..... نام و نام خانوادگی پزشک جانشین شماره نظام پزشکی

..... تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد تاریخ تشکیل پرونده

فرم اولین ویزیت پزشک خانواده

فرم بررسی سالانه سلامت فرد

صفحه اول

اطلاعات عمومی فرد:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تکمیل فرم:	
تاریخ تولد: / /	محل تولد:	شماره شناسنامه:	
جنس: ☐ مرد ☐ زن	وضعیت تاهل:	میزان تحصیلات:	
شغل:	نوع بیمه:	کد بیمه فرد:	

سابقه فردی: Personal History			
نمایه توده بدن فرد (BMI) برحسب کیلوگرم / مترمربع: ☐ / ☐			
مصرف دخانیات: ☐ بلی ☐ خیر			
سوء مصرف دارو و مواد: ☐ بلی ☐ خیر			
فعالیت بدنی مناسب: ☐ دارد ☐ ندارد			
رفتار تغذیه ای مناسب: ☐ دارد ☐ ندارد			
حساسیت به دارو، مواد غذا: ☐ ندارد ☐ دارد توضیح:			
وضعیت باروری زن: ☐ باردار ☐ شیرده ☐ یائسه ☐ سایر			
سابقه پزشکی: Past Medical History			
سابقه بستری: ☐ ندارد ☐ دارد توضیح:			
سابقه جراحی: ☐ ندارد ☐ دارد توضیح:			
سابقه بیهوشی: ☐ ندارد ☐ دارد توضیح:			
سابقه کدامیک از مشکلات یا بیماریهای زیر را دارد؟			
☐ سل	☐ جذام	☐ مالاریا	☐ ایدز
☐ آسم	☐ بیماریهای تیروئیدی	☐ بیماریهای قلبی	☐ سرطان
☐ استئوپروز	☐ چربی بالای خون	☐ عقب ماندگی ذهنی	☐ معالولیت جسمی
☐ بیماریهای کلیوی	☐ بیماریهای کبدی	☐ بیماریهای روانی	☐ بروسلوز
☐ سایر	☐ با ذکر نام:		
☐ دیابت	☐ پرفشاری خون	☐ هپاتیت B	☐ آلرژی فصلی
☐ دیابت	☐ پرفشاری خون	☐ هپاتیت B	☐ آلرژی فصلی
☐ دیابت	☐ پرفشاری خون	☐ هپاتیت B	☐ آلرژی فصلی

سابقه خانوادگی: Family History			
سابقه کدامیک از مشکلات یا بیماریهای زیر در خانواده فرد وجود دارد؟			
☐ دیابت	☐ پرفشاری خون	☐ چربی بالای خون	☐ سرطان
☐ معالولیت مادرزادی	☐ عقب ماندگی ذهنی	☐ بیماریهای اعصاب و روان	☐ بیماریهای ژنتیکی
☐ تالاسمی	☐ سایر	☐ آلرژی	☐ احتیاد
با ذکر نام:			
سابقه دارویی: Drug History			
چه نوع داروهایی مصرف می شوند؟			
.....			
.....			

صفحه دوم

فرم بررسی سالا نه سلامت فرد

☐ بلی

☐ خیر

فرد در حال حاضر، شکایت یا علامتی دارد؟ (Symptom)

توضیح دهید:

.....

.....

معاينات:

وزن (گرم): / قد (سانتیمتر): / دور سر (سانتیمتر): / دمای بدن (سانتیمتر): /

تعداد نبض: / تعداد تنفس: / فشارخون (میلیمتر جیوه): /

وضعیت واکسیناسیون: ☐ ناقص ☐ کامل توضیح:

دستگاه بدن	شرح وضعیت	دستگاه بدن	شرح وضعیت
ظاهر		شکم	
پوست و ضمایم آن		دستگاه ادراکی و تناسلی	
چشم		دستها و پاها	
گوش و حلق و بینی		ستون فقرات	
دهان و دندان		عدد لنفاوی	
تیر وید		وضعیت روان	
قلب و عروق		وضعیت اعصاب مرکزی و محیطی	
ریه		وضعیت حرکتی	
پستانها			

توضیحات:

.....

تشخیص احتمالی بیمارهای فرد:

.....

نیاز به اقدام تشخیصی درمانی: ☐ ندارد ☐ دارد ۱-

۲-

۳-

نیاز به پیگیری توسط بهورز: ☐ ندارد ☐ دارد

توضیح:

.....

محل مهر و امضاء پزشک:

فرم های ویزیت پزشک خانواده و متخصصین

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

نام و نام خانوادگی بیمار شماره پرونده سلامت فرد شماره پرونده بهداشتی خانوار خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی

اطلاعات مربوط به شرح حال، معاینه، و اقدامات تشخیصی درمانی:

ردیف	تاریخ ویزیت	علائم بیماری	نشانه های بیماری	اقدامات پاراکلینیکی	تشخیص	دستورات تارویزی، درمانی و پیشگیری

فرم ارجاع		
تاریخ ارجاع:	☐ غیر فوری ☐ نوع ارجاع : فوری	علت ارجاع:
از مرکز :		
به: پلی کلینیک / بیمارستان / مطب تخصصی		
همکار / راجمند با سلام ؛		
نام و نام خانوادگی بیمار :	سن :	شماره بیمه :
با نشانه ها و علائم :		
Risk Factor عوامل خطر (.....		
بیماری زمینه ای :		
اقدامات درمانی انجام شده قبل از ارجاع :		
دارو		
آزمایش		
تصویربرداری		
سایر		
تشخیص احتمالی :		
جهت بررسی و اقدام لازم به حضورتان معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، اقدامات درمانی یا پیگیری های مورد نیاز را در برگه پاسخوراند مرقوم و آن را توسط بیمار عودت فرمایید.		
نام و نام خانوادگی پزشک ارجاع دهنده :		امضاء و مهر :

نام و نام خانوادگی تاریخ ارجاع :

فرم بسخوړاند ارجاع/مشاوره

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره بیمه :
بازگشت به برگ فرم ارجاع شماره مورخ	
از : پلی کلینیک/ بیمارستان/ مطب تخصصی	
به مرکز :	

همکار ارجمند با سلام

ضمن تشکر، بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در فرم ارجاع پذیرش شد. پس از معاینه و بررسی با تشخیص اقدامات زیر برای وی انجام شد :

یافته های بالینی
 دارو
 آزمایش
 تصویربرداری
 سایر

پیگیری های مورد نیاز :

مراقبت و اقدامات درمانی
 تاریخ مراجعه بعدی
 سایر موارد درخواستی

----- ✂ -----

ارجاع به تخصص های غیر هم رشته و یا فوق تخصص (در صورت نیاز) :

نام و نام خانوادگی بیمار :

تشخیص :

اقدامات تشخیصی درمانی انجام شده :

دارو
 آزمایش
 تصویربرداری
 سایر

توجه: این فرم در برگه های کاربن لس چاپ می گردد.

هوالسافی		
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به آزمایشگاه (برحسب سطح ارجاع)		
نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:		
ردیف	نام و نام خانوادگی	تعداد اقلام آزمایشگاهی درخواستی
نام و نام خانوادگی مسوول آزمایشگاه:		مهر و امضاء:

هوالسافی		
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به رادیولوژی (برحسب سطح ارجاع)		
نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:		
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع نتیجه بررسی
نام و نام خانوادگی مسوول رادیولوژی:		مهر و امضاء:

هوالسانی			
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به متخصص			
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی			
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)			
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:		محل خدمت:	
از تاریخ:		تا تاریخ:	
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع	نتیجه معاینه
نام و نام خانوادگی پزشک متخصص:		مهر و امضاء:	

هوالسانی	
فرم جمع آوری اطلاعات دارویی	
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی	
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)	
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:	
محل خدمت:	
از تاریخ:	
تا تاریخ:	
تعداد نسخ ارسالی:	
تعداد کل اقلام تجویز شده:	
تعداد اقلامی که جزو داروهای سطح اول نبوده است:	
نام و نام خانوادگی مسوول داروخانه:	مهر و امضاء:

دستورعمل تکمیل پوشه و فرمهای اولین ویزیت و درمان سرپایی پرونده سلامت فرد در برنامه بیمه روستایی

پوشه پرونده سلامت فرد:

این پوشه شامل مطالبی در روی جلد پوشه و اطلاعات کلی از ویژگیهای هر فرد تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و تعیین شرایط سلامت آنها براساس برنامه های جاری در نظام سلامت است که بصورت ۲ جدول در صفحات داخلی پوشه قرار می گیرند. فرم مربوط به ویزیت های ادواری (که بایستی سالانه برای هر فرد توسط پزشک خانواده تکمیل شود) و فرمهای درمان سرپایی پزشک خانواده (۲ و ۳) برای هر فرد جداگانه تکمیل و از قسمت بالا سوراخ شده و در داخل پرونده سلامت خانوار جای می گیرند.

روی جلد پوشه سلامت فرد:

چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در قرارداد فی مابین اداره بیمه خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان مورد تفاهم قرار گرفت تا خدمات سطح اول سلامت به آنان نیز ارائه شود و سرانه این جمعیت هم پرداخت شد، گزینه های مربوط به اطلاعات مناطق شهری نیز در این پوشه تکمیل می شود (مثل پایگاه بهداشت و ...). در غیراینصورت، اطلاعات فقط خاص جمعیت های روستایی و عشایری خواهد بود.

کلیه اطلاعاتی که باید در مقاطع مختلف زمانی تغییر کند، باید با مداد نوشته شود تا نیاز به تغییر پوشه یا قلم خوردگی نباشد.

نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی مربوط ثبت می گردد. همچنین، نام مرکز بهداشت شهرستان و نام بخش (براساس طرحهای گسترش شبکه و تقسیمات کشوری) که محل سکونت فرد موردنظر می باشد، درج می شود.

نام و نام خانوادگی فرد: براساس اطلاعات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.

کد ملی فرد: کد ملی فرد ثبت می شود.

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار: سرپرست خانوار یعنی کسی که عمده هزینه خانوار را تامین می کند و به اصطلاح نان آور اصلی است و این فرد تحت سرپرستی وی قرار دارد.

منطقه سکونت: محل سکونت دائم فرد برحسب منطقه روستایی، عشایری یا شهری (خاص شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر) با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، مشخص می شود.

نوع مرکز بهداشتی درمانی: نوع مرکزی که فرد مربوطه در پوشش آن قرار دارد و پزشک خانواده در آن محل مستقر است، با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، تعیین می شود.

✓ مرکز بهداشتی درمانی شهری: چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در تفاهم مشترک با اداره بیمه خدمات درمانی استان جزو قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان قرار گرفت و در آن منطقه نوع مرکز، مرکز بهداشتی درمانی شهری بود با قراردادن علامت ✓ در چهارخانه مقابل مرکز شهری، نوع آن تعیین می گردد.

✓ مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی: مرکزی است که محل آن در شهر قرارداد ولی تعدادی خانه بهداشت و جمعیت روستایی را هم در پوشش خود دارد. درصورت عدم انعقاد قرارداد درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، ارائه دهندگان به

جمعیت روستایی نباید در همان محل ارائه دهندگان به جمعیت شهری قرار داشته باشند ولی نوع و نام مرکز همان مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی است.

✓ مرکز بهداشتی درمانی روستایی: مرکزی که در روستا قرار دارد.

نام مرکز بهداشتی درمانی: نام مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام خانه بهداشت: نام خانه بهداشتی که فرد روستایی یا عشایری در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام روستای محل سکونت: منظور روستای محل سکونت فرد است.

نام پایگاه بهداشت: نام پایگاه بهداشتی که فرد روستایی یا شهری (ساکن در شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر، در صورت انعقاد قرارداد) در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.

نام شهر محل سکونت: نام شهر محل سکونت فرد ثبت می شود. نام شهر فقط درمورد افراد ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر است و ان هم در صورت انعقاد قرارداد فی مابین اداره خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان درمورد این مناطق.

قطعا فقط نام یکی از دو گزینه نام روستا یا شهر و نام خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت ثبت خواهد شد.

نشانی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت فرد نوشته می شود.

شماره تلفن (کد): شماره تلفن منزل فرد با کد منطقه نوشته می شود.

کد پستی: کد پستی محل زندگی فرد بصورت ۱۰ رقمی ثبت می شود. این کد برروی فیش قبض صورتحساب تلفن نوشته شده است یا می توان از اداره مخابرات منطقه بدست آورد.

نشانی محل کار: نشانی دقیق محل کار فرد نوشته می شود.

شماره تلفن محل کار (کد): شماره تلفن محل کار فرد همراه با کد منطقه نوشته می شود.

شماره پرونده سلامت فرد:

شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت: منظور شماره پرونده خانواری است که در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت (در مناطق شهری) برای این خانواری که این فرد جزو آن محسوب می شود، تشکیل شده و در آن محل موجود می باشد. این شماره در حاشیه فوقانی سمت چپ پوشه ثبت می گردد.

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مربوط به این فرد همراه شماره نظام پزشکی وی نوشته می شود.

تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد: پزشک خانواده موظف است سالانه یکبار تمام افراد تحت پوشش خود را ویزیت نماید که تاریخ آخرین ویزیت ادواری یا بررسی سالانه برحسب روز/ماه/سال ثبت می شود.

تاریخ تشکیل پرونده: زمان اولین باری که پرونده برای فرد تشکیل داده می شود، ثبت می گردد.

فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

این فرم در ۲ صفحه تنظیم شده است و برای تمامی افراد تحت پوشش پزشک خانواده باید سالانه تکمیل گردد و در داخل پوشه سلامت فرد قرار گیرد. صفحه اول مربوط به اطلاعات عمومی و سابقه پزشکی فرد و خانواده وی می شود که پزشک با گرفتن شرح حال از فرد یا سرپرست وی (در صورتیکه فرد، کودک باشد یا شرایط پاسخگویی را نداشته باشد) آن را تکمیل می کند. صفحه دوم به ثبت نتایج حاصل از معاینات پزشک از فرد مربوط است.

در هنگام تکمیل این فرم برای هر فرد، حضور بهورزی که فرد در پوشش او قرار دارد، الزامی است.

اطلاعات عمومی فرد:

- ← نام و نام خانوادگی و نام پدر: براساس مشخصات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.
- ← تاریخ تکمیل فرم: زمان تکمیل این فرم ۲ صفحه ای برحسب روز/ماه/سال نوشته می شود.
- ← تاریخ تولد: تاریخ تولد برای کودکان زیر ۶ سال برحسب روز و ماه و سال (روز/ماه/سال) مطابق با شناسنامه فرد و برای بقیه سنین فقط برحسب سال تولد (مثلاً" سال ۱۳۴۰) نوشته می شود.
- ← محل تولد و شماره شناسنامه: براساس اطلاعات شناسنامه ای ثبت می گردد.
- ← جنس: به صورت "مرد" یا "زن" با گذاردن علامت ✓ مشخص می گردد.
- ← وضعیت تاهل: یکی از موارد متاهل، مجرد یا هرگز ازدواج نکرده، مطلقه، و بیوه درمقابل این گزینه ثبت می شود.
- ← میزان تحصیلات: بصورت یکی از گزینه های زیر می شود شامل: بی سواد، ابتدایی ناقص یا خواندن و نوشتن، ابتدایی کامل تا راهنمایی ناقص، راهنمایی کامل تا متوسطه ناقص، دیپلم، دانشجو و دارای مدرک دانشگاهی.
- ← شغل: به صورت یکی از گزینه های زیر ثبت می گردد: کارمند یا کارگر بخش دولتی، کارمند یا کارگر بخش غیردولتی، کشاورز یا دامدار، خانه دار، محصل یا دانشجو، شغل آزاد، بیکار، و درمورد کسانی که سن آنها برای داشتن شغل ایجاب نمی کند مثل کودکان قبل از سن مدرسه باید کلمه "مورد ندارد" ثبت گردد.
- ← نوع بیمه: نوع بیمه ای که فرد در پوشش آن قرار دارد، مشخص می شود شامل: بیمه روستایی (اگر فرد دارای دفترچه بیمه روستایی خاص می باشد، کلمه خاص نیز ذکر گردد)، خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر بیمه ها. چنانچه فرد در پوشش بیش از یک بیمه قرارداد داشت هر ۲ یا چند مورد آنها ثبت می گردد.
- ← کد بیمه فرد: کد بیمه فرد که برروی دفترچه وی ثبت است، نوشته می شود.

سابقه فردی: Personal History

- ← نمایه توده بدن فرد (BMI) برحسب کیلوگرم / مترمربع:
- ← مصرف دخانیات: چنانچه فرد هریک از اقلام دخانی مثل: سیگار، قلیان، چپق و ... را حتی یکبار در روز مصرف می کند، بلی علامتگذاری شود.
- ← سوء مصرف دارو و مواد: مصرف هر نوع داروی اعتیادآور یا ماده مخدر یا الکل توسط فرد تعیین می گردد.
- ← فعالیت بدنی مناسب: یعنی حداقل ۱۰ دقیقه مداوم طوری فعالیت کند که تنفس و ضربان نبض وی تندتر شود.
- ← رفتار تغذیه ای مناسب: یعنی از هر ۴ گروه اصلی غذایی در برنامه روزانه فرد وجود داشته باشد.
- ← حساسیت به دارو، مواد، غذا: چنانچه فرد سابقه حساسیت به هر نوع ماده یا غذا یا دارویی داشته باشد، مشخص می شود.
- ← وضعیت باروری زن: در صورتیکه فرد مورد بررسی، زن می باشد وضعیت وی از نظر بارداری با علامتگذاری در مقابل یکی از گزینه های باردار، شیرده، یائسه یا سایر تعیین می شود.

سابقه پزشکی: Past Medical History

- ← سابقه بستری: در صورتیکه فرد سابقه بستری در بیمارستان (۲۴ ساعت یا بیشتر) را دارد، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل علت، زمان، دفعات و طول مدت بستری تعیین می گردد.
- ← سابقه جراحی: در صورتیکه فرد سابقه هر نوع جراحی اعم از جراحی کوچک یا بزرگ داشته است، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل نوع جراحی، وسعت آن، زمان، دفعات و ... تعیین می گردد.
- ← سابقه بیهوشی: منظور بیهوشی عمومی است که در قسمت توضیح، زمان و علت آن قید می شود.

◀ سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیراز موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

سابقه خانوادگی: Family History

◀ سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود در خانواده فرد با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیراز موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

سابقه دارویی: Drug History

◀ چنانچه فرد سابقه مصرف دارو دارد، نوع دارو و مقدار مصرف و زمان مصرف ثبت شود.

صفحه دوم فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

◀ در صورتیکه در زمان بررسی سالانه فرد، علامت بیماری یا شکایتی از جانب بیمار مطرح شد، پزشک مورد را با توضیحات ضروری آن ثبت نماید.

معاینات:

◀ وزن: وزن فرد با سنجش توسط ترازویی که قبلاً "دقت آن تست شده است، برحسب گرم ثبت می شود. به عنوان مثال اگر وزن فرد ۵۷ کیلو و ۲۰۰ گرم بود، نوشته می شود: ۰۵۷:۲۰۰ یا اگر فرد نوزادی ۴ کیلویی بود، نوشته می شود: ۰۰۴:۰۰۰ به عبارت بهتر در ۳ خانه سمت چپ، کیلوگرم و در ۳ خانه سمت راست / ، گرم ثبت می گردد.

◀ قد: با روش صحیح اندازه گیری قد، قد فرد برحسب سانتیمتر ثبت می شود.

◀ دور سر: فقط برای کودکان کمتر از ۲ سال ثبت می شود.

◀ دمای بدن: از طریق زیربغل سنجش شده و برحسب سانتیگراد ثبت گردد.

◀ تعداد نبض: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

◀ تعداد تنفس: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

◀ فشارخون: برحسب میلیمتر جیوه و از چپ به راست فشار ماگزیما و مینیما ثبت می شود.

◀ وضعیت واکسیناسیون: با کمک بهورز و استفاده از سوابق مندرج در پرونده بهداشتی خانوار وی و براساس آخرین دستورعمل انجام واکسیناسیون مشخص می شود. چنانچه واکسیناسیون ناقص بود، مورد ذکر شود.

◀ وضعیت ظاهری فرد در کل و تک تک اعضای نامبرده شده در جدول مورد معاینه پزشک قرار گرفته و نتیجه در مقابل هریک ثبت می شود. چنانچه توضیح اضافی نیاز بود، درمحل تعیین شده نوشته می شود.

◀ تشخیص احتمالی بیماریهای فرد: باتوجه به شرح حال گرفته شده و معاینات، چنانچه پزشک تشخیصی برای وجود احتمالی بیماری داد، تشخیص خود را ثبت می کند. درغیر اینصورت سلامت فرد ثبت می شود. در صورت تشخیص بیماری باید فرم شماره ۲ نیز برای فرد تکمیل گردد.

◀ نیاز به اقدام تشخیصی درمانی: در صورتیکه پزشک نیاز به هرگونه اقدام تشخیصی درمانی از قبیل تجویز دارو یا خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی یا ارجاع به متخصص را تشخیص داد، موارد درخواستی را ثبت می کند و برحسب مورد یکی از فرمهای شماره ۲ یا ۳ تکمیل می شود.

- ◀ نیاز به پیگیری توسط بهورز: در صورتیکه برابر برنامه های جاری نظام سلامت، پزشک خانواده نیاز به پیگیری خاصی توسط بهورز را تشخیص داد، مورد را ثبت می کند و به بهورز نیز خاطرنشان می سازد.
- ◀ در پایین فرم نام و نام خانوادگی پزشک خانواده به همراه ثبت مهر و امضای وی قرار می گیرد.

فرم های درمان سرپایی پرونده سلامت خانوار:

فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که حداقل در یکی از گزینه های زیر قرار دارند، تکمیل می شود:
 ۱. افرادی که در طی انجام اولین معاینه توسط پزشک خانواده، بیمار تشخیص داده شده اند
 ۲. افرادی که توسط بهورز به علت بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده ارجاع شده اند.
 ۳. افرادی که مستقیماً به دلیل بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.هر یک از ردیفهای این فرم در هر بار مراجعه بیمار به پزشک خانواده تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- بازای هر بار مراجعه فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه می شود که شماره ردیف بعدی را می گیرد.

فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص

فرم شماره ۳ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع داده می شود، تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- کد ارجاع: براساس دستورعملی که از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی برای ثبت کد ارجاع ارسال شده است، عمل می شود.
- تاریخ ارجاع: زمانی که فرد به متخصص ارجاع شده است، ثبت می گردد.
- تشخیص احتمالی: در این قسمت، هر گونه تشخیصی که براساس یافته های بالینی و پاراکلینیکی حاصل شده است، توسط پزشک خانواده ثبت می گردد.
- نام پزشک و نوع تخصصی که ارجاع به او انجام شده است، به همراه تشخیص نهایی او و فیدبکی که داده شده است، به همراه تاریخ ارائه فیدبک (بازگشت ارجاع) ثبت می شود.
- اقدام انجام شده برای بیمار: شامل کلیه اقدامات دارویی، پاراکلینیکی، جراحی، توانبخشی، بستری و ... با ذکر موارد.
- پیگیری: موارد پیگیریهایی که نیاز است، ثبت می شود.
- توصیه های بهداشتی و مشاوره و سایر دستورات: توصیه ها و دستورات بهداشتی ثبت می شود.
- بازای هر بار ارجاع فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه شده و شماره ردیف بعدی به آن داده می شود.

در انتها، نام و نام خانوادگی پزشک خانواده تکمیل کننده فرم و مهر و امضاء وی ثبت می شود.

پیوست شماره ۲۰: چک لیست مشترک بیمه سلامت استان و مرکز بهداشت شهرستان

متعاقبا" ارسال می شود

پیوست شماره ۲۱:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: مدیریت

موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا جمع آوری اطلاعات زیج حیاتی انجام می شود؟			
۲	آیا شاخصهای محاسبه شده پوشش خدمات در جمعیت منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۳	آیا اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی منطقه موجود است؟			
۴	آیا فهرست مشکلات تعیین شده توسط پزشک برای منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۵	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص نیروی انسانی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			
۶	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			
۷	آیا لیست وضعیت فضای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟*			

بخش: مدیریت

موضوع دوم: برنامه عملیاتی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مشکلات سلامتی منطقه، اولویت بندی شده است ؟			
۲	آیا برنامه مداخله ای برای حل مشکلات سلامتی منطقه موجود است؟			
۳	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			
۴	آیا برنامه ریزی برای فرآیندهای جاری موجود است؟			
۵	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			

بخش: مدیریت

موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا برای دهگردشی، برنامه زمانبندی شده وجود دارد؟			
۲	آیا برنامه هفتگی فعالیتهای پزشک وجود دارد؟			
۳	آیا برای ارزیابی پرسنل (اعضای تیم سلامت)، برنامه ای وجود دارد؟*			
۴	آیا برای پشتیبانی واحدهای تابعه (مرکز و خانه های بهداشت تابعه)، برنامه ای وجود دارد؟*			
۵	آیا پزشک با شرح وظایف پرسنل در مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟*			
۶	آیا برای کنترل وضعیت هزینه و درآمد مرکز بهداشتی درمانی، برنامه ای وجود دارد؟*			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

جمع کل امتیازات بخش مدیریت	۲۰
امتیاز کسب شده	

توجه : سوالاتی که با علامت * مشخص شده اند فقط برای مسوول مرکز بهداشتی درمانی تکمیل خواهد شد.

بخش: عملکرد

موضوع اول: مدیریت عملکرد

تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۲	آیا کمبودها و نواقص تجهیزات (فنی و اداری) از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۳	آیا کمبودها و نیازهای تعمیرات فضای فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ *			
۴	آیا برنامه مداخله ای طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۵	آیا برنامه جاری طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۶	آیا دهگردشی طبق برنامه زمانبندی شده، اجرا می شود؟			
۷	آیا بعداز بازدیدهای انجام گرفته، پس خوراند کتبی به واحدهای بازدید شده، ارسال می شود؟			
۸	آیا برنامه ارزیابی پرسنل تحت پوشش اجرا می شود؟ *			
۹	آیا برنامه پشتیبانی واحدهای تابعه، اجرا می شود؟ *			
۱۰	آیا پرسنل برابر تقسیم کار صورت گرفته، انجام وظیفه می کنند؟			
۱۱	آیا برنامه کنترل هزینه و درآمد مرکز اجرا می گردد؟			
۱۲	آیا جلسات هماهنگی با پرسنل تحت پوشش حداقل بصورت ماهانه برگزار می شود؟ *			
۱۳	آیا ساعات کار مرکز و زمان حضور پرسنل به اطلاع مردم محل رسیده است؟ *			
۱۴	آیا فرمت استاندارد پرداخت کارانه طرح پزشک خانواده به پرسنل مرکز براساس دستورعمل، رعایت می شود؟ *			
۱۵	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان، ارسال می شود؟ *			
۱۶	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به خانه های بهداشت تابعه مرکز، ارسال می شود؟ *			
۱۷	آیا دهگردشی به خانه های بهداشت با تیم کامل (ماما یا پرستار یا داروبار) صورت می گیرد؟			
۱۸	آیا در حین برنامه دهگردشی به بیماران در صورت نیاز، دارو داده می شود؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک با برنامه ها و اهداف آنها آشنایی دارد؟			
۲	آیا پزشک با گروه هدف برنامه ها در سطح مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟			
۳	آیا پزشک با وضعیت موجود برنامه آشنایی دارد؟			
۴	آیا پزشک برای اجرای برنامه ها در سطح منطقه برنامه ریزی کرده است؟			
۵	آیا پشتیبانی مورد نیاز (فرمها، تجهیزات، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) انجام می شود؟			
۶	آیا پایش و نظارت برنامه ها اجرا می شود؟			
۷	آیا ثبت و گزارشدهی از برنامه بموقع انجام می شود؟			

جمع کل امتیازات بخش عملکرد مدیریت و فنی	۴۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: قرارداد و دستورعمل تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک ساعت کار را طبق قرارداد رعایت می کند؟			
۲	آیا نظارت بر حضور و غیاب پرسنل شاغل (اعضای تیم سلامت) صورت می گیرد؟*			
۳	آیا پزشک برابر قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی بیتوته می کند؟			
۴	آیا پزشک طبق برنامه تنظیمی در روزهای تعطیل در مرکز حضور دارد؟			
۵	آیا پزشک بر عملکرد تیم سلامت تحت پوشش خود، نظارت دارد؟			
۶	آیا پزشک با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت همکاری دارد؟			
۷	آیا ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی را رعایت می کند؟			
۸	آیا در صورت ترک محل خدمت، مراتب را یک هفته قبل به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می کند؟			
۹	آیا آمار تعداد مراجعین ماهانه بموقع به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می گردد؟*			
۱۰	آیا اقلام دارویی مورد نیاز (برابر دستورعمل) را به موقع درخواست می کند؟*			
۱۱	آیا اقلام اورژانسی (گنجه دارو و ترالی اورژانس) در مرکز وجود دارد؟			
۱۲	آیا پزشک نظام ارجاع را برابر شرایط استانی و ضوابط رعایت می کند؟			
۱۳	آیا برای پوشش کامل وضعیت بیمه ای کل جمعیت اقدامی کرده است؟			
۱۴	آیا نسبت به تکمیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش برابر برنامه زمانبندی شده، عمل می کند؟			
۱۵	آیا درصد تکمیل پرونده سلامت برابر دستورعمل اجرایی می باشد؟			
۱۶	آیا میانگین اقلام دارویی تجویز شده به ازای هر نسخه کمتر از ۲/۵ قلم (برابر دستورعمل) می باشد؟			
۱۷	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام آزمایشات سطح اول کمتر از ۱۰٪ می باشد؟			
۱۸	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی های سطح اول کمتر از ۴٪ می باشد؟			
۱۹	آیا پزشک تمامی اقدامات انجام گرفته را در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات (برابر دستورعمل) ثبت می کند؟			
۲۰	آیا موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر پزشکی یا پاراکلینیک را پیگیری می کند؟			
۲۱	آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کند؟			
۲۲	آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند می دهد؟			
۲۳	آیا دستورعملها، جزوات، کتب آموزشی و بخشنامه های ابلاغی از مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشد؟			

جمع کل امتیازات بخش قرارداد و دستورعمل	۳۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش مشارکت جامعه : تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک جلسات هیات امناء (روستایی/شهری) را بصورت ماهانه تشکیل می دهد؟ *			
۲	آیا در جلسات هیات امناء، درمورد رفع مشکلات سلامتی منطقه تحت پوشش تصمیم گیری می شود؟*			
۳	آیا برای اجرای مصوبات جلسات، اقدامی صورت می گیرد؟*			
۴	آیا درباره نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و ...) ازطریق جلب مشارکتهای مردمی اقدامی انجام می دهد؟*			
۵	آیا برای بهبود ارائه خدمات ازطریق جلب مشارکتهای مردمی (رابطین روستایی) اقدامی انجام می دهد؟*			

۳	جمع کل امتیازات بخش همکاریهای بین بخشی
	امتیازات کسب شده

بخش: نتایج

موضوع اول : شاخصهای فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل شده است؟			

بخش: نتایج

موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های پشتیبانی تکمیل شده است؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: نتایج

موضوع سوم: رضایتمندی

تاریخ تکمیل

رضایت مردم

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مردم از ساعات حضور پزشک خانواده در مرکز رضایت دارند؟			
۲	آیا مردم از نحوه پذیرش پزشک رضایت دارند؟			
۳	آیا مردم از نحوه برخورد پزشک رضایت دارند؟			
۵	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد علت ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۶	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد محل ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۷	آیا مردم از راهنمایی های پزشک در مورد مدارک مورد نیاز برای مراجعه به محل ارجاع رضایت دارند؟			

رضایت پرسنل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پرسنل مرکز از برخورد و رفتار پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۲	آیا پرسنل مرکز از بکارگیری و مشارکت دادن آنها در برنامه ریزیهای مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۳	آیا پرسنل از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی و ...) توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۴	آیا پرسنل از نحوه توزیع کارانه اختصاص یافته به مرکز بهداشتی درمانی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۵	آیا پرسنل از نحوه پایش و ارزیابی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۶	آیا پرسنل از نحوه انتقال و پیگیری درخواستهایشان به مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۷	آیا پرسنل از نحوه انعکاس دستورعملها و بخشنامه های ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۸	آیا پرسنل از نحوه بکارگیری از خودروی مرکز، رضایت دارند؟			
۹	آیا پرسنل از تقسیم کار در مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۱۰	آیا پرسنل از مدیریت پزشک در موارد بروز اختلاف (درونی و بیرونی)، رضایت دارند؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

رضایت مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا از نحوه ارائه گزارشها و آمار توسط پزشک، رضایت دارد؟*			
۲	آیا از نحوه تعامل پزشک با دهیار، شورای اسلامی و ... رضایت دارد؟*			
۳	آیا از رعایت مقررات اداری و مالی توسط پزشک، رضایت دارد؟			
۴	آیا از مشارکت پزشک در جلسات، رضایت دارد؟			
۵	آیا از ارائه پیشنهاد؛ خلایقیت؛ و نوآوری پزشک رضایت دارد؟			

جمع کل امتیازات بخش نتایج	
امتیازات کسب شده	

نتیجه کلی پایش

عناوین پایش		امتیاز
مدیریت	مورد انتظار	کسب شده
۲۰		
عملکرد مدیریت وفنی	۴۰	
قرارداد و دستورعمل	۳۰	
همماری های بین بخشی	۳	
نتایج		
جمع امتیاز	۱۰۰	

نام و نام خانوادگی پایش شونده و امضاء

نام و نام خانوادگی، سمت پایش کننده و امضاء

فرم شاخصهای برنامه های جاری ومداخله ای مرکز بهداشتی ودرمانی

ردیف	نام شاخص	مقدار شاخص		
		در ابتدای برنامه	پیش بینی شده	تحقق یافته
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				
۲۱				
۲۲				

راهنمای تکمیل چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (بیمه روستایی و پزشک خانواده)

خواهشمند است قبل از تکمیل چک لیست به نکات زیر توجه فرمایید:

- مطمئن شوید که پزشک آموزشهای لازم را دیده باشد.
- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه پزشکان خانواده شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- سوالاتی که با علامت * مشخص شده اند، فقط از پزشک مسوول مرکز بهداشتی و درمانی پرسیده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشک خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.

• بخش مدیریت

موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود

- ۱ - در صورت موجود بودن زیج حیاتی تکمیل شده به تفکیک نوع جمعیت (شهری، روستایی وکل) برحسب منطقه، از سال شروع برنامه پزشک خانواده و به روز بودن زیج حیاتی در سال جاری در ستون "بلی" ثبت می گردد.
- ۲ - کلیه شاخصهای پوشش خدمات بایستی طبق فرمهای پیوستی در مرکز موجود باشد. شاخصهایی که در خود مرکز قابل محاسبه نبوده و آگاهی پزشک از آنها ضروریست، بایستی توسط پزشک به صورت مکتوب از ستاد شهرستان درخواست کرده و در فرم منعکس گردد (این شاخصها با علامت * در فرم پیوستی مشخص شده اند).
- ۳ - اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی مرکز بایستی طبق فرم شماره ۱ (وضعیت جغرافیایی و اجتماعی روستاهای تحت پوشش مرکز) پیوستی تکمیل گردد.
- ۴ - در صورتی که پزشک لیست مشکلات موجود بهداشتی درمانی (مثل مشکل اعتیاد، بهداشت روان و ...) و مشکلات مربوط به شاخصهای مندرج در جدول شاخصهای پیوست مربوط به منطقه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵ - در صورت کامل بودن فرم شماره ۲ "وضعیت پرسنل مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶ - در صورت کامل بودن جدول شماره ۳ "برآورد وضعیت تجهیزات و فضای مورد نیاز مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷ - مشابه توضیح بند ۶.

• بخش مدیریت

موضوع دوم: برنامه عملیاتی

- ۱ - در صورت ارائه لیست اولویت بندی شده مشکلات سلامتی منطقه مربوط به سوال ۴ ازبند تحلیل وضعیت موجود، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۲ - در صورتی که پزشک حداقل یک برنامه مداخله ای مشخص و زمان بندی شده برای حل مشکلات سلامتی اولویت بندی شده منطقه تدوین کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۳ - در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (همه موارد: تحلیل و وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۴ - در صورتی که پزشک برای فرایندهای جاری خود، برنامه سالانه (عملیاتی) داشته باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۵ - در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- تبصره: در صورت برگزارنشدن دوره آموزشی مربوط به برنامه ریزی (سوالات ۲ و ۴) قسمت "مورد ندارد" تکمیل گردد.

• بخش مدیریت

موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

- ۱ - در صورتی که پزشک برنامه زمانبندی شده ماهانه دهگردشی را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲ - در صورتی که پزشک برای فعالیتهای جاری در مرکز برنامه هفتگی تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳ - در صورتی که پزشک یک برنامه زمانی مکتوب برای ارزیابی کارکنان و پرسنل واحدهای تابعه خود تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴ - در صورتی که پزشک راهکار ها و برنامه های موجود مرکز را درمورد نحوه پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، تعمیرات و...) را ارائه نماید یا به طور شفاهی بیان کند، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵ - در صورتی که پزشک حداقل ۴ مورد از وظایف هر پرسنل را بیان نموده و نیز شرح وظایف کلیه پرسنل در مرکز موجود باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶ - در صورتی که پزشک میزان درآمد مرکز (نقدی - بیمه) از خدمات تخصصی پزشکی و غیر تخصصی پزشکی را در اختیار داشته باشد و همچنین، هزینه های جاری مرکز را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود (این سوال اختصاصاً از مسوول مرکز پرسیده می شود).

• بخش عملکرد

موضوع اول: مدیریت عملکرد

- در همه موارد، چنانچه کمبودی وجود نداشت، مورد ندارد ثبت گردد.
- ۱ - در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی را که دال بر پیگیری کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید (حداقل یک مکاتبه)، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۲ - در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی (حداقل یک مکاتبه) را که دال بر پیگیری کمبود و نواقص تجهیزات (فنی واداری) و تعمیر تجهیزات تعمیری از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.

- ۳ - پزشک سابقه مکاتبات را که دال بر پیگیری رفع کمبود و نیازهای تعمیرات فضاها و فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴ - با در نظر گرفتن زمان انجام پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه مداخله ای، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).
- ۵ - با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه های جاری، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).
- ۶ - با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده برنامه دهگردشی در صورت انجام برنامه امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۷ - در صورت ارائه نمونه ای از پسخوراند داده شده به واحدها، امتیاز مربوطه داده شود
- ۸ - با در نظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه ارزیابی، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۹ - در صورتی که پزشک مستندات مربوط به انجام پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) را ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰ - در صورتی که پزشک مستندات مربوط به تقسیم کار و تعیین تکلیف فعالیتهای و پرسنل مرکز را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱ - جدول مربوط به کنترل هزینه درآمد به تفکیک هر ماه، ارائه گردد، امتیاز مربوطه داده شود (طبق فرم پیوستی). این سوال فقط از مسوول مرکز پرسیده می شود.
- ۱۲ - در صورتی که پزشک صورتجلسات مبنی بر تشکیل ماهانه جلسات هماهنگی را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۳ - در صورت نصب برنامه در محل مرکز بهداشتی و درمانی بنحوی که در دید مراجعه کنندگان به مرکز باشد امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۴ - در صورتی که پزشک لیست پیشنهادی پرداخت کارانه مراکز را ارائه نماید (۶۰٪ کارانه به بهورزان و ۴۰٪ بقیه به پرسنلی که در برنامه همکاری می کنند، پرداخت گردد) امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵ - در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه به مرکز بهداشت شهرستان را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۶ - در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه دهگردشی و نظارت به خانه های بهداشت تابعه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۷ - برنامه دهگردشی و نظارت اعضای تیم سلامت (پزشک، دارویار، ماما یا پرستار) بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۸ - دفتر ثبت مراجعین روزانه با نسخ تجویز شده همان روز در هنگام دهگردشی پزشک، مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

• بخش عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

این قسمت بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد.

• بخش قرارداد و دستورعمل

- ۱ - در صورتی که پزشک طبق قرارداد، ۸ ساعت حضور فیزیکی داشته و شیفت کاری را مطابق قرارداد رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲ - دفتر حضور و غیاب با پاسها و مرخصیهای موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳ - در صورتی که تعداد بیتوته پزشک دقیقاً مطابق با برنامه تنظیمی باشد (دفتر ثبت فعالیتها در ساعات غیراداری، نشانگر حضور پزشک خواهد بود) و ساعات ویزیت بیماران در وقت غیراداری یادداشت گردد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴ - برنامه تنظیمی برای روزهای تعطیل از طریق دفتر حضور و غیاب و دفتر ثبت روزانه بیماران بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵ - در صورتی که پزشک حداقل یک مورد برنامه پایش عملکرد تیم سلامت را براساس برنامه تنظیمی ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶ - در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم همکاری با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷ - در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، امتیاز مربوطه داده شود.
توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً "مدارک مربوط به سوالات ۶ و ۷ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.
- ۸ - در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۹ - در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به ارسال آمار و اطلاعات را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰ - در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به درخواست (با توجه به ضوابط دپوی داروها و دستورعمل مربوطه) را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱ - گنجینه دارویی و ترالی اورژانس مشاهده گردد و داروهای موجود از نظر کمیت و کیفیت (تاریخ انقضا و...) بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۲ - نحوه ارجاع با شرایط استانی موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (اگر شرایط استانی اعلام نشود، موردی ندارد ملحوظ گردد).
- ۱۳ - ارائه تکمیل شده جدول "وضعیت پوشش بیمه ای جمعیت به تفکیک صندوقهای بیمه ای" برای دادن امتیاز کامل، ضروریست.
- ۱۴ - برنامه زمانبندی شده و پرونده های سلامت تکمیل شده بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شوند و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵ - سالانه برای یک سوم از جمعیت تحت پوشش طبق برنامه زمانبندی شده بایستی پرونده سلامت تکمیل شده باشد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (حداقل تعداد پرونده سلامت تشکیل شده برای جمعیت تحت پوشش مستقیم مرکز بررسی گردد).
- ۱۶ - متوسط اقلام دارویی تجویز شده در ۵۰ نسخه بطور تصادفی (راندوم) در یک فصل بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

- ۱۷- تعداد موارد ارجاع بیمار برای آزمایشات با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۸- تعداد موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۹- دفتر مراجعین با پرونده های سلامت تکمیل شده، مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۰- در صورت ارائه هرگونه مدرک در رابطه با پیگیری بیماران ارجاع شده، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۱- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به ابلاغ لیست بیماران نیازمند پیگیری به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۲- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به دادن پس خوراند بیماران ارجاع شده به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲۳- فهرست دستورعملها، کتب، جزوات آموزشی و بخشنامه های توزیع شده به مراکز از طرف ستاد شهرستان با موارد موجود در مرکز مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً" این فهرست را از شهرستان دریافت کند.

• بخش مشارکت جامعه:

- ۱- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تشکیل جلسات مرتب ماهانه با هیت امناء می باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تصمیم گیری و رفع مشکل سلامتی در جلسات هیات امناء منطقه باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام مصوبات جلسات هیات امناء باشد، ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام درمورد رفع نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و...) از طریق جلب مشارکت مردمی باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام در راستای بهبود ارائه خدمات از طریق جلب مشارکت مردمی (رابطین روستایی) باشد را ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.

• بخش نتایج

موضوع اول: شاخصهای فنی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

• بخش نتایج

موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای پشتیبانی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

• بخش نتایج

موضوع سوم : رضایت

۱) رضایت مردم

این سوالات از ۵/۰٪ تا ۱٪ جمعیت تحت پوشش و حداقل از ۱۰ نفر و نیز سوالات ۴ تا ۶ درمورد افراد ارجاع داده شده که لیست آنها از دفتر ثبت روزانه استخراج شده باشد، پرسیده و تکمیل می گردد.

۲) رضایت پرسنل

این قسمت از کل پرسنل شاغل درمرکز و واحدهای تابعه پرسیده و تکمیل می گردد.

۳) رضایت مرکز بهداشت شهرستان

سوالات ۱ تا ۵ از معاون بهداشتی شهرستان پرسیده و تکمیل می گردد و با توجه به نظر ایشان و به شرط ارائه مستندات مربوطه (جمع بندی نظرات کارشناسان و مسوولین مرکز بهداشت شهرستان)، امتیاز منظور خواهد شد.

شاخصهای پوشش خدمات در مرکز بهداشتی درمانی

شاخص های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی	شاخص هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان به پزشک باید داده شود
کل جمعیت	میزان خام تولد (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر یکسال به کل جمعیت	میزان خام مرگ (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر ۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری عمومی
درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری کلی
درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال	درصد چند قلو زایی
درصد گروه سنی ۶۵ سال به بالا	درصد مرده زایی به کل تولد زنده
نسبت سرباری	نسبت جنسی در بدو تولد
درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به کل زنان	میزان مرگ نوزادان (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
رشد طبیعی جمعیت	میزان مرگ کودکان زیر یکسال (به هزار تولد زنده)
درصد زایمان در بیمارستان به کل زایمانها	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
درصد زایمان به کمک فرد دوره ندیده	میزان بروز بیماری بر حسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ نوزادان	میزان شیوع بیماری بر حسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ کودکان زیر یکسال	میزان بروز و شیوع بیماری بر حسب تشخیص کلینیکی و پاراکلینیکی
تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال	متوسط بار مراقبت بهداشت دهان و دندان در گروههای سنی هدف
تعداد مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان	نسبت موارد بیمار ارجاع شده از هر گروه هدف
درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بدو تولد	متوسط بار مراجعه هریک از گروههای هدف
درصد استفاده از آ. یو. دی	CYP
درصد افراد تحت پوشش تنظیم خانواده از روشهای مدرن	نسبت وسایل پیشگیری از بارداری توزیع شده
پوشش واقعی تنظیم خانواده	درصد IUD خارج شده در ماه اول
میزان مرگ نوزادان به علت نارسای نوزاد	میزان IUD خارج شده در سه ماه اول

شاخص های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی	شاخص هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان باید به پزشک داده شود
تعداد مرگ ناشی از صدمات زایمانی	میزان IUD خود به خود خارج شده در سه ماه اول
تعداد مرگ از ARI در کمتر از ۵ سال	میزان IUD خود به خود خارج شده بعد از سه ماه
تعداد مرگ ناشی از اسهال و استفراغ در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به آب آشامیدنی سالم
تعداد مرگ ناشی از حوادث و مسمومیت در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به توالت بهداشتی
تعداد مرگ ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به دفع بهداشتی زباله
تعداد مرگ ناشی از سایر علل در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به دفع بهداشتی فضولات حیوانی
عملکرد پزشکان براساس روز کارکرد	میزان مصرف نمک یددار در خانوارهای تحت پوشش
نسبت مراجعین به تفکیک نوع تخصص پیراپزشکان	نسبت مکان های عمومی دارای معیارهای بهداشتی
نسبت مراجعین به تفکیک نوع تشخیص (کلینیکی، پاراکلینیکی)	نسبت محل های تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی دارای معیارهای بهداشتی
درصد پوشش واکسن کزاز زنان باردار	درصد کارکنان مراکز و مکان های عمومی دارای کارت بهداشتی
درصد پوشش نوبت اول واکسن ب. ث. ز، نوبت دوم سرخک، نوبت سوم ثلاث، نوبت سوم پولیو، نوبت سوم هیپاتیت در کودکان زیر یکسال	نسبت کارکنان دوره دیده محل های تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مکان های عمومی
افت نوبت سوم نسبت به نوبت اول واکسن در گروه کودکان زیر یکسال	
نسبت پرونده های جدید و تکراری مراقبت شده	
نسبت کودکانی که دچار تاخیر در رشد هستند	
نسبت کودکان زیر ۶ سال به تفکیک کمتر از ۱۲ ماه، ۱۲ ماه تا یکساله، ۲ ساله، ۳ و ۴ ساله و ۵ ساله که زیر صدک سوم، بین صدک ۳ تا ۵۰، بین صدک ۵۰ تا ۹۷، بالای صدک ۹۷ قراردارند به تفکیک جنسیت	

پیوست شماره ۲۲:

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشکی خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: تحلیل وضعیت موجود

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا شاخصهای خدمات مربوطه موجود است؟			
۲- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش شناسایی شده است؟			
۳- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش الویت بندی شده است؟			

بخش: برنامه ریزی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا برای بهبود شاخص های مرکز، طراحی مداخله برای اولویت ها انجام شده است؟			
۲- آیا در تنظیم برنامه مداخله ای، اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی براساس تحلیل؛ جدول گانت؛ و برنامه پایش) رعایت شده است؟			
۳- آیا برنامه ماهانه پایش از خانه های بهداشت طبق استاندارد تدوین گردیده است؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: عملکرد

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا برنامه مداخله ای تنظیمی طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۲- آیا پایش ها مطابق با برنامه ماهانه تنظیم شده، اجرا می شود؟			
۳- آیا پس از پایش، پسخوراند همراه با راهکارهای اجرایی به سطح پایش شونده ارسال می شود؟			
۴- آیا در پایش ها، پسخوراند های قبلی و راهکارهای ارائه شده پیگیری می شود؟			
۵- آیا نظارت بر ارائه خدمات مادران در روستاهای اقماری و سیاری صورت می گیرد؟			
۶- آیا برای بررسی گزارش پایش های انجام شده، درخواست برگزاری جلسه از مسوول مرکز بهداشتی درمانی انجام می شود؟			

بخش عملکرد فنی:

این قسمت باید توسط ادارات کل تهیه شود

بخش قرارداد و دستورعمل:

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا ساعت کار حضور ماما یا پرستار طبق قرارداد رعایت می شود؟			
۲- آیا موردی از نقض ضوابط و دستورات آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی وجود ندارد؟			
۳- آیا در صورت ترک محل خدمت براساس دستورعمل، مراتب را یک هفته قبل به مسوول مرکز اعلام کرده اند؟			
۴- آیا کلیه اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات، درج می شود؟			
۵- آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کنند؟			
۶- آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند داده می شود؟			
۷- آیا دستورعملها و بخشنامه های ابلاغی از طرف مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشند؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: تجهیزات

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا داروهای بهداشت خانواده طبق استاندارد و فرمول پیشنهادی، درخواست می شود؟			
۲- آیا وسایل مورد نیاز آبودی گذاری، درخواست می گردد ؟			
۳- آیا در صورت خرابی و کسری تجهیزات مورد نیاز برای ارائه مراقبت های مادران، پیگیری لازم صورت می گیرد؟			
۴- آیا در نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادران، شرایط استاندارد رعایت می گردد؟			

بخش: دارو یاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا موجودی دارو در داروخانه کفایت دو ماه آینده را می کند (براساس توزیع شهرستان)؟			
۲- آیا برآوردی مناسب از مصرف دارو در مرکز انجام می شود؟			
۳- آیا شرایط نگهداری دارو در دارو خانه مناسب می باشد (برابر استاندارد)؟			
۴- آیا داروهای موجود به تفکیک در قفسه ها چیده شده اند؟			
۵- آیا از نبود داروهای تاریخ گذشته اطمینان حاصل می شود؟			
۶- آیا نسخه پیچی در مرکز با صحت و دقت انجام می شود؟			
۷- آیا داروهای اورژانسی مطابق استاندارد در ترالی اورژانس وجود دارند؟			
۸- آیا به تاریخ انقضاء داروهای قفسه اورژانس توجه می شود؟			
۹- آیا برنامه ریزی مناسبی برای جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها صورت می گیرد؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: پرستاری و بهیاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا تجهیزات پانسمان خانه بهداشت توسط مرکز به طور مرتب استریل می گردد؟			
۲- آیا وسایل پانسمان در شرایط استاندارد استریل می شوند؟			
۳- آیا تجهیزات تزریقات و پانسمان در شرایط استاندارد نگهداری می شوند؟			
۴- آیا بسته های استریل و غیر استریل جدا از هم و در محیطی خشک نگهداری می شوند؟			
۵- آیا تخت تزریقات و پانسمان دارای ملحفه و مشمع و پاراوان می باشد؟			
۶- آیا زباله های عفونی به طور جداگانه دفع می شوند؟			
۷- آیا پرستار یا ماما از روپوش تمیز استفاده می کند؟			
۸- آیا پگ پانسمان استریل به تعداد مورد نیاز در مرکز موجود می باشد؟			
۹- آیا برنامه ریزی برای تامین تجهیزات تزریقات پانسمان و احیاء انجام می شود (شامل: فور- اتو کلاو - ECG - قفسه دارویی)؟			

بخش: بازآموزی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا در کلاسهای آموزشی بهورزان برای گروه هدف مامایی به صورت موردی شرکت داشته است؟			
۲- آیا در جلسات و باز آموزی های ستاد شهرستان در سه ماه گذشته (بهداشت خانواده شرکت داشته است)؟			

بخش: نتایج

۱) شاخصهای فنی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا فرم مربوط به محاسبه شاخصهای فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل می شود؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

شبکه بهداشت شهرستان.....

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

تاریخ تکمیل.....

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

۲) رضایت گیرندگان خدمت

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مردم از ساعات حضور ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۲- آیا مردم از نحوه برخورد ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۳- آیا مردم از نحوه پذیرش ماما یا پرستار رضایت دارند؟			

۳) رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما / پرستار با ارباب رجوع رضایت دارد؟			
۲- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما / پرستار با سایر پرسنل رضایت دارد؟			
۳- آیا مسوول مرکز از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی ...) ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۴- آیا مسوول مرکز از اجرای برنامه های پایش و دهگردشی ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۵- آیا مسوول مرکز از نحوه پیگیری پسخوراندها توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۶- آیا مسوول مرکز از گزارش بموقع اطلاعات خواسته شده توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۷- آیا مسوول مرکز از وضعیت برگزاری جلسات آموزشی برای سایر پرسنل توسط ماما / پرستار رضایت دارد؟			
۸- آیا مسوول مرکز از عملکرد خدمتی ماما / پرستار رضایت دارد؟			

نام، نام خانوادگی و امضای معاون بهداشتی دانشگاه

نام، نام خانوادگی، سمت و امضای پایش کننده

راهنمای تکمیل چک لیست پایش ماما یا پرستار شاغل در برنامه بیمه روستایی وپزشک خانواده

قبل از تکمیل چک لیست توجه به نکات ذیل ضرورت دارد:

- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه ماماها و پرستاران شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست، مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشک خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.
- نحوه امتیازدهی بدین قرار خواهد بود که تعداد بلی های کسب شده در هر بخش تقسیم بر تعداد کل سوالات همان بخش شده و به نمره کل ملحوظ برای آن بخش ضرب میشود و در خانه امتیاز کسب شده قرار خواهد گرفت.

تحلیل وضعیت موجود

۱. اگر شاخصهای محاسبه شده مربوط به دو برنامه مادران و تنظیم خانواده موجود باشد، بلی منظور گردد (این شاخصها توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان تدوین و ارائه خواهد شد).
۲. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده (با توجه به شاخصهای محاسبه شده) در آورد شده و لیست شده باشد، بلی منظور گردد.
۳. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده بصورت مکتوب اولویت بندی شده باشد، بلی منظور گردد.

برنامه ریزی

۱. در صورتی که برنامه مداخله ای با مستندات مربوطه در هر یک از برنامه های مادران و تنظیم خانواده، تنظیم شده و ارائه گردد، بلی منظور شود.
۲. در صورت ارائه مستندات تحلیل وضعیت _ طراحی براساس تحلیل و برنامه پایش _، بلی منظور گردد.
۳. در صورت تنظیم برنامه پایش خانه های بهداشت وروستاهای قمر و سیاری براساس اصول ارائه شده در دستورعمل برنامه بیمه روستایی وپزشک خانواده، بلی منظور گردد.

عملکرد

۱. با توجه به زمان پایش، اگر فعالیتهای اجرایی منظور شده در برنامه مداخله ای، طبق زمانبندی تنظیمی اجرا شده باشد، بلی منظور گردد.
۲. باتوجه به زمان پایش، برنامه تدوین شده ماه قبل بررسی شود. اگر پایش ها طبق برنامه زمانبندی شده انجام و ثبت شده باشد (وجود گزارش بازدید یا پس خوراند یا هر مدرک مکتوب دیگر دال بر انجام برنامه)، بلی منظور گردد.

۳. در صورت وجود نمونه پس خوراند پایش های انجام شده توسط ماما در سه ماهه گذشته (اگر حداقل برای ۸۰٪ از پایشها، پس خوراند موجود باشد)، **بلی** منظور گردد.
۴. اگر در گزارش یا پسخوراند پایش سه ماهه گذشته مدرکی دال بر پیگیری پس خورا ندهای قبلی موجود باشد، **بلی** منظور گردد.
۵. در صورت موجود بودن برنامه پایش و گزارش یا پسخوراندهای مربوطه یا هر مستند دیگر (به تفکیک روستاهای قمر و، سیاری)، **بلی** منظور گردد. اگر مرکز، روستای قمر و سیاری نداشته باشد، **مورد ندارد** ثبت خواهد شد.
۶. در صورت مشاهده درخواست مربوطه در سه ماهه گذشته و تأیید آن توسط کارشناس ناظر، **بلی** منظور گردد.

عملکرد فنی

راهنمای این قسمت به همراه خود سوالات توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان را تدوین و ارائه خواهد کرد.

قرارداد و دستورعمل

۱. اگر در بررسی دفتر حضور و غیاب و به تایید رییس مرکز بهداشتی درمانی یا مسوول تیم در ۹۵ درصد از روزهای کاری، ساعت کار حضور توسط ماما/پرستار طبق قرارداد رعایت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
 ۲. در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، **بلی** منظور گردد.
 ۳. با بررسی دفتر حضور و غیاب، در صورتی که ماما یا پرستار، یک هفته قبل از تمام مواردی که محل خدمت را ترک نموده اند، را به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کرده باشد، **بلی** منظور گردد.
- توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً "مدارک مربوط به سوالات ۲ و ۳ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.
۴. در صورتی که ۹۰ درصد اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات ثبت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
 ۵. در صورت وجود مستندات ابلاغ موارد نیازمند به پیگیری به بهورزان خانه های بهداشت، **بلی** منظور گردد.
 ۶. در صورت وجود مستندات پسخوراند موارد ارجاعی به بهورزان خانه های بهداشت **بلی** منظور گردد
 ۷. در صورت در دسترس بودن کلیه دستورعملها و بخشنامه ها (لیست بخشنامه ها و دستورعملهای موجود با لیستی که تکمیل کننده چک لیست قبلاً" از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کرده است، مطابقت داده شود و در صورت همخوانی)، **بلی** منظور گردد.

تجهیزات

۱. در مشاهده و بررسی آخرین درخواست دارویی، در برنامه های مادران، کودکان و تنظیم خانواده، در صورتی که برآورد یک قلم دارو از هر برنامه، مطابق با فرمول ارائه شده از ستاد، انجام شده باشد، **بلی** منظور گردد.
۲. در صورت موجود بودن درخواست وسایل مورد نیاز آیودی گذاری در مرکز، **بلی** منظور گردد. (اگر موردی برای درخواست وجود نداشت، **مورد ندارد**، ثبت شود).
۳. در صورت وجود هرگونه مستندات مربوط به پیگیری تامین کسری یا تعمیر عیب تجهیزات معیوب، **بلی** منظور گردد. اگر کمبود یا خرابی تجهیزات در مرکز وجود نداشت، **مورد ندارد** ثبت شود.

۴. در صورت رعایت شرایط استاندارد نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادر (این شرایط توسط ستاد مرکز بهداشت بایستی آموزش داده شود)، بلی منظور گردد و اگر آموزش لازم داده نشده باشد، **مورد ندارد** ثبت شود.

دارواری

۱. اگر موجودی داروخانه تا مرحله بعدی توزیع دارو، کافی باشد و صفر نشود بلی منظور گردد
۲. اگر به اندازه مصرفی سه ماهه قبل باشد به طوری که با کمبود دارو مواجه نشود (اگر موجودی به اندازه نیاز باشد) بلی منظور گردد
۳. اگر مطابق استاندارد انبارداری ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد ، بلی منظور گردد(در صورت عدم ارائه استاندارد از طرف مرکز بهداشت ،مورد ندارد منظور گردد)
۴. اگر مطابق استاندارد انبارداری ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد یعنی داروهای تاریخ نزدیک جلو و تاریخ بلند، عقب، چیده شود ، داروهای سنگین ،پایین ، و سبک، بالا چیده شوند . بلی منظور گردد
۵. اگر هیچگونه داروی تاریخ گذشته موجود نباشد بلی منظور گردد
۶. ۲۰ نسخه از هرماه در ۳ ماه گذشته بررسی شود اگر کلیه نسخ به دقت و بر اساس نوشتار پزشک پیچیده شده باشد و به شرایط استاندارد نسخ از جمله عدم قلم خوردگی در نوشتار و تاریخ نسخه و وجود مهر و امضاء پزشک در نسخه دقت شود و در صورت وجود تایید پزشک را دریافت کرده باشد ، بلی منظور گردد
۷. اگر داروهای موجود بر اساس لیست ارائه شده از مرکز بهداشت شهرستان برای داروهای اروزانسی، باشد بلی منظور گردد
۸. اگر هیچ داروی تاریخ گذشته ای در بین داروهای ترالی اورژانس موجود نباشد بلی منظور گردد
۹. در صورت وجود مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان در مورد داروهای تاریخ نزدیک (مطابق استاندارد تعریف شده توسط مرکز بهداشت شهرستان) بلی منظور گردد
۱۰. در صورت وجود نسخ مربوط به بیماران روستاهای دهگردشی و تایید مسئول مرکز بهداشتی درمانی ،بلی منظور گردد.
۱۱. در صورت ثبت آخرین حواله داروهای وارده و نیز ثبت داروهای مصرفی طبق نسخ موجود در طی هفته قبل از پایش ، بلی منظور گردد.

پرستاری و بهیاری

۱. در صورت وجود پگ های استریل و عدم استفاده پکهای استریل به فاصله یک هفته پس از استریل شدن آنها ، بلی منظور گردد
۲. اگر استریلیزاسیون توسط فور یا اتوکلاو صورت گرفته باشد، بلی منظور گردد
۳. اگر در مکانی خشک و عاری از رطوبت و تمیز نگهداری شوند(ضمناً تاریخ انقضاء روی پگ های استریل نصب شود تا قبل از یک هفته مجدد استریل گردد) بلی منظور گردد
۴. اگر بصورت جداگانه و در محیطی خشک نگهداری گردند بلی منظور گردد
۵. اگر تخت تزریقات و پانسمن دارای ملحفه و مشمع باشد و پاراوان هم موجود باشد بلی منظور گردد
۶. اگر به طور جداگانه در سطل زباله ای خاص جمع آوری شده و به طور استاندارد معدوم گردد (سوزانده شوند و یا به طور بهداشتی دفن گردند) بلی منظور گردد

۷. اگر روپوش تمیز و مرتب به تن داشته باشد بلی منظور گردد
۸. اگر حداقل دو پگ پانسمان در خانه بهداشت و ۵ مورد در مرکز موجود باشد بلی منظور گردد
۹. اگر سابقه درخواست تامین، وجود داشته باشد یا کمبودی از موارد مذکور موجود نباشد بلی منظور گردد
۱۰. یک مورد بایستی در عمل توسط پایش شونده رویت گردد و نیز از پزشک تیم نیز سوال شود در صورت رعایت بلی منظور گردد
۱۱. این سوال بایستی توسط پزشک تیم و بهورزان تایید گردد در صورت انجام بلی منظور گردد

باز آموزی

۱. در صورت وجود صورتجلسه کلاس های برگزار شده در سه ماهه گذشته بلی منظور گردد
۲. اگر در کلاسهای باز آموزی شهرستان به طور مرتب شرکت نماید(با کنترل دفتر حضور و غیاب و مطابقت آن با نظرات مجریان جلسات آموزشی و باز آموزی در ستاد شهرستان در سه ماهه گذشته ، در صورت حضور کامل) بلی منظور گردد

نتایج

شاخصهای فنی

۱. در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، بلی منظور گردد.(شاخصها بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد).

رضایت :

الف) رضایت گیرندگان خدمت

سوالات این قسمت از حداکثر ۵/۰ درصد یا حداقل ۱۰ نفر از جمعیت تحت پوشش پرسیده شود و تکمیل گردد

ب) رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوالات این قسمت از مسوول مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شود و تکمیل گردد .

پیوست شماره ۲۳-

شماره: ۶۵۵/۵۰۳۷۸
تاریخ: ۱۳۹۱/۰۶/۰۶
سبوت دارد

انوماسیون اداری متمرکز

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاون محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

موضوع: تعرفه ارائه خدمات خدمات حرفه ای

سلام علیکم:

به پیوست تصویر نامه شماره ۱۱۲۸۶۹/ت/۴۷۱۱۲/هـ مورخ ۱۳۹۱/۶/۶ موضوع مصوبه جلسه مورخ ۹۱/۶/۵ هیئت محترم وزیران درخصوص اعلام تعرفه ارائه خدمات حرفه ای در داروخانه های بخش خصوصی جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می گردد. ضرورت دارد ضمن اعمال نظارت بر حسن اجرای این مصوبه، هماهنگی لازم با مراجع ذیربط و انجمن داروسازان محل بعمل آید.

دکتر احمد شیبانی
معاون وزیر و رئیس سازمان

رونوشت:

- سرکار خانم دکتر وحید دستجردی مقام عالی وزارت جهت استحضار
- ریاست محترم انجمن داروسازان ایران بانضمام تصویر مصوبه فوق الذکر جهت آگاهی و اعلام به انجمن های داروسازان سراسر کشور
- جناب آقای دکتر شانه ساز معاون محترم دارو جهت پیگیری

کد پستی: ۱۳۱۳۷۱۵۴۱۱
شماره: ۶۶۶۶۹۱۲۲
<http://fdo.bsbdashit.gov.ir>
<http://www.mohme.gov.ir>

خیابان فخر رازی نبش خیابان شهید وحید نظری سازمان غذا و دارو
تلفن: ۶۶۶۶۶۶۶۶-۹
صفحه الکترونیکی سازمان غذا و دارو:
صفحه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

پیوست شماره ۲۴:

شماره... ۱۳۹۰/۱۱/۸
تاریخ... ۱۳۹۰/۱۱/۱۶
پیوست... ندارد

بسمه تعالی



جناب آقای دکتر رضوی

مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

با سلام:

احتراما" بازگشت به نامه شماره ۴۰۲/۹۴۳۳ د مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۸ موضوع استعلام برای مجوز تزریق توسط ماماها در برنامه پزشک خانواده باستحضار می رساند به دلیل نیاز به ارائه این خدمت در مناطق روستایی و نبود نیروی پرستار در تمامی مراکز بهداشتی درمانی و وجود پزشک خانواده در این مراکز در دستورعمل اجرایی آمده است که در صورت آموزش ماماها در مرکز آموزش بهورزی و ارائه گواهی، آنها نیز مانند بهورزان می توانند تزریق عضلانی را انجام دهند. خواهشمند است دستور فرمایند در آیین نامه مربوط به تزریقات، انجام تزریق عضلانی توسط بهورز و مامای آموزش دیده زیرنظر پزشک برای اولین بار و با وجود نسخه پزشک تجویز کننده اضافه گردد.

دکتر محمد شریعتی
قائم مقام معاون بهداشت
و رئیس مرکز مدیریت شبکه

پیوست شماره ۲۵:

نامه درمورد ساعات کاری تیم سلامت در ایام ماه مبارک رمضان

شماره... ۲۱/۱۶/۳۰۸
تاریخ... ۱۱/۵/۱۳۹۰
پیوست... ندارد

بسمه تعالی



معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با سلام و احترام:

موضوع ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد برنامه در ایام ماه مبارک رمضان، به اطلاع می رساند ساعت کاری براساس مصوبه هیات محترم دولت برای ساعات اداری تعیین می گردد. درمورد ساعات غیراداری و روزهای تعطیل همانند دستورعمل بصورت بیتوته و شیفت کاری پزشکان خانواده عمل می شود.

دکتر محمد شریعتی
قائم مقام معاون بهداشت
و رئیس مرکز مدیریت شبکه