



سازمان بیمه سلامت ایران



معاونت بهداشت

دستور عمل اجرایی

برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده

(نسخه ۲۲)

صفحه	فهرست مطالب
۳	مقدمه
۳	ماده ۱: <u>تعاریف</u>
۶	ماده ۲: <u>ستاد ها و کمیته ها</u>
۷	ماده ۳: <u>هیات امناء</u>
۸	ماده ۴: <u>کارکنان مرتبط با برنامه</u>
۸	ماده ۵: <u>شیوه استقرار برنامه</u>
۹	ماده ۶: <u>تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت</u>
۱۱	ماده ۷: <u>روند جذب اعضای تیم سلامت</u>
۱۳	ماده ۸: <u>عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان</u>
۱۳	ماده ۹: <u>انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمت</u>
۱۳	ماده ۱۰: <u>تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت</u>
۱۴	ماده ۱۱: <u>وظایف اعضای تیم سلامت</u>
۱۶	ماده ۱۲: <u>ساعات کار اعضای تیم سلامت</u>
۱۷	ماده ۱۳: <u>بیتوته تیم سلامت</u>
۱۹	ماده ۱۴: <u>نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت</u>
۲۱	ماده ۱۵: <u>ارائه خدمات دارویی</u>
۲۷	ماده ۱۶: <u>ارائه خدمات پاراکلینیک</u>
۳۱	ماده ۱۷: <u>خدمات دهان و دندان</u>
۳۴	ماده ۱۸: <u>درآمدهای برنامه</u>
۳۶	ماده ۱۹: <u>بودجه برنامه</u>
۳۸	ماده ۲۰: <u>سهم توزیع سرانه</u>

صفحه

فهرست مطالب

۳۸	ماده ۲۱: <u>تخصیص و هزینه کرد اعتبارات</u>
۳۹	ماده ۲۲: <u>شیوه پرداخت سرانه خرید خدمات</u>
۴۱	ماده ۲۳: <u>اجرای برنامه های فنی ادغام یافته</u>
۴۱	ماده ۲۴: <u>ارجاع در سطح یک خدمات</u>
۴۲	ماده ۲۵: <u>ارجاع در سطح دو خدمات</u>
۴۲	ماده ۲۶: <u>پایش فصلی تیم سلامت</u>
۴۳	ماده ۲۷: <u>پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان</u>
۴۴	ماده ۲۸: <u>مداخلات آموزشی در پایش و نظارت</u>
۴۵	ماده ۲۹: <u>مسئولیت اجرای برنامه</u>
۴۵	ماده ۳۰: <u>مکانیسم پرداخت تیم سلامت</u>
۵۹	ماده ۳۱: <u>زمان اجرا</u>
۵۹	ماده ۳۲: <u>جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت</u>

مندرجات این دستورالعمل بر اساس مفاد تفاهم نامه بیمه روستائیان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر سال ۱۴۰۱ تدوین گردیده است.

تحت نظارت: آقای دکتر مصطفی رضائی و آقای دکتر مهدی رضائی

اعضای گروه تدوین: آقای دکتر بابک فرخی، خانم پریسا تلاوری، خانم دکتر نگین طاهری، خانم دکتر بیتا سنگستانی، آقای دکتر محمدعلی ادیب فر، آقای دکتر رضا زرگران، خانم رقیه ضرابی، خانم حوریه باقرنژاد، خانم مهندس طیبه رضائی، آقای مهندس مسعود آزاد، خانم مریم ارجمند، خانم زهرا کبیری روزبھانی، آقای نادر محمدطاهری.

مقدمه

در اجرای بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و همچنین مطابق بند (الف) ماده ۱۷ قانون برنامه بودجه و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و تصمیم دولت دوازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور مقرر گردید، تا با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی 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.

در برنامه پزشکی خانواده، پزشک خانواده (شامل پزشک عمومی / متخصص پزشکی خانواده) به همراه اعضای دیگر تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و در صورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارند. همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

ماده ۱: تعاریف

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

۱- **پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بصورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و بر اساس بسته خدمات سلامت، ارائه خدمت مینماید.

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

۳- **خدمات سلامت:** مجموعه فعالیتها و فرآیندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند و در برگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیری می باشد.

۴- **نظام ارائه خدمات سلامت:** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز با درخواست افراد (بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، مدیریت درمان و پیگیری، بازتوانی، مراقبت های تسکینی و نیز مراقبت های مزمن طولانی در منزل می شود. این مراقبت ها از طریق سطوح و

واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت، در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می شود.

۵- مراقبت‌های اولیه سلامت: خدمات اساسی سلامت است؛ مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می‌گیرد و با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه، با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

۶- نظام ارجاع: ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی می‌باشد تا چنانچه مراجعه‌کننده‌ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نموده و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

۷- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت: چیدمان واحدهای ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به نحوی که دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می‌سازد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

۷-۱- سطح یک: شامل خدمات / مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین، توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز خدمات جامع سلامت، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد.

۷-۲- سطح دو و سه: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی / نوتوانی تخصصی می‌باشد.

۸- بسته‌های خدمات سطح یک: خدمات سلامت سطح یک (ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط تیم سلامت ارائه می‌شود.

۹- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامایی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه‌ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد نیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند.

۱۰- نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات: شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم‌های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند.

۱۱- پرداخت سرانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازای جمعیت تحت پوشش، اعم

از سالم یا بیمار، صورت می گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می شود.

۱۲- تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر: سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح یک بطور مشترک بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت و امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه منعقد می گردد.

۱۳- دستور عمل اجرایی: منظور دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده می باشد که شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می دهد.

۱۴- قرارداد همکاری مشترک: قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت استان با معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از طریق شبکه های بهداشت و درمان/ مراکز بهداشت شهرستان به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی منعقد گردد. طی این همکاری، خرید خدمات در قالب بسته خدمات سطح اول با اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده و نظام ارجاع مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان به صورت ادغام یافته و به صورت سرانه ای انجام می گردد.

۱۵- مرکز خدمات جامع سلامت فعال: مرکزی که در آن حداقل، خدمات پزشک و دارو در داروخانه فعال ارائه شود.

۱۶- مرکز دارای بیتوته: مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که در آن حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعات اداری نیز ارائه می شود.

۱۷- مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی: مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه، تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی آن بصورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

۱۸- مرکز معین / تجمیعی: مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت دارای بیتوته که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشک و داروهای اورژانس را ارائه می نماید.

۱۹- مراکز منتخب: مراکز خدمات جامع سلامت که از نظر ساماندهی نیروی انسانی، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی آمادگی مستمر برای مواجهه با بحران ها و بیماری های مختلف را دارند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت می کنند اما در زمان بحران بر اساس نوع بحران، خدمات تعریف شده ای متناسب با شرایط پیش آمده ارائه می دهند.

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

۲۱- جمعیت: شامل کلیه جمعیت ساکن فعال (اعم از تحت پوشش صندوق بیمه روستایی و سایر صندوقهای بیمه

ای سازمان بیمه سلامت، سائرسازمانهای بیمه پایه، فاقد پوشش بیمه و افراد غیر ایرانی (در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشائری که در طی سال گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت خدمات مورد نظر را دریافت کرده و این خدمات در سامانه سطح یک ثبت و در پایان سال اعلام شده است.

تبصره ۱: براساس تبصره ۳ ذیل بند د ماده ۳ مصوبه ۳۲۵۱۱/ت ۵۳۰۳۸ ه مورخ ۹۵/۳/۲۰ هیات محترم دولت مبنی بر دریافت خدمت از طریق روستائیان و لزوم استمرار نظام سطح بندی برای ساکنین شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که در سال های اخیر به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار ملحق گردیده اند، دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی مکلفند نحوه سرویس دهی به ساکنین مناطق فوق الذکر را با ثبت نام این گروه ها در سامانه های بیمه سلامت و در چارچوب تعریف شده در مصوبه فوق استمرار بخشند. بر این اساس شرح وظایف و چیدمان اعضای تیم سلامت و بلوک بندی مناطق جهت تعیین نیروی انسانی به ازای جمعیت ساکن فعال، مشابه سایر مراکز مجری برنامه بیمه روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر بوده و اعتبارات آن از محل سرانه برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده تامین می گردد.

۲۲- فرانشیز (سهم بیمار) خدمات: سهم پرداختی بیمه شدگان به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعرفه قرار گرفته اند و نیز مطابق با آخرین مصوبه هیات وزیران تعیین می گردد.

ماده ۲: ستاد ها و کمیته های برنامه

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

۱. ستاد هماهنگی کشوری: اعضای ستاد، معاون بهداشت وزارت (رئیس ستاد)، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت (دبیر ستاد)، معاون درمان و معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت، معاون بیمه و معاون برنامه ریزی، مدیریت و توسعه منابع سازمان بیمه سلامت، رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت، مدیرکل دفتر خدمات عمومی سلامت سازمان بیمه سلامت، مدیر گروه پزشک خانواده وزارت، رئیس گروه پزشک خانواده سازمان بیمه سلامت و رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه (اعضای اصلی) و معاون آموزشی و معاون غذا و دارو

وزارت و رئیس مرکز ملی تحقیقات سلامت سازمان (اعضای مدعو) هستند. وظیفه ستاد، نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف احتمالی است. دبیرخانه ستاد، در محل سازمان بیمه سلامت است.

۲. ستاد هماهنگی استانی: اعضای ستاد، رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)، مدیرکل بیمه سلامت استان (دبیر ستاد)، معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده، معاون درمان و رئیس گروه گسترش معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده، معاونین مدیرکل و مسئول واحد خدمات عمومی سلامت اداره کل و معاون سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان (اعضای اصلی) و معاون آموزشی دانشگاه/ دانشکده (عضو مدعو) هستند.

وظیفه ستاد، اجرایی نمودن دستور عمل ها، نظارت بر اجرای برنامه، ارزیابی عملکرد تیم سلامت و مراکز بهداشت، همچنین بررسی و تصویب عملکرد مالی ستادهای شهرستانی است. دبیرخانه ستاد، در محل اداره کل است. تصمیمات این ستاد نباید با مفاد تفاهم نامه مغایر باشد.

۳. ستاد هماهنگی شهرستانی: اعضای ستاد، مدیر شبکه بهداشت و درمان (رئیس ستاد)، رییس اداره بیمه سلامت (دبیر ستاد)، معاون بهداشت و کارشناس گسترش شبکه و کارشناس خدمات عمومی سلامت اداره بیمه سلامت هستند.

در شهرستان های مرکز استان، معاون بهداشت/ رئیس مرکز بهداشت شهرستان، رئیس ستاد می باشد.

در شهرستان های فاقد اداره بیمه سلامت، معاون بیمه خدمات سلامت اداره کل دبیر است. وظیفه ستاد، اجرایی نمودن دستور عمل ها، نظارت بر اجرای برنامه و ارزیابی عملکرد تیم سلامت است. دبیرخانه ستاد، در محل اداره بیمه سلامت شهرستان است. در شهرهای دارای دانشگاه/ دانشکده، رییس دانشگاه/ دانشکده رییس ستاد است.

رسمیت جلسات و مصوبات: جلسات با حضور بیش از نیمی از اعضای اصلی رسمیت دارد. مصوبات جلسات با توافق حاضرین رسمیت دارد. در صورت نبود توافق در ستاد هماهنگی شهرستانی مراتب برای حل مشکل به ستاد هماهنگی استانی ارسال می شود. در صورت نبود توافق در ستاد هماهنگی استانی مراتب برای حل مشکل به ستاد هماهنگی کشوری ارسال می شود.

ارسال گزارش: ارسال گزارش فصلی ستاد هماهنگی شهرستانی به ستاد هماهنگی استانی ضروری است. ارسال گزارش فصلی ستاد هماهنگی استانی به ستاد هماهنگی کشوری ضروری است. معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت مکلف هستند گزارش عملکرد اجرای برنامه را در مقاطع سه ماهه به معاونت سازمان برنامه و بودجه ارسال نمایند.

ماده ۳: هیات امناء

در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، هیات امنایی که حداقل فصلی

یک بار تشکیل می گردد و متشکل از افراد زیر می باشد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت می باشد و بنا به صلاحدید و شرایط منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد. در مورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود. اختیارات هیات امنای روستا عبارت است از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئول شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص های سلامت منطقه، جلب مشارکت های مردمی/ خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و سایر کارکنان مرتبط.

ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه

نیروهای درگیر در اجرای برنامه علاوه بر اعضای تیم سلامت شامل موارد زیر می باشند:

۱. تمامی کارکنان شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی و پیام آور و خرید خدمات که در برنامه بیمه روستایی به کار گرفته شده اند.
۲. تمامی کارکنان شاغل در واحدهای مختلف تخصصی و پشتیبانی ستادی در مرکز بهداشت استان/ شهرستان که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.
۳. تمامی کارکنان شاغل در معاونت توسعه مدیریت و منابع مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده که به طور مستقیم برای تسهیل در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده فعالیت می کنند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته هماهنگی مشترک برنامه را در مورد شیوه پرداخت ها و انعقاد قراردادها انجام می دهند.
۴. تمامی کارکنان شاغل در معاونت بهداشت وزارت متبوع که برای سیاست گذاری، نظارت و تسهیل در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده فعالیت می کنند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته های مشترک برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده را انجام می دهند.

ماده ۵: شیوه استقرار برنامه

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و در کل برای تمامی مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص

می باشد. در واقع، یک روستا در شهرستان یکی از چهار حالت زیر خواهد بود:

۱- روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت فعالیت می کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی گفته می شود.

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

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

۴- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی که مستقیماً "و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً "در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

تبصره: با توجه به جامعیت ارائه خدمات سطح یک در مراکز خدمات جامع سلامت، ارائه خدمات در سطح اول با استفاده از ظرفیت های بخش دولتی خواهد بود. در مناطقی که امکان ارائه خدمات از طریق ظرفیت های بخش دولتی میسر نباشد هر گونه عقد قرارداد با بخش غیر دولتی در سطح اول، صرفاً از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواهد بود.

ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

معیار تعیین اعضای تیم سلامت جمعیت ساکن فعال برنامه است. بر این اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت به شرح زیر می باشد.

۱- پزشک: برای ارائه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده (متخصص پزشکی خانواده/عمومی) تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و به همین شکل در جمعیت بیشتر از ۱۲۰۰۰ نفر نیز به حداقل ۴ پزشک نیاز خواهد بود. بدیهی است حداقل جمعیت مازاد برای اضافه کردن پزشک بعدی ۲۰۰۰ نفر

می باشد.

تبصره ۱: چنانچه برای پوشش فعال مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بیش از یک پزشک مورد نیاز باشد، توزیع پزشکان بر اساس خانه های بهداشت موجود و حتی الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

۲- ماما: به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال جهت خدمات مامایی و بسته های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین کرد.

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بیش از ۷۰۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند ماما برای آن مرکز نیاز است، توزیع ماماها بر اساس خانه های بهداشت/ پایگاه سلامت موجود و حتی الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می پذیرد.

۳- دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵۰۰۰ نفر به ازای جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

۴- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک): به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت دارای یونیت فعال (دارای حداقل ۴ ساعت کار دندانپزشکی) و دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرک کاردانی مرتبط به کارگیری می شود. در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی از طریق خرید خدمات تعیین می گردد.

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

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

۷- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کارگیری در برنامه: جذب سایر نیروهای مورد نیاز با اولویت بر جذب پرستار / بهیار صرفاً در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (از محل بند ۱، ۳ و ۵ ماده ۵ تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر) و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد از کلیه پست های مصوب بلا تصدی رده های بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده روستایی بر اساس چارت تشکیلاتی میسر است. به کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، به شرط پرداخت از محل درآمدهای اختصاصی دانشگاه/ دانشکده بلامانع بوده و مسئولیت پرداخت

هزینه های بیش از اعتبارات به عهده دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی می باشد.

ماده ۷: روند جذب اعضای تیم سلامت

اولویت جذب اعضای تیم سلامت: به ترتیب عبارت است از نیروهای رسمی و پیمانی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت محل خدمت، نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام آوران بهداشت، نیروهای بخش خصوصی فعال در منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و سایر نیروهایی که بر اساس فراخوان و ضوابط تعیین شده توسط مراکز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده می باشند.

۱- پرسنل رسمی/ پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران: همکاری با برنامه، از طریق صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت توسط شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

۲- پرسنل قراردادی: رابطه استخدامی نیروهای مورد نیاز تیم سلامت بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/ دانشکده ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سال ۱۳۹۱ و اصلاحات بعد آن می باشد. بر این اساس جذب نیروی انسانی برنامه با معرفی حوزه معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده پس از انجام مصاحبه و گزینش از طریق معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده انجام می شود. در صورت جابجایی محل اشتغال فرد و عدم وقفه کاری، نیازی به طی مراحل گزینش مجدد نمی باشد.

۳- پرسنل شرکتی: به صورت خرید خدمات و از طریق جذب شرکتی می باشد.

جذب نیروهای بازرخرد یا بازنشسته: به کارگیری افراد بازرخرد یا بازنشسته در برنامه پزشکی خانواده ممنوع است.

تبصره: به کارگیری پزشکان بازنشسته شامل مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که به نحوی از انحا از بودجه کل کشور استفاده می کنند، بعنوان پزشک خانواده مطابق قوانین استخدامی کشوری می باشد.

سقف سنی جذب پزشک: دانشگاه/ دانشکده مجاز است پزشکان مشمول برنامه پزشکی خانواده را، حسب ضرورت تا سن ۶۰ سالگی بصورت قراردادی در بدو ورود به کارگیری کند. همچنین سال های خدمت ایشان در برنامه مذکور (در سطوح ستاد کشوری، استانی و شهرستانی دانشگاه/ دانشکده و بیمه سلامت و مراکز مجری برنامه) و نیز سنوات طرح نیروی انسانی وی به سقف سنی پیشگفت اضافه می شود. تعیین سقف سنی جهت سایر نیروها طبق ضوابط آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

جذب در مناطق با شرایط خاص: در مراکز مجری برنامه که امکان جذب پزشک/ ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (ضریب محرومیت مرکز ۱/۸۵ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده، می توان از نوع قرارداد اقماری ("حداقل" ۱۵ روز کاری در ماه برای هر پزشک/ ماما) استفاده کرد، فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد.

فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان های دولتی: دارا بودن پروانه مطب و پروانه بهره برداری موسسات پزشکی (قبل از زمان همکاری با برنامه یا صدور/تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده بلامانع است. لیکن این افراد اجازه فعالیت در بخش خصوصی (به عنوان پزشک مطب بخش خصوصی، پزشک یا مسئول فنی بیمارستان/ کلینیک و هرگونه موسسه پزشکی) را در زمان همکاری با برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده ندارند. بر همین اساس می بایست به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام گردد. همچنین معاونت های بهداشت دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی نیز امکان صدور مجوز عدم نیاز در ساعات غیر اداری را ندارند. درصورت عدم رعایت موارد فوق توسط پزشک خانواده، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می بایست پس از اطلاع رسانی جهت رفع موضوع و درصورت عدم رعایت این مورد، قرارداد وی را لغو نماید.

فعالیت ماماها تیم سلامت و نیز سایر کارشناسان شاغل در تیم سلامت (که مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشند)، در خارج از ساعات موظف کاری، صرفاً در بخش دولتی و با هماهنگی و تایید مرکز/ شبکه بهداشت شهرستان محل خدمت مجاز می باشد.

تبصره ۱: جهت ارائه خدمات بهینه فوری به جمعیت ساکن فعال پزشکی خانواده در "سطح دوم" خدمات درمانی و تامین نیروی انسانی مورد نیاز بخش های اورژانس بیمارستانی دولتی در دانشگاه/ دانشکده های مورد نیاز، حضور پزشکان خانواده طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی) چنانچه "متقاضی" همکاری در شیفت کاری بخش اورژانس در ساعات غیر اداری و ایام تعطیلات باشند، با موافقت معاون بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مقدور می باشد. در این صورت لازم است تمهیداتی فراهم گردد تا برنامه زمان بندی شیفت پزشکان عمومی بخش بهداشت مشمول همکاری در بخش اورژانس بیمارستان های دولتی، با رعایت عدم هم پوشانی شیفت بیتوته، سبب خلل در ساعات کاری موظفی روز آتی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی نگردد. بر این اساس ساعت کاری شیفت شب اورژانس، چنانچه قبل از روز کاری پزشک باشد، حد اکثر تا ساعت ۲۴ می باشد. بدیهی است جهت پزشکان خانواده و بیمه روستایی، اولویت حضور در شیفت بیتوته مرکز خدمات جامع سلامت می باشد.

پرداختی به پزشکان بابت شیفت های مذکور بیمارستان معادل پزشکان بخش اورژانس (و از محل اعتبارات معاونت درمان) می باشد.

تبصره ۲: جهت استفاده مناسب از مهارت های آموخته شده متخصصین پزشکی خانواده، بکارگیری آنها در بخش های آموزشی، پژوهشی دانشگاه (طبق کوریکولوم آموزشی) با درخواست پزشک و در صورت عدم تداخل با برنامه کاری روزانه وی، با موافقت معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده بلامانع است.

ماده ۸: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان

قرارداد فی مابین شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس سرانه و خدمات ارائه شده سطح یک می باشد. تایید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی برای انعقاد قرارداد همکاری بین اداره بیمه سلامت استان و شبکه / مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد. پس از ابلاغ فرم قرارداد همکاری و سهم سرانه خدمات، انعقاد قرارداد همکاری فی مابین الزامی است.

ماده ۹: انعقاد قرارداد فی مابین مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات

۱- انعقاد قرارداد با واحدهای غیر دولتی ارائه دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه): صرفاً از سوی مرکز بهداشت شهرستان با نظارت معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده میسر است. مدت زمان قرارداد یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، قرارداد داروخانه های ارائه دهنده خدمت سطح اول صرفاً از طریق اداره کل بیمه سلامت می باشد).

۲- انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت: مبلغ مندرج در متن قرارداد مذکور بر مبنای حکم کارگزینی صادره (بر اساس دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین) و پرداخت مبتنی بر عملکرد تعیین می گردد. مدت زمان قرارداد حداکثر یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد. امکان عقد قرارداد پاره وقت با اعضای تیم سلامت مقدور نمی باشد.

ماده ۱۰: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت

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

۱- صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت، صدور حکم کارگزینی و ارائه یک نسخه از متن قرارداد پرداخت مبتنی بر عملکرد در ابتدای فعالیت و یا تمدید آن به فرد طرف قرارداد الزامی است. بر این اساس مستخدم متعهد به پذیرش

مفاد دستور عمل اجرایی برنامه خواهد بود.

۲- برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده انجام گردد.

ابلاغ مرکز خدمات جامع سلامت مجری آموزش برنامه و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر شبکه/ رییس مرکز بهداشت شهرستان صادر می گردد.

۳- برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت به جمعیت ساکن فعال و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده.

۴- تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
۵- برگزاری دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور تاییدیه آموزشی توسط اداره کل بیمه سلامت استان.

تبصره: دوره های آموزشی آشنایی با سیستم و دیگر آموزش های لازم جزو روزهای خدمت فرد محسوب می شود.
۶- صدور ابلاغ نمایندگان منتخب تیم سلامت برنامه در ابتدای سال و برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان/ اعضای تیم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان.

۷- صدور گواهی انجام کار به اعضای تیم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت.

۸- لیست پایان کار اعضای تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره کل بیمه سلامت شهرستان ارسال می گردد.

۹- ارائه فیش پرداختی حکم و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به شکل کاغذی/ الکترونیک.

ماده ۱۱: وظایف اعضای تیم سلامت

۱- تشکیل پرونده سلامت: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، انجام یک بار ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت ساکن فعال از طریق سامانه سطح یک انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد. هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

۲- سرکشی و نظارت (دهگردشی): پزشک خانواده می بایست در روستاهای اصلی (واجد خانه بهداشت) هفته ای یک بار به خانه های بهداشت/ پایگاه سلامت سرکشی نماید. همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود

در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری و جمعیت عشایری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نماید.

دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود. برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مرکز خدمات جامع سلامت تک پزشک تا ساعت ۱۱ صبح خالی از پزشک نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود.

تبصره ۱: محل استقرار پزشک در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود. جمعیت تحت پوشش پزشکی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

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

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش، بر اساس برنامه زمان بندی مسئول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

تبصره ۴: در صورتی که داروخانه طرف قرارداد در مرکز خدمات جامع سلامت، داروخانه بخش دولتی باشد، خدمات دارویاری در هنگام دهگردشی برعهده مامای تیم سلامت می باشد.

۳- **ثبت روزانه آمار مراجعین:** ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح یک بهداشت انجام می گردد و نباید اطلاعات به صورت کاغذی ثبت گردد. مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه در سامانه سطح یک بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. در خصوص نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک معاونت بهداشت موظف است سازوکار و بستر مناسب را در مراکز ارائه خدمت را فراهم نماید. پزشکان شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت ها و خدمات ارائه شده را در سامانه های سطح یک درج نمایند. رعایت فرایند استحقاق سنجی، نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک نباید به هیچ دلیل منجر به خدشه در خدمت قابل ارائه یا تحمیل هزینه به جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت شود. در صورت فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت در بستر سامانه های سطح یک، در سامانه های سازمان بیمه سلامت اعمال گردد. معاونت بهداشت موظف

است دسترسی به سامانه های سطح اول را برای معرفی شدگان از طریق معاونت بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت فراهم نماید. در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم از طریق ظرفیت بخش دولتی میسر نیست، ادارات کل بیمه سلامت با رعایت نظام ارجاع می توانند نسبت به خرید خدمت از بخش غیر دولتی اقدام نمایند.

۴- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت: ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است.

تبصره ۱: خدمات جانبی غیر اورژانس شامل ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل بندی شکستگی ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره (به عنوان خدمات سطح دو) حسب مهارت پزشک خانواده (پزشک عمومی /متخصص پزشکی خانواده) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور در مراکز مجری ارائه دهنده سطح یک خدمات، شامل پایش و تعدیلات نخواهد شد. بدیهی است پرداختی بابت این خدمات بصورت پرداخت (FFS) و براساس ضوابط جاری در سطح دو ارائه خدمت خواهد بود. تبصره ۲: باتوجه به شیوه نامه بکارگیری متخصصین پزشکی خانواده و وظایف این متخصصین علاوه بر بسته های خدماتی پزشکان خانواده عمومی، مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش و کاهش ارجاعات به سطوح بالاتر و نیز ارائه خدمات آموزشی (در صورت وجود بستر آموزشی) و خدمات مشاوره ای به سایر پزشکان مرکز می باشد.

ماده ۱۲: ساعات کار اعضای تیم سلامت

ساعت کار موظف تیم سلامت بر اساس ماده ۸۷ قانون خدمات مدیریت کشوری معادل ۴۴ ساعت در هفته و همزمان (در مراکز تک شیفت) با سایر کارکنان تعیین می گردد. روزهای کاری اعضای تیم سلامت، روزهای شنبه تا پنج شنبه است. زمان شروع و پایان شیفت ها براساس توافق ادارات کل و معاونت های بهداشت، متناسب با فصل و شرایط جغرافیایی تعیین می شود. در موارد خاص و اضطراری (از جمله آلودگی هوا و غیره)، مبنای فعالیت واحدهای مجری برنامه بر اساس ابلاغیه استانداری می باشد. حضور روزانه در بعد از ساعت اداری تا صبح روز بعد به عنوان بیتوته تلقی می شود. حضور فعال تیم سلامت در مراکز مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً " همسان با ساعات کار اداری پزشک خانواده در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. در مورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد. همچنین اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری برنامه علاوه بر ساعات کار موظف، می بایست در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند. اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

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

ماده ۱۳: بیتوته تیم سلامت

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری (در عصر و شب)، به جمعیت تحت پوشش در منطقه تحت پوشش مرکز مجری مطابق مفاد زیر الزامی است.

۱- مراکز بیتوته: مراکز بیتوته شامل مراکز واجد شرایط بیتوته، مراکز شبانه روزی و جمعیتی می باشد.

الف) بیتوته در مراکز شبانه روزی: مراکز شبانه روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر (برای پوشش جمعیت بیش از ۱۲۰۰ نفر) می باشند و یک نفر از پزشکان مرکز (به صورت چرخشی) بیتوته مرکز را پوشش می دهد و روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF (استراحت) در نظر گرفته می شود. بدیهی است عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیل غیبت نخواهد شد. در مواقع کمبود پزشک در ساعات بیتوته مراکز شبانه روزی تامین پزشک از سایر مراکز توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد.

ب) بیتوته در مراکز جمعیتی: مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که فاصله بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی فعال یا بیمارستان دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته (به عنوان جمعیتی / معین مطابق با این دستور عمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد و در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمی باشد. حداکثر سقف جمعیت مراکز جمعیتی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده که البته می تواند با نظر ستاد هماهنگی دانشگاه / دانشکده تعیین گردد. در این مراکز می بایست امکانات بیتوته فراهم گردد. حضور پرستار / بهیار و نگهبان / سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکز جمعیتی الزامی است.

ج) بیتوته در مراکز فاقد شرایط جمعیتی: در سایر مراکز که شرایط جمعیت شدن با شرایط فوق الذکر را ندارند، انتخاب این مراکز جهت بیتوته در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشت استان و اداره کل بیمه سلامت استان، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت ساکن فعال، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه روزی مشخص و اطلاع رسانی لازم به جمعیت ساکن فعال انجام شود.

تبصره ۱: برای مراکز تک پزشک بر اساس نظر مرکز بهداشت شهرستان، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل

رسمی را تعطیل کرد.

تبصره ۲: در صورت عقد قرارداد با بیمارستان جهت پذیرش بیماران مراکز خدمات جامع سلامت، بیمارستان موظف است بیماران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مورد نظر را پذیرش نماید و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات بیتوته، از سرجمع سرانه سهم بیتوته مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه برای بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی به صورت FFS به بیمارستان ندارد. ضروری است هماهنگی لازم فی مابین بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان، به منظور پذیرش افراد تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت در ساعات غیر اداری توسط بیمارستان ها (به عنوان مرکز تعریف شده بیتوته) انجام شود. برای استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران بیمه شده صندوق بیمه روستایی غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف اعتبار سرانه سهم بیتوته مرکز).

۲- محل زیست: با در نظر گرفتن اعتبار برای راه اندازی و بهبود محل زیست مراکز بیتوته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برای تمامی مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل زیست نماید. مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات را در آن مرکز فراهم نماید. در صورت فقدان امکانات، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظر گرفته شده هرچه سریعتر امکانات مورد نیاز فراهم گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز هماهنگی برای بیتوته صورت پذیرد.

۳- شیفت بندی بیتوته: مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، امکان ارائه خدمت به جمعیت ساکن فعال را از نزدیکترین مرکز تجمعی یا شبانه روزی فراهم کند. مرکز بهداشت شهرستان می بایست برنامه زمان بندی شیفت بیتوته برای پزشکان را به طور نوبتی تدوین و ابلاغ نماید. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت مجری، مسئولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشک مسئول مرکز خواهد بود. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در آن حضور داشته باشند. واگذاری بیتوته از سوی پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر ممنوع می باشد. هر گونه برنامه ریزی در این خصوص می بایست از سوی شبکه / مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرد. در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان به انجام بیتوته و شیفت های بعد از ساعات اداری و نیز روزهای تعطیل در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرستان، پزشکان خانواده و هر یک از اعضای تیم سلامت شاغل، مکلف به انجام آن بوده و در صورت امتناع منجر به اعمال مقررات قانونی خواهد شد.

۴- اطلاع رسانی به مردم: لازم است نام، محل و نشانی مراکز دارای بیتوته و ساعت کشیک به نحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند.

۵- هماهنگی با اورژانس ۱۱۵: نحوه ارائه خدمات اورژانس ۱۱۵ و هماهنگی آنها مطابق دستورالعمل ها و فرایندهای ابلاغی خواهد بود.

۶- همکاری پزشکان بخش خصوصی در بیتوته مراکز تجمیعی و شبانه روزی: استفاده از پزشکان بخش خصوصی در بیتوته واحد های مجری برنامه، در صورت نبود ظرفیت در بخش دولتی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک و درآمدهای حاصله همان مرکز بلامانع است.

ماده ۱۴: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت

ضوابط استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت به شرح زیر می باشد.

۱- اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا و بدون کسر ضریب حضور بهرمنند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. غیبت غیر موجه در روزهای کاری و نیز در روزهای تعطیل (چنانچه در برنامه کشیک روزهای تعطیل باشد) منجر به کسر ضریب حضور (درج کل روزهای ماه در مخرج کسر ضریب حضور به جای روزهای کاری ماه) و کسر امتیاز در پایش فصلی ایشان خواهد شد. همچنین در این موارد پرداخت حکم کارگزینی به ازای غیبت، بر اساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه خواهد بود. مرخصی استعلاجی نیز مشمول پرداخت حکم کارگزینی بر اساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه و مشمول کسر ضریب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد خواهد شد. ضمناً غیبت غیرموجه بیش از سه روز منجر به لغو قرارداد خواهد شد.

۲- در مورد حج تمتع، صرفاً یک بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی یک ماهه امکان پذیر است و در این زمان صرفاً حکم کارگزینی مطابق با قوانین مربوطه قابل پرداخت می باشد.

۳- اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود.

۴- عدم حضور هریک از اعضای تیم سلامت به علت انجام دهگردشی و شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، با رعایت مراتب اداری مربوطه، مشمول تعدیل مربوط به غیبت پزشک نخواهد بود.

۵- اعضای تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/ دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت ۴ ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصی های استعلاجی (بغیر از پرسنل رسمی) و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین موجود (از جمله قانون

حمایت از جوانی جمعیت) اقدام می شود. نحوه اقدام در مورد پرسنل رسمی مطابق با قوانین مربوطه خواهد بود.

۶- در راستای تقویت برنامه جوانی جمعیت و بنیان خانواده چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی (در مرخصی طولانی مدت و به دلیل زایمان) دارای سابقه خدمت در محل بوده، در زمان مرخصی وی با فرد جانشین (نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و در صورت نبود نیروهای مذکور، نیروهای قراردادی متقاضی) قرارداد موقت بسته می شود. در راستای امنیت شغلی و سیاست های جمعیتی در پایان مرخصی، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا فرد را به محل فعالیت قبلی خود باز گرداند.

۷- مدت زمان مرخصی زایمان بر اساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تعیین می گردد.

۸- در راستای اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسئول مستقیم، اگر به شکل کاهش دقایق در تمام روزهای هفته باشد نیاز به جانشین نداشته و مشمول کسورات نمی گردد. در صورتی که یک روز کامل در هفته باشد لازم است نیروی جانشین حضور داشته باشد. همچنین لازم است در راستای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، همکاری با اعضای تیم سلامت در این خصوص صورت پذیرد.

۹- ذخیره مرخصی کارکنان، با توجه به رابطه استخدامی و تابع ضوابط مربوطه می باشد.

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

۱۱- مرخصی پزشکان در سقف تعیین شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه)، و مرخصی استعلاجی (تا ۳ روز) در صورت نبود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیل مربوط به غیبت پزشک نمی گردد.

۱۲- وجود حداقل یک مامای جانشین به ازای هر تعداد ماما در مرکز بهداشت شهرستان (تا ۱۱ نفر ماما) الزامی می باشد و پس از آن با یک مامای دیگر (به ازای هر ۱۱ ماما) نیز به عنوان مامای جانشین قرارداد منعقد نماید. ماماها جانشین در ایام معمول باید در مراکز مورد نیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم را داشته باشند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماماها، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به مامای جانشین واحد نداشته باشد. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماها شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته و بر اساس امتیاز پایش عملکرد فصلی

می باشد. بدیهی است در صورت انجام دهگرددشی و بیتوته، محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد وی بر اساس مرکز محل فعالیت تعیین می گردد.

۱۳- مرخصی ماماها در سقف تعیین شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه)، و مرخصی استعلاجی (تا ۳ روز) در صورت نبود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر ماماها یا مراقب سلامت الزاماً دانش آموخته مامایی همان مرکز یا مراکز مجاور مشمول تعدیل مربوط به غیبت ماما نمی گردد.

۱۴- برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۴۰۰۰ نفر دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. در مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت جمعیت تحت پوشش کمتر از ۲۰۰۰ نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است این افراد می بایست باقی روزهای هفته در سایر مراکز بسته به نیاز مرکز بهداشت شهرستان و یا بعنوان جانشین حضور یابند. همچنین لازم است از پزشک و مامای مشخصی در این مراکز استفاده گردد.

ماده ۱۵: ارائه خدمات دارویی

۱- اقلام دارویی: معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و به تبع آن مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام داروهای ژنریک مصوب برنامه پزشکی خانواده می باشد. پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از اقلام لیست دارویی برنامه پزشک خانواده نیست. تصمیم گیری در مورد ترکیب و تغییر لیست اقلام دارویی برنامه، تا سقف ۱۰ درصد، در کمیته ای متشکل از مدیر کل بیمه سلامت استان، معاون بهداشت، نماینده معاونت غذا و دارو، مسئول امور دارویی معاونت بهداشت، رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رییس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده به صورت ۲ بار در سال و یا بنا بر ضرورت و بر اساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، انجام شود. (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو "سطح اول خدمات روستائیان و عشایر" از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ لیست اقلام دارویی مرکز از ۴۳۴ قلم به لیست قابل تجویز توسط پزشک عمومی با رعایت قواعد بیمه ای تغییر یافته است و پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان (قابل تجویز توسط پزشک عمومی) هستند).

۲- نسخه دارویی: داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت و داروخانه های طرف قرارداد ملزم به ارائه دارو مطابق نسخه تجویزی پزشک می باشند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل شود. سقف پرداخت به داروخانه طرف قرارداد به ازای هر نسخه براساس ابلاغیه شورای عالی بیمه سلامت می باشد. داروخانه طرف قرارداد ملزم به انجام نسخه پیچی الکترونیک همگام با نسخه نویسی الکترونیک در مرکز خدمات جامع سلامت می باشد.

تمدید نسخ درمان خارج از لیست اقلام مصوب به شرط آنکه داروی تجویزی شرط تجویز توسط متخصص را نداشته باشد در بیماران دیابتی، پر فشاری خون، اعصاب و روان، و بیماری های قلبی و عروقی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت و به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت ادامه می یابد، بلامانع است. هزینه این داروها در صورت ارائه توسط داروخانه طرف قرارداد، باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان به داروخانه طرف قرارداد پرداخت شود. بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو "سطح اول خدمات روستائیان و عشایر" از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، سهم سازمان (۷۰ درصد) در کلیه صندوق های تحت پوشش این سازمان به داروخانه های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) طرف قرارداد شبکه/مرکز بهداشت شهرستان ارائه دهنده داروهای سطح اول (داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی) قابل پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه های ملکی مراکز خدمات جامع سلامت مجری طرح، به شبکه/مرکز بهداشت شهرستان پرداخت می گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه های غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) همکار طرح، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات کل استانی پرداخت می گردد. ادارات کل استانی باید با داروخانه های غیر طرف قرارداد، تأمین کننده در سطح مراکز خدمات جامع سلامت مجری طرح با رعایت ضوابط مربوطه قرارداد همکاری کارانه منعقد نمایند. پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانه های غیر طرف قرارداد با سازمان ممکن نیست.

تجدید نسخ متخصصین در بازه زمانی حداکثر سه ماه و در هر بار به اندازه مصرف یک ماه داروی مورد نیاز بلامانع است. تجویز نسخ دارویی دندانپزشکی و ارائه خدمات دارویی مربوطه در محدوده داروهای مصوب بلامانع است. داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب برنامه پزشکی خانواده قرار می گیرند در صورت وجود اعتبار به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند. بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ باید انتقال داده های بیماران اعصاب و روان پرونده ای از سامانه های سطح یک بهداشت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) از طریق درگاه دیتاس نشاندار و انجام گردد. در صورت نشاندار شدن بیماران اعصاب و روان پرونده ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان، ارائه رایگان این داروها ممکن است. در غیر اینصورت مانند

سایر داروها (سهم سازمان ۷۰ درصد و سهم بیمه شده ۳۰ درصد) محاسبه می شود. تجویز نسخ دارویی توسط کارشناس مامایی دارای نظام مامایی صرفاً در محدوده داروهای مصوب و قابل تجویز آنان مقدور می باشد.

۳- موجودی دارو: داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه های خصوصی طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه نیازهای دارویی مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین شود. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود باشد. نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، مشمول کسورات نمی شود. (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ داروخانه های ملکی و غیر ملکی موظف به تأمین داروهای قابل تجویز توسط پزشک عمومی هستند).

۴- اعتبارات دارویی: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور و همچنین داروهای ترالی اورژانس، باید از محل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی تامین شده و براساس دستور عمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت در اختیار مردم قرار داده شوند. همچنین در صورت فعال بودن داروخانه بخش خصوصی، تامین داروهای قفسه دارویی خانه بهداشت در ازای دریافت هزینه بر عهده ایشان می باشد. هزینه تامین این داروها از محل اعتبارات دانشگاه/ دانشکده یا سهم دارو از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد. (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، اعتبارات از سوی وزارت متبوع در اختیار سازمان قرار می گیرد).

۵- توزیع نیروی انسانی دارویی: نظارت بر عملکرد و توزیع نیروهای ارائه دهنده خدمات دارویی (و پرستاری) صرفاً بر عهده واحد/ گروه گسترش شبکه مرکز بهداشت شهرستان/ استان می باشد. ارائه خدمات دارویی در داروخانه های دولتی مستقر در مراکز توسط دارویار می باشد.

۶- انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی: به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، در صورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده و در چارچوب قرارداد و ضوابط مربوطه می باشد (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح

اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ و بدلیل جلوگیری از اختلال در ارائه خدمات دارویی، در صورت امکان انعقاد قرارداد با داروخانه های بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، در چارچوب ضوابط مربوطه از سوی سازمان بیمه سلامت اقدام به عقد قرارداد نمایند.

بدین منظور مرکز بهداشت شهرستان (تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱) می تواند نسبت به عقد قرارداد با داروخانه های غیر دولتی حوزه تحت پوشش و پذیرش نسخ و ارائه خدمات دارویی برای جمعیت تحت پوشش اقدام نماید. راه اندازی بیش از یک شعبه (کانکس) برای هر داروخانه توسط بخش خصوصی، منوط به تایید معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد. ضروری است داروخانه های طرف قرارداد (تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱) از تحویل نسخ دارویی جمعیت بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تجویزی توسط پزشک خانواده به ادارات بیمه سلامت شهرستان خودداری کنند. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، مرکز بهداشت شهرستان موظف است با هر یک از آنان بر اساس ضوابط مربوطه عقد قرارداد، قراردادی جداگانه منعقد نماید (تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱). در روستا و یا شهر های زیر ۲۰ هزار نفر اگر داروخانه طرف قرارداد در شعاع بیش از ۵۰۰ متر از مرکز واقع شده باشد، طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با تامین محل، پرسنل مورد نیاز و اقلام دارویی سطح اول بر اساس فهرست دارویی مصوب سطح یک برنامه پزشک خانواده و درخواست پزشک، در مرکز مستقر نماید. داروخانه های خصوصی طرف قرارداد موظف به رعایت مفاد مربوطه این دستور عمل در حین اجرای قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان و متعهد به تامین فهرست دارویی درخواستی سطح یک برنامه پزشک خانواده بسته خدمتی می باشند (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ داروخانه های بخش خصوص دارای کانکس دارویی در مراکز خدمات جامع سلامت در مورد تامین فضای فیزیکی در صورت نیاز با شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان عقد قرارداد نمایند. به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، در صورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه از طریق اداره کل بیمه سلامت و ضوابط مربوطه می باشد. در روستا و یا شهر های زیر ۲۰ هزار نفر اگر داروخانه طرف قرارداد اداره کل در شعاع بیش از ۵۰۰ متر از مرکز واقع شده باشد، داروخانه طرف قرارداد سازمان، متعهد می شود شعبه ای (کانکس) از داروخانه را با تامین محل، پرسنل مورد نیاز مستقر نماید). داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیروی آموزش دیده برای ارائه خدمت در ساعات اداری در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز

خدمات جامع سلامت می باشد. ارائه خدمات دارویی در زمان بیتوته (غیر شبانه روزی) برای موارد اورژانس از طریق داروهای در اختیار پزشک خانواده می باشد. در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، ارائه خدمات دارویی و با حضور دارویار به صورت شبانه روزی خواهد بود. استفاده از پرسنل پرستار/ بهیار تیم سلامت در ارائه خدمات دارویی صرفاً با هماهنگی و نظر مرکز بهداشت شهرستان مقدور می باشد. پرسنل به کارگیری شده باید واجد تأییدیه معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده باشند. در صورت پوشش ارائه خدمات دارویی یک مرکز خدمات جامع سلامت با چند داروخانه طرف قرارداد، برنامه ریزی ارائه خدمات دارویی در شیفت شب، تامین داروهای ترالی/ قفسه اورژانس و نیز دهگردشی توسط یکی از داروخانه های طرف قرارداد با نظر مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد. پرداخت حق بیمه کارکنان به کارگیری شده در شعب داروخانه و دهگردشی به عهده داروخانه طرف قرارداد است. (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، تامین نیروی دارویار و پرداخت حقوق آنان صرفاً به عهده داروخانه طرف قرارداد اداره کل می باشد).

تامین داروهای ترالی/ قفسه اورژانس مطابق با آخرین دستور عمل ابلاغی استاندارد دارویی بخش اورژانس و قفسه دارویی مراکز خدمات جامع سلامت (در مراکز بیتوته و تجمیعی) و خانه های بهداشت (داروهای مورد نظر از لیست اقلام دارویی برنامه مطابق با نظر پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت) به عهده داروخانه طرف قرارداد (با پرداخت هزینه به داروخانه) می باشد. نظارت و به روز رسانی اقلام مربوط به داروهای ترالی اورژانس بر اساس مصوبات مرکز اورژانس کشوری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

۷- میزان تجویز دارو: میانگین مورد انتظار اقلام دارویی تجویز شده در بررسی های کلی نسخ هر پزشک با توجه به ارائه بسته های خدمتی به جمعیت تحت پوشش ۳ قلم می باشد. بر این اساس چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، این میانگین می تواند تا ۳/۵ قلم دارو افزایش یابد. رعایت میانگین مورد انتظار شامل موارد تجدید نسخ متخصص، تجدید نسخه بیماری های مزمن مانند دیابت و فشار خون و نسخ بیماران دارای پرونده فعال اعصاب و روان نمی باشد.

۸- تعرفه ارائه خدمات دارویی: تعرفه خدمات دارویی از بیمه شده روستایی در داروخانه های بخش غیر دولتی و دولتی با حضور داروساز بر اساس دستور عمل ابلاغی سازمان غذا و دارو خواهد بود. اخذ تعرفه خدمات دارویی از بیمه شده روستایی در داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت و در زمان دهگردشی ها در صورت عدم حضور داروساز و جاهت قانونی ندارد.

به منظور جبران بخشی از هزینه نسخه پیچی در شعبه داروخانه طرف قرارداد (که داروساز حضور ندارد) در شیفت های صبح، عصر و شب، مبلغی بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهار گانه دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و

مرکز از سوی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهانه محاسبه و به داروخانه طرف قرارداد پرداخت می شود. پایه هزینه پیش گفت برای میانگین ضریب محرومیت چهارگانه معادل ۱، به ازای یک شیفته هر شعبه مبلغ ۱۰ میلیون ریال خواهد بود و به ازای هر ۰/۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۱۰۰۰۰۰ ریال اضافه می شود (این مورد تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ قابل اجرا می باشد). پرداخت یارانه مذکور بر اساس ارائه مستندات پرداخت حق بیمه پرسنل توسط داروخانه طرف قرارداد، خواهد بود.

تبصره: در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، ارائه خدمات دارویی و با حضور دارویار به صورت شبانه روزی می باشد. ولیکن به ازای شیفته صبح و نیز شیفته عصر و شب، جمعا دو شیفته در شبانه روز قابل محاسبه است. (بدیهی است با عنایت به توافق نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، انعقاد قرارداد اداره کل بیمه سلامت با داروخانه‌های ملکی شبکه/مرکز بهداشت شهرستان و غیرملکی (بخش خصوصی) برای تأمین داروهای سطح اول است و اولویت انعقاد قرارداد با داروخانه‌های بخش خصوصی است).

قیمت دارو و فرانشیز داروخانه‌های طرف قرارداد بر اساس قوانین و مقررات مربوطه سازمان غذا و دارو می باشد. (از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ سهم سازمان در کلیه صندوق‌های تحت پوشش این سازمان به داروخانه‌های ملکی و غیرملکی (بخش خصوصی) طرف قرارداد شبکه/مرکز بهداشت شهرستان ارائه‌دهنده داروهای سطح اول (داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی) بابت اسناد الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و نیمه‌الکترونیک (نسخه-نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) قابل پرداخت است. کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد سازمان می توانند بدون محدودیت جغرافیائی نسبت به نسخه‌پیچی با رعایت مفاد توافق نامه صدرالاشاره اقدام نمایند. پزشکان خانواده شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت مجری طرح ملزم به تجویز الکترونیک نسخ دارویی سطح اول در بستر سامانه‌های سطح اول وزارت متبوع (پارسا، سیب، سینا، ناب و ...) می باشند و در صورت عدم امکان ثبت در سامانه‌های سطح اول وزارت می بایست در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت نمایند. سازمان بیمه سلامت موظف است اطلاعات کلیه نسخ ثبت شده در سامانه‌های بیمه سلامت (اعم از ثبت شده و پیچیده شده) را به سامانه‌های سطح اول وزارت بهداشت ارسال نماید. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره کل بیمه سلامت استان و معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مراکز خدمات جامع سلامت مجری طرح مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه‌پیچی نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود. در مواقع قطع شبکه با تأیید اداره کل بیمه سلامت استان، مراکز خدمات جامع سلامت مجری طرح مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه‌پیچی نسخه در سامانه

نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود. نسخ کاغذی علاوه بر مشخصات بیمه شده (نام و نام خانوادگی و شماره ملی) و تاریخ تجویز نسخه باید به مهر نظام پزشکی پزشک خانواده و مهر شبکه/مرکز بهداشت شهرستان ممه‌پور شود. نسخ کاغذی پیچیده شده توسط داروخانه باید در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود. داروخانه‌ها باید نسخه تجویزی را به اداره کل بیمه سلامت استان و یا اداره بیمه سلامت شهرستان تحویل نمایند. تعهدات سازمان در خصوص توافق‌نامه صدرالذکر از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ است. بدیهی است به موجب ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت؛ سازمان تعهدی در قبال نسخ دارویی هیچیک از صندوق‌های تحت پوشش سازمان به داروخانه‌های ملکی و غیرملکی (بخش خصوصی) طرف قرارداد شبکه/مرکز بهداشت شهرستان تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ ندارد. بدهی‌های مربوط به داروخانه‌های غیرملکی (بخش خصوصی) طرف قرارداد شبکه/مرکز بهداشت شهرستان تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۳۰ به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. سهم بیمه‌شده از هزینه داروهای (otc) قابل تجویز توسط پزشکان عمومی در کلیه گروه‌های سنی برای بیمه‌شدگان صندوق روستائیان و عشایر ۳۰ درصد و برای بیمه‌شدگان سایر صندوق‌های سازمان، مطابق قواعد بیمه‌ای در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) است.

۹- ارقام مکمل: مرکز بهداشت شهرستان موظف به توزیع ارقام مکمل جهت گروه‌های هدف می‌باشد. این ارقام بر حسب بسته خدمتی تعریف شده بر اساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه‌های سنی و فیزیولوژیک (گروه‌های هدف) در اختیار خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت روستایی/شهری مجری برنامه قرار داده شده و به صورت رایگان در اختیار افراد گروه هدف برنامه‌ها قرار داده می‌شود و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده نیست.

۱۰- ارائه خدمات دارویی در هنگام دهگردشی: با عنایت به توافق‌نامه انتقال سهم دارو (سطح اول خدمات روستائیان و عشایر) از اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ایران از تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱، انعقاد قرارداد اداره کل بیمه سلامت ارائه خدمات دارویی در هنگام دهگردشی توسط داروخانه‌های غیردولتی طرف قرارداد بیمه سلامت می‌بایست انجام گردد. در صورت عدم واگذاری خدمات دارویی به بخش غیردولتی ارائه این خدمات در هنگام دهگردشی توسط داروخانه‌های دولتی می‌بایست انجام پذیرد.

ماده ۱۶: ارائه خدمات پاراکلینیک

۱- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک: راه اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک بر اساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش خواهد بود. مرکز بهداشت هر شهرستان می‌تواند برای تدارک خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات پاراکلینیک از سوی شبکه/مرکز بهداشت شهرستان صورت می‌پذیرد. در صورت عدم ارائه خدمات سطح یک آزمایشگاه و خرید

اقلام آزمایشگاهی توسط بیمه شده روستایی، برابر سهم سازمان بیمه سلامت اقلام آزمایشگاهی خریداری شده از سرانه آزمایشگاه شهرستان کسر خواهد شد.

مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت محل اجرای برنامه از طریق راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان خواهد بود.

۲- شرایط دریافت خدمات آزمایشگاهی: چنانچه شبکه بهداشت و درمان شهرستان، واحد آزمایشگاهی خاص را برای ارائه خدمات تعیین کرده باشد، پزشک ملزم است بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد. در صورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه ها بر عهده شخص خواهد بود. همچنین چنانچه خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده و بسته خدمت سطح اول نبوده (سایر موارد آزمایشگاه، سونوگرافی و تصویربرداری) ولی در محدوده صلاحیت تجویز پزشک عمومی باشد، سهم سازمان بیمه سلامت قابل پرداخت خواهد بود.

۳- سطح بندی آزمایشگاه: واحدهای ارائه دهنده خدمات از نظر ساختاری، به شرح ذیل تقسیم می شوند:
الف) آزمایشگاه مرکز مجری: به آزمایشگاهی اطلاق می شود که در مرکز مجری برنامه پزشکی خانواده با جمعیت تحت پوشش ۱۰۰۰۰ نفر واقع (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) قرار دارد.
تبصره: لازم است طوری برنامه ریزی شود تا در صورت اعمال موارد ذکر شده، آزمایشگاه های ایجاد شده قبلی تعطیل نگردد.

ب) واحد نمونه گیری: در صورتیکه مرکز خدمات جامع سلامت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی یا غیردولتی طرف قرارداد باشد راه اندازی واحد نمونه گیری در مرکز الزامی است. نمونه گیری در این مرکز توسط پرسنل آموزش دیده و معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر یک روز در هفته، و پس از آن به ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک روز در هفته اضافه می گردد.

ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده از مسیر ارجاع از مرکز خدمات جامع سلامت به مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در صورتی که امکان انجام آزمایش در مرکز مجری وجود نداشته باشد، از طریق نمونه گیری و انتقال امن و ایمن نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نیست.

تبصره ۱: جذب نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال و جمعیت مراکز دارای واحد نمونه گیری محاسبه می گردد. به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت ساکن فعال مرکز خدمات جامع سلامت دارای

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

۴- **تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی:** تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی بر اساس لیست تجهیزات آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه مذکور می باشد. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی های فنی آنها مبتنی بر نوع خدمات آزمایشگاهی قابل انجام در آزمایشگاه و بارکاری آن می باشد. بنابراین متناسب با بارکاری ممکن است از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر نیز برای تجهیز آزمایشگاه استفاده شود. تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که تعریف آنها در ماده ۲ آیین نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی آمده است، باید دارای تاییدیه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند و تمام کارکنان آزمایشگاههای تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه های دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی متبوع گزارش نمایند.

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

تبصره ۲: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری برنامه انجام شده و نمونه های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه برداری از طریق پرسنل به آزمایشگاههای بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا غیر دولتی طرف قرارداد ارجاع می شود. آن دسته از نمونه ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداری شوند.

تبصره ۳: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروههای سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد. آزمایشات مادران باردار شامل Blood Group & Rh - آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار - کشت ادرار - Serum Creatinin - Serum BUN - آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران RH منفی) - FBS - TSH - VDRL - HIV - HBSAg (در صورت نیاز) - آزمایش غربالگری دیابت

بارداری Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) - Glucose Challenge Test(GCT)
 آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol جهت جمعیت بالای
 سی سال.

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

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه های بهداشت:

آزمایشگاه	آزمایشگاه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان	آزمایشگاه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
کلیه خدمات آزمایشگاههای مرکز خدمات جامع سلامت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه به علاوه: بیلیروبین مستقیم و توتال آزمایش Uric Acid آزمایش HbA _{1c} آهن ظرفیت اتصال آهن (TIBC) شمارش رتیکولوسیت کومبس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکاپتوانول (ME) آزمایش کمی Beta-HCG سرم آزمایش کومبس غیر مستقیم بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T ₄ اندازه گیری کمی فنیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU) آزمایش HbA _{1c} آزمایش HIVAb آزمایش HBsAg آزمایش HBsAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P آزمایش Na/K ALP Serum نمونه گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر) OH VITD ₂₅	آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی هموگلوبین هماتوکریت گروه خون & Rh Blood Group قند خون ناشتا (FBS) آزمایش Glucose Challenge Test(GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا ۲(hPP) آزمایش Serum BUN آزمایش Serum Creatinin آزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglyceride آزمایش Serum HDL-Cholesterol آزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود) آزمایش Serum SGOT آزمایش Serum SGPT آزمایش کیفی تشخیص حاملگی آزمایش Serum RPR/VDRL سدیماتاسیون (ESR) آزمایش (Ova/Parasite -Stool Examination) آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood آزمایش آنالیز کامل ادرار آزمایش کشت ادرار رایت ویدال لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا) CRP	پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایشهای قابل نمونه گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده کلیه نمونه های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه های بهداشتی - درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاههای خصوصی تایید شده) ارسال گردند. در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی وبهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد.

۶- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیولوژی): خدمات تصویر برداری مورد تعهد سطح یک شامل رادیوگرافی های
 ساده بدون ماده حاجب می باشد. شرایط خدمات مذکور به شرح زیر می باشد:

- ۱- بسته خدمات تصویر برداری سطح یک صرفاً از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارائه خواهد بود.
- ۲- در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداری دولتی و غیردولتی طرف قرارداد، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداری سطح یک تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.
- ۳- لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداری طرف قرارداد شبکه در مراکز مجری برنامه صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت اعلام گردد.
- ۴- گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.
- سونوگرافی های بارداری، سونوگرافی های غیر بارداری و رادیوگرافی های غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب به عنوان سطح دو خدمات بوده و بر اساس سهم سازمان بیمه سلامت و فرانشیزهای مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق ها در مراکز طرف قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران می باشد. تبصره: انجام سونوگرافی مادران باردار در یک نوبت از دو نوبت روتین مطابق با بسته خدمتی (سن، جفت و ضربان قلب)، به صورت رایگان می باشد.
- ۵- نسخ تجویزی (الکترونیکی) انجام شده مورد تعهد خدمات سطح یک و لیست پذیرش شدگان، توسط مرکز تصویر برداری طرف قرارداد جهت دریافت هزینه ها از شبکه تنظیم و به مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهانه و نیز پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان، به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال می گردد. نسخ دریافت شده از مراکز خدمات جامع سلامت با لیست پذیرش شدگان دریافتی از شبکه بهداشت توسط ادارات کل بیمه سلامت استانی تطبیق داده خواهد شد.

ماده ۱۷: خدمات سلامت دهان و دندان

- ۱- نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان: ارتقاء سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی در مناطق روستایی، شهر های زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه های هدف صورت می پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیری اولیه قابلیت اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهد کودک ها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می گردد). خدمات پیشگیری و درمانی نیازمند به یونیت، در مراکز دارای واحد دندانپزشکی ثابت و یا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می گردد. صدور مجوز بهره برداری و

نظارت بر عملکرد آن بر اساس آیین نامه مربوطه به عهده معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور می باشد.

تبصره ۱: لیست مراکز مجری مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه سلامت استان و از طریق معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت وزارت متبوع ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صددرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیری و لیست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

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

تبصره ۳: در صورت وجود اعتبار، مراکز معین، شبانه روزی و مراکز خدمات جامع سلامت مناطق محروم واجد رادیوگرافی تک دندان گردند. بدیهی است نبود رادیوگرافی مذکور منجر به تعدیلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهد شد.

۲- سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان:

الف) مراقبت دهان و دندان در پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت: بهورز و مراقب سلامت به ارائه خدمات آموزشی و پیشگیری برای ارتقاء سلامت دهان و دندان می پردازند: آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از وسایل کمک آموزشی و با کمک مدل های آموزش بهداشت و مصاحبه انگیزشی (به منظور ارتقاء مهارت های فردی و خود مراقبتی، استفاده درست از مسواک و نخ دندان، تغذیه غیر پوسیدگی زا، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان ۶ سالگی، مشکلات هنگام رویش دندانها، ترک عادات بد و مضر دهان)، انجام معاینات دهان و دندان، ثبت اطلاعات وضعیت دهان و دندان در پرونده خانوار و یا سامانه های الکترونیک، ارجاع افرادی که نیاز به خدمات مراقبتی خاص و یا درمانی دارند به دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، پیگیری نتیجه ارجاع و ثبت آن در پرونده خانوار فرد، انجام وارنیش فلوراید، توزیع مسواک انگشتی و ارزیابی خطر پوسیدگی دندان برای گروه های هدف، آموزش و معاینه در پایگاه های سنجش و مدرسه. چگونگی انجام این خدمات بر اساس دستورالعمل های ابلاغی از وزارت بهداشت می باشد.

شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در منطقه تحت پوشش، جلب حمایت شوراهای محلی و هیئت امناء روستا و برنامه ریزی های تکمیلی با هماهنگی برون بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه با

همکاری دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صورت می گیرد.

در صورت ارائه خدمات سلامت دهان و دندان توسط هر کدام از ارائه دهندگان خدمت (بهورز، مراقب سلامت) سرانه آن خدمت قابل پرداخت می باشد.

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

ب) خدمات دهان و دندان در مراکز خدمات جامع سلامت دارای واحد دندانپزشکی، مطب ها و درمانگاه های دندانپزشکی طرف قرارداد: در این مراکز دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان به ارائه بسته خدمات سلامت دهان و دندان از جمله آموزش بهداشت دهان و دندان، ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان در سامانه های الکترونیک، فلوراید تراپی، فیشور سیلانت تراپی، ترمیم دندانهای شیری و دایمی، جرم گیری و برساز، پالپوتومی، درمان پالپ زنده (VPT) دندان های دایمی، کشیدن دندان های غیر قابل نگهداری (شیری و دایمی) می پردازند. اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به کار، بدست آوردن آمار و اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گروه های هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده و کودکان زیر دو سال می باشد.

واگذاری خدمات به بخش خصوصی، می تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد (در روستا در محدوده روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. در این صورت ارائه تمامی خدمات مورد نظر به گروه هدف حین قرارداد همکاری، الزامی است.

۳-دهگردشی، پایش و آموزش های گروهی: به منظور ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت های دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. با توجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان لازم است ماهی یکبار اقدام به دهگردشی نماید. وظایف دندانپزشک در دهگردشی شامل موارد زیر است:

۱. نظارت و عملکرد نیروهای سطح یک (بهورز و مراقب سلامت)

۲. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال-طبق هماهنگی قبلی بعمل آمده توسط بهورز و مراقب سلامت برای حضور افراد گروه هدف شامل روستاهای قمر

۳. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه های الکترونیک

۴-نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان: معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده به منظور برنامه ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی، باید نسبت به تشکیل کمیته ای با حضور مدیر گروه/ کارشناس مسئول اداره سلامت

دهان و دندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسئول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال در شهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات بر اساس دستورالعمل های سلامت دهان و دندان مادران، کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال، و نیز دستورالعمل مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران باردار انجام می گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط کارشناس ناظر مرکز و نیز توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان انجام می گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، و نظارت بر عملکرد مسئول اداره سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر گروه/ کارشناس مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت استان انجام می شود. پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان شهرستان صورت می گیرد.

ماده ۱۸: درآمدهای برنامه

درآمدهای برنامه شامل:

۱- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات بر اساس ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران .

تبصره: فرانشیز خدمات سلامت دهان و دندان بر اساس ابلاغیه معاونت بهداشت خواهد بود.

۲- منابع حاصل از اخذ هزینه کامل مواد مصرفی برای ارائه خدمات جانبی (مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و ...).

۳- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه سلامت به جز صندوق بیمه روستایی و ...).

۴- منابع حاصل از حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی پرداخت می شود.

۵- منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت دولتی به افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.

۶- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی:

الف) تعرفه خدمات دندانپزشکی، بر اساس تعرفه ابلاغی از وزارت بهداشت و مستند به مصوبه هیئت وزیران برای تعرفه سالانه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی می باشد.

ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:

ارائه آموزش و مراقبت های پیشگیری توسط بهورز و مراقب سلامت برای کل جمعیت ساکن فعال رایگان است.

سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت پوشش به شرح

زیر می باشد:

- برای گروه هدف (کودکان زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده) تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت و سایر بیمه ها رایگان و برای گروه هدف شهری و سایر افراد بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه هیئت وزیران برای بخش دولتی ابلاغی از طرف وزارت بهداشت و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.

- برای افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه: تمامی هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد (بر اساس تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ابلاغیه معاونت بهداشت).

تبصره ۱: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح بندی خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعه بیمه شده روستایی مهمان به مراکز خدمات جامع سلامت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود و نیز دیگر مراکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و درمانی اورژانسی سطح یک ارائه و تعرفه خدمات ارائه شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است در صورت مراجعه بصورت غیر اورژانسی به دیگر مراکز خدمات جامع سلامت (با وجود امکان مراجعه به مرکز مربوط به محل سکونت خود و یا مراکز معین مجاور)، فرانشیز خدمات با تعرفه آزاد بخش دولتی و در مورد خدمات دندانپزشکی بر اساس فرانشیز مقصد محاسبه می گردد. در مورد مراجعه فرد مهمان جهت خدمات دندانپزشکی غیر اورژانسی از شهرهای بالای بیست هزار نفر نیز هزینه خدمات بر اساس تعرفه مبدا محاسبه می گردد.

تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای تیم سلامت انجام می شود رایگان می باشد و برای تمام موارد خارج از بسته های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می گردد. تبصره ۳: در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور شمول خدمات بیمه برای آنان، می توان با استفاده از بیمه مادر تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

تبصره ۴: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). لازم است مرکز خدمات جامع سلامت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای پوشش بیمه صندوق روستایی راهنمایی نماید.

تبصره ۵: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد،

تبصره ۶: در مراکز بیتوته، تجمیعی / معین، و بیمارستان به عنوان بیتوته، در زمان بیتوته که شامل ساعات عصر و شب می باشد، مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی

و سایر بیمه ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی و برای افراد فاقد بیمه معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی می باشد. ویزیت و خدمات جانبی بیماران غیراورژانسی بصورت آزاد می باشد.

در مراکز شبانه روزی در زمان بیتوته که شامل ساعات عصر و شب می باشد مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیر اورژانسی (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی و برای افراد فاقد بیمه معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی می باشد.

در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در تمامی طول شبانه روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دو خدمات سلامت) رایگان می باشد.

تبصره ۷: لازم است اطلاع رسانی به جمعیت ساکن فعال در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهیار/بخشدار صورت پذیرد. جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی می باشد.

تبصره ۸: با توجه به پرداخت سرانه خدمات سطح یک به جمعیت ساکن فعال، ادارات کل بیمه سلامت با توجه به مغایرت قانونی پرداخت همزمان سرانه و FFS، مجاز به پذیرش و پرداخت اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، در بسته خدمات سطح یک نمی باشند.

ماده ۱۹: بودجه برنامه

سرانه و محل تامین آن:

محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس مؤلفه های جمعیت هدف، برنامه های فنی و بهبود استاندارد فضای واحدهای ارائه دهنده خدمت و ضریب محرومیت برای ارائه خدمات پاراکلینیک و تامین خودرو جهت دهگردشی، از طریق معاونت بهداشت صورت می گیرد.

توزیع اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه های جمعیت ساکن فعال، ضریب محرومیت، پراکندگی استانی و شهرستانی اعلام شده توسط وزارت کشور و منطبق بر طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور محاسبه شده از طریق معاونت بهداشت، توسط سازمان بیمه سلامت صورت می گیرد.

معیار توزیع سرانه صندوق بیمه روستایی: بر اساس جمعیت ساکن فعال و به شرح زیر میباشد:

- ۱- در مراکز ارائه خدمت با جمعیت کمتر از ۲,۰۰۰ نفر معیار پرداخت سرانه به مرکز ۲,۰۰۰ نفر است.
- ۲- در مراکز ارائه خدمت با جمعیت بیشتر از ۲,۰۰۰ نفر تا ۴,۰۰۰ نفر معیار پرداخت سرانه به مرکز ۴,۰۰۰ نفر جمعیت است.
- ۳- معیار پرداخت سرانه در مراکز ارائه خدمت با جمعیت بالای ۴,۰۰۰ نفر به شرح زیر است:

- ۱-۳- در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۷، به شرح زیر عمل می شود:
- تا ۴,۰۰۰ نفر جمعیت، ۱۰۰ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۴,۰۰۱ تا ۵,۰۰۰ نفر جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۴,۰۰۰ نفر ۵۰ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۵,۰۰۱ تا ۶,۰۰۰ نفر جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۵,۰۰۰ نفر ۲۵ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۶,۰۰۱ نفر به بعد جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۶,۰۰۰ نفر سرانه‌های پرداخت نمی شود.
- ۲-۳- در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت ۱/۷ و بیشتر، به شرح زیر عمل می شود:
- تا ۵,۰۰۰ نفر جمعیت، ۱۰۰ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۵,۰۰۱ تا ۶,۰۰۰ نفر جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۵,۰۰۰ نفر ۵۰ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۶,۰۰۱ تا ۷,۰۰۰ نفر جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۶,۰۰۰ نفر ۲۵ درصد سرانه پرداخت می شود.
 - از ۷,۰۰۱ نفر به بعد جمعیت، به ازای جمعیت مازاد بر ۷,۰۰۰ نفر سرانه ای پرداخت نمی شود.
- تبصره ۱: مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزی گفته می شود که حداقل خدمت پزشکی و داروخانه فعال است، در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشکی سرانه پزشکی کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است. ارائه نشدن هر یک از اجزای خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضوابط که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.
- تبصره ۲: در تعیین سرانه جمعیت عشایری برحسب تعداد جمعیت عشایر تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره بیمه استان به صورت سالانه لحاظ گردد.
- بر اساس مصوبات هیئت امانت دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد بیمه روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/ دانشکده، معاف است. بر اساس مصوبه هیات امانت (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه بیمه روستایی، دانشگاه/ دانشکده 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 دستورعمل های ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه/ دانشکده برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل برنامه صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و دراین راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد.
- پرداخت به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی و ...) با روش مبتنی بر عملکرد در چهارچوب

ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی و غیر پزشکی مورد نیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز.
استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر از موارد تعیین شده در تفاهم نامه توسط ریاست دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استان ممنوع می باشد.

ماده ۲۰: سهم توزیع سرانه

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بر اساس ماده ۵ تفاهم نامه سال ۱۴۰۱ می باشد.

ماده ۲۱: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات

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

مدیر مالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است لیست ریز هزینه کرد خدمات سطح یک را پس از تایید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی به صورت شش ماهه به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.
معاونت توسعه و منابع دانشگاه/ دانشکده مکلف است به شرط تخصیص، اعتبارات را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان بیمه سلامت ابلاغ نموده و سازمان بعد از دریافت منابع تعریف شده ظرف ۷۲ ساعات کاری به حساب ادارات کل استانی پرداخت نمایند و ادارات کل پس از دریافت اعتبار نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به دانشگاه/ دانشکده ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری اقدام نماید و دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلفند پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبارات صرفاً در سر فصل های برنامه در اسرع وقت اقدام نمایند.

سازمان مکلف است به شرط دریافت وجه اعتبار اعلام شده از سوی سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات کل پرداخت نماید. (پایان هر ماه ۸۰ درصد از اعتبار در قالب پرداخت علی الحساب و پایان همان فصل ۲۰ درصد در

قالب پایش عملکرد)

ماده ۲۲: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت

جمعیت مشمول سرانه شامل کلیه افراد تحت پوشش فعال در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با ملاحظات زیر می باشد:

۱- حقوق پزشک و ماما یا پرستار ماهانه برحسب جمعیت تحت پوشش فعال (روستایی و عشایری) محاسبه می شود. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. اداره کل بیمه سلامت استان موظف است سهم اعتبار مربوطه را طی قراردادی، پس از تعیین مراکز خدمات جامع سلامت فعال (دارای پزشک به کارگیری شده موردنیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی قرار دهد. همچنین وزارت بهداشت اعتبارات مربوطه از محل ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده برای توزیع در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران قرار می دهد. از منابع مالی برنامه، ابتدا سهم اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی و سایر نیروهایی که از محل اعتبارات برنامه دستمزد آنان پرداخت می گردد) تعیین و سپس بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بر اساس مفاد تفاهم نامه ارسالی توزیع می گردد.

۲- پرداخت ۸۰ درصد علی الحساب از محل اعتبارات صندوق توسط ادارات کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مربوطه انجام می پذیرد.

الف_ پرداخت ۸۰ درصد علی الحساب مطالبات تیم سلامت از محل اعتبارات سازمان توسط ادارات کل صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط مراکز بهداشت انجام می شود.

ب_ مراکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره کل تحویل نمایند.

ج_ مراکز بهداشت تا پنجم هر ماه مبلغ حکم/ قرارداد ماه قبل تیم سلامت را پرداخت نمایند.

د_ مراکز بهداشت سیاهه ریز حقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به ادارات کل ارائه نمایند.

و_ مراکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر علی الحساب پرداخت مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت ادارات کل پرداخت نمایند.

۳- پرداخت ۲۰ درصد پایش عملکرد از محل اعتبارات سازمان توسط ادارات کل صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط مراکز بهداشت انجام می شود.

مراکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر ۲۰ درصد پایش عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت ادارات کل پرداخت نمایند.

۴- معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد

استان، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/ دانشکده، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برساند.

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

۶- معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه را هر ماه یکبار با دستور خرجی که معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده در اختیار وی قرار می دهد، میان شهرستان های تابعه توزیع نماید.

۷- مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه تخصیصی ماهانه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستور عمل آمده است، هزینه نماید. همچنین مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به تائید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برساند.

۸- معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده از شهرستان های تابعه ندارد.

۹- مدیر مالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری به معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.

۱۰- معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستان های تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.

۱۱- مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه/ دانشکده واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

۱۲- روسای دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه/ دانشکده ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی برنامه خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) جداً ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا

- سهم سرانه مراکز مجری برنامه هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد.
- ۱۳- اسناد هزینه بایستی پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده رسیده و گزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین شده به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/ دانشکده موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه را از حسابرس دانشگاه/ دانشکده دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.
- ۱۴- مراکز بهداشت مکلف هستند سیاهه ریز حقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به ادارات کل ارائه نمایند.
- ۱۵- معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج ماهانه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده ارائه دهد و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.
- ۱۶- مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهای منعقد شده را براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده رسانده شود. همچنین اسناد هزینه کرد های مربوط به دیگر سر فصل های اعتباری توزیع سرانه را نیز به معاونت بهداشتی ارائه دهد.
- ۱۷- مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/ دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/ دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداخت نماید.

ماده ۲۳: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته

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

ماده ۲۴: ارجاع در سطح یک خدمات

اجرای برنامه در شرایط معمول، مانند دستور عمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت/ پایگاه سلامت باشد و پس از اینکه بهورز یا مراقب سلامت خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به مرکز خدمات

جامع سلامت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی از خانه های بهداشت یا پایگاههای سلامت را معاینه، ویزیت و بر اساس پروتکل های درمانی تعیین شده تحت درمان قرار دهد و نتیجه اقدامات انجام شده و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع دهنده برساند.

تبصره ۲: در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه ارجاع می نماید.

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

ماده ۲۵: ارجاع در سطح دو خدمات

۱- فرایند ارجاع: اجرای سطح بندی خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر بر اساس دستور عمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهد بود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دو خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح یک صورت می گیرد.

۲- سقف ارجاع به سطوح بالاتر: سقف ارجاع به متخصص سطح دو تا حداکثر ۱۵ درصد مراجعین به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت می باشد. بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دو بر اساس مراقبت گروههای هدف و بسته خدمتی نیز می باشد. با توجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده از جمله مدیریت سلامت منطقه، مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاری تمام وقت در هدایت، توانمندسازی، ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکور کاهش داشته باشد.

بیمه شده تحت پوشش صندوق روستایی می تواند با رعایت نظام ارجاع جهت خدمات سرپایی و با یا بدون رعایت نظام ارجاع جهت دریافت خدمات بستری به بیمارستان دولتی و یا غیردولتی طرف قرارداد مراجعه نماید.

ماده ۲۶: پایش فصلی تیم سلامت

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

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

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

تبصره ۳: به منظور بهبود کیفیت فرایند پایش پزشکان خانواده، لازم است در صورت وجود متخصص پزشکی خانواده یا پزشک با سابقه کاری مرتبط و دارای مدرک Mph، از نظرات فنی ایشان استفاده گردد.

تبصره ۴: لازم است پایش از متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله (بسته های خدمتی پزشکان خانواده عمومی، مدیریت سلامت منطقه، کاهش ارجاعات به سطوح بالاتر، خدمات آموزشی و مشاوره به سایر پزشکان) انجام گیرد.

ماده ۲۷: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان

۱- پایش و ارزیابی به منظور اطمینان خاطر از حصول موضوع تفاهم نامه، ارتقای مستمر کیفیت خدمات موضوع تفاهم نامه و با رویکرد حل مسئله انجام می شود. برای پایش و ارزیابی اثر بخش، چرخه ارزیابی متضمن برنامه زمانی سه ماهه پایش های مشترک توسط معاونت های بهداشت و ادارات کل تدوین می گردد.

۲- پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مراکز بهداشت و ادارات بیمه) حداقل یکبار در ماه انجام می شود. پایش مشترک یا جداگانه مراکز بهداشت و یا ادارات بیمه علاوه بر پایش مشترک، حسب مورد انجام می شود. با توجه به نقش اثرگذار پایش و ارزیابی در عملکرد تیم سلامت، مراکز بهداشت و معاونت های بهداشت، ضرورت دارد قالب پایش (متضمن فهرست خدمات و نکات لازم) مشترکاً توسط مرکز مدیریت شبکه وزارت و دفتر خدمات عمومی سلامت سازمان جهت استفاده در پایش ها، به معاونت های بهداشت و ادارات کل ابلاغ گردد. ملاک نتایج، پایش های مشترک است. در صورت انجام نشدن پایش مشترک، ملاک نتایج پایش سازمان بیمه سلامت است. در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه شده و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری است.

۳- انجام پایش مشترک از مراکز خدمات جامع سلامت توسط اداره بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان به وسیله چک لیستی که با تفاهم مشترک معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، انجام می شود. حضور نماینده مرکز بهداشت شهرستان در پایش های مشترک الزامی می باشد. در طی پایش حضوری، تمامی صفحات چک لیست مشترک تکمیل شده توسط پایش کنندگان و پزشک مسئول مرکز امضا و نسخه ای از آن در

اختیار مرکز بهداشت شهرستان نیز قرار می گیرد. همچنین حداکثر تا یک هفته پس از پایش، نسخه ای از چک لیست تکمیل شده، از طریق اتوماسیون/ سامانه پایش در اختیار پزشک مسئول مرکز قرار می گیرد.

۴- ثبت اولیه اطلاعات پایش ظرف یک هفته توسط کارشناس اداره بیمه شهرستان بر اساس چک لیست تکمیل شده، در سامانه پایش صورت می پذیرد. انطباق اولیه اطلاعات وارد شده توسط شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان حداکثر تا یک هفته پس از ورود اطلاعات صورت می پذیرد. همچنین اداره بیمه سلامت شهرستان موظف است پس خوراند مستند به چک لیست پایش ماه قبل مراکز معجری را حداکثر تا دهم ماه بعد به شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت شهرستان ها فراهم باشد.

۵- مرکز بهداشت شهرستان موظف است ضمن رفع نواقص مندرج در فرم پایش، نتیجه را به اداره بیمه شهرستان و نیز از طریق معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نماید. پس از رفع نواقص، اطلاعات وارده توسط اداره بیمه شهرستان در سامانه فوق اصلاح و تایید نهایی آن پس از رویت موارد اصلاحی در سامانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه شهرستان (مکتوب/ سامانه) اعلام خواهد شد.

۶- نتایج پایش مشترک باید در جلسات هماهنگی ماهانه که بین مرکز بهداشت و ادارات بیمه شهرستان برگزار می گردد مورد ارزیابی قرار گیرد. لازم است نواقص خدمات (صرفا مربوط به بخش غیر پرسنلی پایش کیفی) تا قبل از پایش بعدی توسط شبکه اصلاح گردد، در غیر این صورت موارد مشمول کسورات می شود.

ماده ۲۸: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

ستاد هماهنگی شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/ دانشکده برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت ها در مرکز آموزش بهورزی اقدام می نماید. با توجه به ناهمگونی مهارت های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت شده با مکانیسم های متفاوت از جمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/ دانشکده مربوطه یا ستاد هماهنگی کشوری/ دانشگاهی/ دانشکده ای انجام شود.

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

آموزش اصول حفظ سلامت سبک زندگی سالم برپایه آموزه های طب ایرانی برای پزشکان همکار طرح توسط دفتر

طب ایرانی و مکمل و با برنامه ریزی مشترک مرکز مدیریت شبکه وزارت و دفتر خدمات عمومی سلامت سازمان بیمه سلامت انجام می شود.

ماده ۲۹: مسؤلیت اجرای برنامه

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

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

تبصره ۲: ضمن اولویت به کارگیری متخصصین پزشکی خانواده به ترتیب در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و سایر مراکز خدمات جامع سلامت (شهری و روستایی) که واجد جمعیت ساکن فعال بیشتری بوده و مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع هستند؛ در صورت حضور متخصص پزشکی خانواده، در مرکز خدمات جامع سلامت، اولویت مسؤلیت مرکز با ایشان خواهد بود.

تبصره ۳: پزشک خانواده مسؤلیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته ی تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد.

ماده ۳۰: مکانیسم پرداخت تیم سلامت

۱- روش پرداخت: در برنامه پزشکی خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می شود. پرداختی به نیروهای تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد برنامه مطابق با مندرجات فصل مکانیسم پرداخت این دستور عمل می باشد.

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

الف: حکم کارگزینی

ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد

الف) حکم کارگزینی: براساس ضوابط مرتبط با رابطه استخدامی شامل رسمی / پیمانی، قراردادی (جهت نیروهای قراردادی طبق (ماده ۴) دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین سال ۱۳۹۹)، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیاو آوران بهداشت؛ تعیین و پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می گردد.

ب) پرداخت مبتنی بر عملکرد: بر مبنای سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکنندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت تعیین می گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد ۱ (معادل امتیاز عملکرد ۹۰ درصد) محاسبه، و ۸۰٪ آن در پایان ماه و ۲۰٪ باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی در کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت می گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان با لحاظ عملکرد آنان در سامانه یکپارچه بهداشت می باشد.

تبصره: جهت محاسبه مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (علی الحساب ۸۰ درصد و قطعی ۲۰ درصد)، ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی برای کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظر گرفته می شود، لذا در صورت کسب ضریب عملکرد زیر ۹۰ درصد، در زمان پایش فصلی، کسر مبلغ مازاد پرداخت شده در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی و در صورت لزوم در پرداخت مبتنی بر عملکرد ماه بعد لحاظ خواهد شد و در صورت کسب امتیاز عملکرد بالای ۹۰ درصد، در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

۲- ضریب حضور: ضریب حضور عبارتست از نسبت روزهایی (ساعات اداری) که فرد در محل خدمت خود حضور داشته است تقسیم بر تعداد روزهای "کاری" ماه. بدیهی است حضور در جلسات آموزشی، مرخصی چنانچه استحقاقی باشد و همچنین ماموریت های مورد تایید، جزو روزهای حضور اعضای تیم سلامت می باشد.

پزشک خانواده موظف است در صورت نیاز به خدمات ایشان در صبح روزهای تعطیل در مراکز خدمات جامع سلامت در برنامه شیفت بندی تعیین شده توسط مرکز بهداشت شهرستان فعالانه شرکت نماید و در این صورت، روزهای تعطیل که با شبکه در ارائه خدمات ویزیت به جمعیت تحت پوشش و کشیک های مورد نظر همکاری نماید در محاسبه ضریب حضور به قسمت صورت کسر ضریب حضور اضافه شده و ضریب حضور بیش از یک خواهد بود. چنانچه در صورت نیاز شبکه / مرکز بهداشت شهرستان در طی ماه، فرد همکاری در کشیک روزهای تعطیل نداشته باشد در مخرج کسر ضریب حضور به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه لحاظ شده و در نتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهد شد. بدیهی است در صورت عدم نیاز به حضور در روزهای تعطیل، ضریب حضور معادل یک لحاظ می شود. میزان همکاری فرد در شیفت روزهای تعطیل در امتیاز پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می گردد.

خاطر نشان می گردد ضریب حضور بابت شیفت در ساعات صبح روزهای تعطیل می باشد و حضور در شیفت عصر و شب (در روزهای تعطیل و غیر تعطیل) به عنوان شیفت بیتوته (در مراکز واجد بیتوته، معین / تجمیعی، شبانه روزی، بیمارستان به عنوان مرکز تجمیعی / معین) بوده و بر اساس جداول پرداخت بیتوته، محاسبه خواهد شد.

۳- ماندگاری: در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاری (سال های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستایی (در قالب، پیام آور، طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت بیمه روستایی و پزشکی خانواده برای محاسبه سهم ماندگاری وی، به سال محاسبه می گردد.

الف) عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه محل فعالیت فرد معادل ۱۰۰٪
 - در صورت تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد: اگر جابجایی در محدوده شهرستان و به مرکز دیگری باشد معادل ۸۵٪، جابجایی بین شهرستان های دانشگاه / دانشکده معادل ۷۰٪ و جابجایی بین دانشگاه ها معادل ۵۰٪ سنوات خدمتی محاسبه می گردد.

تبصره: جهت محاسبه سنوات خدمتی چنانچه تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد باشد و در سوابق خدمتی (با ارائه مستندات)، طی هر سال خدمت میانگین نمره پایش های فصلی عملکرد آن سال وی معادل ۹۰ و بالاتر بوده باشد، در این صورت به ازای هر سال با میانگین نمره پایش ۹۰ و بالاتر ۵٪ (تا سقف ۱۰۰٪ محاسبه سنوات ماندگاری آن سالها) به ضرایب ذکر شده سنوات اضافه می گردد.

- در تغییر محل فعالیت با نظر مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه / دانشکده، ماندگاری معادل ۱۰۰٪ خواهد بود.

ب) جهت محاسبه سال های خدمتی فرد، آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

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

د) در صورت فعالیت همکاران ستادی در مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان تیم سلامت، سال های خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه پزشکی خانواده در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه معاونت بهداشت / شهرستان در دانشگاه / دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه معاونت بهداشت / شهرستان در دانشگاه / دانشکده تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی (در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی با تایید معاون بهداشت دانشگاه / دانشکده) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

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

عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاری نامبردگان در سال های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۵۰ درصد) در نظر گرفته شود. این سهم چنانچه در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/ دانشکده/ استان (۷۰ درصد) در نظر گرفته شود.

(و) تعداد روزهای مرخصی های استعلاجی مستمر بیش از یک ماه (از جمله به علت بارداری)، در ماندگاری فرد محاسبه نمی گردد. لیکن، در حکم کارگزینی بر اساس ضوابط مربوطه لحاظ می گردد.

۴- سهم پراکندگی: این سهم، خود شامل چند گزینه می باشد:

✓ تعداد واحد تحت پوشش پزشک (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش پزشک): (تعداد خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تحت پوشش پزشک ضربدر چهار و در خانه های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می شوند ضربدر دو) به اضافه (تعداد روستای قمر تحت پوشش پزشک) به اضافه (تعداد روستای سیاری تحت پوشش پزشک تقسیم بر سه)

✓ فواصل (نحوه محاسبه فواصل): (مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک بر حسب کیلومتر ضربدر چهار و در خانه های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می شوند ضربدر دو) با اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا مرکز بر حسب کیلومتر) به اضافه (مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز تقسیم بر سه بر حسب کیلومتر)

✓ ضریب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسیم بر تعداد دهگردشی استاندارد

در محاسبه ضریب دهگردشی، در هر روز حداکثر یک واحد در نظر گرفته می شود.

ضریب دهگردشی * (سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحد های تحت پوشش) = سهم پراکندگی

۵- دهگردشی

۶- عملکرد: ضریب عملکرد اعضای تیم سلامت بر اساس پایش عملکرد فصلی طبق چک لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه وزارت اقدام تعیین می گردد.

نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در ۱۰۰ مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

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

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

صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از ۹۰ حتماً مشخص گردد.

ب: تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود

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

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد 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.

دریافتی ضریب عملکرد بین ۷۰ تا ۹۰ معادل نمره کسب شده خواهد بود.

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

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

لغو قرارداد اعضای تیم سلامت بر اساس دلایل مستند ارائه شده از سوی مرکز بهداشت شهرستان به معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و صرفاً با دستور و ابلاغ معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی امکان پذیر خواهد بود. لازم است یک ماه قبل، مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام شده باشد.

۷- پرداخت به پرسنل جانشین: پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل جانشین معادل متوسط پرداخت آنان در شهرستان محل ماموریت بدون احتساب دهگردشی، ماندگاری و بیتوته، و بر اساس امتیاز پایش عملکرد فصلی می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی پرداخت مبتنی بر عملکرد مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت بوده و ماندگاری بر اساس سنوات خدمت در برنامه پرداخت می گردد.

۸- ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: در مراکز خدمات جامع سلامت، هر گاه پزشک/ ماما مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود (غیر بیمه روستایی) را پذیرش و ویزیت کند، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می بایست ۴۰ درصد (بر اساس عملکرد) تعرفه پزشک/ ماما را تا سقف ۳۰۰ ویزیت در ماه برای پزشک/ ماما و بر اساس گزارش ویزیت از سامانه های سطح یک/ کاغذی، در هنگام پرداخت ۲۰ درصد مبتنی بر عملکرد، محاسبه و پرداخت نماید.

۹- پرداخت پرسنل طرحی و پیام آور بهداشت: پرداخت مبتنی بر عملکرد مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام آوران بهداشت به طور کامل می باشد.

۱۰- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: میزان پرداخت مبتنی بر عملکرد متعلقه به متخصصین پزشکی

خانواده بر اساس شیوه نامه مربوطه و معادل ۱۴۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی می باشد. بدیهی است پرداخت مبتنی بر عملکرد برای متخصصین پزشکی خانواده، متأثر از امتیاز پایش عملکرد فصلی مربوط به این متخصصین می باشد.

تبصره ۱: در صورت نبود امکانات آموزشی در مرکز خدمات جامع سلامت محل خدمت متخصصین پزشکی خانواده (طبق شیوه نامه بکارگیری متخصصین پزشکی خانواده) ، از پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداختی به این متخصصین مبلغی کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: باتوجه به اهمیت بهره مندی از دانش مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت، مبلغی به میزان ۵ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد به پرداختی پزشکانی که دارای مدارک دوره پزشکی خانواده (بریجینگ) و Mph می باشند اضافه می گردد.

۱۱- پرداخت در موارد ترک خدمت: از شروع به کار کارکنان طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد پس از پایان هر ماه میسر است. لیکن در صورت ترک محل خدمت قبل از پایان ماه، صرفاً حکم کارگزینی (بر اساس قوانین مربوطه) پرداخت می گردد. بدیهی است پرداخت ۲۰ درصد قطعی در پایان هر سه ماه کارکرد و پس از اعمال امتیاز عملکرد پایش فصلی محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۲- پرداخت مبلغ عیدی، وجه مهد کودک، سختی شرایط کار، سنوات، لحاظ مدارک تحصیلی و غیره تسهیلات رفاهی (حق مسکن و ...): بر اساس مفاد دستورعمل موضوع تبصره ماده ۶۰ آیین نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیات علمی مصوبه دبیرخانه مجامع، شوراها و هیات های امنای قابل پرداخت خواهد بود.

۱۳- ماموریت اداری: در صورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت در پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد، صدور حکم ماموریت، بدون پرداخت فوق العاده ماموریت صورت می گیرد. همچنین با توجه به پرداخت مبتنی بر عملکرد علاوه بر حکم کارگزینی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی، پرداخت حق محرومیت از مطب و تمام وقتی، مقدور نمی باشد.

۱۴- پرداخت در مراکز منتخب: پرداخت به نیروهای شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب بر اساس مفاد مندرج در دستور عمل ابلاغی اصول و ضوابط تعیین واحدهای منتخب برای ارائه خدمت در شرایط بحران خواهد بود.

۱۵- پرداخت در مناطق خاص: به منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها در مناطق خاص با ضریب محرومیت مرکز خدمات جامع سلامت ۱,۶۵ و بالاتر که امکان جذب آنها به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است، به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و و نیز تامین

منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/ دانشکده می توان مبلغی تا سقف ۳۰٪ به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد اضافه نمود. خاطر نشان می سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی شود.

۱۶- پرداخت خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشکان: در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی موضوع بند ۴ ماده ۱۱ توسط پزشکان خانواده، مبلغ ۲۰ الی ۴۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشکان مرکز (طبق تعرفه دولتی)، به صورت FFS به پزشکان خانواده آن مرکز پرداخت گردد. تبصره: در صورت انجام خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشکان توسط متخصصین پزشکی خانواده، پرداختی فوق ۴۰ درصد بالاتر از پزشکان عمومی خواهد بود.

۱۷- پرداخت در مراکز اقماری: در مراکز مجری برنامه که امکان جذب پزشک و ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده میتوان از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روزه) استفاده کرد و پرداخت به ازای هر روز کارکرد معادل ۱/۴ روز حضور و صرفاً در فرمول پرداخت به ازای عملکرد انجام می گردد. (حق بیتوته پزشکان و ماماهاى مذکور به ازای تعداد بیتوته و بطور کامل پرداخت می گردد). در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه وجود ندارد و فقط در شرایط اضطرار ضمن ارائه شواهد و مستندات مربوطه می تواند از نصف مرخصی استحقاقی بدون کسر حقوق و صرفاً با پرداخت حکم کارگزینی در ماه استفاده نماید. همچنین ایشان مشمول ذخیره مرخصی و پرداخت ذخیره مرخصی نمی باشند. لازم است که فهرست پزشکان و ماماهاى مراکز اقماری به همراه کد ملی به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال شود و این پزشکان حق هیچ گونه فعالیت پزشکی دیگری در کشور را ندارند. بدیهی است در صورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغو قرارداد شده و پس از آن اجازه فعالیت در برنامه پزشکی خانواده (روستایی و شهری) را مگر با موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و اخذ تعهد کتبی نخواهند داشت. جذب نیروی اقماری بر اساس شرایط خاص صرفاً جهت پزشک و مامای تیم سلامت میسر است. در این مناطق، در خصوص دندانپزشکان می توان از یک یا چند دندانپزشک جهت پوشش خدمات یک مرکز طی روزهای حضور آنان استفاده نمود. بدیهی است پرداختی به دندانپزشک مطابق با مکانیسم پرداخت مربوطه و بر اساس عملکرد خواهد بود.

۱۸- پرداخت در مراکز دو شیفت اداری مجزا: در مراکز خدمات جامع سلامت دو شیفت، مبلغ ۱۰ درصد به کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می گردد.

۱۹- اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک

اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پایه پزشک شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت می باشد.

۱-۱۹- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد. عدد ۱ در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱۱۴۹۱۲۸۰ ریال و بازای هر ۰,۰۱ افزایش مبلغ ۱۴۵۴۴۶,۷ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۲۶۰۳۵۹۵۷ ریال خواهد بود.

۲-۱۹- سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت تعیین می گردد. بر این اساس به ازای یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۱۵۰۰۱۸۰ ریال لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش مبلغ ۱۸۸۹۱,۲ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۳۳۸۹۲۹۶ ریال خواهد بود. تبصره: در صورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده بعلت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی ایشان در سهم ماندگاری لحاظ می گردد.

۳-۱۹- سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد. بر این اساس به ازای هر نفر جمعیت ساکن فعال با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۱۰۲۲۸ ریال لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۱۲۸,۸ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۲۳۱۰۸ ریال خواهد بود.

تبصره ۱: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت می باشد و حداکثر تا سقف ۶۰۰۰ نفر برای هر پزشک قابل پرداخت می باشد.

۴-۱۹- سهم بیتوته: صرف حضور پزشک بیمه روستایی در محل زیست مرکز خدمات جامع سلامت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد بود. پزشک خانواده موظف است مطابق برنامه زمان بندی شده مرکز بهداشت شهرستان بیتوته (هر شیفت بیتوته شامل پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید. مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، در صورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته به صورت کشیک بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود. در مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت بالای ۵۰۰۰ نفر در صورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق بیتوته در جدول محاسبه حق بیتوته دو پزشک لحاظ می گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت شهرستان به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهد شد. چنانچه پزشکی در زمان بیتوته بدون اطلاع قبلی غیبت نماید، معادل دو برابر حق بیتوته همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وی کسر

می شود.

حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.

سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، برای مرکز تک پزشکی مبلغ ۱۱۳۶۵۰۱ ریال، مرکز دو پزشکی مبلغ ۱۴۱۴۳۱۲ ریال، مرکز سه پزشکی و بیشتر مبلغ ۱۹۳۲۰۵۰ ریال، مرکز معین/تجمیعی مبلغ ۳۱۸۲۲۰۱ ریال و مرکز شبانه روزی مبلغ ۵۰۰۰۶۰۱ ریال می باشد. به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، برای پزشکان مراکز تک پزشکیه مبلغ ۱۱۳۶۴,۹ و دویزشکه مبلغ ۱۲۱۲۲,۶ و سه پزشکیه و بیشتر مبلغ ۱۲۸۸۰,۴ و تجمیعی مبلغ ۱۵۹۱۰,۹ ریال و مراکز شبانه روزی مبلغ ۲۰۰۰۲,۵ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای مرکز تک پزشکیه معادل ۲۲۷۳۰۰۱ ریال، مرکز دو پزشکیه معادل ۲۶۲۶۵۷۸ ریال، مرکز سه پزشکیه و بیشتر معادل ۳۲۲۰۰۸۴ ریال، مرکز معین/تجمیعی معادل ۴۷۷۳۳۰۰ ریال و مرکز شبانه روزی معادل ۷۰۰۰۸۴۲ ریال خواهد بود.

ملاک پرداخت حق بیتوته در مراکز شبانه روزی با هر تعداد پزشکی (مقیم مرکز شبانه روزی و یا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوته شبانه روزی می باشد. بدیهی است کسری تعداد پزشکی مقیم طبق ساختار مصوب، می بایست در اسرع وقت مرتفع گردد.

تبصره ۱: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمان، در صورت نیاز شبکه/مرکز بهداشت شهرستان به ارائه خدمات پزشکی در این واحد، بیتوته معادل حق بیتوته مرکز شبانه روزی بعنوان دستمزد خدمات مورد نظر (علاوه بر حق بیتوته مرکز) تعلق خواهد گرفت.

تبصره ۲: در صورت وجود بار مراجعات بالا در ساعات بیتوته مراکز، بطوریکه به خدمات سایر پزشک غیرموظف مرکز در آن ساعات نیاز باشد، حق بیتوته به این پزشک نیز تعلق خواهد گرفت.

۵-۱۹- سهم پراکندگی یا دهگردشی: در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۳۰۰۰۳۶ ریال برای هر واحد می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۳۷۷۸ ریال اضافه گردد.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۹۷۲۲,۹ ریال برای هر کیلومتر خاکی می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۰۶ ریال اضافه گردد.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۶۹۴۵ ریال برای هر کیلومتر آسفالت می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۱۰۶ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین

ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای هر واحد معادل ۶۷۷۸۵۹ ریال، برای هر کیلومتر مسافت آبی یا خاکی معادل ۲۰۲۸۱ ریال و برای هر کیلومتر مسافت آسفالت معادل ۱۷۵۰۲ ریال خواهد بود. همچنین برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر معادل یک خانه (پایگاه ضمیمه) در نظر گرفته شود.

۶-۱۹- ضریب عملکرد

۷-۱۹- ضریب حضور

۸-۱۹- حق مسئولیت: مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده (با اولویت متخصص پزشکی خانواده) و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد. پزشک مسئول در مرکز خدمات جامع سلامت به عنوان مسئول تیم های سلامت مرکز محسوب می شود.

حق مسئولیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت با یک تیم سلامت معادل ۵ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد نامبرده اضافه می گردد، به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز می باشد ۱٪ به این مبلغ اضافه می گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۵ درصدی پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می گردد. بعنوان مثال در مرکز خدمات جامع سلامت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول ۶ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۸ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد.

تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، مدیریت سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز را عهده دار هستند (اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعیین شده در این دستورعمل از نظام پرداخت تقریباً یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به عنوان مسئول مرکز خدمات جامع سلامت و رابط مرکز خدمات جامع سلامت با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد.

۹-۱۹- فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی:

سهم بیتوته + { ضریب حضور * [ضریب عملکرد * (سهم پراکندگی + (K ریال * جمعیت) + سهم ماندگاری + سهم محرومیت)] }

۲۰- اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/ پاراکلینیک

اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/ پاراکلینیک شامل سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت سهم بیتوته (برای ماما)، سهم پراکندگی (برای ماما)، ضریب عملکرد، و ضریب حضور می باشد.

۱-۲۰- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد. عدد ۱ در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) برای

کاردان ها معادل ۱۶۴۱۶۱۱ ریال و برای کارشناسان مبلغ ۲۰۵۲۰۱۵ ریال می باشد و بازای هر ۰,۰۱ افزایش برای کاردان/ کارشناسان مبلغ ۵۷۴۵۶,۴ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۷۳۸۷۲۵۱ ریال و برای کارشناس مبلغ معادل ۷۷۹۷۶۵۵ ریال خواهد بود.

۲-۲۰ - سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت تعیین می گردد. بر این اساس به ازای یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۲۷۷۸۱۲ ریال برای کاردان و ۳۴۷۲۶۵ ریال برای کارشناس لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش، مبلغ ۹۷۲۳,۳ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد.

بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان معادل ۱۲۵۰۱۵۰ ریال و برای کارشناس معادل ۱۳۱۹۶۰۳ ریال خواهد بود.

۳-۲۰ - سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد. بر این اساس به ازای هر نفر جمعیت ساکن فعال با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۵۵۸ ریال برای کاردان و مبلغ ۶۸۹ ریال برای کارشناس لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۱۹,۷ ریال جهت کاردان/ کارشناس اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۲۵۲۹ برای کاردان و مبلغ ۲۶۶۰ ریال برای کارشناس خواهد بود.

تبصره ۱: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت می باشد و حداکثر تا سقف ۱۰۰۰۰ نفر برای هر ماما/ پاراکلینیک قابل پرداخت می باشد.

۴-۲۰ - سهم بیتوته: صرف حضور مامای بیمه روستایی در محل زیست مرکز خدمات جامع سلامت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد بود. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت/ شبکه بهداشت شهرستان جهت خدمات محوله، بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، برای کاردان مبلغ ۵۵۲۴۶۶ ریال و مبلغ ۶۶۲۹۵۸ ریال برای کارشناس می باشد و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۲۲۰۹,۸ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه می گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۷۷۳۴۵۱ ریال و برای کارشناس مبلغ ۸۸۳۹۴۴ ریال خواهد بود.

تبصره: در صورت نیاز به بیتوته پرستار و بهیار، معادل حق بیتوته ماما به صورت اضافه کار به ایشان پرداخت می گردد.

۵-۲۰ - سهم پراکندگی یا دهگردشی: در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۱۸۵۲۱ ریال برای کاردان و مبلغ ۲۳۱۵۰ ریال برای کارشناس برای هر واحد

می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۶۴۸ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد.

بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۸۳۳۴۴ ریال و برای کارشناس مبلغ ۸۷۹۷۴ ریال خواهد بود.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۴۸۶۲ ریال برای هر کیلومتر آسفالت برای کاردان و مبلغ ۶۲۵۱ ریال برای کارشناس می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۱۹ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۶۷۳۲ ریال و برای کارشناس مبلغ ۸۱۲۱ ریال خواهد بود.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۵۵۵۶ ریال برای هر کیلومتر خاکی برای کاردان و مبلغ ۶۹۴۵ ریال برای کارشناس می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۱۹ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۷۴۲۶ ریال و برای کارشناس مبلغ ۸۸۱۵ ریال خواهد بود.

برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر معادل یک خانه (پایگاه ضمیمه) در نظر گرفته می شود.

۶-۲۰- ضریب عملکرد

۷-۲۰- ضریب حضور

۸-۲۰- فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

سهم بیتوته + { ضریب حضور * [ضریب عملکرد * (سهم پراکندگی + (K ریال * جمعیت) + سهم ماندگاری + سهم محرومیت)] }

۹-۲۰- در صورت عدم امکان تامین نیروی پرستار/ بهیار و تازمان تامین آن برای مرکز خدمات جامع سلامت، خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان) و داروکاری (درمراکزی که همچنان داروخانه دولتی دارند) بعنوان خدمات مازاد، می تواند توسط مامای تیم سلامت و تحت نظر پزشک انجام گیرد. در این صورت، ۱۰ درصد کل مبلغ مبتنی بر عملکرد به ازای خدمات داروکاری و ۱۰ درصد به ازای خدمات پرستاری برای ایشان محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۰-۲۰- در صورت نیاز به حضور پرستار در مراکز غیر شبانه روزی و در ساعات عصر و شب علاوه بر ساعات اداری؛ پرداخت اضافه کار به وی به میزان حداقل معادل بیتوته ماما، بلامانع می باشد.

۲۱- مکانیسم پرداخت دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان

۱-۲۱- اجزا تاثیر گذار بر دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان شامل: تعداد خدمات وزن دهی ثبت شده

در سامانه، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاری در ماه، ضریب عملکرد می باشد. خدمات استاندارد تعریف شده شامل فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، جرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، فعالیت های آموزشی و دهگردشی می باشد. مبنای خدمات دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس جدول زیر می باشد:

ردیف	خدمت	خدمات وزن دهی شده	ردیف	خدمت	خدمات وزن دهی شده
۱	فلوراید تراپی دوفک	۱۵	۸	ترمیم سه سطحی آمالگام	۴۰
۲	فیشور سیلنت هر دندان (۶ و ۷)	۲۰	۹	ترمیم یک سطحی کامپوزیت	۳۵
۳	جرم گیری و بروساز دو فک	۳۰	۱۰	ترمیم دو سطحی کامپوزیت	۴۰
۴	کشیدن دندان شیری	۱۵	۱۱	ترمیم سه سطحی کامپوزیت	۴۵
۵	کشیدن دندان دائمی	۱۵	۱۲	پالپوتومی	۳۰
۶	ترمیم یک سطحی آمالگام	۳۰	۱۳	درمان پالپ زنده	۴۰
۷	ترمیم دو سطحی آمالگام	۳۵			

۲-۲۱- فرمول پرداخت به دندانپزشک به این شرح باشد:

ضریب محرومیت * تعداد خدمات وزن دهی شده ثبت در سامانه * ارزش ریالی خدمت * ضریب عملکرد = پرداخت مبتنی بر عملکرد

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

ب- یک روز کاری کامل معادل ۶ ساعت محاسبه گردیده است.

ج- ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در مکانیسم پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان در طی اجرای دستورالعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۱۶/۰۰۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۱۱/۰۰۰ ریال لحاظ می گردد.

د- مقدار پرداخت مبتنی بر عملکرد به مبلغ حکم کارگزینی اضافه می گردد.

۳-۲۱- حداقل تعداد خدمات ارائه و ثبت شده در سامانه، ۲۴۰ خدمت در روز است. انجام خدمات مازاد بر ۲۴۰ خدمت وزن دهی شده در روز، با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان تا سقف روزانه ۳۲۰ خدمت وزن دهی شده، قابل قبول است. در صورت بار مراجعه بالای مرکز، امکان افزایش ساعت کاری به مدت دو ساعت و سقف خدمت تا ۴۲۰ خدمت وزن دهی شده قابل قبول است.

۴-۲۱- در صورت میزان خدمت ارائه شده کمتر از ۲۰۰ خدمت در روز به مدت دو ماه متوالی پرداخت مبتنی بر

عملکرد تعلق نمی گیرد. در صورت تکرار این مقدار در سه ماه متوالی لغو قرارداد صورت می گیرد.

۵-۲۱- در خصوص خدمات ارائه شده، به موارد زیر توجه شود:

الف. فعالیت آموزشی و معاینه در وزن دهی خدمات مذکور در نظر گرفته شده است.

ب. امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان امتیاز کامل یک روز می باشد. در طی دهگردشی پایش عملکرد بهورز و مراقب سلامت، معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال و در صورت امکان آموزش گروهی و بازدید از مدرسه باید انجام گیرد.

ج. اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرمگیری، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی می باشد.

د. خدمت ترمیم برای هر دندان، در طی یک سال، فقط یک بار قابل ثبت می باشد.

ه. تعداد خدمت ترمیم برای یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

و. خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده برای هر دندان، فقط یک بار قابلیت ثبت دارد.

ز. خدمت جرمگیری برای هر فرد یک بار در سال قابل ثبت است.

ح. خدمت فیشورسیلنت برای دندان های ۶ و ۷ دائمی و فقط یکبار قابل ثبت است.

ط. خدمت فیشورسیلنت برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

ی. تعداد خدمت کشیدن دندان برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

ک. خدمات اورژانسی دندانپزشکی شامل: درد و آبرسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب های ناشی از تروما در بافت نرم و سخت می باشند.

۶-۲۱- ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه های الکترونیک می باشد. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مافوق از طریق بررسی گزارش سامانه های الکترونیک و عملکرد صندوق واحد درآمد (پذیرش) و نیز بررسی بالینی بیمار انجام می پذیرد.

۷-۲۱- در مناطقی که امکان جذب دندانپزشک/بهداشتکار دهان به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با ضرایب محرومیت چهار گانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

۸-۲۱- جذب نیروی مراقب دهان و دندان جهت مراکز خدمات جامع سلامت دارای یونیت فعال، از طریق خرید خدمات و عقد قرارداد با شرکت ها و از محل اعتبارات پرسنلی خدمات سلامت دهان و دندان برنامه انجام می شود.

۲۲- مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی تیم سلامت: در صورت به کارگیری سایر نیروهای مورد نیاز

تیم سلامت شامل پرستار/ بهیار، بهداشت محیط و حرفه ای، سلامت روان، تغذیه و مراقب سلامت ناظر؛ بر اساس ضوابط مندرج در این دستور عمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (بر اساس ماده ۴ دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی درگیر برنامه خواهد بود.

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

ماده ۳۱: زمان اجرا

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۱۴۰۱/۱/۱ تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است. مسئولیت حسن اجرای دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و مدیرکل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوی هر گونه تغییر و یا عدم اجرای مفاد آن خواهند بود.

ماده ۳۲: جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت

جدول سهم محرومیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک (ریال)
۱/۰۰	۱۱۴۹۱۲۸۰
۱/۰۵	۱۲۲۱۸۵۱۴
۱/۱۰	۱۲۹۴۵۷۴۷
۱/۱۵	۱۳۶۷۲۹۸۱
۱/۲۰	۱۴۴۰۰۲۱۶
۱/۲۵	۱۵۱۲۷۴۴۹
۱/۳۰	۱۵۸۵۴۶۸۳
۱/۳۵	۱۶۵۸۱۹۱۷
۱/۴۰	۱۷۳۰۹۱۵۰
۱/۴۵	۱۸۰۳۶۳۸۵
۱/۵۰	۱۸۷۶۳۶۱۹
۱/۵۵	۱۹۴۹۰۸۵۲
۱/۶۰	۲۰۲۱۸۰۸۶
۱/۶۵	۲۰۹۴۵۳۲۱
۱/۷۰	۲۱۶۷۲۵۵۴
۱/۷۵	۲۲۳۹۹۷۸۸
۱/۸۰	۲۳۱۲۷۰۲۱
۱/۸۵	۲۳۸۵۴۲۵۵
۱/۹۰	۲۴۵۸۱۴۸۹
۱/۹۵	۲۵۳۰۸۷۲۲
۲/۰۰	۲۶۰۳۵۹۵۷

جدول سهم ماندگاری پزشک

بازای یکسال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۱۵۰۰۱۸۰	۱/۰۰
۱۵۹۴۶۳۶	۱/۰۵
۱۶۸۹۰۹۲	۱/۱۰
۱۷۸۳۵۴۸	۱/۱۵
۱۸۷۸۰۰۴	۱/۲۰
۱۹۷۲۴۶۰	۱/۲۵
۲۰۶۶۹۱۴	۱/۳۰
۲۱۶۱۳۷۱	۱/۳۵
۲۲۵۵۸۲۶	۱/۴۰
۲۳۵۰۲۸۳	۱/۴۵
۲۴۴۴۷۳۸	۱/۵۰
۲۵۳۹۱۹۴	۱/۵۵
۲۶۳۳۶۵۰	۱/۶۰
۲۷۲۸۱۰۶	۱/۶۵
۲۸۲۲۵۶۲	۱/۷۰
۲۹۱۷۰۱۷	۱/۷۵
۳۰۱۱۴۷۲	۱/۸۰
۳۱۰۵۹۲۹	۱/۸۵
۳۲۰۰۳۸۴	۱/۹۰
۳۲۹۴۸۴۱	۱/۹۵
۳۳۸۹۲۹۶	۲/۰۰

جدول سهم جمعیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ به ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت پوشش پزشک (ریال)
۱/۰۰	۱۰۲۲۸
۱/۰۵	۱۰۸۷۳
۱/۱۰	۱۱۵۱۶
۱/۱۵	۱۲۱۶۱
۱/۲۰	۱۲۸۰۴
۱/۲۵	۱۳۴۴۸
۱/۳۰	۱۴۰۹۳
۱/۳۵	۱۴۷۳۶
۱/۴۰	۱۵۳۸۲
۱/۴۵	۱۶۰۲۵
۱/۵۰	۱۶۶۶۸
۱/۵۵	۱۷۳۱۴
۱/۶۰	۱۷۹۵۷
۱/۶۵	۱۸۶۰۰
۱/۷۰	۱۹۲۴۶
۱/۷۵	۱۹۸۸۸.۸
۱/۸۰	۲۰۵۳۳
۱/۸۵	۲۱۱۷۶
۱/۹۰	۲۱۸۲۱
۱/۹۵	۲۲۴۶۵
۲/۰۰	۲۳۱۰۸

جدول سهم بیتوته پزشک

سهم بیتوته (ریال)					میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
شبانہ روزی	مراکز معین/ تجمیعی	سه پزشک و ...	دو پزشک	تک پزشک	
۵۰۰۰۶۰۱	۳۱۸۲۲۰۱	۱۹۳۲۰۵۰	۱۴۱۴۳۱۲	۱۱۳۶۵۰۱	۱/۰۰
۵۱۰۰۶۱۲	۳۲۶۱۷۵۶	۱۹۹۶۴۵۳	۱۴۷۴۹۲۵	۱۱۹۳۳۲۵	۱/۰۵
۵۲۰۰۶۲۶	۳۳۴۱۳۱۰	۲۰۶۰۸۵۴	۱۵۳۵۵۳۸	۱۲۵۰۱۵۰	۱/۱۰
۵۳۰۰۶۳۷	۳۴۲۰۸۶۶	۲۱۲۵۲۵۵	۱۵۹۶۱۵۲	۱۳۰۶۹۷۶	۱/۱۵
۵۴۰۰۶۴۸	۳۵۰۰۴۲۱	۲۱۸۹۶۵۸	۱۶۵۶۷۶۵	۱۳۶۳۸۰۰	۱/۲۰
۵۵۰۰۶۶۲	۳۵۷۹۹۷۵	۲۲۵۴۰۵۹	۱۷۱۷۳۷۷.۶	۱۴۲۰۶۲۶	۱/۲۵
۵۶۰۰۶۷۳	۳۶۵۹۵۳۱	۲۳۱۸۴۶۰	۱۷۷۷۹۹۲	۱۴۷۷۴۵۱	۱/۳۰
۵۷۰۰۶۸۴	۳۷۳۹۰۸۶	۲۳۸۲۸۶۳	۱۸۳۸۶۰۵	۱۵۳۴۲۷۵	۱/۳۵
۵۸۰۰۶۹۸	۳۸۱۸۶۴۰	۲۴۴۷۲۶۴	۱۸۹۹۲۱۸	۱۵۹۱۱۰۱	۱/۴۰
۵۹۰۰۷۰۹	۳۸۹۸۱۹۶	۲۵۱۱۶۶۵	۱۹۵۹۸۳۲	۱۶۴۷۹۲۶	۱/۴۵
۶۰۰۰۷۲۰	۳۹۷۷۷۵۱	۲۵۷۶۰۶۸	۲۰۲۰۴۴۵	۱۷۰۴۷۵۰	۱/۵۰
۶۱۰۰۷۳۴	۴۰۵۷۳۰۵	۲۶۴۰۴۶۹	۲۰۸۱۰۵۸	۱۷۶۱۵۷۶	۱/۵۵
۶۲۰۰۷۴۵	۴۱۳۶۸۶۱	۲۷۰۴۸۷۰	۲۱۴۱۶۷۲	۱۸۱۸۴۰۱	۱/۶۰
۶۳۰۰۷۵۶	۴۲۱۶۴۱۶	۲۷۶۹۲۷۳	۲۲۰۲۲۸۵	۱۸۷۵۲۲۵	۱/۶۵
۶۴۰۰۷۷۰	۴۲۹۵۹۷۰	۲۸۳۳۶۷۴	۲۲۶۲۸۹۸	۱۹۳۲۰۵۱	۱/۷۰
۶۵۰۰۷۸۱	۴۳۷۵۵۲۶	۲۸۹۸۰۷۵	۲۳۲۳۵۱۲	۱۹۸۸۸۷۶	۱/۷۵
۶۶۰۰۷۹۲	۴۴۵۵۰۸۱	۲۹۶۲۴۷۸	۲۳۸۴۱۲۵	۲۰۴۵۷۰۰	۱/۸۰
۶۷۰۰۸۰۶	۴۵۳۴۶۳۵	۳۰۲۶۸۷۹	۲۴۴۴۷۳۸	۲۱۰۲۵۲۶	۱/۸۵
۶۸۰۰۸۱۷	۴۶۱۴۱۹۱	۳۰۹۱۲۸۰	۲۵۰۵۳۵۲	۲۱۵۹۳۵۱	۱/۹۰
۶۹۰۰۸۲۸	۴۶۹۳۷۴۶	۳۱۵۵۶۸۳	۲۵۶۵۹۶۵	۲۲۱۶۱۷۵	۱/۹۵
۷۰۰۰۸۴۲	۴۷۷۳۳۰۰	۳۲۲۰۰۸۴	۲۶۲۶۵۷۸	۲۲۷۳۰۰۱	۲/۰۰

جدول سهم پراکندگی پزشک

به ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) (ریال)	به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) (ریال)	به ازای هر واحد (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۶۹۴۵	۹۷۲۳	۳۰۰۰۳۶	۱/۰۰
۷۴۷۳	۱۰۲۵۲	۳۱۸۹۲۶	۱/۰۵
۸۰۰۱	۱۰۷۷۹	۳۳۷۸۱۸	۱/۱۰
۸۵۲۹	۱۱۳۰۷	۳۵۶۷۱۰	۱/۱۵
۹۰۵۶	۱۱۸۳۵	۳۷۵۶۰۲	۱/۲۰
۹۵۸۴	۱۲۳۶۳	۳۹۴۴۹۲	۱/۲۵
۱۰۱۱۲	۱۲۸۹۰	۴۱۳۳۸۳	۱/۳۰
۱۰۶۴۰	۱۳۴۱۸	۴۳۲۲۷۵	۱/۳۵
۱۱۱۶۸	۱۳۹۴۷	۴۵۱۱۶۵	۱/۴۰
۱۱۶۹۶	۱۴۴۷۴	۴۷۰۰۵۶	۱/۴۵
۱۲۲۲۳	۱۵۰۰۲	۴۸۸۹۴۸	۱/۵۰
۱۲۷۵۱	۱۵۵۳۰	۵۰۷۸۳۸	۱/۵۵
۱۳۲۷۹	۱۶۰۵۷	۵۲۶۷۳۰	۱/۶۰
۱۳۸۰۸	۱۶۵۸۵	۵۴۵۶۲۲	۱/۶۵
۱۴۳۳۵	۱۷۱۱۴	۵۶۴۵۱۲	۱/۷۰
۱۴۸۶۳	۱۷۶۴۲	۵۸۳۴۰۴	۱/۷۵
۱۵۳۹۱	۱۸۱۶۹	۶۰۲۲۹۵	۱/۸۰
۱۵۹۱۸	۱۸۶۹۷	۶۲۱۱۸۵	۱/۸۵
۱۶۴۴۶	۱۹۲۲۵	۶۴۰۰۷۷	۱/۹۰
۱۶۹۷۴	۱۹۷۵۲	۶۵۸۹۶۸	۱/۹۵
۱۷۵۰۲	۲۰۲۸۱	۶۷۷۸۵۹	۲/۰۰

جدول سهم محرومیت ماما/ پاراکلینیک

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت (ریال)		میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
کارشناس	کاردان	
۲۰۵۲۰۱۵	۱۶۴۱۶۱۱	۱/۰۰
۲۳۳۹۲۹۷	۱۹۲۸۸۹۵	۱/۰۵
۲۶۲۶۵۷۹	۲۲۱۶۱۷۵	۱/۱۰
۲۹۱۳۸۶۰	۲۵۰۳۴۵۸	۱/۱۵
۳۲۰۱۱۴۲	۲۷۹۰۷۴۰	۱/۲۰
۳۴۸۸۴۲۵	۳۰۷۸۰۲۲	۱/۲۵
۳۷۷۵۷۰۶	۳۳۶۵۳۰۴	۱/۳۰
۴۰۶۲۹۸۹	۳۶۵۲۵۸۷	۱/۳۵
۴۳۵۰۲۷۱	۳۹۳۹۸۶۷	۱/۴۰
۴۶۳۷۵۵۲	۴۲۲۷۱۵۰	۱/۴۵
۴۹۲۴۸۳۴	۴۵۱۴۴۳۲	۱/۵۰
۵۲۱۲۱۱۷	۴۸۰۱۷۱۴	۱/۵۵
۵۴۹۹۳۹۸	۵۰۸۸۹۹۶	۱/۶۰
۵۷۸۶۶۸۱	۵۳۷۶۲۷۷	۱/۶۵
۶۰۷۳۹۶۳	۵۶۶۳۵۵۹	۱/۷۰
۶۳۶۱۲۴۵	۵۹۵۰۸۴۲	۱/۷۵
۶۶۴۸۵۲۶	۶۲۳۸۱۲۳	۱/۸۰
۶۹۳۵۸۰۹	۶۵۲۵۴۰۶	۱/۸۵
۷۲۲۳۰۹۰	۶۸۱۲۶۸۸	۱/۹۰
۷۵۱۰۳۷۳	۷۰۹۹۹۷۰	۱/۹۵
۷۷۹۷۶۵۵	۷۳۸۷۲۵۱	۲/۰۰

جدول سهم ماندگاری ماما/ پاراکلینیک

میانگین ضریب میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کارشناس) ریال	بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کاردان) ریال
۱/۰۰	۳۴۷۲۶۵	۲۷۷۸۱۲
۱/۰۵	۳۹۵۸۸۱	۳۲۶۴۲۸
۱/۱۰	۴۴۴۴۹۸۰	۳۷۵۰۴۵
۱/۱۵	۴۹۳۱۱۶	۴۲۳۶۶۳
۱/۲۰	۵۴۱۷۳۱	۴۷۲۲۸۰
۱/۲۵	۵۹۰۳۴۹	۵۲۰۸۹۶
۱/۳۰	۶۳۸۹۶۶	۵۶۹۵۱۳
۱/۳۵	۶۸۷۵۸۴	۶۱۸۱۳۱
۱/۴۰	۷۳۶۱۹۹	۶۶۶۷۴۶
۱/۴۵	۷۸۴۸۱۷	۷۱۵۳۶۴
۱/۵۰	۸۳۳۴۳۴	۷۶۳۹۸۱
۱/۵۵	۸۸۲۰۵۲	۸۱۲۵۹۹
۱/۶۰	۹۳۰۶۶۷	۸۶۱۲۱۴
۱/۶۵	۹۷۹۲۸۵	۹۰۹۸۳۲
۱/۷۰	۱۰۲۷۹۰۲	۹۵۸۴۴۹
۱/۷۵	۱۰۷۶۵۱۸	۱۰۰۷۰۶۷
۱/۸۰	۱۱۲۵۱۳۵	۱۰۵۵۶۸۲
۱/۸۵	۱۱۷۳۷۵۳	۱۱۰۴۳۰۰
۱/۹۰	۱۲۲۲۳۷۰	۱۱۵۲۹۱۷
۱/۹۵	۱۲۷۰۹۸۶	۱۲۰۱۵۳۴
۲/۰۰	۱۳۱۹۶۰۳	۱۲۵۰۱۵۰

جدول سهم جمعیت ماما/ پاراکلینیک

مبلغ تعیین شده به ازای هر نفر جمعیت کل تحت پوشش (ریال)		میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
کارشناس	کاردان	
۶۸۹	۵۵۸	۱/۰۰
۷۸۸	۶۵۸	۱/۰۵
۸۸۷	۷۵۵	۱/۱۰
۹۸۵	۸۵۳	۱/۱۵
۱۰۸۳	۹۵۲	۱/۲۰
۱۱۸۲	۱۰۵۰	۱/۲۵
۱۲۸۱	۱۱۴۹	۱/۳۰
۱۳۷۹	۱۲۴۷	۱/۳۵
۱۴۷۷	۱۳۴۷	۱/۴۰
۱۵۷۷	۱۴۴۴	۱/۴۵
۱۶۷۴	۱۵۴۳	۱/۵۰
۱۷۷۳	۱۶۴۱	۱/۵۵
۱۸۷۱	۱۷۴۱	۱/۶۰
۱۹۷۱	۱۸۳۸	۱/۶۵
۲۰۶۸	۱۹۳۷	۱/۷۰
۲۱۶۷	۲۰۳۶	۱/۷۵
۲۲۶۶	۲۱۳۵	۱/۸۰
۲۳۶۳	۲۲۳۲	۱/۸۵
۲۴۶۲	۲۳۳۲	۱/۹۰
۲۵۶۰	۲۴۳۰	۱/۹۵
۲۶۶۰	۲۵۲۹	۲/۰۰

جدول سهم بیتوته ماما

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ به ازای بیتوته کاردان (ریال)	مبلغ به ازای بیتوته کارشناس (ریال)
۱/۰۰	۵۵۲۴۶۶	۶۶۲۹۵۸
۱/۰۵	۵۶۳۵۱۶	۶۷۴۰۰۹
۱/۱۰	۵۷۴۵۶۴	۶۸۵۰۵۷
۱/۱۵	۵۸۵۶۱۵	۶۹۶۱۰۸
۱/۲۰	۵۹۶۶۶۳	۷۰۷۱۵۶
۱/۲۵	۶۰۷۷۱۲	۷۱۸۲۰۵
۱/۳۰	۶۱۸۷۶۲	۷۲۹۲۵۵
۱/۳۵	۶۲۹۸۱۱	۷۴۰۳۰۴
۱/۴۰	۶۴۰۸۶۱	۷۵۱۳۵۴
۱/۴۵	۶۵۱۹۱۰	۷۶۲۴۰۳
۱/۵۰	۶۶۲۹۵۸	۷۷۳۴۵۱
۱/۵۵	۶۷۴۰۰۹	۷۸۴۵۰۲
۱/۶۰	۶۸۵۰۵۷	۷۹۵۵۵۰
۱/۶۵	۶۹۶۱۰۸	۸۰۶۶۰۱
۱/۷۰	۷۰۷۱۵۶	۸۱۷۶۴۹
۱/۷۵	۷۱۸۲۰۵	۸۲۸۶۹۹
۱/۸۰	۷۲۹۲۵۵	۸۳۹۷۴۸
۱/۸۵	۷۴۰۳۰۴	۸۵۰۷۹۸
۱/۹۰	۷۵۱۳۵۴	۸۶۱۸۴۵
۱/۹۵	۷۶۲۴۰۳	۸۷۲۸۹۷
۲/۰۰	۷۷۳۴۵۱	۸۸۳۹۴۴

جدول سهم پراکندگی ماما

بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) کارشناس (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) کاردان (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کارشناس (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کاردان (ریال)	بازای هر واحد کارشناس (ریال)	بازای هر واحد کاردان (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۶۹۴۵	۵۵۵۶	۶۲۵۱	۴۸۶۲	۲۳۱۵۰	۱۸۵۲۱	۱/۰۰
۷۰۳۹	۵۶۵۰	۶۳۴۵	۴۹۵۶	۲۶۳۹۱	۲۱۷۶۱	۱/۰۵
۷۱۳۲	۵۷۴۳	۶۴۳۸	۵۰۴۹	۲۹۶۳۲	۲۵۰۰۲	۱/۱۰
۷۲۲۶	۵۸۳۶	۶۵۳۲	۵۱۴۳	۳۲۸۷۲	۲۸۲۴۳	۱/۱۵
۷۳۱۹	۵۹۳۰	۶۶۲۵	۵۲۳۶	۳۶۱۱۲	۳۱۴۸۳	۱/۲۰
۷۴۱۳	۶۰۲۴	۶۷۱۹	۵۳۳۰	۳۹۳۵۴	۳۴۷۲۴	۱/۲۵
۷۵۰۶	۶۱۱۷	۶۸۱۲	۵۴۲۳	۴۲۵۹۴	۳۷۹۶۴	۱/۳۰
۷۶۰۰	۶۲۱۱	۶۹۰۶	۵۵۱۷	۴۵۸۳۵	۴۱۲۰۵	۱/۳۵
۷۶۹۳	۶۳۰۴	۶۹۹۹	۵۶۱۰	۴۹۰۷۵	۴۴۴۴۶	۱/۴۰
۷۷۸۷	۶۳۹۸	۷۰۹۳	۵۷۰۴	۵۲۳۱۶	۴۷۶۸۶	۱/۴۵
۷۸۸۰	۶۴۹۱	۷۱۸۶	۵۷۹۷	۵۵۵۵۷	۵۰۹۲۸	۱/۵۰
۷۹۷۴	۶۵۸۵	۷۲۸۰	۵۸۹۱	۵۸۷۹۸	۵۴۱۶۷	۱/۵۵
۸۰۶۷	۶۶۷۸	۷۳۷۳	۵۹۸۴	۶۲۰۳۸	۵۷۴۰۸	۱/۶۰
۸۱۶۱	۶۷۷۲	۷۴۶۷	۶۰۷۸	۶۵۲۷۸	۶۰۶۵۰	۱/۶۵
۸۲۵۴	۶۸۶۵	۷۵۶۰	۶۱۷۱	۶۸۵۱۹	۶۳۸۹۰	۱/۷۰
۸۳۴۸	۶۹۵۹	۷۶۵۴	۶۲۶۵	۷۱۷۶۱	۶۷۱۳۰	۱/۷۵
۸۴۴۱	۷۰۵۲	۷۷۴۷	۶۳۵۸	۷۵۰۰۰	۷۰۳۷۰	۱/۸۰
۸۵۳۵	۷۱۴۶	۷۸۴۱	۶۴۵۲	۷۸۲۴۱	۷۳۶۱۲	۱/۸۵
۸۶۲۸	۷۲۳۹	۷۹۳۴	۶۵۴۵	۸۱۴۸۳	۷۶۸۵۳	۱/۹۰
۸۷۲۲	۷۳۳۷	۸۰۲۸	۶۶۳۹	۸۴۷۲۳	۸۰۰۹۲	۱/۹۵
۸۸۱۵	۷۴۲۶	۸۱۲۱	۶۷۳۲	۸۷۹۷۴	۸۳۳۴۴	۲/۰۰