



سازمان بیمه سلامت ایران



# دستورعمل اجرایی

## برنامه

### پزشک خانواده

### و بیمه روستایی

نسخه ۱۶

سال ۱۳۹۴

صفحه	فهرست مطالب
۵	مقدمه
۷	<b>فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی</b>
۷	ماده ۱: تعاریف
۱۱	ماده ۲: ستادها و کمیته های برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۱۴	ماده ۳: هیئت امناء
۱۴	ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه
۱۵	ماده ۵: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی
۱۷	<b>فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی</b>
۱۷	ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت
۱۹	ماده ۷: اولویت در جذب اعضای تیم سلامت
۱۹	ماده ۸: روند جذب اعضای تیم سلامت
۲۰	ماده ۹: جذب نیروهای بازخرید یا بازنشسته
۲۰	ماده ۱۰: سقف سنی جذب پزشک
۲۰	ماده ۱۱: جذب در مناطق با شرایط خاص
۲۱	<b>فصل سوم: چارچوب و شرایط قرارداد</b>
۲۱	ماده ۱۲: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان
۲۱	ماده ۱۳: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان و اعضای تیم سلامت
۲۲	ماده ۱۴: تعهدات شبکه بهداشت و درمان شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت
۲۳	ماده ۱۵: انعقاد قرارداد میان شبکه بهداشت و درمان شهرستان و داروخانه
۲۵	<b>فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت</b>
۲۵	ماده ۱۶: تشکیل پرونده سلامت
۲۶	ماده ۱۷: سرکشی و نظارت (دهگردشی)
۲۶	ماده ۱۸: ثبت روزانه آمار مراجعین و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان
۲۶	ماده ۱۹: ارائه خدمات در قالب بسته خدمت

صفحه	فهرست مطالب
۲۷	<b>فصل پنجم: ساعات کار و نحوه مرخصی اعضای تیم سلامت</b>
۲۷	ماده ۲۰: ساعات کار اعضای تیم سلامت
۲۹	ماده ۲۱: بیتوته پزشک خانواده
۳۱	ماده ۲۲: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت
۳۳	<b>فصل ششم: دارو</b>
۳۳	ماده ۲۳: ارقام دارویی
۳۴	ماده ۲۴: ارقام مکمل دارویی
۳۵	ماده ۲۵: راه اندازی داروخانه
۳۵	ماده ۲۶: میزان تجویز دارو
۳۶	<b>فصل هفتم: پاراکلینیک</b>
۳۶	ماده ۲۷: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی
۳۶	ماده ۲۸: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک
۳۶	ماده ۲۹: سطح بندی آزمایشگاه
۳۷	ماده ۳۰: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۴۰	ماده ۳۱: خدمات و آزمایش های سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۴۳	ماده ۳۲: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی
۴۴	<b>فصل هشتم: خدمات دهان و دندان</b>
۴۴	ماده ۳۳: نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان
۴۴	ماده ۳۴: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری
۴۵	ماده ۳۵: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان
۴۵	ماده ۳۶: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان
۴۵	ماده ۳۷: آرایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان
۴۶	ماده ۳۸: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان

صفحه	فهرست مطالب
۴۶	ماده ۳۹: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان
۴۶	ماده ۴۰: نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان
۴۶	ماده ۴۱: شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان
۴۸	فصل نهم: درآمدها و هزینه های مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۴۸	ماده ۴۲: درآمدهای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۱	ماده ۴۳: شرایط اختصاصی درآمد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۱	ماده ۴۴: بودجه برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۱	ماده ۴۵: مبلغ سرانه و محل تامین آن
۵۲	ماده ۴۶: سهم توزیع سرانه
۵۴	ماده ۴۷: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات
۵۴	ماده ۴۸: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت
۵۶	ماده ۴۹: شیوه پرداخت حقوق و مزایا
۵۸	ماده ۵۰: استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۵۸	ماده ۵۱: تعرفه ارائه خدمات دارویی
۵۹	ماده ۵۲: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک
۶۰	ماده ۵۳: روش خرید خدمت در خدمات دهان و دندان
۶۱	ماده ۵۴: تامین منابع در خدمات دهان و دندان
۶۲	فصل دهم: نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی
۶۲	ماده ۵۵: ارجاع در سطح یک خدمات
۶۲	ماده ۵۶: ارجاع در سطح دو خدمات
۶۳	ماده ۵۷: میانگین موارد ارجاع
۶۴	فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی
۶۴	ماده ۵۸: شیوه پایش و نظارت
۶۴	ماده ۵۹: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان
۶۵	ماده ۶۰: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

صفحه	فهرست مطالب
۶۵	ماده ۶۱: مسئولیت اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۶۶	فصل دوازدهم: مکانیسم پرداخت
۶۶	ماده ۶۲: مکانیسم پرداخت پزشک
۷۷	ماده ۶۳: مکانیسم پرداخت ماما / پرستار / پاراکلینیک
۸۸	ماده ۶۴: مکانیسم پرداخت دندانپزشکی
۹۰	ماده ۶۵: مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی
۹۱	ماده ۶۶: زمان اجرا
۹۲	فصل سیزدهم: پیوست ها

## مقدمه

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، موجب به کارگیری چهار اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی شد. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تاکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند. براساس بند ۸ سیاست های کلی سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره وری باید در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع صورت گیرد. در تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۱۴۲۴۳۵/ت/۴۹۸۶۳ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۹ با هدف بهره مندی و بر خورداری مردم از خدمات پایه سلامت و کاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاههای اجرایی به منظور استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تشکیل شد. براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابجاست. همچنین، تمامی خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود. محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر خواهد بود:

-ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود.

از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.

-وجود بسته خدمات سلامت سطح اول که امکان ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب را توسط تیم سلامت فراهم می کند.

-تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر به ازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت های روستایی در قالب جمعیت های تحت پوشش خانه های بهداشت و بدون تغییر در طرح های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.

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

-از مهمترین شیوه های ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان یکی از محوری ترین شاخص های موفقیت برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده مد نظر قرار گیرد.

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

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

### ماده ۱: تعاریف

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

#### ۱- پزشک خانواده

پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد.

#### ۲- خدمات سلامت

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

#### ۳- خدمات جامع سلامت

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

#### ۴- مراقبت‌های اولیه سلامت

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



## ۵- نظام ارجاع

ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده می باشد تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام می گردد.

## ۶- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

چیدمان واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد.

خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

۶-۱- سطح اول: شامل خدمات/مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شهری و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. 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 وی اتفاق می افتد.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش ها و تصویربرداری ها) و خدمات سلامت دهان و دندان نیز در مراکز مجری برنامه و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه ها، آزمایشگاه ها و مراکز تصویربرداری ارائه می شوند.

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

۶-۲- سطح دوم و سوم: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

## ۷- بسته های خدمات سطح اول

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح اول که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت وی ارائه می شود. این مجموعه تحت عنوان بسته های خدمات سطح اول (موضوع نامه شماره ۳۰۰/۱۱۰۳۶ د مورخ ۹۴/۷/۱۸ معاون محترم بهداشت وزارت متبوع) ابلاغ گردیده است.

### ۸- نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات

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

### ۹- پرداخت سرانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت 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.

### ۱۰- پرداخت کارانه (Fee For Service)

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

### ۱۱- تفاهم نامه مشترک

سندی است که حداقل سالی یکبار بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بیمه سلامت) منعقد می گردد. (به شماره ۹۴/۲۵۰۹۸۷ مورخ ۹۴/۷/۲۵)

### ۱۲- دستور العمل اجرایی

دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

### ۱۳- قرارداد همکاری مشترک

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

### ۱۴- تیم سلامت

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

### ۱۵- مرکز بهداشتی درمانی فعال در برنامه پزشک خانواده

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

### ۱۶- مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری یا شهری روستایی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات، اتاق فوریتها، واحدهای پاراکلینیک، حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی بتواند پذیرای بیماران مراجعه کننده از سوی مراکز بهداشتی درمانی منطقه خود باشد.

### ۱۷- مرکز معین

مرکز بهداشتی درمانی است که برای افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش مراکز مجاور به خدمات سطح اول (پزشکی، پاراکلینیک و...) تعیین می گردد و در صورت نبود یا عدم ارائه خدمات در آن مراکز، بیماران مراکز فوق به این مرکز مراجعه می نمایند.

### ۱۸- جمعیت بیمه شده روستایی برنامه

شامل کلیه افراد دارای دفترچه بیمه روستائی در مناطق روستائی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

### ۱۹- جمعیت تحت پوشش برنامه

شامل کلیه جمعیت ساکن در مناطق روستائی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

### ۲۰- فرانشیز خدمات

فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت جمهوری اسلامی ایران-سال ۱۳۹۴، مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد.

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

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

**۱. ستاد هماهنگی کشوری:** شامل معاون بهداشت، معاون درمان، معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو، رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مدیرعامل و معاون سلامت سازمان بیمه سلامت ایران و معاون امور اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور است. وظایف این ستاد عبارتند است از:

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

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

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

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

**۲. کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و

کارشناسان ارشد مرتبط با برنامه از مرکز مدیریت شبکه، ادارات و دفاتر حوزه معاونت بهداشت، درمان، توسعه و سازمان غذا و دارو وزارت متبوع، تعدادی از معاونین بهداشتی و مدیران منتخب گروه گسترش شبکه دانشگاه های علوم پزشکی و معاون بیمه سلامت، رییس مرکز پزشک خانواده و رییس گروه برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده سازمان بیمه سلامت ایران براساس ابلاغ صادره توسط رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند.

وظایف اصلی این کمیته عبارتند از:

الف) تهیه دستورعمل ها و بخشنامه ها و قراردادهای نمونه و ارائه تفسیر از مفاد آن در صورت لزوم

ب) بررسی مشکلات اجرایی در روند اجرای برنامه و ارائه راه حل

ج) برگزاری دوره های آموزشی و توجیهی برای ستادهماهنگی دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی

د) تهیه و تدوین چک لیست برای پایش و ارزیابی برنامه

**۳. کمیته ملی آموزش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده:** اعضای این کمیته را مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه، سازمان بیمه سلامت ایران و کارشناسان ادارات کل حوزه معاونت های بهداشت و درمان و معاونت آموزشی و سازمان غذا و دارو تشکیل می دهند. محل دبیرخانه این کمیته در مرکز مدیریت شبکه می باشد و دارای شرح وظایف زیر است:

- الف) طراحی شیوه نامه آموزشی برای نیروهای درگیر اجرای برنامه
- ب) تهیه و تدوین بسته آموزشی براساس بسته های خدمت سلامت
- ج) نظارت و ارزشیابی اجرای برنامه آموزشی دانشگاهی

**۴. کمیته ملی سیاست گذاری دارو و ملزومات پزشکی و دارویی برنامه پزشک خانواده:** اعضای این کمیته را مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه، سازمان بیمه سلامت ایران و مسئول دارویی معاونت بهداشت، نماینده معاونت درمان و نماینده سازمان غذا و دارو تشکیل می دهند. شرح وظایف این کمیته عبارت است از:

- الف) سیاستگذاری و تدوین اقلام دارویی مورد نیاز جهت اجرای برنامه
  - ب) تدوین و استاندارد سازی تجهیزات مورد نیاز جهت اجرای برنامه
  - ج) نظارت و ارزشیابی بر عملکرد کمیته بررسی نسخ در دانشگاه
- تبصره: بر حسب نیاز کمیته می تواند برای اخذ نظر کارشناسی از صاحب نظران دانشگاهی حسب مورد دعوت بعمل آورد.

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

اعضای این ستاد عبارتند از: رئیس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی، مدیرکل بیمه سلامت استان، معاونین بهداشت و درمان دانشگاه / دانشکده، مدیر گروه گسترش شبکه دانشگاه / دانشکده، معاون بیمه سلامت، رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستاییان بیمه سلامت استان و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان ها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند. در تمامی دانشگاه ها / دانشکده ها، ریاست ستاد به عهده رئیس دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و دبیری آن به عهده مدیرکل بیمه سلامت استان است. بر

حسب مورد معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت غذا و دارو و معاونت آموزشی دانشگاه در جلسات ستاد هماهنگی حضور می یابند.

تبصره: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده نمی تواند خارج از چارچوب تفاهم نامه و اصول کلی آن تصمیم گیری کند.

وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

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

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

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

د) سیاستگذاری و تصمیم گیری در خصوص اجرای برنامه پزشک خانواده در سطح دانشگاه/ دانشکده براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی برنامه

**۶. ستاد هماهنگی شهرستان:** اعضای این ستاد شامل مدیر شبکه، رییس مرکز بهداشت یا جانشین وی، مسئول واحد گسترش شبکه و معاون درمان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نماینده معاونت غذا و دارو به همراه معاون بیمه اداره کل بیمه سلامت استان، رییس اداره نظارت بیمه سلامت استان، مسئول بیمه روستایی و رییس اداره بیمه سلامت شهرستان می باشد. ابلاغ اعضای ستاد با دو امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مدیر کل بیمه سلامت استان صادر می شود. رییس و دبیر ستاد هماهنگی شهرستان در اولین جلسه تشکیل ستاد تعیین می شوند.

وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

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

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

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

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

ه) ارائه گزارشات عملکردی و اعتباری برنامه به سطوح بالاتر

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

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

### **ماده ۳: هیئت امناء**

در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنایی متشکل از افراد زیر تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد. درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود. اختیارات هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشست های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها درمورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص های سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکت های مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه و توسعه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان و ...

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

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

۱. کلیه کارکنان شاغل در مرکز بهداشتی درمانی به استثنای پزشکان ( اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی و پیام آور) و ماماها ( قراردادی، رسمی، طرحی، پیمانی) یا هر پرسنل دیگری است که در برنامه بیمه روستایی به کار گرفته شده اند .

تبصره: ضمن تذکر در خصوص الزام تعیین تکلیف جمعیت شهری زیر ۲۰ هزار نفر توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان ، در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزء قرارداد با بیمه نباشد (شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر)، به هیچوجه نباید جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش این مرکز بین پرسنل مرکز تقسیم شود. باید همکاری کامل بین پرسنل برای ارائه خدمت به کل جمعیت برقرار باشد و کارانه ای براساس ضریب عملکرد کل پرسنل مرکز (غیراز افراد طرف قرارداد) بین همه آنها توزیع گردد. توجه داشته باشید که در چنین شرایطی به ازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوری که ناچار نباشیم جمعیت تحت پوشش یک پزشک را بیش از ۴۰۰۰ نفر قرار دهیم.

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

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

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

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

### **ماده ۵: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری بیمه روستایی**

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای تمامی روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و کلاً" برای تمام مناطقی که جمعیت در آن، ساکن است، در سطح شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً تعیین شده است و در دفترچه طرح گسترش آن شهرستان مشخص می باشد. در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول چهار حالت ممکن زیر خارج نیست:

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

۲- روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی 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 بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت ساکن در 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 بهداشتی درمانی شهری روستایی قرار دارند. معمولاً " این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً " در پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

## فصل دوم: به کارگیری نیروی انسانی

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

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

۱- **پزشک:** برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیاز خواهد بود.

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

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

تبصره ۳: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک پزشک قرار داد.

۲- **ماما:** به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، باید یک ماما تعیین کرد.

تبصره ۱: به هیچ وجه نباید جمعیت بیش از ۷۰۰۰ نفر را تحت پوشش یک ماما قرار داد.

تبصره ۲: در صورتیکه مرکز به بیش از یک ماما نیاز داشته باشد (درمورد مراکز ۳ پزشک و بالاتر) می توان نفر دوم را با هماهنگی بیمه سلامت به جای ماما، پرستار بکارگیری کرد. در مناطق محروم که امکان جذب ماما وجود ندارد، ستاد هماهنگی استان موظف است پیشنهادات مبنی بر نیروی جایگزین جهت جذب منابع به مرکز مدیریت شبکه و سازمان بیمه سلامت را ارسال نماید.

تبصره ۳: در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، در مراکز بهداشتی درمانی فعال و مجری برنامه پزشک خانواده که واحد تسهیلات زایمانی ضمیمه دارند، می توان از مامای تسهیلات زایمانی به عنوان مراقب سلامت استفاده کرد. در این صورت، چنانچه نیروی کار بهیار یا پرستار در مرکز وجود نداشته باشد، می توان به جای ماما با یک نفر پرستار به عنوان مراقب سلامت قرارداد منعقد نمود. همچنین، چنانچه به بیش از یک ماما در مرکز نیاز باشد و در صورت نبود داوطلب مامایی، می توان به عنوان نفر دوم، بنابه صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و با اطلاع

کتابی به اداره کل بیمه سلامت استان و به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامایی، از نیروی پرستار استفاده کرد. در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، جایگزینی حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها تیم سلامت شهرستان با پرستاران به نحوی که ارائه خدمات مامایی متوقف نشود و با اطلاع اداره کل بیمه سلامت استان مربوطه، بلا مانع است.

تبصره ۴: چنانچه امکان جذب نیروی انسانی پرستار یا بهیار جهت انجام امور تکنیکی درمان از قبیل تزریقات عضلانی، وریدی، پانسمان و سرم تراپی وجود نداشته باشد دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می تواند نسبت به بکارگیری نیروی انسانی ماما پس از طی دوره آموزشی کوتاه مدت در مرکز آموزش بهورزی و یا بیمارستان شهرستان و صدور گواهی مربوطه جهت انجام امور مذکور اقدام نماید.

تبصره ۵: ماما به هیچوجه جایگزین دیگر نیروهای بهداشتی تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی نخواهد بود مگر در شرایطی که نیروهای بهداشتی در مرکز وجود نداشته باشد که در این صورت، تا زمان جذب این نیرو، وظایف آن فرد به ماما محول می شود. در هر حال وجود نیروی کاردان/کارشناس بهداشتی در مراکز و براساس دفاتر طرح گسترش شبکه شهرستان الزامی است.

تبصره ۶: برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت.

تبصره ۷: به ازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک ماما باید یک مامای جانشین تعیین کرد. برای تعداد کمتر از ۱۲ مرکز بر حسب نیاز شهرستان و تأیید ستاد هماهنگی استان تصمیم گیری گردد.

**۳-دندانپزشک:** تعداد دندانپزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت به ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی یک دندانپزشک تعیین گردد.

**۴-آزمایشگاه:** تعداد نیروی آزمایشگاهی مورد نیاز برای ارائه خدمت به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، وجود تجهیزات و فضای فیزیکی برای آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین آزمایشگاه دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه با احتساب جمعیت مراکز تحت پوشش تعیین گردد.

**۵-رادیولوژی:** در مراکزی که دارای واحد رادیولوژی فعال هستند، یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین گردد.

**۶-سایر نیروی انسانی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کارگیری در برنامه پزشک خانواده:** شامل ماما و پرستار، کاردان/کارشناس بهداشت خانواده، کاردان/کارشناس مبارزه با بیماریها، کاردان/کارشناس بهداشت عمومی

و کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای ضمن تصریح تکمیل و حفظ ماما/ پرستارهای مورد نیاز بر اساس ضوابط این دستور عمل با رعایت دو شرط زیر امکان پذیر می باشد:

الف) جذب نیرو در سقف اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه ( از محل ده درصد اعتبارات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی)

ب) تکمیل حداقل ۵۰ درصد از کلیه پست های مصوب بلا تصدی نیروهای بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده روستایی بر اساس چارت تشکیلاتی

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

اولویت برای جذب پزشک و دندانپزشک و ماما به ترتیب عبارتست از:

- ۱- پزشکان یا دندانپزشکان یا ماماها یا استخدامی شاغل در مرکز (رسمی و پیمانی)
- ۲- پزشکان یا دندانپزشکان یا ماماها یا بخش خصوصی طرف قرارداد و فعال در محل
- ۳- سایر پزشکان، دندانپزشکان یا ماماها یا که بر اساس فراخوان و ضوابط تعیین شده توسط مرکز بهداشت استان ثبت نام می کنند.
- ۴- پزشکان، دندانپزشکان طرحی، پیام آورو ماماها یا طرحی

تبصره ۱: اولویت جذب نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی نیز به همین نحو می باشد.

تبصره ۲: تحت شرایط استثنایی و فقط با نظر معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده می توان از پزشک استخدامی (رسمی / پیمانی) که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. این امر برای پزشکان پیام آور و مشمول قانون طرح نیروی انسانی صدق نمی کند و حضور آنان در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان در این برنامه اجباری است.

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

با توجه به تبصره ۶ ماده ۳۱ آئین نامه اداری، استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی، جذب نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با معرفی معاونت بهداشتی دانشگاه پس از انجام مصاحبه، جهت طی مراحل بعدی به کارگیری و گزینش از طریق معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی دانشگاه انجام می شود.

تبصره: در برنامه بیمه روستایی، در خصوص پزشکان تیم سلامت که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب، درمانگاه، مرکز درمان سوء مصرف مواد و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد

دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستان‌ها در ساعات غیراداری استفاده کند بر همین اساس می‌بایست در مورد پزشکان به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها باید قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب، کلینیک و ... آنان استعلام گردد.

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

به کارگیری افراد بازخرید یا بازنشسته شده در برنامه پزشک خانواده ممنوع است به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه‌های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که بنحوی از انجا از بودجه کل کشور استفاده می‌کند.

### **ماده ۱۰: سقف سنی جذب پزشک**

دانشگاه مجاز است پزشکان مشمول برنامه پزشک خانواده را طبق بند الف ماده ۳۴ آئین نامه اداری استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی حسب ضرورت تا سن ۵۰ سالگی بصورت قراردادی در بدو ورود به کارگیری کند بدیهی است سنوات خدمت اشتغال نامبرده در برنامه مذکور به سقف سنی پیشگفت اضافه می‌شود.

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

در مناطقی که در آنها میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه بالای ۱/۷۰ باشد و امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص هست، به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/دانشگاه میتوان از نوع قرارداد اقماری استفاده کرد.

## فصل ۳: چارچوب و شرایط قرارداد

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

#### استان

قرارداد مابین شبکه/ مرکز بهداشت و درمان شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس تغییرات جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان تجدید خواهد شد. ماخذ آمار این جمعیت سازمان بیمه سلامت ایران است و در مواردی که رقم اعلام شده سازمان بیمه سلامت ایران با سرشماری ابتدای سال خانه های بهداشت اختلاف داشته باشد، موضوع باید مجدداً توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی گردد و در همین زمان باید جمعیت اصلاح شده به تفکیک شهرستان و برحسب جمعیت روستایی و شهری به مرکز مدیریت شبکه نیز اعلام شود.

تبصره ۱: انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات به جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر باید از همان الگوی سرانه جمعیت روستایی تبعیت کند. همانند مناطق روستایی و عشایر باید برای شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نیز سالانه سرشماری جمعیت انجام می شود. تعیین نوع بیمه افراد مورد سرشماری از ضروریات است. در سال جاری (سرشماری روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری) آمار جمعیت بیمه شدگان اعلام شده در ابتدای سال ملاک سازمان بیمه سلامت در سال ۹۴ می باشد. (بر اساس جداول ضرایب محرومیت که مورد تایید سازمان بیمه سلامت نیز می باشد)

تبصره ۲: سازمان بیمه سلامت ایران موظف است نسبت به تامین به موقع دفترچه های بیمه اقدام کند. ارائه دفترچه بیمه روستاییان در سطح اول خدمات برای دریافت خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی ضرورت دارد و باید اوراق مربوطه از دفترچه جدا شده و به سازمان ارائه گردد.

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

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

با کلیه نیروهای به کارگیری شده در برنامه اعم از نیروهای آزاد (بر اساس تبصره ۵ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی)، رسمی، پیمانی، طرحی و پیام آور می بایست قرارداد همکاری انجام شده و به امضاء طرفین برسد. تبصره: انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت صرفاً از سوی مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

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

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

- ۱- ارائه یک نسخه از قرارداد و دستورعمل اجرایی برنامه به پزشک خانواده و اعضای تیم سلامت طرف قرارداد
- ۲- ارائه آموزش لازم براساس دستورالعملها، بسته های خدمت و راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت  
تبصره: اولویت انجام آموزش با روش غیر حضوری می باشد.
- ۳- برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره
- ۴- برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت و برقراری ارتباط با مردم به روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده
- ۵- تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر  
تبصره: دانشگاه/ دانشکده موظف است فهرست تجهیزات فنی اساسی و تعمیرات ضروری موردنیاز برای مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را به تفکیک نام مرکز و برآورد اعتبار براساس سرانه به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.
- ۶- برگزاری دوره آموزشی در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور گواهینامه آموزشی  
تبصره ۱: برگزاری انجام این دوره آموزشی در تعهد اداره بیمه سلامت می باشد.  
تبصره ۲: زمان حضور پزشکان در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.
- ۷- اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهیار/بخشدار  
تبصره: جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی می باشد.
- ۸- پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش ببینند تا در شرایط فوریت های پزشکی برای مراجعه کننده به واحد ارائه خدمت، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.
- ۹- پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند

مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و درچه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.

۱۰- چنانچه میانگین مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده برای مدت یک ماه بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع از طریق مرکز بهداشت شهرستان به ستاد هماهنگی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق، ارجاع گردد. در اینصورت پس از بررسی علل کثرت مراجعات، گزارشی تهیه و برای ستاد هماهنگی استان ارسال گردیده، ستاد هماهنگی استان پس از بررسی مورد یکی از اقدامات زیر را انجام می دهد:

- ✓ چنانچه به ازای هر پزشک جمعیت بیش از ۵۰۰۰ نفر باشد، کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک
- ✓ چنانچه جمعیت در محدوده کمتر از ۵۰۰۰ نفر باشد استفاده از تمام امکانات محلی برای فرهنگ سازی و آموزش عمومی مردم
- ✓ احاله موضوع بررسی علل بار مراجعه بالا به مرکز تحقیقاتی یا گروه آموزشی -تحقیقاتی (HSR) مرتبط در هر دانشکده/دانشگاه

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

تبصره ۱: چنانچه پزشک یا مامای طرف قرارداد، محل خدمت فعلی خود را ترک کند اعم از اینکه فرد، خود مایل به ترک خدمت شده باشد یا به دلایلی قرارداد وی توسط مرکز بهداشت شهرستان لغو گردد، در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای به کارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرارگیرد.

تبصره ۲: با افرادی که در گواهی انجام کار نمره ارزشیابی کمتر از ۷۰ درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از طی حداقل یک دوره سه ماهه بوده واستمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز چک لیست اولین پایش بالای ۷۰ می باشد. درصورت کسب امتیاز چک لیست کمتر از ۷۰ لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید برای وی میسر نمی باشد.

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

به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، مرکز بهداشت شهرستان می تواند نسبت به عقد قرارداد با داروخانه های غیر دولتی حوزه تحت پوشش و پذیرش نسخ دارویی تجویزی توسط پزشک خانواده اقدام نماید. در این صورت ادارات بیمه شهرستان می بایست از پذیرش نسخ دارویی تجویزی پزشک خانواده ارائه شده از سوی داروخانه مذکور امتناع ورزند. درصورت وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار



مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه در چارچوب قرارداد مربوطه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه و با رعایت ضوابط مربوطه می باشد. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، می توان با هر یک از آنان، قراردادی جداگانه منعقد کرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با اقلام داروهای سطح اول (اقلام مورد درخواست پزشک) از نظر فضای فیزیکی در مرکز مستقر نماید مگر آنکه داروخانه در محدوده روستا و یا در شهر زیر ۲۰ هزار نفر در شعاع ۵۰۰ متری تا مرکز مستقر باشد. داروخانه غیر دولتی طرف قرارداد موظف است کلیه اقلام دارویی مورد نیاز در بسته خدمتی (۴۳۶ قلم) را تامین نموده و کسورات ناشی از عدم تامین اقلام دارویی به هر شکل مرتبط با کمبود اقلام یا عدم ارائه خدمات دارویی به عهده داروخانه طرف قرارداد می باشد. لازم است این مورد در متن قرارداد فی مابین لحاظ گردد. در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، می توان با داروخانه موجود در مناطق مجاور تا شعاع ۵۰۰ متری مرکز و قابل دسترس مردم بنا به تشخیص مرکز بهداشت شهرستان، تامین داروهای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده را منعقد کرد.

تبصره ۱: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر و در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. مسئولیت تامین پرسنل و تامین، توزیع و عرضه صحیح داروها با مسئول داروخانه طرف قرارداد می باشد. پرسنل به کارگیری شده می باید واجد تاییدیه معاونت غذا و داروی دانشگاه باشند.

تبصره ۲: در ساعات غیراداری باید حداقل داروهای موردنیاز در قالب قفسه دارویی ضروری اورژانس در اختیار پزشک خانواده قرار داده شود.

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

تبصره ۴: نظارت بر عملکرد دارویی داروخانه های مجری برنامه پزشک خانواده بر عهده کمیته دارویی متشکل از کارشناسان حوزه بهداشت و غذا و داروی دانشگاه با ریاست معاون غذا و دارو و دبیری مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی / مرکز بهداشت استان خواهد بود.

## فصل چهارم: وظایف اعضای تیم سلامت

### ماده ۱۶: تشکیل پرونده سلامت

اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش صورت گرفته و فرمهای مربوطه که از طریق ستاد هماهنگی شهرستان تهیه و به تیم سلامت تحویل داده می شود، تکمیل و در پرونده ثبت می گردد. هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد. هر سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش و برای گروه های هدف مطابق با بسته های خدمت انجام گردیده و در پرونده سلامت ثبت شود

تبصره ۱: پزشکان در دانشگاه های دارای شرایط باید برای تمامی جمعیت تحت پوشش خود پرونده الکترونیک سلامت تشکیل دهند. در صورت عدم دسترسی به رایانه و اینترنت و تامین نشدن زیر ساخت پرونده الکترونیک، باید ویزیت اول انجام شده و پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد.

تبصره ۲: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است. اما اگر پرونده سلامت بصورت الکترونیکی انجام شده باشد، اطلاعات خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

تبصره ۳: در هنگام ویزیت دوره ای افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده، باید ماما یا پرستار یا بهورز حضور داشته باشد و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، در اختیار ماما یا پرستار/ مراقب سلامت همراه پزشک قرار می گیرد. در این حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۴: چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز یا کاردان یا رابط بهداشت او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت/ پایگاه بهداشت یا مکان مناسب دیگری که برای این امر اختصاص داده شده است، ویزیت کند.

### **ماده ۱۷: سرکشی و نظارت (دهگردشی)**

پزشک خانواده می بایست حداقل ۱ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت و ماهانه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نماید. برای دهگردشی پزشک شاغل در مرکز تک پزشک باید برنامه ریزی بنحوی صورت گیرد که مرکز به جز در موارد اضطرار تا ساعت ۱۲ ظهر، خالی از پزشک نباشد.

تبصره ۱: محل استقرار پزشک در زمان دهگردشی، خانه بهداشت خواهد بود (هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم دهگردشی در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند). کلیه بیماران تحت پوشش پزشکی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

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

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش در ساعات صبح و عصر براساس برنامه زمانبندی مسئول مرکز مجری و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان دهگردشی پزشک، بهورز خانه بهداشت مزبور باید حتماً در محل کار خود حضور داشته باشد.

### **ماده ۱۸: ثبت روزانه آمار مراجعین و ارائه گزارش ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان**

مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار مراجعین روزانه به مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه اقدام و گزارش ماهانه آمار مراجعین را براساس فرمت تعیین شده به مرکز بهداشت شهرستان ارسال نمایند.

تبصره: مرکز بهداشت شهرستان پس از اطمینان از صحت اطلاعات ارسالی مراکز بهداشتی درمانی تابعه، آن اطلاعات را جمع بندی نموده و بر اساس فرمت تعیین شده به مرکز بهداشت استان ارسال می دارد. اطلاعات فوق در مرکز بهداشت استان جمع بندی شده و هر ماهه براساس فرمت تعیین شده میبایست به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

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

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

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

### ماده ۲۰: ساعات کار اعضای تیم سلامت

بر اساس تبصره یک ذیل ماده ۸۷ فصل دهم "حقوق و وظایف کارمندان" از مجموعه قوانین مرتبط با هیئت امناء دانشگاه ساعت کاری پرسنل مرتبط با برنامه پزشک خانواده (پزشک، دندانپزشک، بهداشتکاردهان و دندان، پرستار/ ماما/ کاردان یا کارشناس بهداشتی، پذیرش، نگهبان و...) بر اساس اعلام نظر شبکه بهداشت و درمان شهرستان/ مرکز بهداشت شهرستان مطابق ساعات کاری پزشک خانواده مربوطه تنظیم می شود.

زمان کار پزشک خانواده به شرح زیر می باشد:

الف: ساعات کار موظف که از شنبه تا چهارشنبه معادل ۸ ساعت کاری است که بصورت دو نوبت و در شرایط استثنایی یک نوبته بسته به تصمیم ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه تعیین می گردد و برای پنجشنبه ها بصورت مستمر تا ۱ بعدازظهر است. چنانچه مرکز بدون بیتوته باشد باید پنجشنبه ها یکسره تا ساعت ۳ بعدازظهر فعالیت نمایند. (فرانشیزی که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل ۵,۵٪ تعرفه دولتی خدمت پزشک عمومی یعنی ۵۰۰۰ ریال است. البته درمورد بیماران اورژانس ارائه خدمت در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد).

ب: زمان بیتوته که شامل ساعات بعداز زمان کاری محسوب می شود. (عمدتاً ساعات شب روزهای معمول که در مراکز چند پزشک بصورت شیفت بندی برای پزشکان هر مرکز تعیین می شود)

ج: روزهای تعطیل که پزشکان کل روز را در مرکز حضور خواهند داشت (در مراکز چند پزشک بصورت شیفت بندی) و موارد مراجعه کننده را می پذیرند (در موارد ب و ج مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران غیر اورژانسی ۳۰٪ تعرفه دولتی می باشد). چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار در نظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر این غیبت برای بیتوته در روز تعطیل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر اعتبار مربوط به بیتوته فرد در زمان تعطیل، معادل یک سی ام حقوق او نیز به ازای هر روز غیبت کسر می گردد.

تبصره ۱: پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و به مدت ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه در هر یک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند غیراز زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید بر روی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد. از دریافتی آنها کسر می شود.

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

تبصره ۳: مطابق تبصره مذکور پرداخت حق الزحمه ساعات مازاد بر ۴۴ ساعت موظف هفتگی جهت سایر پرسنل باید از محل منابع برنامه صورت گیرد.

تبصره ۴: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کاردان های بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) دارای قرارداد پزشک خانواده و بهورزان تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً "همسان با ساعات کار اداری پزشک در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد.

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

تبصره ۶: در صورتیکه نیروی شاغل در قالب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در روزهای کاری، بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید به ازای هر روز غیبت به میزان ۲/۵ روز از دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد. در غیبت کمتر از ده روز غیر موجه نیز به ازای هر روز غیبت به میزان ۲ روز از کل دریافتی ماهانه وی کسر می شود.

تبصره ۷: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد مبلغ آن ۱۵ روز ( معادل مبلغ کل قرارداد منهای بیتوته) را به وی پرداخت کند.

## ماده ۲۱: بیتوته پزشک خانواده

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی الزامی است. برای ارائه خدمات در ساعات غیراداری در مرکز بهداشتی درمانی مجری سه حالت احتمال دارد:

الف- پزشک در مرکز بیتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جانشین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، علاوه بر مهر پزشک جانشین، مهر شناسایی مرکز بهداشتی درمانی در نسخه درج گردد. مدت زمان استفاده از پزشک جانشین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

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

ج- در مورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند و فاصله کمتر از ۱۰ کیلومتر تا شهر، مناطق شهری یا حاشیه شهرها و روستاهای نزدیک به شهر دارند می توان موارد مراجعه در خارج از ساعات اداری را به یک مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در شهر - مرکز معین - یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد و نیازی به بیتوته در این مرکز نمی باشد و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه به صورت FFS به بیمارستان ندارد. (نباید از پزشک خانواده مرکز برای خدمت در اورژانس بیمارستان استفاده شود). ضمناً برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان یک شبکه در برنامه بیتوته حضور داشته باشند.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان پزشکان مرکز را با مرکز مجاور به طور نوبتی در کشیک شبانه یا روزهای تعطیل قرار دهد و به مردم نیز اعلام کند که در شرایط اضطرار می توانند به مرکز دارای پزشک مراجعه کنند.

تبصره ۲: در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی مجری، مسئولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسئول مرکز خواهد بود.

تبصره ۳: برای مراکزی که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل را تعطیل کرد. البته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، بین این مرکز و نزدیکترین مرکز قابل دسترس مردم، (با حداکثر نیم ساعت فاصله زمانی دسترسی با خودرو)، یکی را برای ارائه خدمت در روزهای جمعه و تعطیل به مردم تحت پوشش این مراکز به عنوان کشیک قرار دهد. درضمن، لازم است نام، محل و نشانی مرکز و ساعت کشیک به نحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز دارای یک پزشک نیز بصورت شیفت بندی شده براساس نظر مرکز بهداشت شهرستان باید در این مرکز کشیک دهند و نباید بابت روزهایی که کشیک برای آنها در نظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.

تبصره ۴: هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن سهم بیتوته در حقوق خود، از انجام این کار اجتناب کند.

تبصره ۵: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفت های شب در مرکز بهداشتی درمانی روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/خدمتگزار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد.

تبصره ۶: بیتوته کردن ماما یا پرستار الزامی نیست. چنانچه فاصله مرکز بهداشتی درمانی تا شهر طوری باشد که امکان تردد هرروزه برای ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده میسر نگردد، لازم است مرکز بهداشت شهرستان در جهت تامین فضای زیست مناسب برای این افراد، همکاری و مساعدت نماید. در این موارد، می توان از همکاری و مشارکت مردم و شورای روستا نیز بهره گرفت.

تبصره ۷: از سوی شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان برای دندانپزشکانی که مایل به بیتوته در برنامه پزشک خانواده روستایی می باشند امکانات لازم فراهم گردد.

تبصره ۸: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک، باید تلاش شود از محل اعتباردر نظر گرفته شده هرچه سریعتر محلی تامین گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز دارای محل بیتوته بصورت شیفتی بیتوته صورت گیرد. بدیهی است در مواردی که بیتوته برای بیمه شدگان مرکز به هر طریق ممکن تعریف نگردد موجبات کسر سرانه بیتوته مرکز می گردد.

تبصره ۹: ضرورت دارد معاون درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی هماهنگی لازم را به منظور پذیرش دارندگان دفترچه بیمه روستایی توسط بیمارستان ها انجام دهد. برای استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. (از محل حذف اعتبار بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۱۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و در صورت ضرورت، بیمار را به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

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

۱- اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا بهرمنند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کنند.

تبصره ۱: اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جایگزین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزش های شغلی آنها اقدام کند. مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جایگزین را در اسرع وقت به مرکز بهداشت استان و اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.

تبصره ۳: در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند.

تبصره ۴: درمورد مراکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان به گونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده خدمتی کرد.



۲- اعضای تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت ۴ ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصرًا "حقوق روزانه براساس اصل حقوق را دریافت نموده ولی کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۲ اقدام مختلف انجام داد:

الف- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز بهداشتی درمانی تابعه خود که نیاز دارد به کار گمارد.

ب- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وی رضایت حاصل است، در زمان مرخصی وی با فرد جایگزین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصی استعلاجی فرد) تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

۳- با توجه به ابلاغ سیاست های جمعیتی، پس از پایان زایمان و در جهت حفظ امنیت شغلی، می بایست نیروی طرف قرارداد در همان مرکز قبلی مجدداً بکار گیری گردد. در طول مدت مرخصی زایمان می توان از ماما (مراقب سلامت) جایگزین استفاده نمود.

## فصل ششم: دارو

### ماده ۲۳: ارقام دارویی

مراکز بهداشت شهرستان موظف به تامین ۴۳۶ قلم داروی مصرفی با احتساب تمامی اشکال دارویی مورد تعهد و داروهای ترالی اورژانس (۳۶ قلم) است. این داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان یا داروخانه طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه یا براساس درخواست، نیازهای دارویی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین کنند. تصمیم گیری درمورد ترکیب و تغییر ارقام دارویی تا حداکثر ۱۰٪ ارقام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیرکل بیمه سلامت استان، معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده، نماینده معاون غذا و دارو و رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رییس اداره نظارت و ارزشیابی اداره کل بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که براساس بیماری های بومی و مشکلات سلامت منطقه، بنا به ضرورت تشکیل خواهد شد. تمام تغییرات فهرست دارویی باید به کمیته ملی سیاستگذاری دارو و ملزومات پزشکی و دارویی برنامه پزشک خانواده اعلام گردد.

تبصره ۱: پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه باید درخواست دارویی خود را زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو در درخواست قبلی در مرکز موجود باشند. در صورت نرسیدن به موقع داروهای درخواستی و موجودی صفر برای داروی مرکز (دولتی یا خصوصی)، تا دو برابر قیمت دارو از سرانه دارویی مرکز کسر می شود.

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

تبصره ۳: پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده نیست اما تمديد نسخ درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی عروق کرونری و بیماری های قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت و به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت ادامه می یابد، از این قاعده مستثنی است. در صورتی که، داروهای مربوطه جزو ارقام ۴۳۶ قلم داروی تعیین شده نباشند و امکان دسترسی به داروخانه واجد مسئول فنی داروساز طبق ضوابط طرح گسترش نباشد، پزشک خانواده باید این داروها را در نسخه جداگانه تجویز کند و داروخانه مستقر در مرکز بهداشتی درمانی می باید نسبت به تامین این ارقام اقدام نموده و هزینه این داروها باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان پرداخت شده و مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۴: داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان که دارای پرونده فعال مراقبت هستند و در فهرست ۴۳۶ قلم دارو قرار می گیرند به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند. هزینه تامین این داروها از محل اعتبارات دانشگاه یا سهم دارو از محل ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد.

تبصره ۵: کلیه نسخ دارویی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در کمیته تجویز و مصرف منطقی داروی دانشگاه ارزیابی شده و نتایج ضمن ارسال به اداره کل بیمه سلامت استان، جهت تصمیم گیری در کمیته دارویی مطرح می گردد.

تبصره ۶: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور باید از محل اعتبارات جاری دانشگاه علوم پزشکی تامین شده و براساس دستورعمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت در اختیار مردم قرار داده شوند.

تبصره ۷: در هر بازدید از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در صورت فقدان اقلام دارویی تجویز شده توسط پزشکان مرکز (درخواست پزشک) برای همان ماه مورد بازدید و صرفاً "سهم سرانه داروی مرکز مربوطه کسر می شود.

تبصره ۸: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده، مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۹: برای داروهایی که با ثبت در دفترچه بیمه روستاییان و عشایر و دارندگان دفترچه سایر سازمانهای بیمه گر و سایر صندوق های سازمان بیمه سلامت ایران تجویز می شوند، ۳۰٪ فرانشیز از بیماران اخذ می گردد و در مورد داروهای تجویز شده برای افراد فاقد هرگونه دفترچه بیمه، باید هزینه کامل از بیمار دریافت شود.

### **ماده ۲۴: اقلام مکمل دارویی**

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

تبصره: پزشک خانواده نباید داروهای بهداشتی یا مکمل که در اختیار خانه بهداشت قرار دارد و باید رایگان ارائه شود را درمورد جمعیت هدف برنامه های بسته خدمتی تجویز نماید.

### **ماده ۲۵: راه اندازی داروخانه**

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

### **ماده ۲۶: میزان تجویز دارو**

میانگین مورد انتظار اقلام دارویی تجویز شده در بررسی های کلی نسخ هر پزشک ۲/۵ قلم می باشد. این شاخص در کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو مورد بررسی قرار می گیرد. چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، این میانگین می تواند تا ۳ قلم دارو افزایش یابد.

## فصل هفتم: پاراکلینیک

### ماده ۲۷: نحوه استقرار مراکز آزمایشگاهی و رادیولوژی

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

### ماده ۲۸: شرایط دریافت خدمات پاراکلینیک

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

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

### ماده ۲۹: سطح بندی آزمایشگاه از نظر ساختاری

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

۱- **واحد نمونه گیری:** در صورتیکه مرکز بهداشتی درمانی دارای جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد و راه اندازی آزمایشگاه در آن مرکز مقرون به صرفه نبوده و همچنین فاصله آن مرکز تانزدیکترین آزمایشگاه حدود نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد نیاز به راه اندازی آزمایشگاه نبوده و باید بوسیله نزدیکترین آزمایشگاه پوشش داده شود. این مرکز ملزم به نمونه گیری توسط پرسنل معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان حداقل سه روز در هفته می باشد.

۲- آزمایشگاه سطح ۱ (مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری): به آزمایشگاهی اطلاق می شود که در مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری مجری برنامه پزشک خانواده با جمعیت تحت پوشش بیشتر از ۴۰۰۰ نفر قرار دارد. تبصره: در مراکز با جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر در صورت وجود آزمایشگاه فعال در فاصله کمتر از نیم ساعت با خودرو نیاز به راه اندازی آزمایشگاه نمی باشد و جمعیت تحت پوشش این مرکز توسط آزمایشگاه فعال مرکز مجاور پوشش داده می شود

۳- آزمایشگاه سطح ۲: در این سطح، آزمایشات تجویزی پزشک از مسیر ارجاع در مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود.

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

**ماده ۳۰: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه**

**روستایی**

تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرح ذیل می باشد:

سطح ۲ مرکز بهداشت شهرستان	سطح ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
<p>کلیه وسایل سطح ۱ به علاوه: هود کلاس ۲ ترازوی حساس دیجیتال اتو آنالایزر بیوشیمی سل کانتز خون شناسی دستگاه خودکار سدیماناسیون (در صورت حجم کاری بالا) دستگاه قرائت کننده پلیت الیزا الایزا و اشتر انواع کیت های الایزا مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام سمپلر متغیر در دامنه های حجمی مختلف سمپلر مولتی کانال (۸ یا ۱۲ کاناله) میکروسکوپ دو چشمی برای بخش میکرب شناسی و سل میکروسکوپ دو چشمی برای بخش کامل ادرار و انگل شناسی سانتریفوژ ۲۴ یا ۴۸ شاخه PH متر الکتریکی هیتر مغناطیسی رنگ شمارش رتیکولوسیت رنگ ذیل نلسون کاغذ PH انواع محیط های کشت میکربی انواع دیسک های آنتی بیوگرام استاندارد ۰/۵ مک فارلند وسایل کامل کروماتوگرافی نازک لایه دوربین مدار بسته انواع رپید تست های جستجوی مواد مخدر</p>	<p>کلیه وسایل واحد پذیرش و نمونه گیری به علاوه: هود معمولی پایه و لامپ UV محافظ ولتاژ وسایل الکتریکی دیونایزر یا آب مقطر گیری دماسنج معمولی در دامنه های دمایی مختلف دماسنج ماگزیم-مینیمم به تعداد وسایل حرارتی و برودتی اتوکلوا فریزر منهای ۲۰ درجه فور کرونومتر پودر دکستروز در وزن های مختلف ترازوی یک یا دو کفه ای معمولی وسایل شیشه ای شامل پی پت سدیمان ، پی پتور، مزور، ارلن، قیف، بشر، بالن ژوژه و قطره چکان و شیشه های در سمباده ای هماتولوژی : آنتی سرم های گروه بندی خون چراغ مطالعه پایه سدیمان لام نوبار لامل سنگین به ابعاد متناسب برای لام نوبار موجود تشتک رنگ آمیزی با جای لام لوله موئینه خمیر هماتوکریت کیت اندازه گیری هموگلوبین محلول شمارش گلبول های سفید رنگ رایت / گیمسا / رایت-گیمسا</p>	<p>یخچال جعبه کمکهای اولیه تابوره ساعت آزمایشگاهی پاراوان وسایل حفاظت شخصی ظروف ایمن (Safety box) نمونه گیری : دفتر پذیرش یا کامپیوتر ، پرینتر و نرم افزار پذیرش-جوابدهی صندلی نمونه گیری گارو پنبه و الکل یا پد الکلی ترالی استیل بیکس دردار در چند اندازه تخت معاینه انواع ظروف جمع آوری نمونه و وسایل مربوط به نمونه گیری در مورد بیماری های تحت مراقبت لانست هولدر یا سرنگ (در اندازه های مختلف) لوله های در دار با یا بدون خلاء (در اندازه های مختلف - خالی یا حاوی ضد انعقاد های مختلف جهت نمونه های لازم برای CBC, ESR و غیره) رولر میکسر لام آماده سازی نمونه ها : سانتریفوژ حداقل ۸ یا ۱۶ شاخه</p>

<p>ظرف جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته مواد نگهدارنده برای ادرار ۲۴ ساعته آنتی ژن های رایت، ویدال، 2ME آنتی سرم های ضد سالمونلا، شیگلا، E.coli انتروپاتوژن، ویبریو و ... دستگاه اندازه گیری HbA1c (در صورتی که اتوآنالیزر قادر به انجام این تست نباشد) خون کنترل دست کم در ۲ سطح سرم کنترل برای تست هایی که به روش الایزا انجام می شوند. دست کم در دو سطح</p>	<p>خط کش میکرو هماتوکریت میکروسکوپ دو چشمی سانتریفوژ میکرو هماتوکریت کانتر دیف دستی ویا دیجیتال هاون چینی  بیوشیمی : لوله آزمایش معمولی در اندازه های مختلف سانتریفوژ ۸ یا ۱۶ شاخه پیپت در اندازه های ۱ تا ۱۰ میلی لیتر پیپت فیلر میکسر لوله اسپکتروفوتومتر یا ترجیحاً فتومتر انواع کیت های بیوشیمی مطابق فهرست آزمایش های قابل انجام بن ماری کالیبراتور تست های بیوشیمی سرم کنترل بیوشیمی دست کم در ۲ سطح میکرب شناسی : دسته و تیغ بیستوری پنس و قیچی در شکل و اندازه های مختلف رنگ گرم سبد استیل توری نسوز بن ماری جوش (جهت مراکز شهری) مداد الماسه چراغ الکلی لام و لامل فیلدو پلاتین دسته فیلدو پلاتین انکوباتور (جهت مراکز شهری) لوله های حاوی محیط های انتقالی سه پایه فلزی جار شمع دار بک گاز</p>	<p>سمپلر با حجم های ۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میکرولیتر یا یک سمپلر متغیر نوک سمپلر (در اندازه های مختلف) جای سر سمپلر پایه سمپلر جا لوله ای قلم الماس ارسال نمونه :  Cold box, ice pack</p>
---	--	--



	<p>محیط های کشت لازم برای کشت ادرار                  سرولوژی :                  لام سرولوژی                  روتاتور                  آنتی هیومن                  آنتی ژن PPD                  انواع کیت های سرولوژی مطابق فهرست آزمایش                  های قابل انجام                  کیت تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک                  اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر)                  کامل ادرار و انگل شناسی :                  رپید تست تشخیص حاملگی روی ادرار یا سرم                  رفاکتومتر                  نوار ادرار                  نوار گلوکز ادرار                  محلول لوگل                  کیت جستجوی خون مخفی</p>	
--	--	--

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

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

**ماده ۳۱: خدمات و آزمایش های سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

خدمات و آزمایش های سطوح مختلف آزمایشگاههای بهداشتی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی طرف قرارداد شبکه به شرح ذیل می باشد:

سطح ۲ مرکز بهداشت شهرستان	سطح ۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی /شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
<p>کلیه خدمات و آزمایشهای سطح ۱ به علاوه: بیلیروبین مستقیم و توتال آزمایش HbA2 پروتئین ادرار ۲۴ ساعته آهن و ظرفیت اتصال آهن (TIBC) سرم شمارش رتیکولوسیت کومبس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکاپتواتانول (2ME) آزمایش کمی Beta-HCG سرم تجزیه مایع سمینال بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل (انجام آزمایش کشت سل در ۴۶ شهرستان تعیین شده و انجام آزمایش کشت و تعیین حساسیت در ۱۰ آزمایشگاه قطب کشوری تعیین شده است) آزمایش Stool Culture (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH آزمایش T4/Free T4 آزمایش HIVAb</p>	<p>پذیرش و نمونه گیری برای کلیه نمونه های بالینی مورد نیاز برای برنامه های کشوری و نظام مراقبت بیماریها آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی سدیماناسیون (ESR) هموگلوبین هماتوکریت گروه خون Blood Group &amp; Rh قند خون ناشتا (FBS) آزمایش Serum BUN آزمایش Uric Acid آزمایش Serum Creatinin آزمایش Glucose Chalenge Test(GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (BS 2hPP) آزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglyceride</p>	<p>پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایشهای قابل نمونه گیری و انجام در سطح ۱ و ۲ درخواستی توسط پزشک خانواده نمونه (DBS برای TSH، اندازهگیری فنیل آلانین یا تیروزین) تهیه گسترش مستقیم از زخم مشکوک به سالک/سیاه زخم/گال / ضایعات قارچی پوست و مو و ناخن جمع آوری نمونه خلط و سایر نمونه های تنفسی تهیه سواب رکتال تهیه گسترش مالاریا کلیه نمونه های گرفته شده باید در اسرع وقت با رعایت اصول ایمنی و زنجیره انتقال مناسب مثل زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد ارسال گردد. در صورتیکه به دلیل ضرورت و بر حسب نیاز نظیر شرایط منطقه، بهبود دسترسی مردم به خدمات آزمایشگاهی، بحرانها و طغیانها، جمع آوری سایر نمونه ها مثل نمونه های خون، ادرار، مدفوع و غیره در این مراکز انجام شود، نمونه های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد به آزمایشگاه</p>

<p>آزمایش HCVAb</p> <p>آزمایش HBsAg</p> <p>آزمایش HBsAb</p> <p>آزمایش HbA1c</p>	<p>آزمایش Serum HDL-Cholesterol</p> <p>آزمایش Serum LDL-Cholesterol</p> <p>آزمایش Serum DL-Cholesterol (در صورتیکه انجام نشود)</p> <p>آزمایش Serum SGOT</p> <p>آزمایش Serum SGPT</p> <p>آزمایش کیفی تشخیص حاملگی</p> <p>آزمایش کومیس غیر مستقیم</p> <p>رایت</p> <p>ویدال</p> <p>پاپ اسمیر</p> <p>آزمایش Serum RPR/VDRL</p> <p>آزمایش Serum CRP</p> <p>آزمایش تست پوستی مانتو (PPD)</p> <p>آزمایش DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریه‌های واگیر)</p> <p>آزمایش Stool Examination (Ova/Parasite, Occult Blood)</p> <p>آزمایش آنالیز کامل ادرار</p> <p>آزمایش کشت ادرار</p>	<p>های بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاههای خصوصی طرف قرارداد تائید شده ارسال می گردند.</p> <p>در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد.</p>
---	--	--

تبصره ۱: به تشخیص متولیان نظام مراقبت از بیماریها و برنامه های کشوری، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایشهای مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.

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

### **ماده ۳۲: تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی**

فهرست تصویربرداری (رادیولوژی) های مورد تعهد سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی روستایی به شرح ذیل است:

۱- تمام رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب  
تبصره ۱: لازم است شبکه بهداشت و درمان در زمان عقد قرارداد با مراکز درمانی دولتی به منظور انجام تصویربرداری های مورد تعهد سطح یک کل هزینه های مربوطه پس از کسر فرانشیز مربوطه بصورت FFS از محل سرانه مربوطه به مرکز طرف قرارداد شبکه پرداخت گردد. چنانچه قرارداد با بخش دولتی میسر نگردد، ارائه خدمات تصویر برداری توسط عقد قرارداد با بخش غیر دولتی، صورت می پذیرد.

## فصل هشتم: خدمات دهان و دندان

### ماده ۳۳: نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان

ارتقاء سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی دندان پزشکی دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کاردانهای دهان، پرستار دندانپزشکی، کاردان و کارشناس بهداشتی و بهورز به جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه هدف (افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده) کشور صورت میپذیرد.

### ماده ۳۴: سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری

بسته سطح یک خدمات سلامت دهان و دندان در سه سطح ارائه می شود:

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

۲) **سطح دو:** مراکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری و شهری روستایی و واحدهای طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظیر مراکز معین و مطب های دندانپزشکی و درمانگاه های طرف قرارداد جهت اجرای سطح ۲ خدمات در قالب خرید خدمت به ارائه خدمات پیشگیری ثانویه شامل آموزش بهداشت دهان به مراجعین ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان مراجعین، فیشور سیلانت تراپی، فلورایدتراپی، ترمیم دندانها (شیری و دایمی) با استفاده از آمالگام و کامپوزیت، کشیدن دندان های غیر قابل نگهداری (شیری و دایمی)، درمان پالپ زنده (vpt) دندان های شیری و دایمی، رادیوگرافی تک دندان، جرم گیری و بروساژ به شرط تامین یونیت دندان پزشکی (ثابت و سیار) و ارجاع برای خدمات سطح سوم می پردازند.

۳) سطح سه: سایر مراکز بخش دولتی و خصوصی (بیمارستان ها، درمانگاه ها و کلینیک های دندانپزشکی و ...) به ارائه کلیه خدمات درمانی دندانپزشکی می پردازد.

تبصره: لیست مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح در هر دانشکده/دانشگاه تهیه و به اداره بیمه سلامت استان و اداره سلامت دهان دندان معاونت بهداشت وزارت متبوع ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صد درصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیری و لیست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

### **ماده ۳۵: تعرفه خدمات سلامت دهان و دندان**

بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/دانشکده

### **ماده ۳۶: فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان**

ارایه خدمات پیشگیری درمانی در سطح یک و در سطح دو خدمات در مراکز ارایه کننده خدمات در شهرهای زیر بیست هزار نفر (مشمول بیمه روستایی) برای گروههای هدف رایگان می باشد و ارائه خدمت به سایر گروه های سنی بر اساس تعرفه مصوب می باشد. تفاوت گروه های هدف با سایر جمعیت صرفاً در پرداخت فرانشیز بوده و از نظر ارائه خدمات هیچگونه اختلافی ندارد. بنابراین:

- برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی و در گروههای هدف برنامه (کودکان زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده) سهم گیرنده خدمت و سازمان بیمه گر صفر می باشد. این سهم در سایر گروههای برنامه، مطابق با بسته خدمت برنامه تحول سلامت دهان و دندان، جهت گیرنده خدمت سی درصد و جهت سهم سازمان بیمه گر صفر می باشد.
- برای دارندگان دفاتر سایر بیمه ها (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر صندوق های بیمه سلامت و...)، سهم گیرنده خدمت در گروههای هدف صفر (پرداخت از محل برنامه تحول سلامت دهان) و سهم سازمان بیمه گر هفتاد درصد می باشد. این سهم برای سایر گروههای برنامه جهت گیرنده خدمت سی درصد و سهم سازمان های بیمه گر هفتاد درصد می باشد.
- برای افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه، کل هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد.

### **ماده ۳۷: ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان**

- ۱- سطح یک شامل بهورز، کاردان و کارشناس بهداشتی و ماما، کاردان دهان و پرستاری دندانپزشکی می باشد.
  - ۲- سطح دو شامل بهداشتکار دهان و دندان و دندانپزشک می باشد.
  - ۳- سطح سه شامل دندانپزشک می باشد.
- تبصره ۱: ارایه خدمات دندان پزشکی پیشگیری قابلیت اجرا در مدرسه، مهدکودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد و یا محل کار و اطراق عشایر کوچ کننده دارد. (تاریخ و روزهای برنامه ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدکودکها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می گردد)
- تبصره ۲: در صورت وجود واحد دندانپزشکی ثابت و یا استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارایه فیشورسیلنت، بروساژ و خدمات درمانی نیز در مراکز فوق الذکر میسر می باشد. صدور مجوز بهره برداری و نظارت بر عملکرد آن بر اساس آیین نامه مربوطه به عهده معاونت بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی کشور می باشد.

### **ماده ۳۸: ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان**

واحد آمار و فن آوری اطلاعات مرکز بهداشت استان/شهرستان مسئول برنامه ریزی و هرگونه اقدام لازم برای حصول اطمینان از ثبت اطلاعات سلامت دهان و دندان در فرم های کاغذی یا سامانه الکترونیکی می باشد.

### **ماده ۳۹: تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان**

به منظور ارتقاء خدمات و همچنین بهبود کیفیت شاخص DMFT می بایستی ۶۰٪ ساعت کاری موظف برای خدمات فیشورسیلنت و ترمیم دندان دانش آموزان ابتدایی لحاظ گردد و همچنین ۱۰٪ آن برای کارهای آموزشی گروه هدف و همچنین دهگردشی و بازدید از مدرسه و مابقی ساعت کار یعنی ۳۰٪ باقی مانده برای سایر خدمات و برای کل جمعیت تحت پوشش مد نظر قرار گیرد.

### **ماده ۴۰: نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان**

معاون بهداشت دانشگاه/دانشکده به منظور برنامه ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی، باید نسبت به تشکیل کمیته ای با حضور کارشناس مسئول بهداشت دهان و دندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسئول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال در شهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات ارایه شده بر اساس فرم های جمع بندی عملکرد طرح سلامت دهان و دندان مادران باردار، کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال و بر اساس کتابچه مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل کتابچه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران می باشد. ضمناً پایش های هر سطح توسط سطح بالاتر انجام می گیرد. مثلاً بهورز توسط

کاردان های بهداشتی و این کاردان ها توسط دندانپزشک و ... نظارت می شوند. همچنین تیم استانی مسئولیت نظارت بر فعالیتهای شهرستان ها را عهده دار می باشد. این گزارشات ترجیحاً بایستی به روز و از طریق سامانه الکترونیک در دسترس قرار گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان بوده و پس از تایید انجام خدمات دندانپزشکان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، پرداختها صورت می گیرد. نظارت بر عملکرد مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان توسط مسئول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان انجام می شود.

### **ماده ۴۱: شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان**

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

۲- از آنجا که گروه سنی ۶ تا ۱۴ سال به دلیل ضرورت مراقبت جدی از دندان های دائمی دارای اولویت می باشند، لذا انجام خدمات پایه سلامت دهان و دندان شامل معاینه دهان و دندانها، آموزش بهداشت دهان، واریش فلوراید، فیشور سیلانت برای کلیه دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در پایگاه های سنجش بر اساس دستورالعمل های مربوطه ضروری می باشد. ارایه این خدمات محدودیت زمانی نداشته و خدمات تعریف شده می بایست توسط ارایه دهندگان ادامه یافته و انجام گیرد و پوشش این خدمات به طور کامل انجام پذیرد.

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

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



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

### ماده ۴۲: درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده

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

- ۱- منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشت درمان شهرستان با اداره کل بیمه سلامت استان.
- ۲- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا ماما با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند. تعرفه ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، بشرح زیر می باشد و دریافت هرگونه مبلغ خارج از موارد ابلاغی و جاهت ندارد و منجر به کسورات پایش می گردد.
- الف) تعرفه کامل ویزیت پزشک عمومی ۹۲۰۰۰ ریال که فرانشیز آن معادل ۵,۵٪ (۵۰۰۰ ریال) می باشد.
- ب) تعرفه کامل ویزیت مامای کارشناس ۶۴۰۰۰ ریال که فرانشیز آن معادل ۶۰٪ فرانشیز پزشک عمومی (۳۰۰۰ ریال) می باشد.
- ج) تعرفه کامل ویزیت مامای کارشناس ارشد ۷۸۰۰۰ ریال که فرانشیز آن معادل ۷۰٪ فرانشیز پزشک عمومی (۳۵۰۰ ریال) می باشد.
- ۳- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۴- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۵- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۶- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۰٪ از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان و مواد مصرفی (مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الک، لیدو کاین، بتادین و...) و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند.
- ۷- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ کل خدمات ارائه شده (پزشکی، دارویی، و پاراکلینیکی و...) به سایر بیمه شدگان (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه سلامت و...).

- ۸- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) در قبال ارائه برگه ی بیمه شدگان.
- ۹- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی (بر اساس بسته خدمت تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان).
- ۱۰- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.
- ۱۱- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها).
- تبصره ۱: تعرفه این خدمات در کتاب ویرایش دوم ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران- سال ۱۳۹۴ که در اختیار معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، بدست می آید.
- تبصره ۲: چنانچه بیمار صرفاً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای مرکز مراجعه کند، فقط فرانشیز تعرفه آن خدمت را خواهد پرداخت. در صورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است (که رایگان می باشد)، برای تمام موارد ویزیت درمانی پزشک، باید فرانشیز مصوب دریافت گردد.
- تبصره ۳: دریافت فرانشیز در مورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل ویزیت ویزیت گروه های هدف مصداق ندارد و چنین خدماتی، رایگان ارائه می گردد.
- تبصره ۴: ارائه مکمل های دارویی شامل: قرص آهن، اسید فولیک و مولتی ویتامین برای زنان باردار؛ قطره آهن، آد و مولتی ویتامین برای کودکان زیر ۲ سال؛ قرص فر فولیک یا قرص آهن برای دختران ۱۲ تا ۱۸ سال (دوران متوسطه)؛ و پرل ویتامین ۳ برای دانش آموزان از ابتدایی تا پایان متوسطه در هر دو جنس (۷ تا ۱۸ سال)، میانسالان و سالمندان (۳۰ سال و بالاتر) باید توسط خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت به صورت رایگان انجام گیرد.
- تبصره ۵: حقوق پزشکان یا ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

تبصره ۶: بیمارستان های همکار از مراجعین روستایی دارای دفترچه بیمه روستایی و برگه ارجاع ، فرانشیز خدمات پزشکی و خدمات دارویی و پاراکلینیکی را باید براساس دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده دریافت و لیست بیماران غیر اورژانسی همراه هزینه مربوطه را ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان/ شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه کنند. در مواردی که منجر به بستری گردد از طریق اداره بیمه به بیمارستان پرداخت می شود.

تبصره ۷: افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید، باید ۱۰۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه برای آنان، می توان با استفاده از دفترچه بیمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

تبصره ۸: استمرار پرداختها توسط اداره کل بیمه استان منوط به دریافت اوراق جداشده دفترچه بیمه روستایی است.  
تبصره ۹: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد). مرکز بهداشتی درمانی این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی راهنمایی نماید.

تبصره ۱۰: در ساعات موظف کاری مرکز بهداشتی درمانی فرانشیزی که بیمار در این زمان باید پرداخت کند معادل ۵,۵٪ تعرفه دولتی خدمت پزشک عمومی یعنی ۵۰۰۰ ریال است. البته درمورد بیماران اورژانس ارائه خدمت در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد.

تبصره ۱۱: در زمان بیتوته و روزهای تعطیل مبلغ فرانشیز دریافتی پزشک از بیماران غیر اورژانسی ۳۰٪ تعرفه دولتی می باشد.

تبصره ۱۲: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد و نباید وجهی از مراجعه کننده دریافت شود ولی با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده و برای سایر صندوق ها (به جز صندوق روستایی) با ارائه به اداره بیمه باید سهم تعرفه آن به صورت (FFS) به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت گردد. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد، بدیهی است در صورت انجام زایمان در بیمارستان، هزینه های مربوطه توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۳: ارائه تمامی خدمات بهداشتی تعریف شده در بسته های خدمت کاملا رایگان است. در صورت ارائه سایر خدمات (خارج از بسته خدمات سلامت) باید فرانشیز خدمت اخذ گردد. درمورد انجام پاپ اسمیر، برمبنای اینکه خدمت توسط پزشک یا ماما ارائه شود، فرانشیز براساس تعرفه آن خدمت دریافت می شود. بدیهی است تأمین اسپیکولوم یکبار مصرف به عهده مرکز (با دریافت هزینه وسایل از بیمه شده) می باشد.

تبصره ۱۴: تعرفه خدماتی که در چارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط سایر پزشکان عمومی

(غیراز پزشکی خانواده تعیین شده برای محل و یا پزشکی خانواده جانشین که مهر پزشکی خانواده در نسخه وجود ندارد) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد.

### **ماده ۴۳: شرایط اختصاصی در آمد برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی**

بر اساس مصوبات هیئت امنا دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ در آمد بیمه روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است.

### **ماده ۴۴: بودجه برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی**

سرانه سالانه خدمات برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی از محل سهم سرانه توسط سازمان بیمه سلامت ایران تامین و در اختیار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد. 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.

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

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

### **ماده ۴۵: مبلغ سرانه و محل تامین آن**

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

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

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

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

ج) در شرایطی که مرکز دارای ضریب محرومیت بالاتر از ۱/۷ باشد و امکان جذب پزشک میسر نباشد، به ازای جمعیت مازاد بر ۵۰۰۰ نفر (صرفاً تا سقف ۷۰۰۰ نفر) ۲۵٪ سرانه پزشک پرداخت می گردد.

کل اعتبار سال ۱۳۹۴ این برنامه مبلغ ۲۲۴۳۵ میلیارد ریال است که - از محل صندوق بیمه سلامت روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (مبلغ ۱۳۴۳۵ میلیارد ریال) برای حدود ۲۲ میلیون نفر جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر بیمه شده و اعتبارات یک درصد ارزش افزوده (مبلغ ۹۰۰۰ میلیارد ریال) برای ارائه خدمت برای حدود ۲۷ میلیون نفر جمعیت ساکن روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، تامین می شود.

سرانه سالانه خدمات سطح اول برای جمعیت مشمول برنامه (ساکنان روستاها، نقاط عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه سلامت روستایی)، غیر از بیمه شدگان سایر سازمان‌های بیمه گر، حدوداً به مبلغ ۹۵۰۰۰۰ ریال تعیین می گردد.

### **ماده ۴۶: سهم توزیع سرانه**

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده عبارتست از:

جدول سهم توزیع سرانه:

موضوع	سهم از سرانه (درصد)	محل تامین اعتبار	محل هزینه کرد
حق الزحمه پزشک	۳۴	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
حق الزحمه ماما/ مراقب سلامت خانواده	۱۰	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (وزارت)	۵	صندوق بیمه روستاییان	ستاد وزارت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
هزینه های مدیریت و نظارت و جبران هزینه های اجرای برنامه (بیمه)	۲,۵	صندوق بیمه روستاییان	سازمان بیمه سلامت ایران
خدمات سلامت دهان و دندان	۷	صندوق بیمه روستاییان	دانشگاه/ دانشکده
فرهنگ سازی، آموزش و بستر سازی	۰,۵	صندوق بیمه روستاییان	سازمان بیمه سلامت
راه اندازی سامانه الکترونیک سلامت	۲	۱ درصد ارزش افزوده	ستاد وزارت بهداشت/ دانشگاه/ دانشکده
خدمات دارویی	۱۴	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه)	۴	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
خدمات پاراکلینیک (رادیولوژی)	۲	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
تامین مکمل های دارویی	۴	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
آماده سازی و بهبود استانداردهای واحدهای مجری برنامه و ساختارهای پیوسته آن	۱۱	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده
بابت هزینه مدیریت برنامه های فنی جدید ادغام یافته با اولویت بر ۴ عامل خطر شامل کم تحرکی، رژیم غذایی ناسالم، مصرف سیگار و مصرف الکل در راستای پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر شامل دیابت، فشار خون، بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها، بیماری های مزمن تنفسی و آسم و بیماری های مزمن روانی (مربوط به برنامه تحول سلامت) در نظام شبکه	۲	۱ درصد ارزش افزوده	ستاد وزارت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
تامین خودروی سالم برای دهگردشی	۲	۱ درصد ارزش افزوده	دانشگاه/ دانشکده

### **ماده ۴۷: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات**

در تخصیص کل اعتبارات از اداره کل بیمه سلامت استان به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، رونوشتی به معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوط ارسال می کند تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبارات باشند و به موقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند. معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان، وظیفه نظارت بر اعتبارات تخصیص یافته و هزینه کرد آنها در منابع تعریف شده را به عهده دارد. ادارات کل بیمه سلامت استان ها، باید ماهانه ۸۰٪ کل سرانه را تا پانزدهم هرماه و ۲۰٪ باقیمانده را حداکثر ظرف یک ماه پس از پایش عملکرد به شرط رعایت مفاد تفاهم نامه پرداخت کنند. معاون توسعه دانشگاه موظف است با نظارت معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده بلافاصله گردش مالی را اجرایی کند تا حق الزحمه پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر کارکنان دست اندرکار اجرای برنامه به موقع به دست آنان برسد.

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

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

### **ماده ۴۸: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت**

جمعیت هدف برنامه شامل کلیه افراد ساکن در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می باشد. درمورد عشایر هم جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان و عشایر ملاک پرداخت سرانه است. برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها محاسبه شده و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره کل بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر استان تعیین و از طریق دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه پرداخت می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود. 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 بهداشتی درمانی فعال (دارای پزشک به کارگیری شده موردنیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی قرار دهد. پس از هزینه کرد این بخش از اعتبارات (صندوق بیمه

روستائیان)، وزارت بهداشت مابقی اعتبارات مورد نیاز را 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 پزشکان خانواده، ماماها/پرستاران و سایر نیروهائی که از محل اعتبارات برنامه پزشک خانواده دستمزد آنان پرداخت میگردد، تعیین و سپس، بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بر اساس مفاد تفاهم نامه ارسالی توزیع می گردد.

تبصره ۱: اداره کل بیمه سلامت استان موظف است تا قبل از پانزدهم هرماه، حداقل ۸۰٪ از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت هر شهرستان را مستقیماً" به حساب بانک طرف حساب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی (درآمد غیرقابل برداشت خزانه) واریز نماید و به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی رونوشت کند.

تبصره ۲: معاون توسعه دانشگاه موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد استان، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

تبصره ۳: معاون بهداشتی با استناد جمعیت تحت پوشش برنامه، حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی (دانشگاهی/دانشکده ای)، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما، پرستار و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و دستورعمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نماید.

تبصره ۴: معاون توسعه دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را هر ماه یکبار با دستور خرجی که معاون بهداشتی دانشگاه در اختیار وی قرار می دهد، میان شهرستان های تابعه توزیع نماید.

تبصره ۵: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تخصیصی ماهانه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نماید. همچنین مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه به تائید معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

تبصره ۶: معاون توسعه دانشگاه و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستان های تابعه ندارد.



تبصره ۷: روسای دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی برنامه خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) جداً ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد.

تبصره ۸: اسناد هزینه بایستی پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسیده و گزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین شده به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/دانشکده موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشک خانواده را از حسابرس دانشگاه/دانشکده دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.

تبصره ۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

تبصره ۱۰: مدیر مالی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری به معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.

تبصره ۱۱: مرکز بهداشت شهرستان باید فهرست حقوق ارسالی به بانک برای پرداخت حقوق پزشکان خانواده، ماما/پرستارها و سایر نیروهای طرف قرارداد برنامه را پس از ممهور شدن به مهر بانک در پایان هرماه به تفکیک اسمی به اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نماید.

تبصره ۱۲: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستان های تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.

### **ماده ۴۹: شیوه پرداخت حقوق و مزایا**

معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده موظف است ترتیبی اتخاذ کند تا حقوق و مزایای پرسنل رسمی، پیمانی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان (شامل پزشک، دندانپزشک، کاردان و کارشناس بهداشتی، مامایی، پرستاری، آزمایشگاهی، رادیولوژی و کاردان، بهداشتکار دهان و دندان و پرستاری دندانپزشکی) که بر اساس این دستور عمل بکارگیری شده اند برابر مفاد این دستورالعمل تعیین و برقرار گردد. بدین صورت که حقوق و مزایای مندرج در حکم کارگزینی آنان از مجموع حق الزحمه مورد محاسبه ماهانه کسر و مانده تا ۷۰٪ مبلغ علی الحساب

بصورت ماهانه تا بیست و هشتم هر ماه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت گردد. ۳۰٪ باقیمانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی پرداخت می گردد. لازم است ۳۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد.

تبصره ۱: در تعیین دریافتی سهم دهگردشی و امتیاز عملکرد آنها بسیار موثر است. پرداخت سهم دهگردشی از حقوق پزشک فقط در شرایطی که به درستی انجام شده باشد صورت می گیرد.

تبصره ۲: چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار در نظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر این غیبت برای بیتوته در روز تعطیل و در نوبت شیفت وی باشد، علاوه بر کسر اعتبار مربوط به بیتوته فرد در زمان تعطیل، معادل یک سی ام حقوق او نیز به ازای هر روز غیبت کسر می گردد.

تبصره ۳: چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل مبلغ قرارداد یک ماه وی پرداخت نمی شود چنانچه این فرد سابقه بیش از یکماه داشته باشد مبلغ مربوط به پایش وی که نزد مرکز بهداشت شهرستان است، کسر می شود.

تبصره ۴: در صورتی که پزشک بدون عذر موجه یک روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید به ازای هر روز غیبت به میزان ۲ دو روز از کل دریافتی وی کسر گردد.

تبصره ۵: در مواردی که مبلغ علی الحساب ماهانه هر یک از کارکنان شاغل در برنامه پزشک خانواده روستائی از مبلغ مندرج در حکم پایه کارگزینی کمتر شود، ملاک پرداخت همواره مبالغ مندرج در حکم کارگزینی خواهد بود. بدیهی است که مبلغ کل قرارداد نامبرده براساس فرمول حقوقی محاسبه و در هنگام پرداخت قطعی از سرجمع دریافتی وی کسر خواهد شد.

تبصره ۶: برای کارکنان رسمی، پیمانی شاغل در برنامه پزشک خانواده مزایای ایثارگری مندرج در حکم کارگزینی از مبلغ ۷۰٪ علی الحساب کسر نمی گردد بدین معنی که مزایای فوق به سرجمع مبلغ قرارداد کارانه اضافه گردد.

تبصره ۷: صدور حکم کارگزینی در ابتدای قرارداد و ارائه فیش حقوقی در پایان هر ماه به طرف قرارداد از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان الزامی میباشد.

تبصره ۸: پزشکان، ماماها/ مراقبین سلامت، و پرستاران طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز و خانواده شاهد شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

تبصره ۹: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد، باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

## **ماده ۵۰: استاندارد های توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

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

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

۳- مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی، هزینه های مربوط به ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی به جمعیت تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

۴- مرکز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهای اختصاصی برنامه موضوع منابع مالی تعیین شده در این دستورعمل، هزینه های مربوط به تامین فضای زیست یا بیتوته پزشک و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

۵- مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/دانشکده و محل ۵٪ اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان کارانه پرداخت نماید.

## **ماده ۵۱: تعرفه ارائه خدمات دارویی**

براساس کتاب ارزش نسبی خدمات سال ۱۳۹۴، تعرفه ارائه خدمات دارویی در داروخانه ها (دولتی یا غیردولتی) مستقر در مراکز بهداشتی، درمانی دولتی به شرط حضور داروساز، به ازای هر نسخه مبلغ ۸۰۰۰ ریال می باشد. ارائه دارو از قفسه دارویی اورژانس توسط پزشک یا کارکنان مرکز بهداشتی درمانی در ساعات اداری (بدون حضور داروساز) و غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت این تعرفه نیست.

تبصره ۱: اخذ تعرفه "ارائه خدمات دارویی" فقط زمانی که ارائه خدمات دارویی درمحل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام می شود، و جاهت قانونی دارد.

تبصره ۲: به استناد آیین نامه تاسیس داروخانه ها و در راستای ثبت الکترونیک نسخ دارویی و ارائه اطلاعات مورد نیاز به کمیته دانشگاهی تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده توسط داروخانه های فاقد مسئول فنی داروساز، مقرر گردید در ازای هر نسخه ارائه شده از داروخانه به مرکز بهداشت شهرستان، مبلغ ۳۵۰۰ ریال در پرداخت مطالبات داروخانه در هنگام تنظیم و پرداخت اسناد دارویی منظور گردد. بدیهی است دریافت هر گونه وجهی خارج از سهم بیمار از نسخه دارویی توسط داروخانه از بیمه شده ممنوع می باشد. یادآوری می شود این مبلغ مشمول داروخانه های واجد مسئول فنی داروساز نمی باشد و در این قبیل داروخانه ها، صرفاً تعرفه خدمات دارویی اخذ می گردد. کلیه داروخانه ها مکلف به ارائه دیسکت اطلاعات دارویی می باشند.

### **ماده ۵۲: سهم اعتبارات خدمات پاراکلینیک**

ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت هر شهرستان برای تدارک خدمات پاراکلینیک بصورت یکسان عمل نماید. (دریافت FFS یا سرانه) و در صورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیر دولتی واجد شرایط اقدام نماید. ارائه خدمات آزمایشگاهی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی با خودرو تا مرکز مزبور (یا حداقل فاصله زمانی ممکن) صورت گیرد.

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

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

۱- مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه دارای رادیولوژی فعال باشد.

۲- فاصله واحد رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات تا مرکز مزبور با حداقل فاصله ممکن و ترجیحاً تا نیم ساعت فاصله با خودروی معمول در منطقه باشد.

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

تبصره ۳: چنانچه سهم سرانه خدمات پاراکلینیک به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت شود ولی مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در پوشش شهرستان مربوطه قادر به ارائه خدمات با دو شرط ذکر شده نباشد، برابر سهم پاراکلینیک از مبلغ کل سرانه تعریف شده بابت پاراکلینیک آن مراکز کسر می گردد.

### **ماده ۵۳: روش خرید خدمت در خدمات دهان و دندان**

پرداخت حق الزحمه تشویقی کارانه به منظور افزایش بهره‌وری و انگیزه کارکنان بدین شرح است:

۱- بهورز، کاردان بهداشت و کارشناس مراقب سلامت خانواده طبق دستور عمل های سالانه معاونت بهداشتی در بیمه روستایی صورت می پذیرد.

۲- بهداشتکار دهان و دندان، پرستار دندان پزشک و نیروهای حد واسط (که با یونیت کار می کنند) چنانچه کف خدمات موظف بر اساس جدول زمان سنجی را ارایه نمایند حداقل ۲۵ میلیون ریال و با توجه به ضرایب محرومیت چهارگانه قابل پرداخت خواهد شد و برای خدمات مازاد ارائه شده تا سقف دو برابر بر اساس جدول زمان سنجی خدمات و تایید کارشناسان مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

- ۳- دندان پزشک چنانچه حداقل کف خدمات موظف بر اساس جدول زمان سنجی را ارایه نمایند حداقل ۵۷ میلیون ریال و با توجه ضرایب محرومیت چهار گانه قابل پرداخت خواهد بود و برای خدمات مازاد ارائه شده تا سقف دو برابر بر اساس جدول زمان سنجی خدمات و تایید کارشناسان مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.
- ۴- حق الزحمه خدمات دهان و دندان و نظارت/ارزشیابی کارشناسان و مدیران ستادی دانشکده/ دانشگاه، استان/شهرستان دانشگاه دانشکده از محل سرانه ۵٪ صندوق بیمه و درآمد های اختصاصی برنامه تامین خواهد شد و طبق دستور عمل جبران خدمت کارکنان و مدیران از محل اعتبار پزشک خانواده روستایی پرداخت خواهد شد.
- ۵- خرید خدمت از بخش خصوصی نیز مطابق با تعرفه های ذکر شده در جدول شماره ۱ و ۲ نامه شماره ۱۰۰/۱۶۷۱ مقام عالی وزارت از محل ۷٪ سهم سرانه برنامه بیمه روستایی مربوط به خدمات سلامت دهان و دندان بلامانع است که فرم قرارداد آن از طرف اداره دهان و دندان معاونت بهداشتی وزارت به دانشگاههای علوم پزشکی/دانشکده ابلاغ می گردد.
- تبصره ۱: در صورتی که میزان خدمات ماهانه ارائه شده کمتر از حد انتظار باشد بصورت کتبی تذکر و در صورت تکرار لغو قرار داد خواهد گردید.

#### **ماده ۵۴: تامین منابع در خدمات دهان و دندان**

- ۷٪ از سهم سرانه برنامه بیمه روستایی مربوط به خدمات سلامت دهان و دندان به انضمام درآمدهای بهداشتی حاصل از اجرای برنامه منابع آن می باشد که بر اساس دستورعمل مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.
- ۸۰٪ سهم بیمه روستایی مربوط به خدمات سلامت دهان و دندان فوق الذکر بایستی بابت پرداخت حق الزحمه و خرید خدمت هزینه شده و ۲۰٪ باقیمانده برای هزینه های دیگر از جمله مواد مصرفی و اموال و تعمیرات و پایش و نظارت هزینه گردد.

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

### ماده ۵۵: ارجاع در سطح یک خدمات

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

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

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

### ماده ۵۶: ارجاع در سطح دو خدمات

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

تبصره ۱: معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه سلامت استان ارائه دهد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به ستاد هماهنگی دانشگاهی اعلام دارد.

تبصره ۳: در صورت عقد قرارداد بین بیمه با بیمارستان/ بیمارستان های شبکه، بیمارستان/ بیمارستان ها باید موظف به ایجاد پلی کلینیک های تخصصی شوند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمت ارائه دهند.

تبصره ۴: اداره بیمه سلامت استان موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. هر تغییری که پیش می آید، بایستی مجدد اعلام شود. به هر حال، حداکثر در فواصل ۳ ماهه لیست نهایی باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

تبصره ۵: معاون درمان دانشگاه/ دانشکده موظف است برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی در هر بیمارستان یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد. تبصره ۶: خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز بر اساس بسته خدمت و مراقبت های مدیریت شده و سایر ابزار کنترل، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با همکاری اداره بیمه سلامت استان نظارت می شوند.

### **ماده ۵۷: میانگین موارد ارجاع به سطوح بالاتر**

میانگین موارد ارجاع به شرح زیر می باشد:

سقف ارجاع به متخصص تا حداکثر ۱۰٪ مراجعین به پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی می باشد. تبصره ۱: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه سلامت براساس دستورعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سطح تخصصی خواهد بود.



## فصل یازدهم: نظام پایش و ارزشیابی

### ماده ۵۸: شیوه پایش و نظارت

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 بهداشتی به مراکز مجری برنامه مراجعه کرده و چگونگی اجرای بسته های خدمت به گروه های هدف را مورد پایش قرار دهند. نتیجه نظارت ها در مرکز بهداشت شهرستان مورد تحلیل قرار می گیرد و آموزش های لازم به پرسنل محیطی به ویژه پزشک خانواده ارائه می شود.

تبصره ۱: لازم است پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه ماه یکبار 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 (۳۰٪) خواهد بود و نتایج پایش در اختیار اداره بیمه شهرستان قرار گیرد.

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

### ماده ۵۹: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان

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

تبصره ۱: اداره کل بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را حداکثر تا دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها فراهم باشد. نتایج پایش های مشترک مبنای کسورات خواهد بود. بدیهی است که نکات مورد نظر اداره کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان منعکس می گردد. مرکز بهداشت موظف به پیگیری می باشد.

تبصره ۲: ادارات کل بیمه سلامت استان بصورت مشترک یا اختصاصی با استفاده از چک لیستی که با تفاهم مشترک وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تهیه شده است، اقدام به نظارت ماهانه از مراکز مجری برنامه می نمایند. نتیجه این چک لیست باید تا قبل از نظارت بعدی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام شود تا مرکز بهداشت شهرستان هرچه سریعتر نسبت به رفع مشکلاتی که از سوی اداره کل بیمه استان اعلام شده است، اقدام کند.

نتایج پایش مشترک باید در جلسات هماهنگی ماهانه که بین مرکز بهداشت و ادارات بیمه شهرستان برگزار می گردد مورد ارزیابی قرار گرفته و نواقص خدمات تا پایان ماه توسط شبکه اصلاح گردد در غیر این صورت مشمول کسورات می شود. ضمناً گزارش کلیه اقدامات انجام شده به ستاد هماهنگی استان اعلام گردد.

### **ماده ۶۰: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت**

ستاد هماهنگی شهرستان با مشارکت گروه های آموزشی دانشگاه/دانشکده باید برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، ماما/پرستار طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش در مرکز آموزش بهورزی تقویت شده اقدام کند. با توجه به ناهمگونی مهارت های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت شده با مکانیسم خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد هماهنگی کشوری/دانشگاهی/دانشکده ای انجام شود.

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

### **ماده ۶۱: مسؤلیت اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی**

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

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

تبصره ۲: پزشک خانواده مسؤلیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته ی تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد.

## فصل دوازدهم: مکانیسم پرداخت

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

### ماده ۶۲: مکانیسم پرداخت پزشک

الف) اجزا تاثیر گذار بر دریافتی پزشک شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، جمعیت، تعداد شب بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت

۱- سهم محرومیت: بر اساس جدول زیر محاسبه می شود، عدد ۱ معادل ۷۵۰۰۰۰۰ ریال و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۵۵۰۰۰ ریال اضافه گردد.

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک (ریال)
۱/۰۰	۷,۵۰۰,۰۰۰
۱/۰۵	۸,۲۷۵,۰۰۰
۱/۱۰	۹,۰۵۰,۰۰۰
۱/۱۵	۹,۸۲۵,۰۰۰
۱/۲۰	۱۰,۶۰۰,۰۰۰
۱/۲۵	۱۱,۳۷۵,۰۰۰
۱/۳۰	۱۲,۱۵۰,۰۰۰
۱/۳۵	۱۲,۹۲۵,۰۰۰
۱/۴۰	۱۳,۷۰۰,۰۰۰
۱/۴۵	۱۴,۴۷۵,۰۰۰
۱/۵۰	۱۵,۲۵۰,۰۰۰
۱/۵۵	۱۶,۰۲۵,۰۰۰
۱/۶۰	۱۶,۸۰۰,۰۰۰
۱/۶۵	۱۷,۵۷۵,۰۰۰
۱/۷۰	۱۸,۳۵۰,۰۰۰
۱/۷۵	۱۹,۱۲۵,۰۰۰
۱/۸۰	۱۹,۹۰۰,۰۰۰
۱/۸۵	۲۰,۶۷۵,۰۰۰
۱/۹۰	۲۱,۴۵۰,۰۰۰
۱/۹۵	۲۲,۲۲۵,۰۰۰
۲/۰۰	۲۳,۰۰۰,۰۰۰

۲- سهم ماندگاری: عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه معادل ۱۰۰٪

-در محدوده شهرستان معادل ۷۵٪

-در محدوده دانشگاه/ استان معادل ۵۰٪

-کل کشور معادل ۲۵٪

سنوات به سال محاسبه و به ازای یک سال کامل خدمت (برحسب ریال) براساس جدول زیر تعیین می شود، عدد ۱ معادل ۸۳۰۰۰۰۰ ریال و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۷۲۸۱ ریال اضافه گردد .

تبصره ۱: برای افرادی که در شهرهای زیر بیست هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سنوات قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاری نامبردگان در سنوات قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۲۵ درصد) در نظر گرفته شود.

تبصره ۲: برای افرادی که در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سنوات قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این روستاها توسط دانشگاه در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاری نامبردگان در سنوات قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/استان (۵۰ درصد) در نظر گرفته شود.

بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (ریال)		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
بیشتر از ۶ سال	تا ۶ سال خدمت	
۵۰۰,۰۰۰	۸۳۰,۰۰۰	۱/۰۰
۵۳۰,۰۰۰	۹۱۶,۴۰۷	۱/۰۵
۵۶۰,۰۰۰	۱,۰۰۲,۸۱۴	۱/۱۰
۵۹۰,۰۰۰	۱,۰۸۹,۲۲۱	۱/۱۵
۶۲۰,۰۰۰	۱,۱۷۵,۶۲۸	۱/۲۰
۶۵۰,۰۰۰	۱,۲۶۲,۰۳۵	۱/۲۵
۶۸۰,۰۰۰	۱,۳۴۸,۴۴۲	۱/۳۰
۷۱۰,۰۰۰	۱,۴۳۴,۸۴۹	۱/۳۵
۷۴۰,۰۰۰	۱,۵۲۱,۲۵۶	۱/۴۰
۷۷۰,۰۰۰	۱,۶۰۷,۶۶۳	۱/۴۵
۸۰۰,۰۰۰	۱,۶۹۴,۰۷۰	۱/۵۰
۸۳۰,۰۰۰	۱,۷۸۰,۴۷۷	۱/۵۵
۸۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۶,۸۸۴	۱/۶۰
۸۹۰,۰۰۰	۱,۹۵۳,۲۹۱	۱/۶۵
۹۲۰,۰۰۰	۲,۰۳۹,۶۹۸	۱/۷۰
۹۵۰,۰۰۰	۲,۱۲۶,۱۰۵	۱/۷۵
۹۸۰,۰۰۰	۲,۲۱۲,۵۱۲	۱/۸۰
۱,۰۱۰,۰۰۰	۲,۲۹۸,۹۱۹	۱/۸۵
۱,۰۴۰,۰۰۰	۲,۳۸۵,۳۲۶	۱/۹۰
۱,۰۷۰,۰۰۰	۲,۴۷۱,۷۳۳	۱/۹۵
۱,۱۰۰,۰۰۰	۲,۵۵۸,۱۴۰	۲/۰۰

تبصره ۱: در این دستورعمل هر جا از سوابق ماندگاری بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستائی است. چنانچه پزشکی با اداره کل بیمه سلامت بعنوان پزشک خانواده طرف قرارداد بوده و به تازگی جزو نیروهای پزشک خانواده طرف قرارداد شبکه شده است، سنوات همکاری در برنامه پزشک خانواده بعنوان ماندگاری مورد محاسبه قرار می گیرد. در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمانهای بیمه گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول سنوات ماندگاری نمی شود. سنوات فعالیت در برنامه پزشک خانواده در سطوح ستادی نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

تبصره ۲: جهت محاسبه کلیه سنوات فرد بر اساس سال آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است بعنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

۳- جمعیت: به ازای هرنفر جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده (کل جمعیت ساکن در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر)، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۸۱۵۰ ریال می باشد؛ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۳۶ ریال اضافه گردد.

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت ساکن تحت پوشش پزشک (K) (ریال)
۱/۰۰	۸,۱۵۰
۱/۰۵	۸,۸۳۰
۱/۱۰	۹,۵۱۰
۱/۱۵	۱۰,۱۹۰
۱/۲۰	۱۰,۸۷۰
۱/۲۵	۱۱,۵۵۰
۱/۳۰	۱۲,۲۳۰
۱/۳۵	۱۲,۹۱۰
۱/۴۰	۱۳,۵۹۰
۱/۴۵	۱۴,۲۷۰
۱/۵۰	۱۴,۹۵۰
۱/۵۵	۱۵,۶۳۰
۱/۶۰	۱۶,۳۱۰
۱/۶۵	۱۶,۹۹۰
۱/۷۰	۱۷,۶۷۰
۱/۷۵	۱۸,۳۵۰
۱/۸۰	۱۹,۰۳۰
۱/۸۵	۱۹,۷۱۰
۱/۹۰	۲۰,۳۹۰
۱/۹۵	۲۱,۰۷۰
۲/۰۰	۲۱,۷۵۰



۴- تعداد شب بیتوته: بیتوته جزو وظایف لاینفک پزشک خانواده طرف قرارداد است و هیچ پزشکی مجاز نیست از آن سرپیچی کند. مبالغ در نظر گرفته شده به ازای هر شب به شرح جدول زیر می باشد.

سهام بیتوته (ریال)				میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز
شبانه روزی	سه پزشک و بیشتر	دو پزشک	تک پزشک	
۱,۵۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۱/۰۰
۱,۵۶۳,۰۰۰	۹۶۳,۰۰۰	۷۶۳,۰۰۰	۶۶۳,۰۰۰	۱/۰۵
۱,۶۲۶,۰۰۰	۱,۰۲۶,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۷۲۶,۰۰۰	۱/۱۰
۱,۶۸۹,۰۰۰	۱,۰۸۹,۰۰۰	۸۸۹,۰۰۰	۷۸۹,۰۰۰	۱/۱۵
۱,۷۵۲,۰۰۰	۱,۱۵۲,۰۰۰	۹۵۲,۰۰۰	۸۵۲,۰۰۰	۱/۲۰
۱,۸۱۵,۰۰۰	۱,۲۱۵,۰۰۰	۱,۰۱۵,۰۰۰	۹۱۵,۰۰۰	۱/۲۵
۱,۸۷۸,۰۰۰	۱,۲۷۸,۰۰۰	۱,۰۷۸,۰۰۰	۹۷۸,۰۰۰	۱/۳۰
۱,۹۴۱,۰۰۰	۱,۳۴۱,۰۰۰	۱,۱۴۱,۰۰۰	۱,۰۴۱,۰۰۰	۱/۳۵
۲,۰۰۴,۰۰۰	۱,۴۰۴,۰۰۰	۱,۲۰۴,۰۰۰	۱,۱۰۴,۰۰۰	۱/۴۰
۲,۰۶۷,۰۰۰	۱,۴۶۷,۰۰۰	۱,۲۶۷,۰۰۰	۱,۱۶۷,۰۰۰	۱/۴۵
۲,۱۳۰,۰۰۰	۱,۵۳۰,۰۰۰	۱,۳۳۰,۰۰۰	۱,۲۳۰,۰۰۰	۱/۵۰
۲,۱۹۳,۰۰۰	۱,۵۹۳,۰۰۰	۱,۳۹۳,۰۰۰	۱,۲۹۳,۰۰۰	۱/۵۵
۲,۲۵۶,۰۰۰	۱,۶۵۶,۰۰۰	۱,۴۵۶,۰۰۰	۱,۳۵۶,۰۰۰	۱/۶۰
۲,۳۱۹,۰۰۰	۱,۷۱۹,۰۰۰	۱,۵۱۹,۰۰۰	۱,۴۱۹,۰۰۰	۱/۶۵
۲,۳۸۲,۰۰۰	۱,۷۸۲,۰۰۰	۱,۵۸۲,۰۰۰	۱,۴۸۲,۰۰۰	۱/۷۰
۲,۴۴۵,۰۰۰	۱,۸۴۵,۰۰۰	۱,۶۴۵,۰۰۰	۱,۵۴۵,۰۰۰	۱/۷۵
۲,۵۰۸,۰۰۰	۱,۹۰۸,۰۰۰	۱,۷۰۸,۰۰۰	۱,۶۰۸,۰۰۰	۱/۸۰
۲,۵۷۱,۰۰۰	۱,۹۷۱,۰۰۰	۱,۷۷۱,۰۰۰	۱,۶۷۱,۰۰۰	۱/۸۵
۲,۶۳۴,۰۰۰	۲,۰۳۴,۰۰۰	۱,۸۳۴,۰۰۰	۱,۷۳۴,۰۰۰	۱/۹۰
۲,۶۹۷,۰۰۰	۲,۰۹۷,۰۰۰	۱,۸۹۷,۰۰۰	۱,۷۹۷,۰۰۰	۱/۹۵
۲,۷۶۰,۰۰۰	۲,۱۶۰,۰۰۰	۱,۹۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۰,۰۰۰	۲/۰۰

#### ۵- سهم پراکندگی یا دهگردشی:

- دهگردشی: پزشک خانواده باید حداقل هفته ای یکبار به خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت تحت پوشش خود سرکشی کند. البته، چنانچه تعداد خانه بهداشت در پوشش یک پزشک بیش از ۵ خانه باشد، مراجعه یکبار در هفته کافی است. همچنین، باید هر ماه یکبار به روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد.

- 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 تحت پوشش پزشک ضربدر چهار) 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 برحسب کیلومتر ضربدر چهار) با اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر) به اضافه (مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز تقسیم بر سه برحسب کیلومتر)

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

ضریب دهگردشی \* ( سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحد های تحت پوشش ) = سهم پراکندگی  
در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۲۲۳۰۰۰ ریال برای هر واحد می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۵۸۷۰ ریال اضافه گردد.  
در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۹۰۰۰ ریال برای هر کیلومتر خاکی می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۶۰ ریال اضافه گردد.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۵۰۰۰ ریال برای هر کیلومتر آسفالت می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۶۰ ریال اضافه گردد.

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، شهرستان، بخش و مرکز
۵,۰۰۰	۹,۰۰۰	۲۲۳,۰۰۰	۱/۰۰
۵,۸۰۰	۹,۸۰۰	۲۵۲,۳۵۰	۱/۰۵
۶,۶۰۰	۱۰,۶۰۰	۲۸۱,۷۰۰	۱/۱۰
۷,۴۰۰	۱۱,۴۰۰	۳۱۱,۰۵۰	۱/۱۵
۸,۲۰۰	۱۲,۲۰۰	۳۴۰,۴۰۰	۱/۲۰
۹,۰۰۰	۱۳,۰۰۰	۳۶۹,۷۵۰	۱/۲۵
۹,۸۰۰	۱۳,۸۰۰	۳۹۹,۱۰۰	۱/۳۰
۱۰,۶۰۰	۱۴,۶۰۰	۴۲۸,۴۵۰	۱/۳۵
۱۱,۴۰۰	۱۵,۴۰۰	۴۵۷,۸۰۰	۱/۴۰
۱۲,۲۰۰	۱۶,۲۰۰	۴۸۷,۱۵۰	۱/۴۵
۱۳,۰۰۰	۱۷,۰۰۰	۵۱۶,۵۰۰	۱/۵۰
۱۳,۸۰۰	۱۷,۸۰۰	۵۴۵,۸۵۰	۱/۵۵
۱۴,۶۰۰	۱۸,۶۰۰	۵۷۵,۲۰۰	۱/۶۰
۱۵,۴۰۰	۱۹,۴۰۰	۶۰۴,۵۵۰	۱/۶۵
۱۶,۲۰۰	۲۰,۲۰۰	۶۳۳,۹۰۰	۱/۷۰
۱۷,۰۰۰	۲۱,۰۰۰	۶۶۳,۲۵۰	۱/۷۵
۱۷,۸۰۰	۲۱,۸۰۰	۶۹۲,۶۰۰	۱/۸۰
۱۸,۶۰۰	۲۲,۶۰۰	۷۲۱,۹۵۰	۱/۸۵
۱۹,۴۰۰	۲۳,۴۰۰	۷۵۱,۳۰۰	۱/۹۰
۲۰,۲۰۰	۲۴,۲۰۰	۷۸۰,۶۵۰	۱/۹۵
۲۱,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	۲/۰۰

۶- ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود. 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٪، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ 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 کل قرارداد می شود، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.  
می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد.

۷- ضریب حضور: عبارتست از نسبت روزهایی که پزشک در محل خدمت خود حضور داشته است تقسیم بر تعداد روزهای ماه.

بازای هر روز که پزشک غیبت داشته باشد معادل دو سی ام دریافتی از کل حقوق وی کسر می گردد. این موضوع، شامل روزهای تعطیل که پزشک موظف به ارائه شیفت بود نیز می شود. خاطرنشان می گردد مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته بصورت شیفتی بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود.

۸- حق مسئولیت: پزشک مسئول در مرکز بهداشتی درمانی بعنوان مسئول تیم های سلامت مرکز محسوب می شود. حق مسئولیت پزشک در مرکز بهداشتی درمانی با یک تیم سلامت تا ۴٪ مبلغ کل قرارداد به سرجمع مبلغ قرارداد 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 مرکز بهداشتی درمانی با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول تا ۵ درصد مبلغ کل قرارداد می باشد لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر تا ۷ درصد می باشد.

(ب) دامنه نوسان دستمزد پزشک خانواده:

مبلغ کل قرارداد پزشکان خانواده برای جمعیت تحت پوشش ۴۰۰۰ نفری با کمترین ضرایب محرومیت (۱)، دهگردشی و با ضریب عملکرد ۱ و به شرط حضور و بیتوته و در بدو خدمت به عنوان پزشک خانواده، رقمی حدود ۵۷۰۰۰۰۰۰ ریال می شود. این رقم در بالاترین ضرایب (۲) و عملکرد ۱/۰ برحسب شرایط محرومیت منطقه، حدود ۱۴۴۲۰۰۰۰۰ ریال می باشد.

تبصره ۱: چنانچه با محاسبات انجام شده حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده با حداقل ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، انجام بیتوته، دهگردشی و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۵۷۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه شد باید حقوق وی را به ۵۷۰۰۰۰۰۰ ریال در ماه افزایش داد. البته براساس مقررات و نوع بیمه کسورات لازم مثل بیمه، مالیات و غیره از این مبلغ کسر خواهد شد. به عبارت دیگر، رقم حداقل ۵۷۰۰۰۰۰۰ تومان تفاهم نامه، خالص دریافتی پزشک نیست.

تبصره ۲: حقوق پزشکان طرحی و پیام آور می بایست معادل ۸۰٪ حقوق پزشکان غیرطرحی باشد.

تبصره ۳: در مناطقی که امکان جذب پزشک یا ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص هست (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/دانشکده و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به سرجمع دریافتی فرد اضافه کرد. در میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه بالای ۱/۷۰ به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشکده/دانشگاه میتوان از نوع قرارداد اقماری استفاده کرد یعنی پرداخت ۷۰٪ حقوق برای ۱۵ روز کاری در ماه. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه وجود ندارد و فقط در شرایط اضطرار ضمن ارائه شواهد و مستندات مربوطه میتواند از نصف مرخصی استحقاقی بدون کسر حقوق در ماه استفاده نماید. لازم است که فهرست این پزشکان به همراه کدملی به اداره کل بیمه استان ارسال شود و این پزشکان حق هیچ گونه فعالیت پزشکی دیگری را ندارند.

تبصره ۴: تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، مسئول سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز 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 بهداشتی درمانی و رابط مرکز با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد (با اولویت پزشک رسمی یا پیمانی).

تبصره ۵: حداکثر سقف جمعیتی قابل محاسبه جهت دستمزد پزشک خانواده ۵۰۰۰ نفر می باشد.  
تبصره ۶: در صورتیکه جمعیت تحت پوشش پزشک کمتر از ۲۵۰۰ نفر باشد مبنای محاسبه دستمزد پزشک حداقل جمعیت معادل ۲۵۰۰ نفر خواهد بود.

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

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

تبصره: حق الزحمه پزشکان قراردادی به عنوان پزشک جایگزین معادل متوسط حق الزحمه پزشکان شهرستان محل ماموریت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی حق الزحمه مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت پرداخت می گردد.

### **ماده ۶۳: مکانیسم پرداخت ماما / پرستار / پاراکلینیک**

اجزا تاثیرگذار بر دریافتی آنها شامل سهم محرومیت، سهم ماندگاری، جمعیت، سهم پراکندگی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ارائه خدمات اضافی می باشد.

۱- سهم محرومیت: میانگین ضرایب که از عدد ۱ شروع می شود. برای کارشناسان عدد ۱ معادل ۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال و برای کاردان ها رقم ۴۲۵۰۰۰۰ ریال می باشد.

به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) برای کارشناس مبلغ ۳۲۵۰۰ ریال و برای کاردان مبلغ ۲۴۶۵۰ ریال اضافه گردد.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت (ریال)		میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه ، شهرستان، بخش و مرکز
کارشناس	کاردان	
۵,۰۰۰,۰۰۰	۴,۲۵۰,۰۰۰	۱/۰۰
۵,۱۶۲,۵۰۰	۴,۳۷۳,۲۵۰	۱/۰۵
۵,۳۲۵,۰۰۰	۴,۴۹۶,۵۰۰	۱/۱۰
۵,۴۸۷,۵۰۰	۴,۶۱۹,۷۵۰	۱/۱۵
۵,۶۵۰,۰۰۰	۴,۷۴۳,۰۰۰	۱/۲۰
۵,۸۱۲,۵۰۰	۴,۸۶۶,۲۵۰	۱/۲۵
۵,۹۷۵,۰۰۰	۴,۹۸۹,۵۰۰	۱/۳۰
۶,۱۳۷,۵۰۰	۵,۱۱۲,۷۵۰	۱/۳۵
۶,۳۰۰,۰۰۰	۵,۲۳۶,۰۰۰	۱/۴۰
۶,۴۶۲,۵۰۰	۵,۳۵۹,۲۵۰	۱/۴۵
۶,۶۲۵,۰۰۰	۵,۴۸۲,۵۰۰	۱/۵۰
۶,۷۸۷,۵۰۰	۵,۶۰۵,۷۵۰	۱/۵۵
۶,۹۵۰,۰۰۰	۵,۷۲۹,۰۰۰	۱/۶۰
۷,۱۱۲,۵۰۰	۵,۸۵۲,۲۵۰	۱/۶۵
۷,۲۷۵,۰۰۰	۵,۹۷۵,۵۰۰	۱/۷۰
۷,۴۳۷,۵۰۰	۶,۰۹۸,۷۵۰	۱/۷۵
۷,۶۰۰,۰۰۰	۶,۲۲۲,۰۰۰	۱/۸۰
۷,۷۶۲,۵۰۰	۶,۳۴۵,۲۵۰	۱/۸۵
۷,۹۲۵,۰۰۰	۶,۴۶۸,۵۰۰	۱/۹۰
۸,۰۸۷,۵۰۰	۶,۵۹۱,۷۵۰	۱/۹۵
۸,۲۵۰,۰۰۰	۶,۷۱۵,۰۰۰	۲/۰۰

۲- سهم ماندگاری:

- در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه معادل ۱۰۰٪
- در محدوده شهرستان معادل ۷۵٪
- در محدوده دانشگاه/استان معادل ۵۰٪
- کل کشور معادل ۲۵٪

سنوات به سال محاسبه و بازای یک سال کامل خدمت (برحسب ریال) براساس جدول زیر تعیین می شود، عدد ۱ معادل ۴۰۰۰۰۰ ریال برای کارشناس و ۳۴۰۰۰۰ ریال برای کاردان می باشد  
بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۲۶۰۰ ریال برای کارشناس و ۱۹۵۰ ریال برای کاردان اضافه گردد.



بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کاردان)		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کارشناس)		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	
۱۷۰,۰۰۰	۳۴۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۱/۰۰
۱۷۴,۸۷۵	۳۴۹,۷۵۰	۲۰۶,۵۰۰	۴۱۳,۰۰۰	۱/۰۵
۱۷۹,۷۵۰	۳۵۹,۵۰۰	۲۱۳,۰۰۰	۴۲۶,۰۰۰	۱/۱۰
۱۸۴,۶۲۵	۳۶۹,۲۵۰	۲۱۹,۵۰۰	۴۳۹,۰۰۰	۱/۱۵
۱۸۹,۵۰۰	۳۷۹,۰۰۰	۲۲۶,۰۰۰	۴۵۲,۰۰۰	۱/۲۰
۱۹۴,۳۷۵	۳۸۸,۷۵۰	۲۳۲,۵۰۰	۴۶۵,۰۰۰	۱/۲۵
۱۹۹,۲۵۰	۳۹۸,۵۰۰	۲۳۹,۰۰۰	۴۷۸,۰۰۰	۱/۳۰
۲۰۴,۱۲۵	۴۰۸,۲۵۰	۲۴۵,۵۰۰	۴۹۱,۰۰۰	۱/۳۵
۲۰۹,۰۰۰	۴۱۸,۰۰۰	۲۵۲,۰۰۰	۵۰۴,۰۰۰	۱/۴۰
۲۱۳,۸۷۵	۴۲۷,۷۵۰	۲۵۸,۵۰۰	۵۱۷,۰۰۰	۱/۴۵
۲۱۸,۷۵۰	۴۳۷,۵۰۰	۲۶۵,۰۰۰	۵۳۰,۰۰۰	۱/۵۰
۲۲۳,۶۲۵	۴۴۷,۲۵۰	۲۷۱,۵۰۰	۵۴۳,۰۰۰	۱/۵۵
۲۲۸,۵۰۰	۴۵۷,۰۰۰	۲۷۸,۰۰۰	۵۵۶,۰۰۰	۱/۶۰
۲۳۳,۳۷۵	۴۶۶,۷۵۰	۲۸۴,۵۰۰	۵۶۹,۰۰۰	۱/۶۵
۲۳۸,۲۵۰	۴۷۶,۵۰۰	۲۹۱,۰۰۰	۵۸۲,۰۰۰	۱/۷۰
۲۴۳,۱۲۵	۴۸۶,۲۵۰	۲۹۷,۵۰۰	۵۹۵,۰۰۰	۱/۷۵
۲۴۸,۰۰۰	۴۹۶,۰۰۰	۳۰۴,۰۰۰	۶۰۸,۰۰۰	۱/۸۰
۲۵۲,۸۷۵	۵۰۵,۷۵۰	۳۱۰,۵۰۰	۶۲۱,۰۰۰	۱/۸۵
۲۵۷,۷۵۰	۵۱۵,۵۰۰	۳۱۷,۰۰۰	۶۳۴,۰۰۰	۱/۹۰
۲۶۲,۶۲۵	۵۲۵,۲۵۰	۳۲۳,۵۰۰	۶۴۷,۰۰۰	۱/۹۵
۲۶۷,۵۰۰	۵۳۵,۰۰۰	۳۳۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۲/۰۰

تبصره ۱: در این دستورعمل هر جا از سوابق ماندگاری بحث شده است، منظور قراردادهای با شبکه بهداشت و درمان بعنوان مامای طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده روستائی است. چنانچه ماما/پرستاری با یکی از بیمه ها طرف قرارداد بوده و به تازگی جزو نیروهای طرف قرارداد شبکه شده است، همانند ماما/پرستار بدون هیچ ماندگاری محسوب می شود.

تبصره ۲: جهت محاسبه کلیه سنوات فرد بر اساس سال آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است بعنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

۳- جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش (کل جمعیت ساکن در مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر)، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، و منطقه) برای کارشناس مبلغ ۱۷۱۰ ریال و برای کاردان مبلغ ۱۴۵۰ ریال می باشد و و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۱۱,۱ ریال برای کارشناس و ۸,۵ ریال برای کاردان اضافه گردد.

مبلغ تعیین شده به ازای هر نفر جمعیت کل تحت پوشش		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
برای کارشناس (ریال)	برای کاردان (ریال)	
۱،۴۵۰	۱،۷۱۰	۱/۰۰
۱،۴۹۳	۱،۷۶۶	۱/۰۵
۱،۵۳۵	۱،۸۲۱	۱/۱۰
۱،۵۷۸	۱،۸۷۷	۱/۱۵
۱،۶۲۰	۱،۹۳۲	۱/۲۰
۱،۶۶۳	۱،۹۸۸	۱/۲۵
۱،۷۰۵	۲،۰۴۳	۱/۳۰
۱،۷۴۸	۲،۰۹۹	۱/۳۵
۱،۷۹۰	۲،۱۵۴	۱/۴۰
۱،۸۳۳	۲،۲۱۰	۱/۴۵
۱،۸۷۵	۲،۲۶۵	۱/۵۰
۱،۹۱۸	۲،۳۲۱	۱/۵۵
۱،۹۶۰	۲،۳۷۶	۱/۶۰
۲،۰۰۳	۲،۴۳۲	۱/۶۵
۲،۰۴۵	۲،۴۸۷	۱/۷۰
۲،۰۸۸	۲،۵۴۳	۱/۷۵
۲،۱۳۰	۲،۵۹۸	۱/۸۰
۲،۱۷۳	۲،۶۵۴	۱/۸۵
۲،۲۱۵	۲،۷۰۹	۱/۹۰
۲،۲۵۸	۲،۷۶۵	۱/۹۵
۲،۳۰۰	۲،۸۲۰	۲/۰۰

۴- سهم پراکندگی یا دهگردشی: ماما حتی الامکان باید در تمام دهگردشی های پزشک خانواده به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری همراه وی باشد.

- دهگردشی: مامای تیم سلامت باید حداقل هفته ای یکبار به خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت تحت پوشش خود سرکشی کند. همچنین، باید هر ماه یکبار به روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد.

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

✓ تعداد واحد تحت پوشش (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش): (تعداد خانه بهداشت تحت پوشش ضربدر چهار) به اضافه (تعداد روستای قمر تحت پوشش) به اضافه (تعداد روستای سیاری تحت پوشش تقسیم بر سه)

✓ فواصل (نحوه محاسبه فواصل): (مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش برحسب کیلومتر ضربدر چهار) با اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش تا مرکز برحسب کیلومتر) به اضافه (مجموع

فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش تا مرکز تقسیم بر سه برحسب کیلومتر)

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

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

تبصره: با توجه به عدم حضور نیروی پاراکلینیک در برنامه دهگردشی، این سهم به نامبردگان تعلق نمی گیرد.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	بازای هر واحد (ریال) کارشناس	بازای هر واحد (ریال) کاردان	بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) (ریال) کارشناس	بازای هر کیلومتر مسافت (ریال) کارشناس	بازای هر کیلومتر مسافت (ریال) کارشناس	بازای هر کیلومتر مسافت (ریال) کاردان
۱/۰۰	۵۶،۵۰۰	۴۷،۸۰۰	۳،۰۰۰	۲،۴۰۰	۲،۰۰۰	۱،۸۰۰
۱/۰۵	۵۸،۳۴۰	۴۹،۲۰۰	۳،۰۷۵	۲،۴۶۵	۲،۰۸۵	۱،۸۶۵
۱/۱۰	۶۰،۱۸۰	۵۰،۶۰۰	۳،۱۵۰	۲،۵۳۰	۲،۱۷۰	۱،۹۳۰
۱/۱۵	۶۲،۰۲۰	۵۲،۰۰۰	۳،۲۲۵	۲،۵۹۵	۲،۲۵۵	۱،۹۹۵
۱/۲۰	۶۳،۸۶۰	۵۳،۴۰۰	۳،۳۰۰	۲،۶۶۰	۲،۳۴۰	۲،۰۶۰
۱/۲۵	۶۵،۷۰۰	۵۴،۸۰۰	۳،۳۷۵	۲،۷۲۵	۲،۴۲۵	۲،۱۲۵
۱/۳۰	۶۷،۵۴۰	۵۶،۲۰۰	۳،۴۵۰	۲،۷۹۰	۲،۵۱۰	۲،۱۹۰
۱/۳۵	۶۹،۳۸۰	۵۷،۶۰۰	۳،۵۲۵	۲،۸۵۵	۲،۵۹۵	۲،۲۵۵
۱/۴۰	۷۱،۲۲۰	۵۹،۰۰۰	۳،۶۰۰	۲،۹۲۰	۲،۶۸۰	۲،۳۲۰
۱/۴۵	۷۳،۰۶۰	۶۰،۴۰۰	۳،۶۷۵	۲،۹۸۵	۲،۷۶۵	۲،۳۸۵
۱/۵۰	۷۴،۹۰۰	۶۱،۸۰۰	۳،۷۵۰	۳،۰۵۰	۲،۸۵۰	۲،۴۵۰
۱/۵۵	۷۶،۷۴۰	۶۳،۲۰۰	۳،۸۲۵	۳،۱۱۵	۲،۹۳۵	۲،۵۱۵
۱/۶۰	۷۸،۵۸۰	۶۴،۶۰۰	۳،۹۰۰	۳،۱۸۰	۳،۰۲۰	۲،۵۸۰
۱/۶۵	۸۰،۴۲۰	۶۶،۰۰۰	۳،۹۷۵	۳،۲۴۵	۳،۱۰۵	۲،۶۴۵
۱/۷۰	۸۲،۲۶۰	۶۷،۴۰۰	۴،۰۵۰	۳،۳۱۰	۳،۱۹۰	۲،۷۱۰
۱/۷۵	۸۴،۱۰۰	۶۸،۸۰۰	۴،۱۲۵	۳،۳۷۵	۳،۲۷۵	۲،۷۷۵
۱/۸۰	۸۵،۹۴۰	۷۰،۲۰۰	۴،۲۰۰	۳،۴۴۰	۳،۳۶۰	۲،۸۴۰
۱/۸۵	۸۷،۷۸۰	۷۱،۶۰۰	۴،۲۷۵	۳،۵۰۵	۳،۴۴۵	۲،۹۰۵
۱/۹۰	۸۹،۶۲۰	۷۳،۰۰۰	۴،۳۵۰	۳،۵۷۰	۳،۵۳۰	۲،۹۷۰
۱/۹۵	۹۱،۴۶۰	۷۴،۴۰۰	۴،۴۲۵	۳،۶۳۵	۳،۶۱۵	۳،۰۳۵
۲/۰۰	۹۳،۳۰۰	۷۵،۸۰۰	۴،۵۰۰	۳،۷۰۰	۳،۷۰۰	۳،۱۰۰

۵- ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود. 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٪، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد.  
در صورت کسب امتیاز بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل دو صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از ۹۰ کاملاً 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 کل قرارداد می شود، البته نباید هیچیک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به ماما/پرستار درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.  
تبصره: می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط مرکز بهداشت شهرستان به ماما/پرستار مربوطه ابلاغ گردد  
۶- تعداد شب بیتوته:

به ازای هر شب که ماما در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بیتوته می کند، مبلغی در نظر گرفته می شود شامل جدول زیر می باشد. خاطرنشان می سازد که براساس دستورعمل، انجام بیتوته برای ماما/پرستار طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده ضرورت ندارد.  
تبصره: لازم است در صورت نیاز به خدمات ماما در زمان بیتوته، این نکته در متن قرارداد قید شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی درمورد انجام بیتوته پیش نیاید.

متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	به ازای هر شب (ریال) کارشناس	به ازای هر شب (ریال) کاردان
۱/۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰
۱/۰۵	۱۵۵,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰
۱/۱۰	۱۶۰,۰۰۰	۱۳۰,۰۰۰
۱/۱۵	۱۶۵,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰
۱/۲۰	۱۷۰,۰۰۰	۱۴۰,۰۰۰
۱/۲۵	۱۷۵,۰۰۰	۱۴۵,۰۰۰
۱/۳۰	۱۸۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰
۱/۳۵	۱۸۵,۰۰۰	۱۵۵,۰۰۰
۱/۴۰	۱۹۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰
۱/۴۵	۱۹۵,۰۰۰	۱۶۵,۰۰۰
۱/۵۰	۲۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰
۱/۵۵	۲۰۵,۰۰۰	۱۷۵,۰۰۰
۱/۶۰	۲۱۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰
۱/۶۵	۲۱۵,۰۰۰	۱۸۵,۰۰۰
۱/۷۰	۲۲۰,۰۰۰	۱۹۰,۰۰۰
۱/۷۵	۲۲۵,۰۰۰	۱۹۵,۰۰۰
۱/۸۰	۲۳۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰
۱/۸۵	۲۳۵,۰۰۰	۲۰۵,۰۰۰
۱/۹۰	۲۴۰,۰۰۰	۲۱۰,۰۰۰
۱/۹۵	۲۴۵,۰۰۰	۲۱۵,۰۰۰
۲/۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۲۲۰,۰۰۰

۷- ارائه خدمات اضافی: چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران، کودکان و زنان و همیاری پزشک به انجام وظایفی چون دارویاری و تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد به ازای خدمت دارویاری تا ۱۰٪ دریافتی وی و تا ۵٪ برای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و...) ماهانه به دریافتی وی اضافه می شود. ضرورت دارد این نکته در متن قرارداد قید شود تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی درمورد انجام خدمات اضافی پیش نیاید.

۸- ضریب حضور: نسبت روزهایی که ماما/پرستار درمحل خدمت خودحضور داشته است تقسیم برتعداد روزهای ماه. (روزهای تعطیل و جمعه به روزهای حضور اضافه شود)

ب- دامنه نوسان دستمزد ماما: دامنه این مقدار برای کارشناس با سقف جمعیت ۷۰۰۰ نفری تحت پوشش و کمترین مقادیر ضرایب مختلف موجود در فرمول و حضور دائم برای خدمت رسانی با دهگردشی ۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال و در بالاترین ضرایب بدون ماندگاری، بیش از ۳۳۰۰۰۰۰۰ ریال است.

دامنه تغییر این پرداختها برای کاردان با سقف جمعیت ۷۰۰۰ نفری بترتیب ۱۷۰۰۰۰۰۰ ریال و ۲۷۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد. همه محاسبات با ضریب عملکرد معادل ۱ فرض شده است.

درهرصورت، چنانچه براساس فرمول محاسباتی، حقوق نامبردگان از آنچه در تفاهم نامه آمده است، کمتر شد باید حداقل تعیین شده در تفاهم نامه (۲۰۰۰۰۰۰۰ ریال برای کارشناس و کارشناس ارشد و ۱۷۰۰۰۰۰۰ ریال برای کاردان) به شرط جمعیت تحت پوشش ۷۰۰۰ نفر به وی پرداخت گردد.

تبصره ۱: حق الزحمه ماماهاى قراردادی به عنوان مامای جایگزین معادل متوسط حق الزحمه ماماهاى شهرستان یا شهرستان های محل ماموریت مامای جایگزین مزبور می باشد.

تبصره ۲: به ازای هر روز غیبت فرد معادل دو سی ام دریافتی از کل حقوق وی کسر می گردد.

تبصره ۳: حداکثر سقف جمعیتی قابل محاسبه جهت دستمزد ماما ۷۰۰۰ نفر می باشد.

تبصره ۴: در صورتی که جمعیت تحت پوشش ماما طرف قرارداد زیر ۴۰۰۰ نفر باشد، مبنای محاسبه دستمزد، حداقل ۴۰۰۰ نفر خواهد بود.

ج) فرمول محاسبه کارشناس / کاردان ماما:

سهم بیتوته + {ضریب حضور \* [ضریب عملکرد\* (ارائه خدمات اضافی + سهم پراکندگی) + K} ریال \* جمعیت) + سهم ماندگاری + سهم محرومیت



### ماده ۶۴: مکانیسم پرداخت دندانپزشکی

با توجه به میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه (استان، شهرستان، بخش، مرکز بهداشتی درمانی) مبلغ قرارداد بر

اساس جدول زیر قابل محاسبه می باشد:

جدول حداقل پرداختی حقوق دندان پزشک با توجه به ضریب محرومیت چهارگانه

مبلغ تعیین شده برای متوسط حقوق (ریال)		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، بخش و مرکز
بهداشتکار دهان و دندان	دندانپزشک	
۲۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۷,۰۰۰,۰۰۰	۱/۰۰
۲۶,۲۵۰,۰۰۰	۵۸,۴۲۵,۰۰۰	۱/۰۵
۲۷,۵۰۰,۰۰۰	۵۹,۸۵۰,۰۰۰	۱/۱۰
۲۸,۷۵۰,۰۰۰	۶۱,۲۷۵,۰۰۰	۱/۱۵
۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۲,۷۰۰,۰۰۰	۱/۲۰
۳۱,۲۵۰,۰۰۰	۶۴,۱۲۵,۰۰۰	۱/۲۵
۳۲,۵۰۰,۰۰۰	۶۵,۵۵۰,۰۰۰	۱/۳۰
۳۳,۷۵۰,۰۰۰	۶۶,۹۷۵,۰۰۰	۱/۳۵
۳۵,۰۰۰,۰۰۰	۶۸,۴۰۰,۰۰۰	۱/۴۰
۳۶,۲۵۰,۰۰۰	۶۹,۸۲۵,۰۰۰	۱/۴۵
۳۷,۵۰۰,۰۰۰	۷۱,۲۵۰,۰۰۰	۱/۵۰
۳۸,۷۵۰,۰۰۰	۷۲,۶۷۵,۰۰۰	۱/۵۵
۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۴,۱۰۰,۰۰۰	۱/۶۰
۴۱,۲۵۰,۰۰۰	۷۵,۵۲۵,۰۰۰	۱/۶۵
۴۲,۵۰۰,۰۰۰	۷۶,۹۵۰,۰۰۰	۱/۷۰
۴۳,۷۵۰,۰۰۰	۷۸,۳۷۵,۰۰۰	۱/۷۵
۴۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۹,۸۰۰,۰۰۰	۱/۸۰
۴۶,۲۵۰,۰۰۰	۸۱,۲۲۵,۰۰۰	۱/۸۵
۴۷,۵۰۰,۰۰۰	۸۲,۶۵۰,۰۰۰	۱/۹۰
۴۸,۷۵۰,۰۰۰	۸۴,۰۷۵,۰۰۰	۱/۹۵
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۵,۵۰۰,۰۰۰	۲/۰۰

جدول زمان سنجی خدمات بر اساس نوع خدمت و زمان تعیین شده در جدول ذیل محاسبه می گردد. مبنای محاسبه جهت پرداخت حقوق دندانپزشک/بهداشتکار و ... به ازای هر شیفت فعال ارائه خدمت بر اساس جدول زیر می باشد. این مبلغ براساس عملکرد حداکثر تا دو برابر قابل پرداخت خواهد بود.

جدول زمان سنجی خدمات دندان پزشکی

محاسبه متوسط مدت زمان انجام خدمات دندان پزشکی و حداقل خدمات مورد تعهد در هر شیفت موظف		
ردیف	خدمت	متوسط مدت زمان انجام خدمت (دقیقه)
۱	وارنیش فلوراید دو فک	۱۵
۲	فیشور سیلنت هر دندان ۶	۲۰
۳	جرم گیری کامل دو فک	۲۰
۴	بروساژ دو فک	۱۰
۵	کشیدن دندان شیری	۱۵
۶	کشیدن دندان دائمی	۲۰
۷	پالپوتومی	۲۰
۸	ترمیم یک سطحی آمالگام	۳۰
۹	ترمیم دو سطحی آمالگام	۴۰
۱۰	ترمیم سه سطحی آمالگام	۵۰
۱۱	ترمیم یک سطحی اچ نوری	۴۰
۱۲	ترمیم دو سطحی اچ نوری	۵۰
۱۳	ترمیم سه سطحی اچ نوری	۶۰

در محاسبات فوق شامل مدت زمان خدمت، زمان قبل و پس از شروع خدمت، بی حسی و غیره می باشد. برای محاسبه تعهد ماهیانه، زمان خدمات انجام شده در شیفت های موظف در طول هر ماه جمع و به روش زیر محاسبه انجام می شود.

$$\text{نحوه محاسبه حقوق} = \frac{\text{مجموع زمان خدمات انجام شده در ماه بر حسب دقیقه}}{\text{تعداد روزهای کاری ضرب در 240}} \times \text{مبلغ تعیین شده برای متوسط حقوق}$$

تبصره ۱: جهت تسریع در اجرای برنامه در پایان هر ماه مبلغ ۷۰٪ قرارداد بصورت علی الحساب پرداخت و الباقی تا سقف پرداختی مورد تایید، پس از تایید کارشناس دهان و دندان شهرستان و استان با توجه به بررسی عملکرد خدماتی دندان پزشک/ بهداشتکار دهان و دندان محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲: ضریب عملکرد: بر اساس پایش عملکرد برنامه طبق چک لیست های موجود اقدام می شود و نحوه محاسبه بصورت زیر می باشد:

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٪، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد .  
در صورت کسب امتیاز بیش از ۹۰٪ بازای هر ۱٪ افزایش معادل ۲ صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد.

ب: تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.  
کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.  
کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ کل قرارداد می شود، البته نباید هر یک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.  
می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد.  
تبصره ۱: حقوق دندان پزشکان طرحی و پیام آور می بایست معادل ۷۰٪ حقوق دندان پزشکان غیر طرحی باشد.

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

مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی مورد قرارداد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بر اساس حکم کارگزینی آنها خواهد بود.

تبصره ۱: حداقل دستمزد کلیه پرسنل در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده مبلغ حکم کارگزینی افراد می باشد و چنانچه بر اساس مکانیسم پرداخت دستمزد کمتر از حکم کارگزینی باشد، تا سقف حکم کارگزینی افزایش خواهد یافت.

تبصره ۲: به منظور جبران ارائه خدمات و درگیری در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مبلغی با عنوان کارانه برنامه پزشک خانواده به سایر نیروهای درگیر در اجرای برنامه در سطوح مختلف محیطی (بهورزان، نیروهای مراکز بهداشتی درمانی بجز پزشک و ماما و نیروهایی که براساس قرارداد پزشک خانواده حقوق و مزایا دریافت می

دارند)، پرسنل ستادی مرکز بهداشت شهرستان، پرسنل ستادی مرکز بهداشت استان، پرسنل درگیر در اجرای برنامه در معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه پرداخت می گردد اعتبار پرداختی موضوع این تبصره از محل ۵ درصد سرانه که در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و منابع درآمدی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین می گردد چگونگی پرداخت کارانه مذکور در دستورعمل جداگانه ای با عنوان دستورعمل پرداخت کارانه پزشک خانواده که تنظیم و ابلاغ می گردد خواهد بود.

### **ماده ۶۶: زمان اجرا**

بر اساس تفاهم نامه ارسالی سال ۱۳۹۴، تاریخ اجرای این دستورعمل از ۹۴/۱/۱ تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است.

## فصل سیزدهم: پیوست ها

- ✓ تفاهم نامه مشترک
  - ✓ بسته خدمتی
  - ✓ چک لیست پایش مشترک با بیمه
  - ✓ چک لیست پایش تیم سلامت
  - ✓ ضرایب محرومیت و ابلاغ سرانه
  - ✓ تعرفه بخش دولتی
  - ✓ اقلام دارویی (۴۳۶ قلم داروی مورد تعهد و داروهای اورژانس و مکمل ها)
  - ✓ دستور عمل نمونه برداری آزمایشگاه
  - ✓ متن قرارداد
- الف) تیم سلامت با شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- ب) شبکه با اداره کل بیمه استان
- ج) شبکه با آزمایشگاه بخش دولتی و غیر دولتی
- د) شبکه با داروخانه بخش دولتی و غیر دولتی