

شهرستان:	نام مرکز:	تاریخ بازدید:	ساعت بازدید:
جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی:	جمعیت ساکن روستا:		

فرم پایش کیفی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

الف: خدمات پزشکی (۳۴ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۲	پزشک طبق برنامه مشخص شده در شیفت های مقرر در مرکز حضور فعال داشته است.	<input type="checkbox"/> ۶ تا ۸ ساعت روزانه حضور داشته است (۳) <input type="checkbox"/> ۴ تا ۶ ساعت روزانه حضور داشته است (۲) <input type="checkbox"/> ۲ تا ۴ ساعت روزانه حضور داشته است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از دو ساعت روزانه حضور داشته است (۰)
۲	۲	پرونده سلامت بصورت کاغذی (برای استانهای منتخب بصورت الکترونیک) برای جمعیت تحت پوشش تشکیل شده است.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد تشکیل شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد تشکیل شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد تشکیل شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد تشکیل شده است (۰)
۳	۲	پرونده سلامت بصورت کاغذی (برای استانهای منتخب بصورت الکترونیک) برای جمعیت تحت پوشش تکمیل شده است.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد تکمیل شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد تکمیل شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد تکمیل شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد تکمیل شده است (۰)
۴	۱	پزشک خانواده براساس فرم های بازگشت ارجاع از سطح ارجاع شده، مراقبت های در نظر گرفته شده را در پرونده سلامت ثبت کرده است.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد ثبت شده است (۰)
۵	۲	دستورالعمل های مورد توافق و تمامی بسته های خدمتی ابلاغی (الکترونیک/کاغذی) در مرکز موجود است (تعداد).	<input type="checkbox"/> دستور عمل ها و بسته های خدمت موجود است (۳) <input type="checkbox"/> بیش از نیمی از دستور عمل ها یا بسته های خدمت موجود است (۲) <input type="checkbox"/> کمتر از نیمی از دستور عمل ها یا بسته های خدمت موجود است (۱) <input type="checkbox"/> دستور عمل ها و بسته های خدمت موجود نیست (۰)
۶	۲	ویزیت و مراقبت گروه های هدف براساس بسته خدمات ابلاغی توسط پزشک خانواده (مبتنی بر نتایج ارزشیابی فنی کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان و مستندات موجود و نتایج شاخصها) انجام می گیرد.	بر اساس نتایج چک لیست همکاران گسترش شبکه که در اختیار بیمه قرار میگیرد: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۸۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۸۰-۷۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۷۰ درصد موارد انجام شده است (۰)
۷	۲	اطلاعات تمامی مراجعین به پزشک خانواده در دفتر ثبت مراجعین با ذکر شکایت و تشخیص احتمالی ثبت می گردد.	با مراجعه به ۱۰ صفحه از دفتر ثبت مراجعین: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد ثبت انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد ثبت شده است (۰)
۸	۱	پزشک دارو ها و خدمات تشخیصی درمانی را در دفاتر بیمه (و نه در سایر اوراق و یا پشت دفترچه بیمه) تجویز می کند.	در بررسی ۱۰ نسخه بیمه شده موجود یا نسخه موجود در داروخانه: <input type="checkbox"/> بین ۱۰۰-۷۰ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۰-۵۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد انجام شده است (۰)

الف: خدمات پزشکی (۳۴ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۹	۲	موارد نیاز به ارجاع در دفاتر ارجاع ثبت می شود.	در طول یک ماه: <input type="checkbox"/> ۱۰۰- ۸۵ درصد ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵- ۷۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰- ۵۰ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد ثبت شده است (۰)
۱۰	۲	پزشک خانواده تمام اطلاعات فرم ارجاع شامل معاینات بالینی، ذکر تشخیص احتمالی، نوع تخصص و کد ارجاع را بطور کامل تکمیل می نماید.	با بررسی نسخ ارجاع بیمه شدگان حاضر اگر: <input type="checkbox"/> کل موارد تکمیل شده باشد (۳) <input type="checkbox"/> در غیر اینصورت (۰)
۱۱	۳	نسبت تعداد کل ارجاعات به تعداد کل ویزیت های انجام شده بیمه شدگان روستایی (درصد ارجاع به متخصص) مطابق استاندارد تعریف شده حداکثر (۱۰ درصد) است.	<input type="checkbox"/> تا ۱۰ درصد (۳) <input type="checkbox"/> تا ۱۰ تا ۱۵ درصد (۲) <input type="checkbox"/> تا ۱۵ تا ۲۰ درصد (۱) <input type="checkbox"/> بالاتر از ۲۰ درصد (۰)
۱۲	۲	پزشک طبق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان، حداقل یک بار در هفته از همه خانه های بهداشت و ماهی یک بار از روستاهای قمر و فصلی یکبار از روستای سیاری دهگردشی می نماید.	مطابق جدول زمانبندی اعلام شده به مرکز بهداشت شهرستان: <input type="checkbox"/> ۱۰۰- ۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵- ۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰- ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰)
۱۳	۲	پزشک مسئول در خصوص پیگیری رفع تمامی نواقص ارائه خدمت در طی یک ماه گذشته اقدام نموده است. (در صورت وجود نواقص)	<input type="checkbox"/> ۱۰۰- ۷۵ درصد نواقص رفع شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵- ۵۰ درصد نواقص رفع شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰- ۲۵ درصد نواقص رفع شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد نواقص رفع شده است (۰)
۱۴	۱	پزشک خانواده در خصوص تقویت همکاری های بین بخشی برای حل مشکلات روستاها اقدام به تشکیل هیأت امنای پیگیری مصوبات نموده است. (با ارائه مستندات جلسات فصلی)	<input type="checkbox"/> همه جلسات تشکیل و پیگیری مصوبات آنها انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بعضی از جلسات تشکیل شده ولی پیگیری مصوبات آنها انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> جلسه به ندرت تشکیل شده یا مصوبات جلسات پیگیری نشده اند (۱) <input type="checkbox"/> جلسه ای برگزار نشده است و مصوبه ای نیز وجود ندارد (۰)
۱۵	۱	در تمامی موارد دهگردشی بر گره خط سیر و برنامه دهگردشی و سیاری در مرکز موجود و در محل مناسب (بورد مرکز) برای رؤیت بازدیدکنندگان و مراجعین نصب شده است.	<input type="checkbox"/> برنامه و خط سیر موجود و در محل مناسب نصب شده است (۳) <input type="checkbox"/> برنامه و خط سیر موجود اما نصب نشده است (۲) <input type="checkbox"/> فقط برنامه یا خط سیر موجود است (۱) <input type="checkbox"/> برنامه و خط سیر موجود نیست (۰)
۱۶	۱	اطلاع رسانی به مراجعین در خصوص مسیر ارجاع به سطوح بالاتر، آدرس و ساعت فعالیت مراکز پذیرش ارجاع شادگان، موجود ولی در محل مناسب نصب نشده است (۲) اطلاعات مسیر ارجاع به سطوح بالاتر، آدرس و ساعت فعالیت مراکز پذیرش ارجاع شادگان ناقص است یا در محل مناسب نصب نشده است (۱) اطلاعات مسیر ارجاع به سطوح بالاتر، آدرس و ساعت فعالیت مراکز پذیرش ارجاع شادگان موجود نیست (۰)	
۱۷	۲	فرانشیز و تعرفه های مصوب طبق تفاهم نامه و دستور عمل ابلاغی در تمامی موارد ارائه خدمت رعایت می گردد.	در بررسی ده مورد خدمات ارائه شده، فرانشیز و تعرفه مصوب در: <input type="checkbox"/> ۱۰۰- ۸۵ درصد رعایت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵- ۷۰ درصد رعایت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰- ۵۰ درصد رعایت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد رعایت انجام شده است (۰)
۱۸	۲	در صورت مرخصی پزشک، فرد جانشین در تمامی روزهای عدم حضور ایشان جهت ارائه خدمات به مراجعین تعیین شده است.	<input type="checkbox"/> یک پزشک جانشین (خارج از پزشکان تیم سلامت استان) به ازای هر ۱۲ مرکز تک پزشکه (یا زن وشوهر) بصورت تمام وقت تعیین شده است (۳) <input type="checkbox"/> یک پزشک جانشین (خارج از پزشکان تیم سلامت استان) به ازای هر ۱۲ مرکز تک پزشکه (یا زن وشوهر) بصورت تمام وقت تعیین نشده است (۰)

الف: خدمات پزشکی (۳۴ امتیاز)


ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱۹	۱	پزشک در بدو ورود آموزشهای مربوط به برنامه پزشک خانواده را بطور کامل در شبکه و اداره کل بیمه سلامت گذرانده و گواهی دریافت است. (لزوم معرفی پزشکان توسط شبکه به بیمه)	<input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه و اداره کل بیمه گذرانده است و هردو گواهی را دارد (۳) <input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه یا اداره کل بیمه گذرانده است و فقط یک گواهی را دارد (۲) <input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه یا اداره کل بیمه گذرانده ولی گواهی هیچکدام را ندارد (۱) <input type="checkbox"/> اصلا آموزشی را در شبکه و اداره کل بیمه نگذرانده است (۰)
۲۰	۱	حقوق پزشک مرکز بر اساس لیست حقوقی طبق تفاهم نامه در زمانبندی تعریف شده پرداخت می شود.	<input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب حداکثر تا قبل از پنجم ماه بعد پرداخت شده است (۳) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب پنجم تا دهم ماه بعد پرداخت شده است (۲) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب دهم تا پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۱) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب بعد پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۰)

ب: خدمات مامایی (۱۰ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۲	ماما / مراقب سلامت طبق برنامه مشخص شده در مرکز حضور فعال دارد.	<input type="checkbox"/> ۶ تا ۸ ساعت روزانه حضور داشته است (۳) <input type="checkbox"/> ۴ تا ۶ ساعت روزانه حضور داشته است (۲) <input type="checkbox"/> ۲ تا ۴ ساعت روزانه حضور داشته است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از دو ساعت روزانه حضور داشته است (۰)
۲	۲	اطلاعات تمامی مراجعین به ماما / مراقب سلامت در دفتر ثبت مراجعین با ذکر علت و نوع خدمات دریافتی، ثبت می گردد.	با مراجعه به ۱۰ صفحه از دفتر ثبت مراجعین: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد ثبت انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد ثبت شده است (۰)
۳	۲	ویزیت و مراقبت گروههای هدف براساس بسته خدمات ابلاغی توسط ماما / مراقب سلامت (مبتنی بر نتایج ارزشیابی فنی کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان و مستندات موجود و نتایج شاخصها) مربوطه انجام می گیرد.	بر اساس نتایج چک لیست همکاران گسترش شبکه که در اختیار بیمه قرار میگیرد: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۸۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۸۰-۷۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۷۰ درصد موارد انجام شده است (۰)
۴	۱	ماما / مراقب سلامت طبق برنامه تنظیمی در دهگردشی ها حضور و خدمات ارائه می نماید.	در طی یکماه: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد موارد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰)
۵	۱	کلیه خدمات ماما / مراقب سلامت در دفاتر مربوطه (از قبیل دفتر ثبت مراقبت مادران، سالمندان و...) ثبت می شود.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد ثبت انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد موارد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد موارد ثبت شده است (۰)
۶	۱	ماما در بدو ورود آموزشهای مربوط به برنامه پزشک خانواده را بطور کامل در شبکه گذرانده و گواهی دریافت است.	<input type="checkbox"/> آموزش ها را در شبکه گذرانده است و گواهی را دارد (۳) <input type="checkbox"/> اصلا آموزشی را در شبکه نگذرانده است (۰)
۷	۱	حقوق ماما / مراقب سلامت مرکز طبق تفاهم نامه در زمانبندی تعریف شده پرداخت می شود.	<input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب پنجم تا دهم ماه بعد پرداخت شده است (۲) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب دهم تا پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۱) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب بعد پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۰)

ج: خدمات دارویی (14 امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۲	مرکز خدمات دارویی را طبق دستور عمل ابلاغی ارائه می نماید.	<input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله حداکثر ۵۰۰ متر از مراکز مجری برنامه (در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) ارائه می شود (۳) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ متر از مراکز مجری برنامه (در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) ارائه می شود (۲) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی در داخل مرکز یا محدوده روستا یا با فاصله بیش از ۱۰۰۰ متر از مراکز مجری برنامه (در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر) ارائه می شود (۱) <input type="checkbox"/> خدمات دارویی مطابق شرایط فوق ندارد (۰)
۲	۱	خدمات دارویی توسط فرد واجد شرایط مورد تایید مرکز بهداشت شهرستان بطور کامل ارائه می شود.	<input type="checkbox"/> دارویار در مرکز ارائه خدمت می نماید (۳) <input type="checkbox"/> ماما بجای دارویار ارائه خدمت می نماید (۲) <input type="checkbox"/> فرد ارائه دهنده خدمات دارویی واجد شرایط نیست (۱) <input type="checkbox"/> فرد مشخص ارائه دهنده خدمات دارویی وجود ندارد (۰)
۳	۲	حداقل به میزان ۵۰٪ از هر قلم، از آخرین لیست درخواستی پزشک در داروخانه موجود است.	<input type="checkbox"/> حداقل ۵۰ درصد از هر قلم از آخرین لیست درخواستی موجود است (۳) <input type="checkbox"/> ۴۰ تا ۵۰ درصد موجود است (۲) <input type="checkbox"/> ۲۰ تا ۴۰ درصد موجود است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰ درصد موجود است (۰)
۴	۱	قیمت گذاری نسخ در حضور بیمار انجام می گیرد و تعرفه خدمات دارویی طبق فرانشیز مصوب دریافت می گردد.	در بررسی ده نسخه: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰)
۵	۱	قفسه بندی، طبقه بندی منظم دارو و شرایط نگهداری مناسب داروها (نظافت، درجه حرارت، نور و رطوبت مناسب و ...) در داروخانه رعایت می گردد.	<input type="checkbox"/> قفسه بندی، طبقه بندی منظم دارو و شرایط نگهداری مناسب داروها رعایت می گردد (۳) <input type="checkbox"/> قفسه بندی، طبقه بندی منظم دارو رعایت شده اما شرایط نگهداری داروها رعایت نمی گردد (۲) <input type="checkbox"/> قفسه بندی وجود دارد اما طبقه بندی منظم دارو و شرایط نگهداری داروها رعایت نمی گردد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد رعایت نمی شود (۰)
۶	۱	در قفسه داروخانه مرکز داروی تاریخ گذشته وجود ندارد.	<input type="checkbox"/> در قفسه داروخانه مرکز داروی تاریخ گذشته وجود ندارد (۳) <input type="checkbox"/> داروی تاریخ گذشته وجود دارد (۰)
۷	۲	داروخانه مرکز در در شیفت های کاری منطبق با فعالیت پزشک ارائه خدمت می دهد.	<input type="checkbox"/> ۶ تا ۸ ساعت روزانه ارائه خدمت می نماید (۳) <input type="checkbox"/> ۴ تا ۶ ساعت ارائه خدمت می نماید (۲) <input type="checkbox"/> ۲ تا ۴ ساعت ارائه خدمت می نماید (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از دو ساعت ارائه خدمت می نماید (۰)
۸	۲	در ساعات بیتوته داروی مورد نیاز در اختیار مراجعه کننده قرار می گیرد.	<input type="checkbox"/> با بررسی مستندات، داروهای مورد نیاز اورژانسی وجود دارد و ارائه می گردد (۳) <input type="checkbox"/> داروهای مورد نیاز اورژانسی وجود دارد اما ارائه نمی شود (۲) <input type="checkbox"/> داروهای مورد نیاز اورژانسی وجود ندارد (۰)
۹	۱	در داروخانه ارائه دهنده خدمت (اعم از دولتی و غیر دولتی)، بابت نسخه پیچی تعرفه ای از بیمه شده دریافت نمی گردد و حق فنی (۸۰۰۰ ریال) صرفاً با حضور مسئول فنی داروساز و براساس تعرفه مصوب اخذ می گردد.	در بررسی ده نسخه: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد موارد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد موارد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد موارد انجام شده است (۰)

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

ج: خدمات دارویی (14 امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱۰	۱	اقلام دارویی مصوب برنامه (در صورت وجود داروخانه دولتی) در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان و (در صورت عقد قرارداد با بخش غیر دولتی)، در محل داروخانه های طرف قرارداد، موجود می باشد.	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد اقلام مورد نیاز وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد اقلام موجود است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد اقلام است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد اقلام موجود است (۰)

د: خدمات داروهای مکمل (۴ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۱	شناسایی و آمار دقیق کلیه گروههای هدف تدوین و ثبت گردیده است.	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد گروههای هدف ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد ثبت شده است (۰)
۲	۱	توزیع داروهای مکمل بر اساس گروههای هدف بطور کامل صورت می گیرد.	در بررسی ده پرونده گروههای هدف: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد داروهای مکمل توزیع شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد توزیع شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد توزیع شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد توزیع شده است (۰)
۳	۱	میزان اقلام مکمل به میزان ۲۵٪ برآورد مورد نیاز وجود دارد.	<input type="checkbox"/> حداقل ۲۵ درصد از هر قلم از آخرین لیست درخواستی موجود است (۳) <input type="checkbox"/> ۲۵-۱۵ درصد موجود است (۲) <input type="checkbox"/> ۱۵-۵ درصد موجود است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵ درصد موجود است (۰)
۴	۱	توزیع داروهای مکمل بر اساس برنامه منظم ارائه شده توسط واحد مربوطه در زمان های مقرر بین گروههای هدف وجود دارد.	در طی یک ماه : <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد موارد در زمان مقرر توزیع شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد موارد در زمان مقرر توزیع شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد در زمان مقرر توزیع شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد در زمان مقرر توزیع شده است (۰)

ه: خدمات آزمایشگاهی (4 امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۰/۷۵	در کلیه مراکز واجد شرایط، نمونه گیری جهت انجام آزمایشات، طبق دستور عمل ابلاغی و برنامه مشخص شده صورت می گیرد.	<input type="checkbox"/> سه روز در هفته فعال است (۳) <input type="checkbox"/> دو روز در هفته فعال است (۲) <input type="checkbox"/> یک روز در هفته فعال است (۱) <input type="checkbox"/> نمونه گیری غیر فعال است (۰)
۲	۰/۷۵	خدمات آزمایشگاه در داخل مرکز و یا بصورت خرید خدمات انجام می شود (۳)	<input type="checkbox"/> خدمات آزمایشگاه در داخل مرکز و یا بصورت خرید خدمات بیشتر از سه روز در هفته انجام می شود (۲) <input type="checkbox"/> خدمات آزمایشگاه در داخل مرکز و یا بصورت خرید خدمات کمتر از سه روز در هفته انجام می شود (۱) <input type="checkbox"/> خدمات آزمایشگاه وجود ندارد (۰)
۳	۰/۵	فرانشیز مصوب (۱۵٪ تعرفه دولتی) در ارائه خدمات آزمایشگاهی در بخش دولتی و غیر دولتی طرف قرارداد در تمامی موارد آزمایشات رعایت می گردد.	در بررسی ده مورد بیمار پذیرش شده، فرانشیز و تعرفه مصوب: <input type="checkbox"/> رعایت شده است (۳) <input type="checkbox"/> رعایت نشده است (۰)

ه: خدمات آزمایشگاهی (4 امتیاز)


ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۴	۰/۵	حق نمونه گیری و یا پذیرش در آزمایشگاه مرکز یا آزمایشگاه طرف قرارداد از بیمه شدگان دریافت نمی گردد.	در بررسی ده مورد بیمار پذیرش شده، حق نمونه گیری و یا پذیرش: □ دریافت نشده است (۳) □ دریافت شده است (۰)
۵	۰/۵	کارشناس / کاردان آزمایشگاه در مراکز دارای آزمایشگاه در روزهای مقرر بر اساس دستور عمل ابلاغی ارائه خدمت می نماید.	□ ۶ تا ۸ ساعت روزانه حضور داشته است (۳) □ ۴ تا ۶ ساعت روزانه حضور داشته است (۲) □ ۲ تا ۴ ساعت روزانه حضور داشته است (۱) □ کمتر از دو ساعت روزانه حضور داشته است (۰)
۶	۰/۲۵	شرایط مناسب در آزمایشگاه (نظافت، چیدمان مناسب، درجه حرارت مناسب و ...) رعایت می گردد.	□ شرایط به نحو عالی رعایت شده است (۳) □ شرایط به نحو خوب رعایت شده است (۲) □ شرایط به نحو متوسط رعایت شده است (۱) □ شرایط به نحو ضعیف رعایت شده است (۰)
۷	۰/۲۵	کیت‌های آزمایشگاهی موجود در مرکز از نظر تاریخ انقضاء معتبر است.	□ کیت تاریخ گذشته وجود ندارد (۳) □ کیت تاریخ گذشته وجود دارد (۰)
۸	۰/۲۵	لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارائه دهنده خدمات آزمایشگاهی طرف قرارداد مرکز بهداشت شهرستان در مرکز بهداشتی درمانی موجود و در محل مناسب (بورد مرکز) نصب شده است.	□ اطلاعات کامل شامل لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارائه دهنده خدمات آزمایشگاهی طرف قرارداد موجود و در محل مناسب نصب شده است (۳) □ اطلاعات ناقص وجود دارد ولی نصب شده است (۲) □ اطلاعات کامل وجود دارد اما نصب نشده است (۱) □ هیچگونه اطلاعاتی وجود ندارد (۰)
۹	۰/۲۵	لیست نسخ و هزینه آزمایش های سطح اول انجام شده در مرکز یا مؤسسه طرف قرارداد به طور منظم و ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان جهت ارائه فایل نهایی به اداره بیمه، ارسال می گردد.	□ ۱۰۰-۸۵ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۳) □ ۸۵-۷۰ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۲) □ ۷۰-۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۱) □ کمتر از ۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۰)

و: خدمات رادیولوژی (2 امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۱	مرکز ، واجد واحد ارائه خدمات رادیولوژی طبق دستور عمل ابلاغی می باشد.	□ مرکز دارای واحد ارائه خدمات رادیولوژی فعال مطابق شرایط (مستقر در مرکز یا با فاصله نیم ساعت با خودرو) می باشد (۳) □ ارائه خدمات رادیولوژی با فاصله بیش از نیم ساعت انجام می شود (۲) □ مرکز قراردادی برای ارائه خدمت تعریف شده ندارد (۰)
۲	۰/۲۵	لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارائه دهنده خدمات رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشت شهرستان در مرکز بهداشتی درمانی موجود و در محل مناسب (بورد مرکز) نصب شده است.	□ اطلاعات کامل شامل لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارائه دهنده خدمات رادیولوژی طرف قرارداد موجود و در محل مناسب نصب شده است (۳) □ اطلاعات ناقص وجود دارد ولی نصب شده است (۲) □ اطلاعات کامل وجود دارد اما نصب نشده است (۱) □ اطلاعات وجود ندارد (۰)
۳	۰/۵	فرانشیز مصوب (۱۵٪ تعرفه دولتی) در ارائه خدمات رادیولوژی در مراکز مستقر یا طرف قرارداد دولتی یا خصوصی رعایت می گردد.	در بررسی ده مورد پذیرش شده، فرانشیز و تعرفه مصوب: □ رعایت شده است (۳) □ رعایت نشده است (۰)
۴	۰/۲۵	لیست نسخ و هزینه خدمات رادیولوژی در مرکز یا مؤسسه طرف قرارداد به طور منظم و ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان جهت ارائه فایل نهایی به اداره بیمه، ارسال می گردد.	□ ۱۰۰-۸۵ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۳) □ ۸۵-۷۰ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۲) □ ۷۰-۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۱) □ کمتر از ۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۰)

ز: خدمات بهداشت دهان و دندان (7 امتیاز)

ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)	موضوع	ضریب	ردیف
در بررسی یک ماه: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۸۵ درصد موارد طبق برنامه حضور دارد (۳) <input type="checkbox"/> بین ۸۵-۷۰ درصد موارد طبق برنامه حضور دارد (۲) <input type="checkbox"/> بین ۷۰-۵۰ درصد موارد طبق برنامه حضور دارد (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد موارد طبق برنامه حضور دارد (۰)	ارائه دهنده خدمات سلامت دهان طبق برنامه مشخص شده در مرکز حضور دارد.	۲	۱
<input type="checkbox"/> خدمات توسط بخش دولتی یا غیر دولتی بصورت کامل ارائه می گردد (۳) <input type="checkbox"/> انعقاد قرارداد صورت گرفته اما خدمت بطور کامل توسط بخش خصوصی ارائه نمی گردد (۲) <input type="checkbox"/> انعقاد قرارداد صورت گرفته اما هنوز خدمت توسط بخش خصوصی ارائه نمی گردد (۱) <input type="checkbox"/> انعقاد قرارداد صورت نگرفته است (۰)	در صورت انجام نشدن خدمات سطح دو تعریف شده در دستورعمل توسط مرکز و یا مرکز معین، قرارداد توسط شبکه بهداشت با بخش خصوصی جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان منعقد گردیده است.	۱	۲
در بررسی ده مورد پذیرش شده، فرانشیز و تعرفه مصوب: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد رعایت شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد رعایت شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد رعایت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد رعایت انجام شده است (۰)	فرانشیز ویزیت و خدمات سلامت دهان بر اساس بسته خدمتی ابلاغی در سطح یک و دو برای گروه هدف مشمولین بیمه روستایی رایگان است.	۱	۳
در بررسی ده مورد پذیرش شده، فرانشیز و تعرفه مصوب: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد رعایت شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد رعایت شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد رعایت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد رعایت انجام شده است (۰)	فرانشیز ویزیت و خدمات سلامت دهان بر اساس بسته خدمتی ابلاغی در سطح یک و دو برای جمعیت خارج از گروه هدف طبق تعرفه مصوب در بخش دولتی است	۱	۴
<input type="checkbox"/> اطلاعات کامل شامل لیست، آدرس و ساعت فعالیت مراکز ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی طرف قرارداد موجود و در محل مناسب نصب شده است (۳) <input type="checkbox"/> اطلاعات ناقص وجود دارد و نصب شده است (۲) <input type="checkbox"/> اطلاعات کامل وجود دارد اما نصب نشده است (۱) <input type="checkbox"/> اطلاعات وجود ندارد (۰)	آدرس و ساعت فعالیت مراکز معین ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی در مرکز بهداشتی درمانی موجود و در محل مناسب (بورد مرکز) نصب شده است.	۰/۵	۵
با بررسی سامانه الکترونیک ثبت اطلاعات سلامت دهان و دندان: <input type="checkbox"/> در ۱۰۰-۷۵ درصد ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> بین ۷۵-۵۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> بین ۵۰-۲۵ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد ثبت شده است (۰)	ویزیت (معاینات بالینی) و مراقبت بر اساس بسته ابلاغی ثبت می گردد (الکترونیک / کاغذی)	۰/۵	۶
<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۳) <input type="checkbox"/> بین ۸۵-۷۰ درصد مراکز به اداره بیمه ارسال می گردد (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد مراکز به اداره بیمه، ارسال می گردد (۰)	لیست نسخ و هزینه خدمات سلامت دهان و دندان در مرکز یا مؤسسه طرف قرارداد به طور منظم و ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان جهت ارائه فابل نهایی به اداره بیمه، ارسال می گردد.	۰/۵	۷
<input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب حداکثر تا قبل از پنجم ماه بعد پرداخت شده است (۳) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب پنجم تا دهم ماه بعد پرداخت شده است (۲) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب دهم تا پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۱) <input type="checkbox"/> مبلغ حکم کارگزینی و علی الحساب بعد پانزدهم ماه بعد پرداخت شده است (۰)	حقوق دندانپزشک، بهداشتکار دهان و ... مرکز بر اساس لیست حقوقی طبق تفاهم نامه در زمانبندی تعریف شده پرداخت می شود.	۰/۵	۸


کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت و درمان ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

ح: فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور پرونده الکترونیک (۲ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۱	تجهیزات سخت افزاری مورد نیاز تأمین گردیده است.	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد تأمین شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد تأمین شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد تأمین شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد تأمین شده است (۰)
۲	۱	تجهیزات نرم افزاری مورد نیاز تأمین گردیده است.	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد تأمین شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد تأمین شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد انجام تأمین است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد تأمین شده است (۰)

ط: آماده سازی و بهبود استانداردهای واحد مجری برنامه (۱۱ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۱	تمهیدات لازم جهت اتاق ویزیت، جداگانه برای هر پزشک در نظر گرفته شده است.	<input type="checkbox"/> به ازای هر پزشک مرکز یک اتاق وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> در هنگام ویزیت به ازای هر پزشک یک اتاق معاینه وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> فقط یک اتاق (برای ویزیت و معاینه) وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> اتاق ویزیت وجود ندارد (۰)
۲	۳	تجهیزات و لوازم در اتاق پزشک و اتاق تزریقات و پانسمان کامل می باشد: تخت معاینه <input type="checkbox"/> تخت جهت بیماران تحت نظر و تزریقات <input type="checkbox"/> اتوسکوپ <input type="checkbox"/> افتالموسکوپ <input type="checkbox"/> گوشی پزشکی <input type="checkbox"/> فشارسنج اطفال <input type="checkbox"/> فشارسنج بزرگسال <input type="checkbox"/> چکش رفلکس <input type="checkbox"/> ترازو اطفال <input type="checkbox"/> ترازو بزرگسال <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ترمومتر <input type="checkbox"/> نکتاتوسکوپ <input type="checkbox"/> چراغ قوه <input type="checkbox"/> پایه سرم <input type="checkbox"/> سیلندر اکسیژن با چرخ مربوط و مانومتر <input type="checkbox"/> تخت احیاء <input type="checkbox"/> ساکشن <input type="checkbox"/> ست پانسمان استریل <input type="checkbox"/> ست جراحی سرپایی <input type="checkbox"/> انواع تامپون <input type="checkbox"/> فور یا اتوکلاو <input type="checkbox"/> پاراوان <input type="checkbox"/> محلولهای ضد عفونی کننده	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد انجام شده است (۰)
۳	۱	تجهیزات ترالی اورژانس طبق استاندارد، کامل و آماده بهره برداری می باشد: انواع سوند <input type="checkbox"/> لارنگوسکوپ <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> داروهای اورژانسی <input type="checkbox"/> انواع لوله تراشه <input type="checkbox"/> آمبویگ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد انجام شده است (۰)
۴	۱	تجهیزات اتاق مامایی کامل می باشد: تخت ژنیکولوژی <input type="checkbox"/> اسپکولوم یکبار مصرف شده <input type="checkbox"/> چراغ پایه دار <input type="checkbox"/> گوشی مامایی / سونی کید <input type="checkbox"/> ست IUD <input type="checkbox"/> فشار سنج <input type="checkbox"/> ست پاپ اسمیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد انجام شده است (۰)
۵	۲	مرکز تمهیدات لازم برای بیتوته پزشک و ماما (در صورت نیاز) را فراهم نموده است.	<input type="checkbox"/> پانسیون مستقل برای پزشکان (و در صورت نیاز برای ماماها) وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> پانسیون مستقل موجود نیست (۲) <input type="checkbox"/> پانسیون وجود ندارد (۰)
۶	۰/۵	تمهیدات لازم جهت امنیت و حفاظت مرکز لحاظ شده است.	<input type="checkbox"/> سرایدار وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> نرده کشی و دوربین وجود دارد (۲) <input type="checkbox"/> نرده کشی وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> هیچکدام از موارد موجود نیست (۰)


کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

ط: آماده سازی و بهبود استانداردهای واحد مجری برنامه (۱۱ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۷	۰/۵	آراستگی و نظافت مرکز رعایت می شود.	<input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد مورد انتظار انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد مورد انتظار انجام شده است (۰)
۸	۰/۵	تمهیدات لازم به منظور تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی مرکز و محل بیتوته در نظر گرفته شده است (بر اساس لیست بهبود استاندارد مراکز بهداشتی درمانی و محل زیست پزشکی، ابلاغی از سوی مرکز مدیریت شبکه)	<input type="checkbox"/> فضای فیزیکی و تجهیزات محل بیتوته مناسب است (۳) <input type="checkbox"/> فضای فیزیکی مناسب و تجهیزات محل بیتوته ناقص است (۲) <input type="checkbox"/> فضای فیزیکی نامناسب و تجهیزات محل بیتوته ناقص است (۱) <input type="checkbox"/> فضا ندارد یا تجهیز نشده است (۰)
۹	۰/۵	امکانات سرمایشی و گرمایشی مرکز مطلوب است.	<input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی کاملا مطلوب بوده است (۳) <input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی وجود داشته ولی برخی روزها مطلوب نبوده است (۲) <input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی در اکثر مواقع مشکل داشته است (۱) <input type="checkbox"/> در ماه گذشته مرکز فاقد امکانات سرمایشی/ گرمایشی بوده است (۰)
۱۰	۰/۵	امکانات سرمایشی و گرمایشی محل بیتوته مطلوب است.	<input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی کاملا مطلوب بوده است <input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی وجود داشته ولی برخی روزها مطلوب نبوده است (۲) <input type="checkbox"/> در ماه گذشته امکانات سرمایشی/ گرمایشی در اکثر مواقع مشکل داشته است (۱) <input type="checkbox"/> در ماه گذشته محل بیتوته فاقد امکانات سرمایشی/ گرمایشی بوده است (۰)
۱۱	۰/۵	دفتر حضور و غیاب پرسنل (یا تایمکس) جهت ثبت روزانه موجود بوده و مورد استفاده است.	<input type="checkbox"/> در بررسی ۱۰ روز از دفتر حضور- غیاب (یا تایمکس): <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۸۵ درصد ورود و خروج ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۸۵-۷۰ درصد ورود و خروج ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۷۰-۵۰ درصد ورود و خروج ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۵۰ درصد ورود و خروج ثبت شده است یا دفتر موجود نیست (۰)


ی: خودروی دهگردشی (۲ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۲	دهگردشی توسط وسیله نقلیه واجد شرایط انجام می گردد.	<input type="checkbox"/> بطور کامل در مرکز وجود دارد (۳) <input type="checkbox"/> بیش از سه روز وجود دارد اما کامل نیست (۲) <input type="checkbox"/> کمتر از سه روز وجود دارد (۱) <input type="checkbox"/> در هیچ روزی وجود ندارد (۰)

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

ک: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته جدید (۲ امتیاز)

ردیف	ضریب	موضوع	ارزیابی (خوب ۳، متوسط ۲، ضعیف ۱ و غیر قابل قبول ۰)
۱	۰/۵	غریبالگری و شناسایی بیماری های غیرواگیر بر اساس بسته خدمتی ابلاغی انجام می شود.	در ماه گذشته: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد انجام شده است (۰)
۲	۰/۵	مراقبت و پیگیری بیماران غیرواگیر بر اساس بسته خدمتی ابلاغی انجام می شود.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد مراقبت و پیگیری بیماران در صورت نیاز انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد انجام شده است (۰)
۳	۰/۵	ارجاع بیماران غیر واگیر بر اساس بسته خدمتی ابلاغی انجام می شود.	در بررسی ده پرونده: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد مراقبت و پیگیری بیماران در صورت نیاز انجام شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد انجام شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد انجام شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد انجام شده است (۰)
۴	۰/۵	ثبت اقدامات انجام شده در برنامه های ادغام یافته جدید انجام می شود.	در ماه گذشته: <input type="checkbox"/> ۱۰۰-۷۵ درصد ثبت شده است (۳) <input type="checkbox"/> ۷۵-۵۰ درصد ثبت شده است (۲) <input type="checkbox"/> ۵۰-۲۵ درصد ثبت شده است (۱) <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۵ درصد ثبت شده است (۰)

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	 سازمان بهداشت ایران
-------------------------	--	---

الف - مشخصات پرسنل مرکز :

آخرین مبلغ دریافتی (۳۰٪ ماه	آخرین مبلغ دریافتی (۷۰٪ ماه	تاریخ روز غیبت	شماره نظام پزشکی	نام و نام خانوادگی پزشکان خانواده
..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱
..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲
..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳
..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴

آخرین مبلغ دریافتی (۳۰٪ ماه	آخرین مبلغ دریافتی (۷۰٪ ماه	تاریخ روز غیبت	شماره نظام	نام و نام خانوادگی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و .. خانواده
..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱
..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲
..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳
..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴

آخرین مبلغ دریافتی (۳۰٪ ماه	آخرین مبلغ دریافتی (۷۰٪ ماه	تاریخ روز غیبت	شماره نظام	نام و نام خانوادگی ماما/ مراقب سلامت
..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱
..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲
..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳
..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴	..... ۴- ۴

پیشنهادات بیمه شدگان :

.....

مهر و امضاء


نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مرکز:

نام و نام خانوادگی کارشناس گسترش شبکه:

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه :

امضاء

امضاء

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

شهرستان:	نام مرکز:	تاریخ بازدید:	ساعت بازدید:
جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی:	جمعیت ساکن روستا:		

فرم پایش کمی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

پزشک

تاریخ روزهای غیبت پزشکان به تفکیک نام و نام خانوادگی، تعداد روز غیبت و ساعت غیبت

ردیف	نام و نام خانوادگی پزشک	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت	ردیف	نام و نام خانوادگی پزشک	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت
۱				۳			
۲				۴			

ماما

تاریخ روزهای غیبت ماما به تفکیک نام و نام خانوادگی، تعداد روز غیبت و ساعت غیبت

ردیف	نام و نام خانوادگی ماما	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت	ردیف	نام و نام خانوادگی ماما	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت
۱				۳			
۲				۴			

دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان

تاریخ روزهای غیبت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان به تفکیک نام و نام خانوادگی، تعداد روز غیبت و ساعت غیبت


ردیف	نام و نام خانوادگی دندانپزشک	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت	ردیف	نام و نام خانوادگی بهداشتکار دهان و دندان	تاریخ روز غیبت	ساعت غیبت
۱				۱			
۲				۲			

خدمات دهان و دندان

آیا خدمات دندانپزشکی ارائه می شود؟ بله خیر

محل ارائه خدمات دهان و دندان:

خود مرکز مرکز معین (طبق ضوابط تعریف شده) ندارد

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

خدمات دندانپزشکی ارائه نشده در سطح دو :

با زدن تیک مشخص گردد	نام خدمات	ردیف
	آموزش بهداشت دهان و دندان	۱
	ثبت اطلاعات وضعیت دهان و دندان مراجعین	۲
	فیورسیلانت تراپی	۳
	فلوراید تراپی	۴
	ترمیم دندانهای شیری و دائمی با استفاده از آمالگام و کامپوزیت	۵
	کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری (دندانهای شیری و دائمی)	۶
	درمان پالپ زنده دندانهای شیری و دائمی	۷
	رادیوگرافی تک دندان	۸
	جرم گیری و بروساژ به شرط تأمین یونیت دندانپزشکی (ثابت و سیار)	۹

خدمات دندانپزشکی ارائه نشده در سطح یک :

با زدن تیک مشخص گردد	نام خدمات	ردیف
	شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان	۱
	آموزش بهداشت دهان و دندان	۲
	ارتقای مهارتهای فردی (استفاده درست از مسواک ، نخ دندان، مشکلات رویش دندانها ، تغذیه غیر پوسیدگی زا ، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و حفظ سلامت دندان ۶ سالگی)	۳
	معاینه و ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان در سامانه الکترونیک و یا پرونده خانوار	۴
	انجام وارنیش فلوراید جهت ارائه به گروههای هدف	۵
	توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۳ سال	۶
	پایش بکارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خود مراقبتی	۷
	ارجاع به سطح دوم مرکز در صورت لزوم	۸

کنترل اقلام دارویی مرکز بهداشتی درمانی (بر اساس لیست دارویی مرکز)

در صورت کمبود اقلام موارد کمبود ثبت گردد:


ردیف	کد دارو	ردیف	کد دارو
۱	۳	۵	۷
۲	۴	۶	۸

کنترل اقلام دارویی شبکه (بر اساس لیست دارویی ۴۳۶ قلم مصوب)

آیا ۴۳۶ قلم دارو در شبکه موجود است؟ بله خیر

در صورت کمبود اقلام موارد کمبود ثبت گردد:

ردیف	کد دارو	ردیف	کد دارو
۱	۳	۵	۷
۲	۴	۶	۸

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهداشت و درمان ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

خدمات آزمایشگاه

محل ارائه خدمات آزمایشگاهی:

واحد نمونه گیری آزمایشگاه سطح یک آزمایشگاه سطح دو ندارد

نام آزمایشات سطح یک ارائه نشده:

ردیف	نام آزمایش	ردیف	نام آزمایش
۵		۷	
۶		۸	

ردیف	نام آزمایش	ردیف	نام آزمایش
۱		۳	
۲		۴	

خدمات رادیولوژی

محل ارائه خدمات رادیولوژی:

خود مرکز مرکز معین (طبق ضوابط تعریف شده) ندارد

نام رادیوگرافی های سطح یک ارائه نشده:

ردیف	نام رادیوگرافی	ردیف	نام رادیوگرافی
۵		۷	
۶		۸	

ردیف	نام رادیوگرافی	ردیف	نام رادیوگرافی
۱		۳	
۲		۴	

شیفت خدمات سطح دو

بر اساس نرم افزار اسناد پزشکی، اداره کل بیمه موارد را استخراج و پس از ثبت در سیستم نظام پرداخت به شبکه گزارش می دهد .

بهبود استاندارد

بر اساس تفاهم نامه فیما بین شبکه و اداره کل، میزان هزینه کرد محل سرانه بهبود استانداردها در موارد تعمیر و تجهیز، چه میزان می باشد؟


۱۰۰٪ ۷۵٪ ۵۰٪ ۲۵٪ عدم ارائه خدمت

خودرو (جهت انجام امور دهگردشی)

آیا مرکز دارای خودروی واجد شرایط می باشد؟ بله خیر

داروهای مکمل

آیا داروهای مکمل به جمعیت هدف در محل تعریف شده (خانه بهداشت) ارائه می گردد؟ بله خیر

کد مدرک 09 FM 020 06	فرم	 سازمان بهدشت ایران
	بازدید از مراکز بهداشتی درمان روستایی و مرکز بهداشت طرف قرارداد بیمه روستایی	

پرونده سلامت

- آیا مرکز به رایانه و امکانات شبکه مجهز شده است؟ بله خیر
- آیا اتصال مرکز به اینترنت و شبکه ملی اطلاعات برقرار است؟ بله خیر

غربالگری

آیا اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیماری های ذیل صورت پذیرفته است؟

- ۱- فشار خون: بله خیر
- ۲- دیابت: بله خیر
- ۳- اعصاب و روان: بله خیر
- ۴- غربالگری نوزادان: بله خیر

نام و نام خانوادگی ناظر:

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:

امضاء

مهر و امضاء