سازمان بیمه سلامت ایران

معاونت بهداشت

دستور عمل اجرایی

برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده

(نسخه ۲۰)

بر اساس تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان، عشایر و شهر های زیر بیست هزار نفر سال ۱۳۹۹

فهرست مطالب **صفحه**

مقدمه	**۳**
ماده ۱: تعاریف	**۳**
ماده ۲: ستاد ها و کمیته ها	**۶**
ماده ۳: هیات امناء	**۸**
ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه	**۹**
ماده ۵: شیوه استقرار برنامه	**۹**
ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت	**۱۰**
ماده ۷: روند جذب اعضای تیم سلامت	**۱۱**
ماده ۸: عقد قرارداد شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان	**۱۳**
ماده ۹: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارایه خدمت	**۱۳**
ماده ۱۰: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت	**۱۳**
ماده ۱۱: وظایف اعضای تیم سلامت	**۱۴**
ماده ۱۲: ساعات کار اعضای تیم سلامت	**۱۶**
ماده ۱۳: بیتوته تیم سلامت	**۱۶**
ماده ۱۴: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت	**۱۸**
ماده ۱۵: ارائه خدمات دارویی	**۲۰**
ماده ۱۶: ارائه خدمات پاراکلینیک	**۲۴**
ماده ۱۷: خدمات دهان و دندان	**۲۸**
ماده ۱۸: درآمدهای برنامه	**۳۱**
ماده ۱۹: بودجه برنامه	**۳۴**
ماده ۲۰: سرانه و محل تامین آن	**۳۵**
ماده ۲۱: سهم توزیع سرانه	**۳۷**

فهرست مطالب **صفحه**

ماده ۲۲: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات	**۳۷**
ماده ۲۳: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت	**۳۷**
ماده ۲۴: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته	**۳۹**
ماده ۲۵: ارجاع در سطح یک خدمات	**۴۰**
ماده ۲۶: ارجاع در سطح دو خدمات	**۴۰**
ماده ۲۷: پایش فصلی تیم سلامت	**۴۱**
ماده ۲۸: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان / شهرستان	**۴۱**
ماده ۲۹: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت	**۴۲**
ماده ۳۰: مسوولیت اجرای برنامه	**۴۳**
ماده ۳۱: مکانیسم پرداخت تیم سلامت	**۴۴**
ماده ۳۲: زمان اجرا	**۵۶**
ماده ۳۳: جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت	**۵۷**

مقدمه

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور و در حال حاضر با رویکرد نظام جامع و همگانی سلامت، موجب به کارگیری چهار اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، درتمامی مراحل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده شد.

دراجرای بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و همچنین مطابق بند(ج) و (الف) و (ز) ماده ۱۷ قانون برنامه بودجه سال ۱۳۹۹و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و تصمیم دولت دوازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارایه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر کشور مقرر گردید، تا با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دو و سه، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقاء یابد.

در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و متخصص پزشکی خانواده و دیگر اعضای تیم سلامت مسوولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز بعهده دارند. همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارایه می شود.

ماده ۱: تعاریف

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

۱- **پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد واز طریق عقد قرارداد خدمت تمام وقت با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارایه خدمت می پردازد.

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

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

٤- **خدمات جامع سلامت:** ارایه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز با درخواست افراد (بیمار/ خدمت

گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، تسکینی و مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می شود و از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می شود.

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

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

۷- سطح بندی واحدهای ارایه خدمات سلامت: چیدمان واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

۷-۱- سطح یک: شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح یک در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز خدمات جامع سلامت، خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارایه 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 اتفاق می‌افتد.

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

۸- بسته های خدمات سطح یک: خدمات سلامت سطح یک (ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارایه می‌شود.

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

۱۰- نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات: شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند.

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

۱۲- تفاهم نامه سطح یک خدمات بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر: سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارایه خدمات سطح یک بطور مشترک بین معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت منعقد می گردد.

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

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

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

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

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

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

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

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

۲۱- جمعیت: شامل کلیه جمعیت تحت پوشش فعال (یکبار خدمت) (اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری که در ۳۶۵ روز گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت خدمت دریافت و در سامانه سطح یک ثبت شده است.

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

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

ماده ۲: ستاد ها و کمیته های برنامه

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

۱. ستاد هماهنگی کشوری: شامل معاون بهداشت (رییس ستاد)، مدیر عامل سازمان بیمه سلامت (دبیر ستاد)، معاون درمان و معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان، معاون برنامه ریزی مدیریت و توسعه سازمان، ، رییس مرکز مدیریت شبکه، مدیر کل دفتر خدمات عمومی سازمان، مدیر گروه برنامه پزشکی خانواده وزارت، رئیس گروه پزشکی خانواده سازمان، معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه اعضا)؛ و حسب مورد معاون آموزشی، معاون غذا و دارو وزارت و رییس مرکز ملی تحقیقات سازمان خواهد بود. وظیفه ستاد نظارت بر اجرای صحیح برنامه در سطح کشور، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه برنامه پزشکی

خانواده در سطح کشور و حل اختلاف فی مابین می باشد. محل دبیرخانه این ستاد، سازمان بیمه سلامت ایران است. تشکیل این ستاد حداقل دو بار در سال ضرورت دارد.

۲. ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده (استانی): اعضای این ستاد عبارتند از: رییس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی (رییس ستاد)، مدیرکل بیمه سلامت استان (دبیر ستاد)، معاونین بهداشت و درمان؛ معاون غذا و دارو و معاون آموزشی حسب مورد، رییس گروه گسترش مرکز بهداشت استان، یکی از معاونین مدیر کل و رییس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسوول امور روستاییان بیمه سلامت و معاون سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان می باشد که مسوولیت اجرایی نمودن دستور عمل های کشوری، نظارت بر اجرای برنامه و ارزیابی عملکرد را به عهده خواهند داشت. در استان ها با عضویت رییس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، مدیر کل بیمه سلامت استان؛ در شهرهای مرکز استان، ریاست دبیرخانه با رییس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوطه و دبیری به عهده مدیر کل بیمه سلامت و در شهر های دارای دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مستقل ریاست کارگروه به عهده رییس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مستقل و دبیری به عهده مدیر کل بیمه یا نماینده وی خواهد بود. محل دبیرخانه هماهنگی ستاد استانی اداره کل بیمه سلامت استان می باشد. تصمیمات این ستاد نباید با مفاد تفاهم نامه مغایرت داشته باشد. مستندات جلسات با امضای همه اعضای حاضر در جلسه به عنوان مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا می باشد. در صورت عدم توافق جمعی در سطح شهرستان موضوع به ستاد استان برای حل مشکل و در صورت نرسیدن به توافق برای اخذ پاسخ نهایی به ستاد هماهنگی کشور ارسال و پاسخ ان برای استان و شهرستان لازم الاجرا خواهد بود. ارسال گزارش فصلی از صورتجلسات ستاد هماهنگی استانی برای طرفین تفاهم نامه ضروری است.

ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده به منظور بررسی و ارزیابی روند فعالیت ها حداقل هر۳ ماه یکبار تشکیل می شود وگزارش 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.

۳. ستاد هماهنگی شهرستان: اعضای این ستاد شامل مدیرشبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان، مسوول واحد گسترش شبکه، معاون درمان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان و نماینده معاونت غذا و دارو حسب مورد؛ رییس اداره بیمه سلامت شهرستان، کارشناس مسوول بیمه روستایی شهرستان، کارشناس ناظر برنامه بیمه روستایی شهرستان و فرماندار یا نماینده تام الاختیار ایشان می باشد. ابلاغ اعضای ستاد با دو امضاء مدیرشبکه بهداشت و درمان شهرستان/ رییس مرکز بهداشت شهرستان و مدیرکل بیمه سلامت استان صادر می شود. رییس ستاد هماهنگی شهرستان مدیرشبکه بهداشت و درمان/ رییس مرکز بهداشت

شهرستان و دبیر ستاد هماهنگی شهرستان رییس اداره بیمه شهرستان می باشد. زمان برگزاری جلسات حداقل فصلی یک بار می باشد.

وظایف اصلی این ستاد عبارتست از:

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

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

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

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

ه) ارایه گزارشات عملکردی و اعتباری برنامه به سطوح بالاتر

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

ز) ارسال مشکلات غیرقابل حل به ستاد استان و پیگیری آنها

ح) برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای پایش مشترک

ط) تحلیل هزینه ها و کسورات برنامه

ی) ارزیابی و بررسی نتایج پایش مراکز خدمات جامع سلامت

ک) هماهنگی برای رفع مغایرت جمعیت مشمول برنامه

ماده ۳: هیات امناء

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

ماده ۴: کارکنان مرتبط با برنامه

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

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

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

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

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

ماده ۵: شیوه استقرار برنامه

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

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

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

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

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

٤-روستای مستقیم به شهر: روستاهایی که مستقیما" و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی قرار دارند. معمولا" 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، مستقیما" در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند.

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

ماده ۶: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

معیار تعیین اعضای تیم سلامت جمعیت تحت پوشش فعال برنامه (یک بار خدمت) است. براین اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت به شرح زیر می باشد:

۱-پزشک: برای ارایه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده (متخصص/عمومی) تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیازخواهد بود.

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بیش از ۴۰۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، تقسیم پزشکان بر اساس خانه های بهداشت موجود و حتی الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می پذیرد.

۲-ماما: به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال، باید یک مامای پزشکی خانواده تعیین کرد.

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

۳-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: برای ارایه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان

تعیین می گردد.

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

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

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

۷-سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کار گیری در برنامه: جذب سایر نیروها شامل پرستار/ بهیار، ماما (به عنوان پرستار)، کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی و تغذیه و مراقب سلامت ناظر **صرفا** در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (از محل بند ج ماده ۵ تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر) و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد از کلیه پست های مصوب بلاتصدی رده های بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده روستایی بر اساس چارت تشکیلاتی میسر است.

ماده ۷: روند جذب اعضای تیم سلامت

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

۲- پرسنل رسمی/ پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران: همکاری با برنامه، از طریق تفاهم نامه همکاری مشترک با شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

۳- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک): به صورت خرید خدمات و از طریق شرکتی می باشد.

٤- فعالیت پزشکان در بخش خصوصی و بیمارستان های دولتی: پزشکان تیم سلامت شاغل در برنامه بیمه

روستایی، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب، درمانگاه، مراکز پیش بیمارستان، بیمارستان، مرکز درمان سوء مصرف مواد و ...) را نخواهند داشت ولی صدور پروانه طبابت جهت آنان بلامانع است. بر همین اساس می بایست به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی درمورد وضعیت مطب، کلینیک و ... آنان استعلام گردد.

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

۵- جذب نیروهای بازخرید یا بازنشسته: به کارگیری افراد بازخرید یا بازنشسته در برنامه پزشکی خانواده ممنوع است به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که به نحوی از انحا از بودجه کل کشور استفاده می کند.

٦- سقف سنی جذب پزشک: دانشگاه مجاز است پزشکان مشمول برنامه پزشکی خانواده را، حسب ضرورت تا سن ۵۵ سالگی بصورت قراردادی در بدو ورود به کارگیری کند. هچنین سال های خدمت اشتغال ایشان در برنامه مذکور (در سطوح ستاد کشوری، استانی و شهرستانی دانشگاه/ دانشکده و بیمه سلامت و مراکز مجری برنامه) و سنوات طرح نیروی انسانی به سقف سنی پیشگفت اضافه می شود. تعیین سقف سنی جهت سایر نیروها طبق ضوابط آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

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

می باشد.

۸- اولویت جذب اعضای تیم سلامت: اولویت جذب اعضای تیم سلامت به ترتیب عبارت است از:

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

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

قرارداد فی مابین شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس سرانه و خدمات ارایه شده سطح یک می باشد. تایید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی برای انعقاد قرارداد همکاری بین اداره بیمه سلامت استان و شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد.

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

۱-انعقاد قرارداد با واحدهای غیر دولتی ارایه دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه، ...): صرفا از سوی مرکز بهداشت شهرستان با نظارت معاونت بهداشت دانشگاه میسر است. مدت زمان قرارداد یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد.

۲-انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت: مبلغ مندرج در متن قرارداد مذکور بر مبنای حکم کارگزینی صادره (بر اساس ماده ۴ دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین) و پرداخت مبتنی بر عملکرد تعیین می گردد. مدت زمان قرارداد حداکثر یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد. امکان عقد قرارداد پاره وقت با اعضای تیم سلامت مقدور نمی باشد.

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

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

۱- ارایه یک نسخه از متن قرارداد (جهت پرسنل طرف قرارداد) و یا تفاهم نامه همکاری مشترک (جهت نیروهای رسمی/ پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران بهداشت) در ابتدای فعالیت و یا تمدید

آن و همچنین ارایه فیش حقوقی جهت حکم کارگزینی و پرداخت مبتنی بر عملکرد (کاغذی/ الکترونیکی) در پایان هر ماه به فرد طرف قرارداد الزامی است. مستخدم پس از انعقاد قرارداد متعهد به پذیرش مفاد قرارداد و دستور عمل اجرایی برنامه خواهد بود.

۲- برگزاری دوره آموزشی۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره. لازم است تمهیدات لازم جهت ارایه آموزش ها در مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده انجام گردد.

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

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

۴- تامین، تعمیر وتجهیز فضای فیزیکی ارایه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

۵-برگزاری دوره آموزشی در خصوص قوانین بیمه ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور تاییدیه آموزشی توسط اداره کل بیمه سلامت استان.

تبصره ۲: زمان حضور اعضای تیم سلامت در دوره آموزشی بیمه نباید به عنوان غیبت محسوب گردد.

تبصره ۳: دوره های آموزشی آشنایی با سیستم و دیگر آموزش های لازم جزو روزهای خدمت فرد محسوب می شود.

۶- صدور ابلاغ نمایندگان منتخب تیم سلامت برنامه در ابتدای سال و برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان/ اعضای تیم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان.

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

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

ماده ۱۱: وظایف اعضای تیم سلامت

۱-تشکیل پرونده سلامت: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، انجام یک بار ویزیت افراد است که بطور رایگان برای تمامی جمعیت تحت پوشش فعال از طریق سامانه سطح یک انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد. در صورت عدم دسترسی به رایانه و اینترنت و تامین نشدن زیر ساخت سامانه سطح یک، باید ویزیت اول انجام شده و پرونده به صورت کاغذی تشکیل گردد. هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده

خانوار برای پزشک جدید منتقل می گردد.

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

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

تبصره۲: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز مورد نظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه های بهداشت و روستاهای سیاری و قمر باید بین پزشکان تا حد امکان بطور مساوی تقسیم گردد. مثلا" اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت در پوشش دارد و دارای ۲ پزشک است برای هر پزشک، ۳ خانه بهداشت درنظر گرفته شود.

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

۳-ثبت روزانه آمار مراجعین: ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح یک بهداشت انجام می گردد و نیازی به ارسال کاغذی این اطلاعات نیست. مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه در سامانه سطح یک بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. گزارش الکترونیکی اطلاعات مورد نظر توسط مرکز بهداشت استان در اختیار اداره کل بیمه سلامت استان قرار می گیرد. همچنین ارائه خدمات نسخه نویسی الکترونیک و استحقاق سنجی (طبق تفاهم نامه مشترک سازمان بیمه سلامت و معاونت بهداشت) در واحدهای مجری برنامه انجام می گردد.

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

تبصره: خدمات جانبی غیر اورژانس شامل ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست

و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل بندی شکستگی ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره (به عنوان خدمات سطح دو) حسب مهارت پزشک خانواده قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور در مراکز مجری ارایه هنده سطح یک خدمات، شامل پایش و تعدیلات نخواهد شد. بدیهی است انجام آنها در سطوح تخصصی مشمول خدمات سطح دو و ضوابط مربوطه خواهد بود.

ماده ۱۲: ساعات کار اعضای تیم سلامت

ساعت کار موظف تیم سلامت بر اساس ماده ۸۷ قانون خدمات مدیریت کشوری معادل ۴۴ ساعت در هفته و مطابق با سایر کارکنان تعیین می گردد. شیفت بندی بسته به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه و متناسب با بار مراجعه به صورت پیوسته یا جداگانه (در صورت ضرورت) در دوشیفت صبح و بعد از ظهر با تصویب ستاد هماهنگی استان تعیین می گردد. حضور فعال تیم سلامت در مراکز مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتما" همسان با ساعات کار اداری پزشک خانواده در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. در مورد بهورزان فقط درصورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد. همچنین اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی) و در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند. فرم ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد. بدیهی است در صورت ارایه گزارش مذکور از طریق سامانه سطح یک، نیازی به ارسال اطلاعات کاغذی نیست.

تبصره ۱: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیر اداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

ماده ۱۳: بیتوته تیم سلامت

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

مراکز بیتوته شامل مراکز شبانه روزی، مراکز تجمیعی، مراکز فاقد شرایط تجمیعی و بیمارستان می باشد.

الف) بیتوته مراکز شبانه روزی: در مراکز شبانه روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر، در صورت حضور پزشک خانواده در

شیفت شب، روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF درنظر گرفته می شود. بدیهی است عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیل غیبت نخواهد شد.

ب) بیتوته مراکز تجمیعی: مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که فاصله بیشتر از ۲۵ تا ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی فعال یا بیمارستان دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته (به عنوان تجمیعی مطابق با این دستور عمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد. (نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمی باشد). حد اکثر سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارایه خدمات بیتوته، ۲۰۰۰۰ نفر می باشد. در این مراکز می بایست امکانات بیتوته فراهم گردد. حضور پرستار/ بهیار/ ماما (با رابطه قرارداد سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز) و نگهبان/ سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است.

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

تبصره ۱: برای مراکز تک پزشک، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد.

د) بیتوته بیمارستان: اگر بیمارستان به عنوان مرکز تجمیعی باشد، موظف است بیماران تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مورد نظر را پذیرش نماید و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات بیتوته، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن ازسوی اداره کل بیمه استان دراختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارایه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه به صورت FFS به بیمارستان ندارد. ضروری است هماهنگی لازم فی مابین بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان، به منظور پذیرش دارندگان دفترچه بیمه روستایی در ساعات غیر اداری توسط بیمارستان ها (به عنوان مرکز تعریف شده بیتوته) انجام شود. برای استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (ازمحل حذف اعتبار بیتوته پزشک مرکز).

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

۳-شیفت بندی بیتوته: مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، امکان ارایه خدمت به جمعیت تحت پوشش فعال را از نزدیکترین مرکز تجمیعی یا شبانه روزی را فراهم کند. مرکز بهداشت شهرستان می بایست برنامه زمان بندی شیفت بیتوته برای پزشکان را به طور نوبتی و با تقسیم عادلانه (از نظر تعداد و نوبت شیفت روز و شب) تدوین و ابلاغ نماید. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت مجری، مسوولیت شیفت بندی ارایه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشک مسوول مرکز خواهد بود. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در آن حضور داشته باشند. واگذاری بیتوته از سوی پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر میسر نبوده و واگذاری آن در قبال پرداخت وجوه تخلف محسوب می گردد. هر گونه برنامه ریزی در این خصوص می بایست از سوی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرفته و پزشکان مکلف به اجرای آن می باشند. هیچ پزشک خانواده ای مجاز نیست به بهانه نخواستن حق بیتوته خود، از انجام این کار اجتناب کند و در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان، موظف به انجام بیتوته است.

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

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

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

۷-تعدیلات بیتوته: در صورت عدم انجام بیتوته پزشک تعیین شده، سرانه خدمت مذکور از سرانه پزشک کسر می گردد.

ماده ۱۴: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت

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

۱-اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا بهرمند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. در مورد حج تمتع، صرفا یک بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی یک ماهه امکان پذیر است و در این زمان صرفا حکم کارگزینی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وی همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود.
تبصره ۲: عدم حضور به علت انجام دهگردشی و شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، مشمول تعدیلات نخواهد بود.

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 منحصرا" معادل مبلغ حکم کارگزینی را دریافت می نماید. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند.

تبصره ۱: چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی (در مرخصی طولانی مدت و به دلیل زایمان) دارای سابقه خدمت در محل بوده، در زمان مرخصی وی با فرد جانشین (نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و در صورت نبود نیروهای مذکور، نیروهای قراردادی متقاضی) قرارداد موقت بسته می شود. در پایان مرخصی، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا فرد را به محل فعالیت قبلی خود بازگرداند.

تبصره ۲: مدت زمان مرخصی زایمان به مدت ۹ ماه می باشد و محل پرداخت دستمزد در طی شش ماهه اول از طریق سازمان تامین اجتماعی و سه ماهه بعدی از محل اعتبارات برنامه می باشد.

۳-در راستای اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسوول مستقیم، اگر به شکل کاهش ۸۰ دقیقه در تمام روزهای هفته باشد نیاز به جانشین نداشته و مشمول کسورات نمی گردد. در صورتی که یک روز کامل در هفته باشد لازم است نیروی جانشین حضور داشته باشد و هزینه تامین نیروی جانشین از اعتبارات دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی خواهد بود. بدیهی است زمان استفاده از تسهیلات فوق نباید باعث ایجاد اختلال در ارائه خدمت گردد.

۴-مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن پرسنل قراردادی/ طرحی طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی، تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد معادل مبلغ ۱۵ روز از حکم کارگزینی را به وی پرداخت کند. جهت نیروهای پیام آور بهداشت تابع ضوابط مربوطه و جهت نیروهای رسمی و پیمانی حکم کارگزینی آنان مبنای پرداخت ذخیره مرخصی در پایان خدمت بر اساس ضوابط معاونت توسعه مدیریت و منابع می باشد.

۵- وجود حداقل یک پزشک جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ پزشک خانواده، با یک پزشک دیگر نیز به عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. پزشکان جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان

را داشته باشند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جانشین واحد نداشته باشد. پزشکان جانشین کلیه فعالیت های پزشک خانواده اصلی را می بایست انجام دهند. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک جانشین معادل متوسط پزشکان شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام دهگردشی و بیتوته، محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد وی بر اساس مرکز محل فعالیت تعیین می گردد.

۶- مرخصی پزشکان در سقف تعیین شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه)، در صورت نبود جانشین، با تضمین ارایه خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیلات نمی گردد.

۷- وجود حداقل یک مامای جانشین در هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروری است مرکز بهداشت شهرستان به ازای هر ۱۱ ماما، با یک مامای دیگر نیز به عنوان مامای جانشین قرارداد منعقد نماید. این ماما ها در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر ماما ها را داشته باشند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماما ها، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به مامای جانشین واحد نداشته باشد. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماهای شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام دهگردشی و بیتوته، محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد وی بر اساس مرکز محل فعالیت تعیین می گردد.

۸- مرخصی ماماها در سقف تعیین شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه)، در صورت نبود جانشین، با تضمین ارایه خدمت در آن مرکز توسط سایر ماما مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیلات نمی گردد.

۹- به کارگیری مامای طرف قرارداد بیمه روستایی و پزشکی خانواده با عنوان پذیرش، بهورز، پرستار، دارویار، نمونه گیر آزمایشات، مامای تسهیلات زایمانی و سایر وظایف تعیین شده خارج از بسته خدمتی ممنوع می باشد.

۱۰- برای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که جمعیت تحت پوشش فعال کمتراز ۴۰۰۰ نفر دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید درنظر گرفت. در مناطقی که مراکز خدمات جامع سلامت جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۲۰۰۰ نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است می بایست باقی روزهای هفته در مرکز طرف قرارداد خود حضور یابند. همچنین از پزشک و مامای مشخصی در این مراکز استفاده گردد.

ماده ۱۵: ارائه خدمات دارویی

۱-اقلام دارویی: معاونت بهداشت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و به تبع آن مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین ۴۳۶ قلم داروهای ژنریک مصوب برنامه پزشکی خانواده می باشد. پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از فهرست درخواستی خود از ۴۳۶ قلم لیست دارویی برنامه پزشکی خانواده نیست.

تصمیم گیری در مورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی لیست ۴۳۶ قلم برنامه، تا سقف ۱۰ درصد، در کمیته ای متشکل از مدیر کل بیمه سلامت استان، معاون بهداشت، نماینده معاونت غذا و دارو، مسئول امور دارویی معاونت بهداشت، رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رییس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده به صورت ۲ بار در سال و یا بنا بر ضرورت و بر اساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، انجام شود.

۲-نسخه دارویی: داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت و داروخانه های طرف قرارداد ملزم به ارایه دارو مطابق نسخه تجویزی پزشک می باشند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل شود. تمدید نسخ درمان خارج از ۴۳۶ قلم به شرط آنکه داروی تجویزی شرط تجویز توسط متخصص را نداشته باشد در بیماران دیابتی، پر فشاری خون، اعصاب و روان، و بیماری های قلبی و عروقی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت و به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت ادامه می یابد، بلامانع است. هزینه این داروها در صورت ارایه توسط داروخانه طرف قرارداد، باید از سطح دوم و توسط بیمه سلامت استان به داروخانه طرف قرارداد پرداخت شود. تجدید نسخ متخصصین در بازه زمانی حداکثر سه ماه و در هر بار به اندازه مصرف یک ماه داروی مورد نیاز بلامانع است.تجویز نسخ دارویی دندانپزشکی و ارائه خدمات دارویی مربوطه در محدوده داروهای مصوب بلامانع است. داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست ۴۳۶ قلم دارو لیست دارویی برنامه پزشکی خانواده قرار می گیرند به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند. لازم است اقلام دارویی این بیماران در برگه جداگانه با عنوان سلامت روان نسخه گردد. تجویز نسخ دارویی توسط کارشناس مامایی دارای نظام مامایی صرفا در محدوده داروهای مصوب و قابل تجویز آنان و طبق بسته خدمتی پزشکی خانواده و بیمه روستایی، مقدور می باشد.

۳-موجودی دارو: داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه های خصوصی طرف قرارداد بخش غیردولتی وجود داشته باشد و در مقاطع سه ماهه نیازهای دارویی مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین شود. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز مجری برنامه درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰٪ از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود باشد.

٤-اعتبارات دارویی: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور باید از محل اعتبارات جاری دانشگاه علوم پزشکی تامین شده و براساس دستور عمل برنامه مزبور از طریق خانه های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت در اختیار مردم قرار داده شوند. همچنین در صورت فعال بودن داروخانه بخش خصوصی، تامین داروهای قفسه دارویی خانه بهداشت در ازای دریافت هزینه بر عهده ایشان می باشد. هزینه تامین

این داروها از محل اعتبارات دانشگاه یا سهم دارو از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده می باشد.

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

٦-انعقاد قرارداد مابین مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی: به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، درصورت عدم امکان ارایه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی و وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه پس از تایید معاونت بهداشتی دانشگاه و در چارچوب قرارداد و ضوابط مربوطه می باشد. بدین منظور مرکز بهداشت شهرستان می تواند نسبت به عقد قرارداد با داروخانه های غیر دولتی حوزه تحت پوشش و پذیرش نسخ و ارایه خدمات دارویی برای جمعیت تحت پوشش فعال اقدام نماید. راه اندازی بیش از یک شعبه برای هر داروخانه توسط بخش خصوصی، منوط به تایید معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد. ضروری است داروخانه های طرف قرارداد از تحویل نسخ دارویی جمعیت بیمه شده روستایی تجویزی پزشک خانواده به ادارات بیمه سلامت شهرستان خودداری کنند. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، مرکز بهداشت شهرستان موظف است با هر یک از آنان بر اساس ضوابط مربوطه عقد قرارداد، قراردادی جداگانه منعقد نماید. در روستا و یا شهر های زیر ۲۰ هزار نفر اگر داروخانه طرف قرارداد در شعاع بیش از ۵۰۰ متر از مرکز واقع شده باشد، طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با تامین محل، پرسنل مورد نیاز و اقلام دارویی سطح اول بر اساس فهرست دارویی سطح یک برنامه پزشک خانواده بسته خدمتی (۴۳۶ قلم) و درخواست پزشک، در مرکز مستقر نماید. داروخانه های خصوصی طرف قرارداد موظف به رعایت مفاد مربوطه این دستور عمل در حین اجرای قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان و متعهد به تامین فهرست دارویی درخواستی سطح یک برنامه پزشک خانواده بسته خدمتی می باشند.

داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیرو برای ارایه خدمت در شیفت های صبح و عصر و در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت و ارائه خدمات دارویی در زمان بیتوته برای موارد اورژانس می باشد. استفاده از پرسنل پرستار/ بهیار تیم سلامت در ارائه خدمات دارویی صرفا با هماهنگی و نظر مرکز بهداشت شهرستان مقدور می باشد. پرسنل به کارگیری شده باید واجد تائیدیه معاونت غذا و داروی دانشگاه باشند. در صورت پوشش ارایه خدمات دارویی یک مرکز خدمات جامع سلامت با چند داروخانه طرف قرارداد، برنامه ریزی ارایه خدمات دارویی در شیفت شب، تامین داروهای ترالی/ قفسه اورژانس و نیز دهگردشی توسط یکی از داروخانه های طرف قرارداد با نظر مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد. پرداخت

حق بیمه کارکنان به کارگیری شده در شعب داروخانه و دهگردشی به عهده داروخانه طرف قرارداد است.
تامین داروهای ترالی/ قفسه اورژانس (مطابق با آخرین دستور عمل ابلاغی استاندارد دارویی بخش اورژانس) و قفسه دارویی مراکز خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت (داروهای مورد نظر از لیست اقلام دارویی برنامه مطابق با نظر پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت) به عهده داروخانه طرف قرارداد (با پرداخت هزینه به داروخانه) می باشد.

در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، ارائه خدمات دارویی به صورت شبانه روزی خواهد بود. نظارت و به روز رسانی اقلام مربوط به داروهای ترالی اورژانس بر اساس مصوبات مرکز اورژانس کشوری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

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

۸- تعرفه ارایه خدمات دارویی: تعرفه ارایه خدمات دارویی از بیمه شده روستایی در داروخانه های بخش غیر دولتی و دولتی با حضور داروساز بر اساس دستور عمل ابلاغی سازمان غذا و دارو خواهد بود. اخذ تعرفه خدمات دارویی از بیمه شده روستایی در داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت و در زمان دهگردشی ها در صورت عدم حضور داروساز وجاهت قانونی ندارد. به منظور جبران بخشی از هزینه نسخه پیچی در شعبه داروخانه طرف قرارداد در شیفت های صبح، عصر و شب، مبلغی بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز از سوی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهانه محاسبه و به داروخانه طرف قرارداد پرداخت می شود. پایه هزینه پیش گفت برای میانگین ضریب محرومیت چهارگانه معادل ۱ ، مبلغ ۱۰ میلیون ریال خواهد بود و به ازای هر ۰/۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۵۰۰۰۰ ریال اضافه می شود. پرداخت یارانه مذکور بر اساس ارایه مستندات پرداخت حق بیمه پرسنل توسط داروخانه طرف قرارداد، خواهد بود. در صورت عدم تامین داروی سطح یک و خرید داروی تجویزی پزشک خانواده توسط بیمه شده روستایی، برابر سهم سازمان قیمت داروی خریداری شده از سرانه دارویی شهرستان کسر خواهد شد.

قیمت دارو و فرانشیز داروخانه های طرف قرارداد بر اساس قوانین و مقررات مربوطه سازمان غذا و دارو می باشد.

۹-اقلام مکمل: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام مکمل ها در انبار دارویی شبکه بهداشت و درمان شهرستان/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده بر اساس برنامه کشوری

مکمل یاری گروه های سنی و فیزیولوژیک (گروه های هدف) در اختیار خانه های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت روستایی/ شهری مجری برنامه قرار داده شده و به صورت رایگان دراختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار داده می شود و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده نیست.

ماده ۱۶: ارائه خدمات پاراکلینیک

۱- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک: راه اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک بر اساس تعاریف ساختاری امکان پذیر می باشد. مرکز بهداشت هر شهرستان می تواند برای تدارک خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. انعقاد قرار داد برای ارائه خدمات پاراکلینیک از سوی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان صورت می پذیرد. در صورت عدم ارائه خدمات سطح یک آزمایشگاه و خرید اقلام آزمایشگاهی توسط بیمه شده روستایی، برابر سهم سازمان اقلام آزمایشگاهی خریداری شده از سرانه آزمایشگاه شهرستان کسر خواهد شد.

مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت محل اجرای برنامه از طریق راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین و امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر خواهد بود.

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

۳-سطح بندی آزمایشگاه: واحدهای ارایه دهنده خدمات از نظر ساختاری، به شرح ذیل تقسیم می شوند:

الف) آزمایشگاه مرکز مجری: به آزمایشگاهی اطلاق می شودکه در مرکز مجری برنامه پزشکی خانواده با جمعیت تحت پوشش بیشتر از ۴۰۰۰ نفر یا فاصله آن مرکز تا نزدیکترین آزمایشگاه فعال بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد قرار دارد.

ب) واحد نمونه گیری: در صورتیکه مرکز خدمات جامع سلامت دارای جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد و راه اندازی آزمایشگاه در آن مرکز مقرون به صرفه نبوده و یا فاصله آن مرکز تا نزدیکترین آزمایشگاه فعال

کمتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد نیاز به راه اندازی آزمایشگاه نبوده و راه اندازی واحد نمونه گیری کافی است. نمونه گیری در این مرکز توسط پرسنل آموزش دیده و معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر یک روز در هفته، برای جمعیت ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر دو روز در هفته و برای جمعیت ۴۰۰۰ تا ۷۰۰۰ نفر سه روزدر هفته انجام می شود.

ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده از مسیر ارجاع در مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. بدیهی است کلیه خدمات آزمایشگاهی در تعهد بهداشت، در تمامی واحدهای آزمایشگاهی اعم از واحد نمونه گیری،آزمایشگاه مرکز مجری،آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان قابل ارایه می باشد. در صورتی که امکان انجام آزمایش در مرکز مجری وجود نداشته باشد، از طریق نمونه گیری و انتقال امن و ایمن نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارایه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نیست.

تبصره ۱: جذب نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال وجمعیت مراکزدارای واحد نمونه گیری محاسبه می گردد. به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال مرکز خدمات جامع سلامت دارای آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به کارگیری می شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعال مستقر بوده و موظف به انجام نمونه گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت پوشش این مرکز می باشد.

تبصره ۲: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره کل بیمه مصوب و در کلیه مراکز مجری در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

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

٥-خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی طرف قرارداد شبکه می بایست بر اساس خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاه های بهداشتی برنامه باشد. همچنین آزمایشات رایگان غربالگری بیماری ها بر اساس بسته خدمتی مربوطه، انجام می گردد.

تبصره۱: 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 ارایه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری برنامه انجام شده و نمونه های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه برداری از طریق پرسنل به آزمایشگاههای بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا غیر دولتی و آزمایشگاههای خصوصی تایید شده طرف قرارداد ارجاع می شود. آن دسته از نمونه ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداری شوند.

تبصره ۳: نمونه گیری آزمایش "تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم و HPV" در مراکز خدمات جامع سلامت جهت غربالگری گروه های هدف و سایر گروه ها طبق بسته خدمتی به صورت رایگان توسط ماما انجام می شود.

تبصره ۴: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروههای سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد.

آزمایشات مادران باردار شامل Blood Group & Rh - آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار- کشت ادرار- Serum Creatinin-Serum BUN -آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران RHمنفی)-FBS - TSH –VDRL- HBSAg (در صورت نیاز)، آزمایش غربالگری دیابت بارداری Oral Glucose Tolerance Test(OGTT) - Glucose Chalenge Test(GCT). آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol جهت جمعیت بالای سی سال.آزمایش های غربالگری نوزادان شامل اندازه گیری TSH (CH) - اندازه‌گیری کمّی فنیل آلانین (PKU)

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه های بهداشت

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

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

۱- بسته خدمات تصویر برداری سطح یک صرفا از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا خصوصی طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارایه خواهد بود.

۲- در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداری دولتی و خصوصی، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداری سطح یک تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.

۳- لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداری طرف قرارداد شبکه در مراکز مجری برنامه صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

۴- گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.

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

۶- اصل نسخ تجویزی انجام شده مورد تعهد خدمات سطح یک و لیست پذیرش شدگان، توسط مرکز تصویر برداری طرف قرارداد جهت دریافت هزینه ها از شبکه در دو نسخه تنظیم وبه مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهانه ارسال گردد که پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان، یک نسخه از آن به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال می گردد.

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

ماده ۱۷: خدمات دهان و دندان

۱-نحوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان: ارتقاء سلامت دهان ودندان ازطریق ارایه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی به جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی، شهر های زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه هدف (افراد زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده) کشور صورت می پذیرد. ارایه خدمات سطح یک 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 مهدکودک ها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می‌گردد). 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.

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

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

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

۲-سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان از نظر ساختاری:

الف) سطح یک: در پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت به ارایه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان بدین شرح می پردازند: شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در محل یا منطقه تحت پوشش با جلب حمایت شورا و هیئت امناء روستا و اتخاذ یک تصمیم یا فعالیتهای مکمل با هماهنگی های برون بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه، آموزش بهداشت دهان و دندان با رعایت اصول مصاحبه 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 وثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان در سامانه سطح یک بهداشت، انجام وارنیش فلوراید جهت ارایه به گروه هدف و توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۳ سال،پایش به کارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خودمراقبتی دهان و دندان. ارجاع به سطوح بالاتر برای افرادی که نیاز به خدمات درمانی دارند، در این سطح باید صورت پذیرد. بدیهی است در صورت ارایه خدمات سطح یک توسط هر کدام از ارایه دهندگان خدمت (بهورز، مراقب سلامت دهان) سرانه آن خدمت قابل پرداخت می با شد.

ب) سطح دو: در مراکز خدمات جامع سلامت مجری و واحد های طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نظیر مراکز معین و مطب های دندانپزشکی و درمانگاه های طرف قرارداد جهت اجرای سطح ۲ خدمات در قالب خرید خدمت به ارایه خدمات سلامت دهان و دندان از جمله آموزش بهداشت دهان به مراجعین ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات 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)، پالپوتومی، درمان پالپ زنده (vpt) دندان های شیری و دایمی (قابل انجام در مراکز شبانه روزی و معین)، جرم گیری و بروساژ به شرط تامین یونیت دندان پزشکی (ثابت و سیار)، می پردازند.

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

٤-ثبت اطلاعات خدمات سلامت دهان و دندان: ثبت آمار و خدمات سلامت دهان و دندان از طریق سامانه های سطح یک بهداشت انجام می گردد.

٥-تقسیم بندی زمان کاری خدمات سلامت دهان و دندان: به منظور ارتقاء خدمات و همچنین بهبود کیفیت شاخصDMFT لازم است علاوه بر انجام خدمات فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، کشیدن دندان، ترمیمی، پالپوتومی، پالپ زنده، جرمگیری و بروساژ؛ لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/ بهداشت کار دهان و دندان صرف فعالیت های آموزشی گروه هدف، انجام دهگردشی و بازدید از مدرسه شود. بر اساس نیاز جمعیت تحت پوشش، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان می تواند هر یک از خدمات مذکور را ارایه نماید.

٦-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 مسوول بهداشت دهان ودندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسوول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال درشهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات ارایه شده بر اساس فرم های جمع بندی عملکرد طرح سلامت دهان ودندان 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 مسوولیت 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 مسوول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان بوده وپس از تایید انجام خدمات دندانپزشکان توسط مسوول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، پرداختها صورت می گیرد. نظارت بر عملکرد مسوول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان توسط مسوول واحد بهداشت دهان و دندان مرکز

بهداشت استان انجام می شود.

۷-شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان: گروههای سنی هدف شامل زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده می باشد.کلیه گروه های سنی، مخصوصاً گروه های سنی هدف در خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی غربالگری شده و اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان های آنها در پرونده خانوار یا نرم افزار کامپیوتری مربوطه ثبت می گردد. پس از انجام آموزش بهداشت دهان با استفاده از وسایل کمک آموزشی، افرادی که نیاز به درمان های دندانپزشکی دارند به دندانپزشک یا سایر کارکنانی که با یونیت کار می کنند، ارجاع و نتیجه ارجاع در پرونده خانوار مربوط به آن فرد ثبت می گردد. کودکان گروه هدف زیر ۱۴ سال بایستی هر ۶ ماه یک بار توسط بهورز و یا مراقب سلامت، مراقبت شوند. همچنین وارنیش فلوراید بر اساس دستورالعمل مربوطه به کودکان بالای۲ 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. 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 ودندان شامل معاینه دهان و دندانها، آموزش بهداشت دهان، وارنیش فلوراید، فیشور سیلانت برای کلیه دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در پایگاه های سنجش بر اساس دستورالعمل های مربوطه قابل انجام می باشد. ارایه این خدمات محدودیت زمانی نداشته و خدمات تعریف شده می بایست توسط ارایه دهندگان ادامه یافته و انجام گیرد و پوشش این خدمات به طور کامل انجام پذیرد.

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

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

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

ماده ۱۸: درآمدهای برنامه

۱-منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده (عمومی/ متخصص پزشکی خانواده)، کارشناس ارشد و کارشناس مامایی.

۲-منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادیکه دفترچه بیمه روستایی دارند.

۳- تعرفه خدمات آزمایشگاه شامل حق پذیرش و نمونه گیری به علاوه انجام آزمایش می باشد که ۱۵ درصد آن از

بیمه شده روستایی اخذ می گردد.

۴-منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۵٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادیکه دفترچه بیمه روستایی دارند. بدیهی است رعایت فرانشیز مذکور در عقد قرارداد با بخش خصوص الزامی است.

تبصره: فرانشیز خدمات پاراکلینیک برای بیمه شدگان صندوق روستایی ۱۵٪ و سایر بیمه ها ۳۰٪ تعرفه دولتی است.

۵-منابع حاصل از اخذ فرانشیز ۱۰٪ از تعرفه های خدمات جانبی از جمله تزریقات و پانسمان و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند.

۶- منابع حاصل از اخذ هزینه کامل مواد مصرفی (مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، لیدوکایین، بتادین و...)

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

۸-منابع حاصل ازاخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) به جز نسخ سازمان بیمه سلامت درقبال ارایه برگه‌ی بیمه شدگان.

۹-منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارایه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند.

تبصره: در صورت مراجعه بیمه شده روستایی به مراکز خدمات جامع سلامت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود، خدمات مراقبتی و درمانی ارایه وتعرفه خدمات ارایه شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است در صورت مراجعه به دیگر مراکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرستان خود، فرانشیز خدمات به صورت آزاد محاسبه می گردد.

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

۱۱- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارایه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه.

تبصره ۱: با توجه به پرداخت سرانه خدمات سطح یک به جمعیت یک بار خدمت، ادارات کل بیمه سلامت استان با توجه به مغایرت قانونی پرداخت همزمان سرانه و FFS، مجاز به پذیرش و پرداخت اسناد پزشکان، دندانپزشکان، دارو و پاراکلینیک مراکز مجری مشمول برنامه نمی باشند. اعتبار مربوط به محاسبات هزینه های بیمه شدگان سایر صندوق های سازمان مشمول این تبصره به سرجمع اعتبارات صندوق بیمه روستاییان اضافه می شود.

تبصره ۲: چنانچه بیمار صرفاً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای مرکز مراجعه کند، فقط فرانشیز تعرفه آن خدمت را پرداخت خواهد کرد. درصورت 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 فرانشیزمصوب دریافت گردد.

تبصره ۳: 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 ۴: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). مرکز خدمات جامع سلامت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان برای دریافت دفترچه بیمه روستایی راهنمائی نماید.

تبصره ۵: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان می باشد و نباید وجهی از مراجعه کننده دریافت شود و برای سایر صندوق ها (به جز صندوق روستایی) با تکمیل مستندات مربوط به پرونده بستری مادر، برگه دفترچه او جدا شده با ارایه 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 سازمان های بیمه گر پرداخت خواهد شد.

تبصره ۶: اعتبار نسخ ارجاع از تاریخ صدور به مدت یک ماه می باشد.

تبصره ۷: در زمان بیتوته که شامل ساعات عصر و شب می باشد، مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه ها برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی و برای افراد فاقد بیمه معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی می باشد. البته در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارایه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش فعال در تمامی طول شبانه روز رایگان می باشد.

تبصره ۸: لازم است اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش فعال در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارایه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاری دهیار/ بخشدار صورت پذیرد.

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

۱۲- منابع حاصل از تعرفه ارایه خدمات دندانپزشکی:

الف) تعرفه خدمات مربوطه، بر اساس تعرفه سالانه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی مصوب هیات وزیران می باشد.

تبصره۱: برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی خارج از گروه هدف و سایر بیمه ها، تعرفه پالپ زنده معادل تعرفه ترمیم سه سطحی آمالگام در نظر گرفته می شود.

تبصره ۲: خدمات سلامت دهان و دندان سطح یک برای صندوق روستاییان، به صورت سرانه ای بوده و هیچ گونه نسخه ای بصورت FFS برای این خدمات قابل پذیرش و پرداخت توسط بیمه سلامت نمی باشد.

تبصره ۳: نسخ خدمات سلامت دهان و دندان سطح دو در صندوق روستاییان برای جمعیت غیر گروه هدف به صورت

FFS قابل پذیرش، رسیدگی و پرداخت توسط بیمه سلامت می باشد.

ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان: ارایه خدمات پیشگیری سطح یک برای کل جمعیت تحت پوشش فعال رایگان است. فرانشیز ارایه خدمات سطح دو برای جمعیت تحت پوشش فعال به شرح زیر می باشد.

- برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی: در گروه هدف (زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده) رایگان و برای سایر افراد برای خدمات در تعهد بیمه، ۳۰ درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.
- برای دارندگان دفاتر سایر بیمه ها (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و...): خدمات در تعهد بیمه، ۳۰ درصد و برای خدمات غیر از تعهد بیمه بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه بخش دولتی و یا تعرفه مصوب دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می باشد.
- برای افراد فاقد هر گونه دفترچه بیمه: کل هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد.

قابل ذکر است دریافت فرانشیز ارایه خدمات توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان مطابق با مصوبه شورای عالی بیمه است.

ماده ۱۹: بودجه برنامه

سرانه (از محل اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده) برای جمعیت تحت پوشش فعال در روستاها، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر محاسبه و توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان وآموزش 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. مبنای محاسبات سرانه از محل اعتبارات برنامه و توزیع آن بر اساس اطلاعات جمعیت یک بار خدمت (فعال) می باشد.

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

بر اساس مصوبات هیئت امناء دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد بیمه روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. بر اساس مصوبه هیات امناء (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه بیمه روستایی، دانشگاه های علوم پزشکی مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته برنامه بیمه روستایی، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهای بیمه و یا سایر درآمدهای ناشی از بیمه روستایی را منحصرا" در چهارچوب دستورعملهای ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه

کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل برنامه صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و دراین راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد.

- پرداخت به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی) با روش مبتی بر عملکرد در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عقد قرارداد به منظور ارایه خدمات پزشکی و غیر پزشکی مورد نیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی درصورت نیاز

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

ماده ۲۰: 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 می‌گردد.

ارایه خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت توسط اعضای تیم سلامت بر اساس جمعیت تحت پوشش فعال به شرح زیر تعیین می گردد.

الف - به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک

ب- به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک ماما یا مراقب سلامت خانواده

ج- به ازای هر ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان

تذکر ۱: در مراکز با جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال وجود یک پزشک و یک ماما یا مراقب سلامت خانواده ضروری است

تذکر۲: در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال که امکان جذب پزشک به صورت تمام وقت وجود ندارد، حضور پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته کفایت می کند.

تبصره ۱: با توجه به وظایف تعریف شده در بسته خدمت برای پزشکان شاغل در برنامه برای هر پزشک یک مرکز حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال در نظر گرفته می شود. در مراکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت زیر ۱/۷ ارایه خدمات و ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت فعال تحت پوشش برنامه به شرح ذیل خواهد بود.

الف- تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال، به هر پزشک ۱۰۰٪ سرانه پرداخت می گردد.

ب- از ۴۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۵۰٪ سرانه پزشک کسر می گردد.

ج- از ۵۰۰۱ نفر جمعیت تحت پوشش فعال، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۵۰۰۰ نفر ۱۰۰٪ سرانه مرکز کسر می گردد.

تبصره ۲: در مراکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت ۱/۷و بالاتر ارایه خدمات و ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت فعال تحت پوشش برنامه به شرح ذیل خواهد بود.

الف- از ۴۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت فعال تحت پوشش برنامه، به هر پزشک ۱۰۰٪ سرانه پزشک پرداخت می گردد.

ب- از ۵۰۰۱ تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت فعال تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۵۰۰۰ نفر ۷۵٪ سرانه پزشک کسر می گردد.

ج- از ۷۰۰۱ نفر جمعیت فعال تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۷۰۰۰ نفر ۱۰۰٪ سرانه مرکز کسر می گردد.

تبصره ۳: سرانه تخصیصی به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی برای مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش فعال زیر ۱۰۰۰ نفر، معادل ۷۰ درصد؛ در مراکز با جمعیت تحت پوشش فعال بین ۱۰۰۰ نفر تا ۲۰۰۰ نفر، معادل ۵۰ درصد و در مراکز با جمعیت تحت پوشش فعال بین ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر، معادل ۳۰ درصد به سرانه کل مرکز اضافه می گردد.

تبصره ۴: مرکزی فعال محسوب می گردد که خدمت پزشک و داروخانه برای آن مرکز تعریف شده باشد، در صورت غیر فعال بودن خدمت پزشک و ارایه همزمان سایر خدمات، با توجه به اینکه پزشک مسئول فنی مرکز می باشد، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۵: ارایه نشدن هر یک از اجزاء خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضمائم که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزء از کل سرانه مرکز خواهد شد.

تبصره ۶: در تعیین سرانه جمعیت عشایری برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها از جمعیت فعال محاسبه و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر استان تعیین و ازطریق دانشگاه علوم پزشکی اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه تحویل می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود.

ماده ۲۱: سهم توزیع سرانه

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بر اساس ماده ۵ تفاهم نامه سال ۱۳۹۹ می باشد.

ماده ۲۲: تخصیص و هزینه کرد اعتبارات

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

مدیرمالی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است لیست ریز هزینه کرد خدمات سطح یک را پس از تایید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی به صورت شش ماهه به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام کند.

معاونت توسعه مکلف است به شرط تخصیص، اعتبارات را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ نموده و سازمان به شرط دریافت منابع تعریف شده ظرف ۷۲ ساعات کاری به حساب ادارات کل استانی پرداخت نمایند و ادارات کل پس از دریافت اعتبار نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به دانشگاه/ دانشکده ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری اقدام نماید و دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلفند پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبارات صرفاً در سر فصل های برنامه در اسرع وقت اقدام نماید.

ماده ۲۳: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت

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

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

نیروی آزمایشگاه و رادیولوژی و سایر نیروهایی که از محل اعتبارات برنامه دستمزد آنان پرداخت می گردد) تعیین و سپس بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بر اساس مفاد تفاهم نامه ارسالی توزیع می گردد.

۲-اداره کل بیمه سلامت استان مکلف است ۸۰ درصد کل مطالبات را تا پانزدهم هر ماه و ۲۰ درصد باقی مانده را پس از پایش عملکرد و اعمال نتایج آن در کل سرانه متعلقه بر اساس فرم پایش و پرداخت آن به صورت فصلی با رعایت مفاد تفاهم نامه خدمات سطح یک پرداخت نماید و مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا بیست و هشتم هر ماه نسبت به پرداخت حقوق کامل و ۸۰ درصد کارانه پزشک و ماما و مزایای پزشک و ماما و سایر اعضای تیم سلامت اقدام نماید.

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

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

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

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

۷-معاون توسعه دانشگاه و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستان‌های تابعه ندارد.

۸-مدیرمالی 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.

۹-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.

۱۰- مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی ناشی از

ارایه 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.

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

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

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

۱۴-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 ارایه دهد و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

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

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

ماده ۲۴: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته

اعتبارات اجرای برنامه های فنی ادغام یافته تفاهم نامه مشترک و اصلاحیه پیوست آن، بر اساس برنامه های عملیاتی

مورد تایید مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت هزینه می گردد.

ماده ۲۵: ارجاع در سطح یک خدمات

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

تبصره۱: 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 ونتیجه 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 هرحال مدیریت سلامت 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 ۲۶: ارجاع در سطح دو خدمات

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

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

تبصره۱: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص سطح دو، مکانیسم های ارایه بازخورد اطلاعات به پزشک خانواده براساس دستورعمل اجرای برنامه خواهد بود.

تبصره ۲: برای جلوگیری از ارجاع معکوس، پذیرش بستری بیماران دارای دفترچه بیمه روستایی غیر اورژانسی در

بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه با رعایت نظام ارجاع در زمان پذیرش صورت گیرد.

ماده ۲۷: پایش فصلی تیم سلامت

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

تبصره۱: لازم است پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت شهرستان بر اساس چک لیست های ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت متبوع صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت قطعی سه ماهه (۲۰٪) خواهد بود.

تبصره۲: لازم است نمره پایش در پرونده اعضای تیم سلامت با ثبت امضای آنان درج گردد که علت کسر شدن دریافتی یا تشویقی وی براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

ماده ۲۸: پایش مشترک با اداره کل بیمه سلامت استان/ شهرستان

۱-برنامه پایش می بایست با رویکرد حل مشکل و ارتقاء کیفیت خدمات باشد. بدین منظور فرآیند برنامه ریزی پایش باید به صورت مشترک با مشارکت فعال مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان اجرایی گردد. برای محقق شدن این امر لازم است هر سه ماه یکبار بین مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان برنامه مشترک تهیه و به ستاد هماهنگی استان و واحدهای مجری اعلام گردد.

۲-پایش هر مرکز مجری برنامه، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان) حداقل یک بار در ماه باید صورت پذیرد. بدیهی است مراکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان می توانند به صورت مشترک یا جداگانه تعداد بیشتری از واحدهای مجری را برابر تکالیف قانونی خود بازدید و پایش نمایند. با توجه به اهمیت ارزیابی نظام مراقبت در عملکرد تیم سلامت، ادارات کل و حوزه معاونت بهداشتی مکلفند خدمات را در چک لیست مشترک ارزیابی منظور نمایند تا نظام پایش از جامعیت لازم برخوردار گردد به نحوی که کلیه نکات پیش بینی شده در دستور عمل در آن لحاظ شده باشد. ملاک ارزیابی پایش عملکرد، انجام پایش مشترک (حضوری و یا الکترونیکی از طریق سامانه های یکپارچه بهداشت) می باشد. در صورت عدم تحقق پایش مشترک، سازمان می تواند برابر تکالیف قانونی خود اقدام نماید.

۳-در خصوص پایش کلیه خدمات اعم از پرسنلی و غیر پرسنلی و ثبت اطلاعات پایش و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری است با توجه به لزوم هزینه کرد سرانه اختصاص داده شده بابت ارایه خدمات سطح یک تعیین شده در صورت عدم ارایه کامل خدمات مذکور، تعدیلات پرسنلی و غیر پرسنلی مبتنی بر نتایج پایش هزینه کرد، در ستاد

هماهنگی کشوری بررسی و به منظور استمرار و توسعه خدمات سطح یک در مراکز مجری برنامه با نظر معاونت بهداشت وزارت و تایید سازمان بیمه سلامت ایران به هزینه گرفته شود.

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

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

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

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

ماده ۲۹: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

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

تبصره: ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماهای 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 ۳۰: مسوولیت اجرای برنامه

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

تبصره۱: پزشک خانواده مسوول مرکز وظیفه اداره کردن تیم های سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وی مسوول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارایه در مرکز مجری برنامه می باشد.

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

تبصره ۳: پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته‌ی تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد.

ماده ۳۱: مکانیسم پرداخت تیم سلامت

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

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

الف: حکم کارگزینی ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد

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

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

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

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

پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می گردد.

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

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

الف) عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در محدوده شهرستان معادل ۸۵٪

-در محدوده دانشگاه/ استان معادل ۷۰٪

-کل کشور معادل ۵۰٪

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

ج) به ازای میانگین پایش های فصلی عملکرد سالیانه و یا نمره ارزیابی عملکرد سالیانه ۹۰ و بالاتر، به ازای هر سال، ۵٪ (تا سقف ۱۰۰٪) اضافه می گردد.

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

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

و) چنانچه فرد 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. در صورت جابجایی فرد با درخواست شخصی، ضریب ماندگاری با شرایط مقصد برقرار می گردد و چنانچه با نظر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و زودتر از پایان زمان قرارداد باشد ملاک تا زمان پایان قرارداد قبلی، مرکز مجری مبدا خواهد بود. در هر دو صورت، انعقاد قرارداد جدید مورد نیاز است. تغییرات ماندگاری در جابجایی در صورت

تمایل خود فرد در محدوده شهرستان قبل از پایان زمان قرارداد قبلی خود معادل ۸۵٪ ماندگاری و در صورت جابجایی با نظر مرکز بهداشت شهرستان تا پایان زمان قرارداد قبلی ۱۰۰٪ ماندگاری خواهد بود.

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

٤-دهگردشی: پزشک/ مامای خانواده می بایست در روستاهای اصلی با خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر حداقل ۱ بار در هفته و خانه های بهداشت با جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر دو بار در هفته سرکشی نماید. همچنین، باید هر ماه یک بار به روستاهای قمر و هر سه ماه یک بار به روستاهای سیاری مراجعه داشته باشد. دهگردشی در خانه های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر (جمعیت روستای اصلی) به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود. پزشک/ مامای خانواده می‌بایست در خانه های بهداشت عشایری با جمعیت کمتراز ۱۰۰۰ نفر، حداقل ۱ بار در هفته و برای خانه های بهداشت عشایری با جمعیت بالای ۱۰۰۰نفر، دو بار در هفته سرکشی کند. در مورد مناطق عشایری سیاری خانه بهداشت، پزشک خانواده و ماما می بایست برای رفع مشکلات بهداشتی درمانی جمعیت، حداقل ماهی یکبار به همراه سایر اعضای تیم سلامت به منطقه سرکشی کند.

- 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) باضافه(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

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

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

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

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

مکانیسم های عملکردی:

الف: تشویق

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

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

ب : تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود

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

کسب ضریب عملکرد ۷۰٪ سبب کسر ۳۰٪ مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می شود ، البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتراز ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

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

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

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

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

٦-پرداخت به پرسنل جانشین: پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل جانشین معادل متوسط پرداخت آنان در شهرستان محل ماموریت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی پرداخت مبتنی بر عملکرد مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت پرداخت می گردد.

۷-ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: هر گاه پزشک/ ماما مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود را پذیرش و ویزیت کند، شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می بایست ۲۰ تا ۴۰ درصد تعرفه پزشک/ ماما را ماهانه به وی پرداخت نماید.

۸-پرداخت پرسنل طرحی و پیام آور بهداشت: پرداخت مبتنی بر عملکرد مشمولین قانون خدمات پزشکان

و پیراپزشکان (طرحی) و پیام آوران بهداشت به طور کامل می باشد.

۹-پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: میزان پرداخت مبتنی بر عملکرد متعلقه به متخصصین پزشکی خانواده معادل ۱۴۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی می باشد.

۱۰-پرداخت در موارد ترک خدمت: چنانچه فرد طرف قرارداد در ابتدای همکاری زودتر از سه ماه محل خدمت خود را ترک کند، صرفا حکم کارگزینی به وی تعلق خواهد گرفت. همچنین چنانچه پس از دوره سه ماهه اما قبل از پایان یک ساله قرارداد و بدون اطلاع قبلی (از یک ماه قبل)، محل خدمت خود را ترک نماید، ۲۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد سه ماهه آخر را دریافت نخواهد کرد.

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

۱۲-لحاظ مدارک تحصیلی: لحاظ مدارک تحصیلی پرسنل در حکم کارگزینی طبق ضوابط مربوطه می باشد.

۱۳-پرداخت وجه مهد کودک: پرداخت وجه مهد کودک برای زنان کارمند دستگاه های اجرایی فاقد مهد کودک دولتی به ازای هر فرزند زیر شش سال جهت پرسنل طرف قرارداد (تیم سلامت) بر اساس مصوبه هیات امنای دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی میسر است.

۱٤-پرداخت فوق العاده سختی شرایط کار: پرداخت فوق العاده سختی شرایط کار به پرسنل طرف قرارداد برنامه، بر اساس بخشنامه های ابلاغی و مصوبات هیات امناء دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و بر اساس ضوابط مربوطه قابل پرداخت می باشد.

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

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

۱۷-پرداخت در مناطق خاص: در مناطق با ضریب محرومیت مرکز مجری برنامه ۱/۸۰ و بالاتر که امکان جذب پزشک یا ماما به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است، به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد اضافه کرد.خاطر نشان می سازد این افزایش شامل پزشکانی

که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی شود.

۱۸-سنوات: مبنای محاسبه سنوات، حکم کارگزینی بوده و معادل یک ماه مبلغ مندرج در حکم کارگزینی پس از پایان هر دوره قرارداد (یک سال) (یا در طی سال) به کارکنان مشمول، پرداخت می شود. بدیهی است بازخرید سنوات خدمت در قراردادهایی که مدت انجام آنها کمتر از یک سال باشد به تناسب مدت قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد. همچنین برای نیروهای رسمی و پیمانی در پایان خدمت تسویه می گردد.

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

۲۰-اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک

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

۲۰- ۱- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد. عدد ۱ در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۸۸۳۹۴۴۶ ریال و بازای هر ۰,۰۱ افزایش مبلغ ۱۱۱۸۸۲,۲ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۲۰۰۲۷۶۵۹ ریال خواهد بود.

۲۰ -۲- سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت تعیین می گردد. بر این اساس به ازای یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۱۳۶۳۸۰۰ ریال لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش مبلغ ۱۷۱۷۳,۸ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۳۰۸۱۱۷۸ ریال خواهد بود.

۲۰-۳- *سهم* جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد. بر این اساس به ازای هر نفر جمعیت فعال تحت پوشش با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۸۵۲۳ ریال لحاظ و *به ازای* هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۱۰۷,۶ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۱۹۲۵۷ ریال خواهد بود.

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

۲۰-۴- سهم بیتوته: پزشک خانواده موظف است مطابق برنامه زمان بندی شده مرکز بهداشت شهرستان بیتوته نماید. مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، در صورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته به صورت کشیک بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود. در مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت بالای ۵۰۰۰ نفر در صورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق بیتوته در جدول محاسبه حق بیتوته دو پزشکه لحاظ می گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت شهرستان به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهد شد. چنانچه پزشکی در زمان بیتوته بدون اطلاع قبلی غیبت نماید، معادل دو برابر حق بیتوته همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وی کسر می‌شود.

مبالغ در نظر گرفته شده به ازای هر بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) به شرح جدول زیر می باشد. حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.

سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، برای مرکز تک پزشک مبلغ ۷۵۷۶۶۷ ریال، مرکز دو پزشک مبلغ ۸۸۳۹۴۵ ریال، مرکز سه پزشک و بیشتر مبلغ ۱۱۳۶۵۰۰ ریال، مرکز معین/ تجمیعی مبلغ ۱۵۱۵۳۳۴ ریال و مرکز شبانه روزی مبلغ ۲۰۸۳۵۸۴ ریال می باشد. به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۷۵۷۶,۶ ریال اضافه گردد (در مراکز شبانه روزی به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۸۳۳۴,۲ اضافه می گردد). بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای مرکز تک پزشک معادل ۱۵۱۵۳۳۴ ریال، مرکز دو پزشک معادل ۱۶۴۱۶۱۱

ریال، مرکز سه پزشک و بیشتر معادل ۱۸۹۴۱۶۷ ریال، مرکز معین/ تجمیعی معادل ۲۲۷۳۰۰۰ ریال و مرکز شبانه روزی معادل ۲۹۱۷۰۱۷ ریال خواهد بود.

۲۰-۵- سهم پراکندگی یا دهگردشی: در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۲۷۲۷۶۰ ریال برای هر واحد می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۳۴۳۴,۶ ریال اضافه گردد.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۸۸۳۹ ریال برای هر کیلومتر خاکی می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه(دانشگاه /دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) مبلغ ۹۶,۲ ریال اضافه گردد.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۶۳۱۴ ریال برای هر کیلومتر آسفالته می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۹۶,۲ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای هر واحد معادل ۶۱۶۲۳۵ ریال، برای هر کیلومتر مسافت آبی یا خاکی معادل ۱۸۴۳۷ ریال و برای هر کیلومتر مسافت آسفالت معادل ۱۵۹۱۱ ریال خواهد بود. همچنین برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر معادل یک خانه (پایگاه ضمیمه) در نظر گرفته شود.

۲۰-۶- ضریب عملکرد

۲۰-۷- ضریب حضور

۲۰-۸- حق مسوولیت: مسوولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.پزشک مسوول در مرکز خدمات جامع سلامت بعنوان مسوول تیم های سلامت مرکز محسوب می شود.

حق مسوولیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت با یک تیم سلامت معادل ۴٪ مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد نامبرده اضافه می گردد، به ازای هرتیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسوول مرکز می باشد ۱٪ به این مبلغ اضافه می گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۴ درصدی پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می گردد. بعنوان مثال در مرکز خدمات جامع سلامت با دو تیم سلامت حق مسوولیت پزشک مسوول ۵ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسوولیت دریافتی حداکثر ۷ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد.

تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی، مدیریت سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز را عهده دار هستند (اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعیین شده

در این دستورعمل از نظام پرداخت تقریبا" یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به عنوان مسوول مرکز خدمات جامع سلامت و رابط مرکز خدمات جامع سلامت با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد.

۲۰-۹- فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی:

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

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

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

۲۱-۱- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد. عدد ۱ در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) برای کاردان ها معادل ۱۲۶۲۷۷۸ ریال و برای کارشناسان مبلغ ۱۵۷۸۴۷۳ ریال می باشد و بازای هر ۰,۰۱ افزایش برای کاردان/ کارشناسان مبلغ ۴۴۱۹۷,۴ ریال اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۵۶۸۲۵۰۱ ریال و برای کارشناس مبلغ معادل ۵۹۹۸۱۹۶ ریال خواهد بود.

۲۱-۲ - سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت تعیین می گردد. بر این اساس به ازای یک سال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۲۵۲۵۵۶ ریال برای کاردان و ۳۱۵۶۹۵ ریال برای کارشناس لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش م مبلغ ۸۸۳۹,۴ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد.

بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان معادل ۱۱۳۶۵۰۰ ریال و برای کارشناس معادل ۱۱۹۹۶۳۹ ریال خواهد بود.

۲۱-۳- سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد. بر این اساس به ازای هر نفر جمعیت فعال تحت پوشش با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ، شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۴۲۹ ریال برای کاردان و مبلغ ۵۳۰ ریال برای کارشناس لحاظ و به ازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه، مبلغ ۱۵,۴ریال جهت کاردان/ کارشناس اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، معادل ۱۹۴۵ برای کاردان و مبلغ ۲۰۴۶ ریال برای کارشناس خواهد بود.

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

۲۱-۴- سهم پراکندگی یا دهگردشی: در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده ،

شهرستان، بخش و مرکز) معادل ۱، مبلغ ۱۶۸۳۷ ریال برای کاردان و مبلغ ۲۱۰۴۵ ریال برای کارشناس برای هر واحد می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۵۸۹,۲ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد.

بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۷۵۷۶۷ ریال و برای کارشناس مبلغ ۷۹۹۷۶ ریال خواهد بود.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۴۴۲۰ ریال برای هر کیلومتر آسفالت برای کاردان و مبلغ ۵۶۸۳ ریال برای کارشناس می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۱۶۴,۲ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد. . بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۲۰۸۳۵ ریال و برای کارشناس مبلغ ۲۲۰۹۹ ریال خواهد بود.

در مناطق با میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۱، مبلغ ۵۰۵۱ ریال برای هر کیلومتر خاکی برای کاردان و مبلغ ۶۳۱۴ ریال برای کارشناس می باشد؛ و بازای هر ۰,۰۱ افزایش میانگین ضریب محرومیت چهارگانه مبلغ ۱۷۰,۴ ریال برای کاردان/ کارشناس اضافه گردد. بدین ترتیب سقف آن در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه با عدد ۲، برای کاردان مبلغ ۲۲۰۹۹ ریال و برای کارشناس مبلغ ۲۳۳۶۱ ریال خواهد بود.

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

۲۱-۵- ضریب عملکرد

۲۱-۶- ضریب حضور

۲۱-۷- فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

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

۲۱-۸- در صورت نیاز به انجام خدمات مازاد دارویاری (فعالیت در داروخانه) و پرستاری (تزریقات و پانسمان) توسط مامای طرف قرارداد بیمه روستایی در مرکز محل خدمت تا زمان به کارگیری نیروی مربوطه، ۱۰ درصد کل مبلغ مبتنی بر عملکرد به ازای خدمات دارویاری و ۵ درصد به ازای خدمات پرستاری محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۲-مکانیسم پرداخت دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان

۲۲-۱- اجزا تاثیر گذار بر دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان شامل: خدمات ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت و ضریب عملکرد می باشد.خدمات استاندارد تعریف شده شامل فلوراید تراپی، فیشور سیلانت، پالپوتومی، پالپ زنده، جرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، فعالیت های آموزشی و دهگردشی می باشد. مبنای خدمات دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس جدول زیر می باشد.

ردیف	خدمت	خدمات وزن دهی شده
۱	فلورایدتراپی دوفک	۱۰
۲	فیشور سیلنت هر دندان ۶	۱۰
۳	جرم گیری و بروساژ دو فک	۲۵
۴	کشیدن دندان شیری	۱۵
۵	کشیدن دندان دائمی	۲۰
۶	ترمیم یک سطحی آمالگام	۲۵
۷	ترمیم دو سطحی آمالگام	۳۰
۸	ترمیم سه سطحی آمالگام	۳۵
۹	ترمیم یک سطحی اچ نوری	۲۵
۱۰	ترمیم دو سطحی اچ نوری	۳۰
۱۱	ترمیم سه سطحی اچ نوری	۳۵
۱۲	پالپوتومی	۲۰
۱۳	پالپ زنده	۳۰

۲۲-۲- فعالیت آموزشی و معاینه در وزن دهی خدمات مذکور در نظر گرفته شده است.

۲۲-۳- انجام خدمات مازاد بر ۲۴۰ خدمت وزن دهی شده در روز، در صورت نیاز و با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان تا سقف روزانه ۴۸۰ خدمت وزن دهی شده، قابل قبول است.

۲۲-۴- بر اساس نیاز جمعیت تحت پوشش، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان می تواند هر یک از خدمات مذکور را ارائه نماید و در خصوص ثبت اطلاعات این خدمات در سامانه های یکپارچه بهداشت، به موارد زیر توجه داشته باشد.

الف- خدمت ترمیم برای هر دندان، در طی یکسال، یک بار قابلیت ثبت دارد.

ب- خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده برای هر دندان فقط یک بار قابل ثبت است.

ج- خدمت جرمگیری برای هر فرد یک بار در سال قابلیت ثبت دارد.

د- خدمت فیشورسیلنت فقط برای دندان ۶ دائمی فقط یکبار قابل ثبت است.

ه- ثبت خدمات دندانپزشکی برای یک نفر در یک روز، تا سقف ۳ خدمت امکان پذیر است.

۲۲-۵- حداکثر سقف پرداختی در خصوص خدمت کشیدن دندان در گروه های هدف ۳۰ در صد کل خدمات ارائه شده به گروه های هدف می باشد.

۲۲-۶- مبنای محاسبه جهت پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان برابر با تعداد خدمات ارایه شده در ارزش ریالی خدمت می باشد.

۲۲-۷- ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه سطح یک می باشد.

۲۲-۸- ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۲۲-۹- ضریب عملکرد

۲۲-۱۰- فرمول پرداخت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تیم سلامت در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی:

ضریب عملکرد × ارزش نهایی خدمات = دریافتی فرد

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

(ضریب محرومیت)× k پایه = k نهایی

۲۲-۱۱- در صورت کمتر بودن مبلغ محاسبه شده دریافتی از حکم کارگزینی، ادامه همکاری فرد با عنوان قرارداد بیمه روستایی مشروط به افزایش عملکرد ایشان، خواهد بود.

۲۲-۱۲- در مناطقی که امکان جذب دندانپزشک/ بهداشتکار دهان به هیچ عنوان مقدور نبوده یا متضمن شرایط ویژه و خاص است (با میانگین ضرایب محرومیت چهارگانه ۱/۸۰ و بالاتر) به شرط موافقت ستاد هماهنگی دانشگاه/ دانشکده و تاییدیه ستاد هماهنگی کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

۲۳-مکانیسم پرداخت مراقب سلامت دهان: پرداختی به مراقب سلامت دهان از طریق خرید خدمات، به صورت شرکتی و از محل اعتبارات سرانه خدمات سلامت دهان و دندان پیش بینی شده و می بایست صورت پذیرد.

۲٤-مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی: در صورت به کارگیری سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت شامل پرستار/ بهیار، ماما (به عنوان پرستار)، کاردان/ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس روانشناسی بالینی و تغذیه و مراقب سلامت ناظر؛ بر اساس ضوابط مندرج در این دستور عمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (بر اساس ماده ۴ دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین) به علاوه پرداخت اضافه کار از محل درآمد جاری و در سقف اعتبارات موجود می باشد.

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

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

ماده ۳۲: زمان اجرا

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۹۹/۱/۱ تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است.
مسوولیت حسن اجرای دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و مدیر کل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوی هر گونه تغییر و یا عدم اجرای مفاد آن خواهند بود.

ماده ۳۳:جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت

جدول سهم محرومیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک (ریال)
۱/۰۰	۸۸۳۹۴۴۶
۱/۰۵	۹۳۹۸۸۵۷
۱/۱۰	۹۹۵۸۲۶۷
۱/۱۵	۱۰۵۱۷۶۷۸
۱/۲۰	۱۱۰۷۷۰۸۹
۱/۲۵	۱۱۶۳۶۴۹۹
۱/۳۰	۱۲۱۹۵۹۱۰
۱/۳۵	۱۲۷۵۵۳۲۱
۱/۴۰	۱۳۳۱۴۷۳۱
۱/۴۵	۱۳۸۷۴۱۴۲
۱/۵۰	۱۴۴۳۳۵۵۳
۱/۵۵	۱۴۹۹۲۹۶۳
۱/۶۰	۱۵۵۵۲۳۷۴
۱/۶۵	۱۶۱۱۱۷۸۵
۱/۷۰	۱۶۶۷۱۱۹۵
۱/۷۵	۱۷۲۳۰۶۰۶
۱/۸۰	۱۷۷۹۰۰۱۶
۱/۸۵	۱۸۳۴۹۴۲۷
۱/۹۰	۱۸۹۰۸۸۳۸
۱/۹۵	۱۹۴۶۸۲۴۸
۲/۰۰	۲۰۰۲۷۶۵۹

جدول سهم ماندگاری پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	بازای یکسال خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت (ریال)
۱/۰۰	**۱۳۶۳۸۰۰**
۱/۰۵	**۱۴۴۹۶۶۹**
۱/۱۰	**۱۵۳۵۵۳۸**
۱/۱۵	**۱۶۲۱۴۰۷**
۱/۲۰	**۱۷۰۷۲۷۶**
۱/۲۵	**۱۷۹۳۱۴۵**
۱/۳۰	**۱۸۷۹۰۱۳**
۱/۳۵	**۱۹۶۴۸۸۳**
۱/۴۰	**۲۰۵۰۷۵۱**
۱/۴۵	**۲۱۳۶۶۲۱**
۱/۵۰	**۲۲۲۲۴۸۹**
۱/۵۵	**۲۳۰۸۳۵۸**
۱/۶۰	**۲۳۹۴۲۲۷**
۱/۶۵	**۲۴۸۰۰۹۶**
۱/۷۰	**۲۵۶۵۹۶۵**
۱/۷۵	**۲۶۵۱۸۳۴**
۱/۸۰	**۲۷۳۷۷۰۲**
۱/۸۵	**۲۸۲۳۵۷۲**
۱/۹۰	**۲۹۰۹۴۴۰**
۱/۹۵	**۲۹۹۵۳۱۰**
۲/۰۰	**۳۰۸۱۱۷۸**

جدول سهم جمعیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ به ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت پوشش پزشک (ریال)
۱/۰۰	**۸۵۲۳**
۱/۰۵	**۹۰۶۱**
۱/۱۰	**۹۵۹۷**
۱/۱۵	**۱۰۱۳٤**
۱/۲۰	**۱۰٦۷۰**
۱/۲۵	**۱۱۲۰۷**
۱/۳۰	**۱۱۷٤٤**
۱/۳۵	**۱۲۲۸۰**
۱/۴۰	**۱۲۸۱۸**
۱/۴۵	**۱۳۳۵٤**
۱/۵۰	**۱۳۸۹۰**
۱/۵۵	**۱٤٤۲۸**
۱/۶۰	**۱٤۹٦٤**
۱/۶۵	**۱۵۵۰۰**
۱/۷۰	**۱٦۰۳۸**
۱/۷۵	**۱٦۵۷٤**
۱/۸۰	**۱۷۱۱۱**
۱/۸۵	**۱۷٦٤۷**
۱/۹۰	**۱۸۱۸٤**
۱/۹۵	**۱۸۷۲۱**
۲/۰۰	**۱۹۲۵۷**

جدول سهم بیتوته پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	سهم بیتوته (ریال)				
	تک پزشک	دو پزشک	سه پزشک و بیشتر	مراکز معین/ تجمیعی	شبانه روزی
۱/۰۰	۷۵۷۶۶۷	۸۸۳۹۴۵	۱۱۳۶۵۰۰	۱۵۱۵۳۳۴	۲۰۸۳۵۸۳,۷
۱/۰۵	۷۹۵۵۵۰	۹۲۱۸۲۸	۱۱۷۴۳۸۴	۱۵۵۳۲۱۷	۲۱۲۵۲۵۵
۱/۱۰	۸۳۳۴۳۳	۹۵۹۷۱۱	۱۲۱۲۲۶۷	۱۵۹۱۱۰۰	۲۱۶۶۹۲۷,۴
۱/۱۵	۸۷۱۳۱۷	۹۹۷۵۹۵	۱۲۵۰۱۵۰	۱۶۲۸۹۸۴	۲۲۰۸۵۹۸,۷
۱/۲۰	۹۰۹۲۰۰	۱۰۳۵۴۷۸	۱۲۸۸۰۳۴	۱۶۶۶۸۶۷	۲۲۵۰۲۷۰
۱/۲۵	۹۴۷۰۸۴	۱۰۷۳۳۶۱	۱۳۲۵۹۱۷	۱۷۰۴۷۵۰	۲۲۹۱۹۴۲,۴
۱/۳۰	۹۸۴۹۶۷	۱۱۱۱۲۴۵	۱۳۶۳۸۰۰	۱۷۴۲۶۳۴	۲۳۳۳۶۱۳,۷
۱/۳۵	۱۰۲۲۸۵۰	۱۱۴۹۱۲۸	۱۴۰۱۶۸۴	۱۷۸۰۵۱۷	۲۳۷۵۲۸۵
۱/۴۰	۱۰۶۰۷۳۴	۱۱۸۷۰۱۱	۱۴۳۹۵۶۷	۱۸۱۸۴۰۰	۲۴۱۶۹۵۷,۴
۱/۴۵	۱۰۹۸۶۱۷	۱۲۲۴۸۹۵	۱۴۷۷۴۵۰	۱۸۵۶۲۸۴	۲۴۵۸۶۲۸,۷
۱/۵۰	۱۱۳۶۵۰۰	۱۲۶۲۷۷۸	۱۵۱۵۳۳۴	۱۸۹۴۱۶۷	۲۵۰۰۳۰۰
۱/۵۵	۱۱۷۴۳۸۴	۱۳۰۰۶۶۱	۱۵۵۳۲۱۷	۱۹۳۲۰۵۰	۲۵۴۱۹۷۲,۴
۱/۶۰	۱۲۱۲۲۶۷	۱۳۳۸۵۴۵	۱۵۹۱۱۰۰	۱۹۶۹۹۳۴	۲۵۸۳۶۴۳,۷
۱/۶۵	۱۲۵۰۱۵۰	۱۳۷۶۴۲۸	۱۶۲۸۹۸۴	۲۰۰۷۸۱۷	۲۶۲۵۳۱۵
۱/۷۰	۱۲۸۸۰۳۴	۱۴۱۴۳۱۱	۱۶۶۶۸۶۷	۲۰۴۵۷۰۰	۲۶۶۶۹۸۷,۴
۱/۷۵	۱۳۲۵۹۱۷	۱۴۵۲۱۹۵	۱۷۰۴۷۵۰	۲۰۸۳۵۸۴	۲۷۰۸۶۵۸,۷
۱/۸۰	۱۳۶۳۸۰۰	۱۴۹۰۰۷۸	۱۷۴۲۶۳۴	۲۱۲۱۴۶۷	۲۷۵۰۳۳۰
۱/۸۵	۱۴۰۱۶۸۴	۱۵۲۷۹۶۱	۱۷۸۰۵۱۷	۲۱۵۹۳۵۰	۲۷۹۲۰۰۲,۴
۱/۹۰	۱۴۳۹۵۶۷	۱۵۶۵۸۴۵	۱۸۱۸۴۰۰	۲۱۹۷۲۳۴	۲۸۳۳۶۷۳,۷
۱/۹۵	۱۴۷۷۴۵۰	۱۶۰۳۷۲۸	۱۸۵۶۲۸۴	۲۲۳۵۱۱۷	۲۸۷۵۳۴۵
۲/۰۰	۱۵۱۵۳۳۴	۱۶۴۱۶۱۱	۱۸۹۴۱۶۷	۲۲۷۳۰۰۰	۲۹۱۷۰۱۷,۴

جدول سهم پراکندگی پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	به ازای هر واحد(ریال)	به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) (ریال)	به ازای هر کیلومتر مسافت(آسفالت) (ریال)
۱/۰۰	۲۷۲،۷۶۰	۸،۸۳۹	۶،۳۱۴
۱/۰۵	۲۸۹،۹۳۳	۹،۳۲۰	۶،۷۹۴
۱/۱۰	۳۰۷،۱۰۷	۹،۷۹۹	۷،۲۷۴
۱/۱۵	۳۲۴،۲۸۲	۱۰،۲۷۹	۷،۷۵۴
۱/۲۰	۳۴۱،۴۵۶	۱۰،۷۵۹	۸،۲۳۳
۱/۲۵	۳۵۸،۶۲۹	۱۱،۲۳۹	۸،۷۱۳
۱/۳۰	۳۷۵،۸۰۳	۱۱،۷۱۸	۹،۱۹۳
۱/۳۵	۳۹۲،۹۷۷	۱۲،۱۹۸	۹،۶۷۳
۱/۴۰	۴۱۰،۱۵۰	۱۲،۶۷۹	۱۰،۱۵۳
۱/۴۵	۴۲۷،۳۲۴	۱۳،۱۵۸	۱۰،۶۳۳
۱/۵۰	۴۴۴،۴۹۸	۱۳،۶۳۸	۱۱،۱۱۲
۱/۵۵	۴۶۱،۶۷۱	۱۴،۱۱۸	۱۱،۵۹۲
۱/۶۰	۴۷۸،۸۴۵	۱۴،۵۹۷	۱۲،۰۷۲
۱/۶۵	۴۹۶،۰۲۰	۱۵،۰۷۷	۱۲،۵۵۳
۱/۷۰	۵۱۳،۱۹۳	۱۵،۵۵۸	۱۳،۰۳۲
۱/۷۵	۵۳۰،۳۶۷	۱۶،۰۳۸	۱۳،۵۱۲
۱/۸۰	۵۴۷،۵۴۱	۱۶،۵۱۷	۱۳،۹۹۲
۱/۸۵	۵۶۴،۷۱۴	۱۶،۹۹۷	۱۴،۴۷۱
۱/۹۰	۵۸۱،۸۸۸	۱۷،۴۷۷	۱۴،۹۵۱
۱/۹۵	۵۹۹،۰۶۲	۱۷،۹۵۶	۱۵،۴۳۱
۲/۰۰	۶۱۶،۲۳۵	۱۸،۴۳۷	۱۵،۹۱۱

جدول سهم محرومیت ماما/ پاراکلینیک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت (ریال)	
	کاردان	کارشناس
۱/۰۰	۱۲۶۲۷۷۸	۱۵۷۸۴۷۳
۱/۰۵	۱۴۸۳۷۶۵	۱۷۹۹۴۵۹
۱/۱۰	۱۷۰۴۷۵۰	۲۰۲۰۴۴۵
۱/۱۵	۱۹۲۵۷۳۷	۲۲۴۱۴۳۱
۱/۲۰	۲۱۴۶۷۲۳	۲۴۶۲۴۱۷
۱/۲۵	۲۳۶۷۷۰۹	۲۶۸۳۴۰۴
۱/۳۰	۲۵۸۸۶۹۵	۲۹۰۴۳۸۹
۱/۳۵	۲۸۰۹۶۸۲	۳۱۲۵۳۷۶
۱/۴۰	۳۰۳۰۶۶۷	۳۳۴۶۳۶۲
۱/۴۵	۳۲۵۱۶۵۴	۳۵۶۷۳۴۸
۱/۵۰	۳۴۷۲۶۴۰	۳۷۸۸۳۳۴
۱/۵۵	۳۶۹۳۶۲۶	۴۰۰۹۳۲۱
۱/۶۰	۳۹۱۴۶۱۲	۴۲۳۰۳۰۶
۱/۶۵	۴۱۳۵۵۹۸	۴۴۵۱۲۹۳
۱/۷۰	۴۳۵۶۵۸۴	۴۶۷۲۲۷۹
۱/۷۵	۴۵۷۷۵۷۱	۴۸۹۳۲۶۵
۱/۸۰	۴۷۹۸۵۵۶	۵۱۱۴۲۵۱
۱/۸۵	۵۰۱۹۵۴۳	۵۳۳۵۲۳۸
۱/۹۰	۵۲۴۰۵۲۹	۵۵۵۶۲۲۳
۱/۹۵	۵۴۶۱۵۱۵	۵۷۷۷۲۱۰
۲/۰۰	۵۶۸۲۵۰۱	۵۹۹۸۱۹۶

جدول سهم ماندگاری ماما/ پاراکلینیک

میانگین ضریب میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی(کاردان) ریال	بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کارشناس) ریال
۱/۰۰	۲۵۲۵۵۶	۳۱۵۶۹۵
۱/۰۵	۲۹۶۷۵۳	۳۵۹۸۹۲
۱/۱۰	۳۴۰۹۵۰	۴۰۴۰۸۹
۱/۱۵	۳۸۵۱۴۸	۴۴۸۲۸۷
۱/۲۰	۴۲۹۳۴۵	۴۹۲۴۸۳
۱/۲۵	۴۷۳۵۴۲	۵۳۶۶۸۱
۱/۳۰	۵۱۷۷۳۹	۵۸۰۸۷۸
۱/۳۵	۵۶۱۹۳۷	۶۲۵۰۷۶
۱/۴۰	۶۰۶۱۳۳	۶۶۹۲۷۲
۱/۴۵	۶۵۰۳۳۱	۷۱۳۴۷۰
۱/۵۰	۶۹۴۵۲۸	۷۵۷۶۶۷
۱/۵۵	۷۳۸۷۲۶	۸۰۱۸۶۵
۱/۶۰	۷۸۲۹۲۲	۸۴۶۰۶۱
۱/۶۵	۸۲۷۱۲۰	۸۹۰۲۵۹
۱/۷۰	۸۷۱۳۱۷	۹۳۴۴۵۶
۱/۷۵	۹۱۵۵۱۵	۹۷۸۶۵۳
۱/۸۰	۹۵۹۷۱۱	۱۰۲۲۸۵۰
۱/۸۵	۱۰۰۳۹۰۹	۱۰۶۷۰۴۸
۱/۹۰	۱۰۴۸۱۰۶	۱۱۱۱۲۴۵
۱/۹۵	۱۰۹۲۳۰۴	۱۱۵۵۴۴۲
۲/۰۰	۱۱۳۶۵۰۰	۱۱۹۹۶۳۹

جدول جمعیت ماما/ پاراکلینیک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده به ازای هر نفر جمعیت کل تحت پوشش (ریال)	
	کاردان	کارشناس
۱/۰۰	۴۲۹	۵۳۰
۱/۰۵	۵۰۶	۶۰۶
۱/۱۰	۵۸۱	۶۸۲
۱/۱۵	۶۵۶	۷۵۸
۱/۲۰	۷۳۲	۸۳۳
۱/۲۵	۸۰۸	۹۰۹
۱/۳۰	۸۸۴	۹۸۵
۱/۳۵	۹۵۹	۱۰۶۱
۱/۴۰	۱۰۳۶	۱۱۳۶
۱/۴۵	۱۱۱۱	۱۲۱۳
۱/۵۰	۱۱۸۷	۱۲۸۸
۱/۵۵	۱۲۶۲	۱۳۶۴
۱/۶۰	۱۳۳۹	۱۴۳۹
۱/۶۵	۱۴۱۴	۱۵۱۶
۱/۷۰	۱۴۹۰	۱۵۹۱
۱/۷۵	۱۵۶۶	۱۶۶۷
۱/۸۰	۱۶۴۲	۱۷۴۳
۱/۸۵	۱۷۱۷	۱۸۱۸
۱/۹۰	۱۷۹۴	۱۸۹۴
۱/۹۵	۱۸۶۹	۱۹۶۹
۲/۰۰	۱۹۴۵	۲۰۴۶

جدول سهم پراکندگی ماما

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه، شهرستان، بخش و مرکز	بازای هر واحد کاردان(ریال)	بازای هر واحد کارشناس(ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کاردان(ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کارشناس(ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) کاردان (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی) کارشناس(ریال)
۱/۰۰	۱۶۸۳۷	۲۱۰۴۵	۴۴۲۰	۵۶۸۳	۵۰۵۱	۶۳۱۴
۱/۰۵	۱۹۷۸۳	۲۳۹۹۲	۵۲۴۱	۶۵۰۳	۵۹۰۳	۷۱۶۶
۱/۱۰	۲۲۷۲۹	۲۶۹۳۸	۶۰۶۱	۷۳۲۵	۶۷۵۶	۸۰۱۹
۱/۱۵	۲۵۶۷۵	۲۹۸۸۴	۶۸۸۳	۸۱۴۵	۷۶۰۸	۸۸۷۱
۱/۲۰	۲۸۶۲۱	۳۲۸۲۹	۷۷۰۳	۸۹۶۵	۸۴۶۱	۹۷۲۳
۱/۲۵	۳۱۵۶۷	۳۵۷۷۶	۸۵۲۳	۹۷۸۷	۹۳۱۳	۱۰۵۷۶
۱/۳۰	۳۴۵۱۳	۳۸۷۲۲	۹۳۴۵	۱۰۶۰۷	۱۰۱۶۵	۱۱۴۲۸
۱/۳۵	۳۷۴۵۹	۴۱۶۶۸	۱۰۱۶۵	۱۱۴۲۸	۱۱۰۱۸	۱۲۲۸۱
۱/۴۰	۴۰۴۰۵	۴۴۶۱۴	۱۰۹۸۶	۱۲۲۴۹	۱۱۸۷۰	۱۳۱۳۳
۱/۴۵	۴۳۳۵۱	۴۷۵۶۰	۱۱۸۰۷	۱۳۰۷۰	۱۲۷۲۲	۱۳۹۸۵
۱/۵۰	۴۶۲۹۸	۵۰۵۰۶	۱۲۶۲۸	۱۳۸۹۰	۱۳۵۷۵	۱۴۸۳۸
۱/۵۵	۴۹۲۴۳	۵۳۴۵۳	۱۳۴۴۸	۱۴۷۱۲	۱۴۴۲۷	۱۵۶۹۰
۱/۶۰	۵۲۱۸۹	۵۶۳۹۸	۱۴۲۷۰	۱۵۵۳۲	۱۵۲۸۰	۱۶۵۴۲
۱/۶۵	۵۵۱۳۶	۵۹۳۴۴	۱۵۰۹۰	۱۶۳۵۳	۱۶۱۳۲	۱۷۳۹۵
۱/۷۰	۵۸۰۸۲	۶۲۲۹۰	۱۵۹۱۱	۱۷۱۷۴	۱۶۹۸۴	۱۸۲۴۷
۱/۷۵	۶۱۰۲۷	۶۵۲۳۷	۱۶۷۳۲	۱۷۹۹۵	۱۷۸۳۷	۱۹۱۰۰
۱/۸۰	۶۳۹۷۳	۶۸۱۸۲	۱۷۵۵۳	۱۸۸۱۵	۱۸۶۸۹	۱۹۹۵۲
۱/۸۵	۶۶۹۲۰	۷۱۱۲۸	۱۸۳۷۳	۱۹۶۳۷	۱۹۵۴۱	۲۰۸۰۴
۱/۹۰	۶۹۸۶۶	۷۴۰۷۵	۱۹۱۹۴	۲۰۴۵۷	۲۰۳۹۴	۲۱۶۵۷
۱/۹۵	۷۲۸۱۱	۷۷۰۲۱	۲۰۰۱۵	۲۱۲۷۷	۲۱۲۴۶	۲۲۵۰۹
۲/۰۰	۷۵۷۶۷	۷۹۹۷۶	۲۰۸۳۵	۲۲۰۹۹	۲۲۰۹۹	۲۳۳۶۱