|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ثبت اطلاعات 75 میلیون نفر در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت | وزارت  بهداشت، درمان و آموزش پزشكي |  |  |  | \\172.24.30.16\W-Share\Public\معماریان\آرم بیمه سلامت.jpg |

دستورعمل

پزشکی خانواده روستایی سال 1403

(اصلاحیه ویرایش 24)

مندرجات این دستورعمل براساس مفاد تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی سال 1403 تدوین گردیده­است.

**تحت نظارت:** آقای دکتر علیرضا رئیسی، آقای دکتر محمدمهدی ناصحی و آقای دکتر حسین فرشیدی

**گروه فنی**: آقای دکتر کورش اعتماد، آقای دکتر فرشید عابدی، آقای دکتر سعید تاملی، خانم دکتر اناهیتا کشاورزی، آقای دکتر عباس علی­پور، آقای دکتر مسعود مشایخی و آقای دکتر اصلان نظری

**اعضای گروه تدوین:** آقای دکتر بابک فرخی، خانم دکتر نگین طاهری، خانم پریسا تلاوری، آقای دکتر رضا زرگران، آقای نادر محمدطاهری، خانم رقیه ضرابی، آقای مهندس مسعود آزاد، خانم زهرا کبیری­روزبهانی، آقای حمیدرضا سحرخیز، آقای دکتر محمدعلی ادیب­فر، خانم فریبا حسنی، خانم نوجوان محمدی و خانم حوریه باقرنژاد.

**سایر همکاران:**خانم دکتر ملیحه کیان­فر، آقای دکتر علیرضا مهدوی­هزاوه، آقای دکتر علیرضا مغیثی، آقای مهندس محسن فرهادی، خانم مهندس زهره روشنی، خانم رکسانا شجیعی، خانم دکتر پریسا ترابی، خانم عاطفه اسلامی، خانم دکتر طاهره زیادلو، خانم دکتر نادره موسوی­فاطمی.

فهرست مطالب صفحه

مقدمه 2

ماده 1: [تعاریف](#_ماده_1:_تعاریف) 2

ماده 2: [ستاد ها و کمیته ها](#_ماده_2:_ستاد) 4

ماده 3: [هیات امناء](#_ماده_3:_هیات) 4

ماده 4: [انواع روستا](#_ماده_5:_شيوه) 5

ماده 5: [تعيين نیروهای مورد نياز تیم سلامت](#_ماده_6:_) 5

ماده 6: [روند جذب اعضای تیم سلامت](#_ماده_7:_روند) 6

ماده 7: عقد قرارداد معاونت بهداشتی و ادارات­کل استانی 7

ماده 8: [انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز](#_ماده8:_عقد_قرارداد) ارائه خدمت 8

ماده 9: [تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت](#_ماده_11:_وظایف) 8

ماده 10: [وظایف اعضای تیم سلامت](#_ماده_11:_وظایف) 8

ماده 11: [ساعات کار اعضای تیم سلامت](#_ماده_12:_ساعات) 10

ماده 12: [بیتوته تیم سلامت](#_ماده_13:_بیتوته) 10

ماده 13: [نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت](#_ماده_14:_نحوه) 12

ماده 14: [ارائه خدمات دارویی](#_ماده_15:_ارائه) 13

ماده 15: [ارائه خدمات پاراکلینیک](#_ماده_16:_ارائه) 15

ماده 16: [خدمات سلامت دهان و دندان](#_ماده_17:_خدمات) 18

ماده 17: [درآمدها](#_ماده_18:_درآمدهای)  21

ماده 18: [اعتبار و تعدیلات](#_ماده_19:_بودجه) 22

ماده 19: [سهم توزیع سرانه](#_ماده_20:_سهم) 23

ماده 20: [تخصیص و هزینه کرد اعتبار](#_ماده_21:_) 23

ماده 21: [شيوه پرداخت سرانه خريد خدمت](#_ماده_22:_شيوه) 23

# ماده 22: [اجرای برنامه های فنی ادغام یافته](#_ماده_23:_اجرای) 25

ماده 23: [ارجاع در سطح اول خدمات](#_ماده_24:_ارجاع) 25

ماده 24: [ارجاع در سطح دو خدمات](#_ماده_28:_مداخلات) 25

ماده 25: [پایش فصلی تیم سلامت](#_ماده_28:_مداخلات) 25

ماده 26: [پایش مشترک](#_ماده_28:_مداخلات)  26

ماده 27: [مداخلات آموزشی در پایش و نظارت](#_ماده_28:_مداخلات) 26

ماده 28: [مسئولیت اجرا](#_ماده_29:_مسئولیت) 26

ماده 29: [مکانیسم پرداخت تیم سلامت](#_ماده_30:_مكانيسم) 27

ماده 30: [زمان اجرا](#_ماده_31:_زمان)  35

ماده 31: [جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت](#_میانگین_ضرايب_محروميت) 36

# **مقدمه:**

# دراجرای بند (الف) ماده 70 قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران و ماده 37 قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر ارتقای خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر کشور مقرر گردید، با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به­منظور پذیرش بیماران در سطوح دوم و سوم، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقا یابد. در پزشكی خانواده، پزشک خانواده (اعم از پزشك خانواده عمومي یا پزشک خانواده متخصص پزشکی خانواده) به­همراه دیگر اعضای تيم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهاي تحت­پوشش خود را به­عهده داشته، درصورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام­شده را نيز به­عهده دارد. خدمات سلامت به­شكل فعال (Active) به جمعیت تحت­پوشش ارائه مي­شود.

# **واژگان رایج:**

# سازمان: سازمان بیمه­سلامت ایران.

# ادارات­کل استانی: ادارات­کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان.

# وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

# معاونت بهداشت: معاونت بهداشت وزارت.

# دانشگاه/دانشکده­ها: دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تابعه وزارت.

# معاونت­های بهداشتی: معاونت بهداشتی دانشگاه ها/دانشکده­ها.

# مرکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی.

# مراکز ارائه خدمت: مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری-روستایی وابسته به مراکز بهداشت.

# برنامه: برنامه پزشکی خانواده روستایی.

# **ماده 1: تعاریف:**

# اصطلاحات به­کار برده­شده در این دستورعمل به­شرح ذیل تعریف می­گردد:

# **1- پزشك خانواده:** پزشك خانواده فردی است که داراي حداقل مدرك دكتراي حرفه­اي پزشكي و مجوز معتبر كار پزشكي است که عهده­دار خدمات پزشكي سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر است و ازطریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز ارائه خدمت مجری برنامه، به­صورت تمام­وقت و با شرح وظایف مشخص و براساس بسته خدمات سلامت و آخرین ابلاغیه­های مرتبط، ارائه خدمت می­نماید.

# **2- فرد روستایی:** فرد روستایی فردی است که سکونت وی در روستا موردتایید خانه بهداشت یا شورای اسلامی روستا بوده و دارای پرونده سلامت فعال است.

# **3- خدمات سلامت:** مجموعه فعالیت‌ها و فرآیند‌هایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه­جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌كند و دربرگيرنده امور مربوط به بهداشت، پيشگيري، تشخيص، درمان و بازتواني و پیگیری است.

# **4- نظام ارائه خدمات سلامت:** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت موردنیاز (بیمار/ خدمت­گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، مدیریت درمان و پیگیری، بازتوانی، مراقبت­های تسکینی و نیز مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می­شود. این مراقبت­ها ازطریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت، در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می­شود.

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

# **6- نظام ارجاع:** ارائه خدمات سلامت به­صورت زنجیره­ای مرتبط و تکاملی است تا چنانچه مراجعه­کننده از واحد محیطی سطح اول به خدمات تخصصی­تر نیاز داشت بتواند او را به سطوح بالاتر ارجاع نموده، نتیجه و پس­خوراند اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین­تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

# **7- سطح‌بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت:** چيدمان واحدهاي ارائه­دهنده خدمات و مراقبت­هاي سلامت به­نحوی که دسترسي عادلانه، کم­هزینه، سریع و باکیفیت مردم را به خدمات میسر می­سازد. خدمات و مراقبت‌هاي سلامت در سه سطح در اختيار افراد و جامعه تحت­پوشش گذاشته مي‌شود:

# **الف- سطح اول**: شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین، توسط واحدي در نظام سلامت (مراکز ارائه خدمت، خانه­های بهداشت و پایگاه­های سلامت طبق طرح گسترش شبكه شهرستان) ارائه مي­گردد. اين واحد به­طور معمول در جايي نزديك به محل زندگي مردم قراردارد و در آن، نخستين تماس فرد با نظام سلامت ازطريق پزشك خانواده يا تيم سلامت اتفاق مي­افتد.

# **ب- سطح دوم و سوم:** شامل خدمات تخصصي و فوق­تخصصی می­شود كه توسط واحدهاي سرپايي و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی است.

# **8- بسته­هاي خدمات سطح اول:** خدمات سلامت سطح اول (ابلاغی توسط معاونت بهداشت) كه توسط تيم سلامت ارائه مي‌شود.

# **9-تيم سلامت:** گروهي از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتي درماني شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامایی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری­ها، بهداشت محیط و حرفه­ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، روانشناس، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان، مراقب سلامت دهان، بهورز و سایر نیروهای موردنیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته­ي خدمات سطح اول ابلاغی ازسوی معاونت بهداشت را در اختيار جامعه تعريف­شده قرار می­ دهند.

# **10- نظام پرداخت به ارائه­كنندگان خدمات:** شيوه خريد يا جبران مالي خدمات و مراقبت­هايي كه پزشكان خانواده يا تيم هاي سلامت در اختيار جمعيت يا جامعه مي‌گذارند.

# **11- پرداخت سرانه:** روشي از شيوه خريد خدمت است كه در آن، پرداخت به­ازاي جمعيت تحت­پوشش، اعم از سالم يا بیمار، صورت مي­گيرد. در اين شيوه، ريسك مالي به ارائه­دهنده خدمت معطوف مي­شود.

# **12- تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی:** سندی است که به­منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح اول به­طور مشترک بين معاونت بهداشت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و سازمان منعقد می­گردد.

# **13- دستورعمل پزشکی خانواده روستایی:** منظور دستورعمل اجرايي پزشكی خانواده روستایی است که شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می­دهد.

# **14- قرارداد همکاری مشترک:** قرارداد همکاری است که بين ادارات­کل و معاونت­های بهداشتی به­منظور اجرای مفاد تفاهم­نامه و دستورعمل پزشکی خانواده روستایی منعقد می­گردد. طی این همکاری، خرید خدمات در قالب بسته خدمات سطح اول با اجرای پزشکی خانواده روستایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان به­صورت ادغام­یافته و به­صورت سرانه­ای انجام می­گردد.

# **15- مركز خدمات جامع سلامت فعال:** مرکزی که حداقل خدمات پزشک و دارو در داروخانه فعال را ارائه می­دهد.

# **16- مرکز دارای بیتوته:** مراکز ارائه خدمت مجری که در آن حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعات اداری نیز ارائه می شود.

# **17- مراکز ارائه خدمت شبانه­روزی:** مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح گسترش شبکه، تمامی واحدهای ارائه­دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه به­صورت 24 ساعته فعال است.

# **18- مرکز معین/تجمیعی:** مراکز ارائه­دهنده خدمات جامع سلامت که جهت دسترسی بیمه­شدگان در مراکز مجاور، تعیین و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشکی و داروهای اوراژنس را ارائه می­نماید.

# **19- مراکز منتخب:** مراکز ارائه خدمت که ازنظر ساماندهی نیروی انسانی، برنامه­کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی آمادگی مستمر برای مواجهه با بحران­ها و بیماری­های مختلف را دارند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت می­کنند اما در زمان بحران براساس نوع بحران، خدمات تعریف­شده­ای متناسب با شرایط پیش­آمده ارائه می­دهند.

# **20- مرکز اقماری:** مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت 85/1 و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به­هیچ وجه مقدور نیست.

# **21- مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی:** مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح گسترش شبکه و بنا به استانداردهای مربوطه وظیفه آموزش نیروی انسانی مرتبط با برنامه را دارند.

# **22- جمعیت هدف وزارت:** شامل کلیه جمعیت ساکن فعال روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر مستند به آمار معاونت بهداشت (اعم از تحت­پوشش صندوق روستاییان و عشایر، سایر صندوق­های سازمان، سایر سازمان­های بیمه­گر پایه، فاقدپوشش بیمه و افراد غیرایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر 20 هزار نفر و عشایری که طی سال گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت خدمات موردنظر را دریافت نموده، این خدمات در سامانه­های سطح اول وزارت بهداشت (سیب، سینا، ناب و پارسا) ثبت و در پایان سال 1402 اعلام شده­است.

**23- جمعیت هدف سازمان:** شامل بیمه­شدگان صندوق روستائیان و عشایر مستند به آمار سازمان است.

# **24- فرانشیز (سهم بیمار):** سهم بیمه­شدگان از هزینه خدمات سلامت که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت­ های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعرفه شده­اند و مطابق آخرین مصوبه هیات وزیران و ضوابط سازمان تعیین می­گردد.

**25-بیمار اورژانس**: بیماری است که طبق تعاریف پزشکی اورژانس و دستورعمل های مربوطه، به مراکز ارائه خدمت مراجعه می­نماید.

# **ماده 2: ستادها و کمیته­ها:**

ستادها و اجرای فرایندهای آن براساس مفاد تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی سال 1403 است.

# **ماده 3: هیات امنا:**

# در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز ارائه خدمت مجري، جلسات هيات امنا حداقل فصلی یک بار تشکیل می­گردد. می­توان این جلسات را با جلسات شورای سلامت روستا ادغام نمود.

# **اعضای هیات امنا**:

# هیئت امنا شامل دهيار، 1 يا 2 نماينده شوراي اسلامي روستا/ شهر، مدير يا معلم مدرسه روستا، 2 نفر از معتمدين روستا، 1 نفر نماينده شوراي حل­اختلاف دادگستری (درصورت وجود)، 1 نفر بهورز، 1 نفر ماما، 1 نفر کارشناس بهداشت محیط و 1 نفر پزشك روستا كه سرپرستي اين هيات با پزشك مسئول مرکز ارائه خدمت است و بنابر صلاحديد و شرایط منطقه مي­توان افرادي را به آن اضافه كرد.

# تبصره: درمورد شهرهای با جمعيت کمتر از 20 هزار نفر، به­جای دهيار، بخشدار عضو هيات امنا است.

# **وظایف و اختیارات هيات امناي روستا:** برگزاري نشست­هاي جمعي با مردم روستا به­منظور اطلاع­رساني و آموزش پزشکی خانواده توسط پزشك و مسئول شبكه شهرستان، هماهنگي با بخشدار، فرماندار و اطلاع­رساني به آنها درمورد شاخص­هاي سلامت منطقه، جلب مشاركت­هاي مردمي/خیرین، وضعيت ساختار جمعيت و حل مشكلات اجرايي موجود مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب براي بيتوته پزشك و سایر کارکنان مرتبط.

# **ماده 4: انواع روستا:**

خدمات سطح اول در کلیه مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر ارائه می­شود. با تكيه بر اصل سطح­بندي خدمات بهداشتي درماني، تمامي مناطق روستايي و شهری كشور در قالب طرح گسترش شبكه بهداشت و درمان قرار دارند. در طرح گسترش شبكه مربوط به هر مرکز بهداشت، هر روستا، مشمول یکی از چهار حالت ذیل است:

# **1-روستای اصلی:** روستایی که طبق طرح گسترش، داراي خانه بهداشت يا پايگاه سلامت روستايي است. برخی از این روستاها محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی هستند. معمولاً يك يا چند خانه بهداشت، تحت­پوشش يك مرکز ارائه خدمت هستند. درصورت نزديكي خانه بهداشت به منطقه شهري ممكن است آن خانه بهداشت تحت­پوشش مركز خدمات جامع سلامت شهري قرارگيرد كه آن مركز، مركز خدمات جامع سلامت شهري روستايي نامیده مي­شود.

# **2-روستاي قمر:** روستایی که طبق طرح گسترش، محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی يا خانه بهداشت نبوده ولي تحت­پوشش خانه بهداشت است و فاصله آن با خانه بهداشت کمتر از شش کیلومتر است.

# **3-روستای سیاری:** روستایی که خدمات توسط تيم سيار (سياري خانه بهداشت، سياري مراکز ارائه خدمت يا سياري مركز بهداشت) به جمعیت آنها ارائه مي­گردد و فاصله آن با خانه بهداشت بیشتر از شش کیلومتر است.

# **4-روستای مستقیم به شهر:** روستایی كه مستقيما" و بدون واسطه خانه بهداشت تحت­پوشش یك مرکز ارائه خدمت شهري روستايي قرار دارند. معمولا" اين روستاها در حاشيه شهرها واقع شده­اند از آنجا كه مسير حركت جمعيت به سمت شهر است اغلب جمعيت قابل­توجهي ندارند.

# تبصره: با توجه به جامعیت ارائه خدمات سطح اول در مراکز ارائه خدمت، ارائه خدمات در سطح اول با استفاده از ظرفیت بخش دولتی است. در مناطقی که ارائه خدمات سطح اول ازطریق ظرفیت بخش دولتی ممکن نیست، هرگونه عقد قرارداد با بخش غیردولتی (به­جز خدمت پزشک و ماما) در سطح اول، صرفاً ازطریق مرکز بهداشت است.

در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم ازطریق ظرفیت بخش دولتی ممکن نیست، ادارات­کل استانی با رعایت ارجاع نسبت به خریدخدمت از بخش غیردولتی اقدام می­نمایند.

**5-خانه بهداشت عشایری:** خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت­پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری به­صورت چادر/کانکس­ مخصوص یا به­صورت ساختمان (عمدتا در قشلاق) راه­اندازی می­گردد.

# **ماده 5: تعيين نیروهای موردنياز تیم سلامت:**

# معیار به­کارگیری اعضای تیم سلامت جمعیت هدف وزارت و براین اساس استاندارد پرسنل تیم سلامت به­شرح ذیل است:

# **1-پزشک:** براي ارائه خدمت در هر مركز، يك نفر پزشك (پزشک خانواده عمومی/متخصص پزشکی خانواده) به­ازاي 4000 نفر جمعیت هدف وزارت تعیین می­گردد. درصورتیکه بیش از 4000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت­پوشش یک پزشک است، سرانه مربوط به پزشک، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به پزشک می­گردد.

# تبصره1: چنانچه برای پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجري، بیش از یک پزشك موردنياز است، توزیع پزشکان براساس خانه­های بهداشت موجود و حتی­الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

تبصره: درخصوص سازوکار آموزش در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی شیوه­نامه جداگانه­ای تدوین و ابلاغ می­شود.

# **2-ماما:** به­ازای هر 7000 نفر جمعيت هدف وزارت جهت خدمات مامایی و بسته­های خدمتی ابلاغی بايد يک ماما تعيين گردد.

# تبصره: چنانچه كل جمعيت تحت­پوشش فعال(جمعیت هدف وزارت) مراکز ارائه خدمت مجري، بيش از 7000 نفر است و 2 يا چند ماما براي آن مركز نياز است، توزیع ماماها براساس خانه­های بهداشت/ پایگاه سلامت موجود و حتی­الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می­پذیرد. درصورتیکه بیش 7000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت­پوشش یک ماما است، سرانه مربوط به ماما، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به ماما می­گردد.

# **3-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:** براي ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، تا 15 هزار نفر جمعیت تحت­پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهدداشت که برای بیش از یک مرکز باید نیرو به­صورت مشترک بین مراکز قابل­دسترس (حداکثر برای سه مرکز) حرکت کند. درصورتیکه بیش از 15000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت­پوشش یک دندانپزشک/بهداشتکار است، سرانه مربوط به دندانپزشک/بهداشتکار، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به دندانپزشک/بهداشتکار می­گردد.

# **4- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک):** هر مرکز ارائه­خدمت دارای دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان براساس استاندارد درنظر گرفته­شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان (حداقل 100 خدمت وزن­دهی­شده روزانه متوسط، توسط دندانپزشک/بهداشتکاردهان و دندان)، باید یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرک کاردانی مرتبط، از محل اعتبار پرسنلی دهان و دندان (ازطریق خرید خدمات) به­کار گیری شود. درصورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی­شده موردتایید معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده تعیین گردد.

# **5- کارشناس آزمایشگاه:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به­ازای حداکثر تا 10.000 نفر جمعیت تحت­پوشش يك یا چند مرکز روستایی، یک كارشناس علوم آزمايشگاهي تعیین می­گردد. درصورتیکه مرکز ارائه خدمت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو تا واحد آزمایشگاهی دولتی یا غیردولتی طرف­قرارداد است، به­ازای هر 15 هزار نفر، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به­عنوان نمونه­گیر به پست­های سازمانی در نزدیکترین مرکز دارای آزمایشگاه فعال اضافه می­شود. برای جمعیت کمتر از 2500 نفر نمونه­گیر یک روز در هفته و پس از آن به­ازای هر 2500 نفر جمعیت یک روز به حضور نمونه­گیر اضافه می­گردد. در مناطق با شیوع بالای بیماری­های منتقله توسط ناقلین، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی تصمیم­گیری خواهدشد.

**6- کاردان / کارشناس رادیولوژی:** به­ازای هر مراکز ارائه خدمت دارای واحد رادیولوژی حداقل یک نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعيين می­گردد.

**7-روانشناس و کارشناس تغذیه:** برای ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه، تا 20 هزار نفر جمعیت تحت­پوشش یک تا سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (ترجیحا مراکز با جمعیت بیشتر)، یک روانشناس (ترجیحا روانشناس بالینی) و یک کارشناس تغذیه، حضور خواهندداشت.

تبصره1: جذب کارشناس صنایع غذایی و یا رشته­های مشابه، به­جای کارشناس تغذیه ممنوع است.

تبصره2: جذب کارشناس روانشناسی صنعتی و سازمانی و یا رشته­های مشابه، به­جای کارشناس روانشناسی ممنوع است.

# **8-** **سایر نیروهای بهداشتی موردنیاز تیم سلامت**: جذب سایر نیروهای موردنیاز با اولویت جذب پرستار/ بهیار برای مراکز ارائه خدمت و ماما برای ارائه خدمت در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً درصورت کفایت اعتبارات درنظر گرفته­شده در ماده 5 تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل 50 درصد پست­های بلاتصدی رده­های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت براساس تشکیلات تفصیلی میسر است. درصورت به­کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت هزینه­های بیش از اعتبارات به­عهده دانشگاه/ دانشکده است.

# **ماده 6: روند جذب اعضای تیم سلامت:**

# **اولویت جذب اعضای تیم سلامت**: به­ترتیب عبارت است از نیروهای رسمی و پیمانی شاغل در مراکز ارائه خدمت محل خدمت، نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام­آوران بهداشت، نیروهای بخش خصوصی فعال در منطقه تحت­پوشش مراکز ارائه خدمت و سایر نیروهایی که براساس فراخوان و مصاحبه تخصصی و عمومی (به­ویژه برای نیروهای روانشناس) و ضوابط تعيين­شده توسط مراكز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد پزشکی خانواده هستند.

**1-پرسنل رسمی/پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام­آوران**: همکاری با برنامه، ازطریق صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت توسط مرکز بهداشت است.

# **2-پرسنل قراردادی**: رابطه استخدامی نیروهای موردنیاز تیم سلامت براساس دستورعمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره 6 ماده 31 آیین­نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/دانشکده ها سال 1391 و اصلاحات بعد آن است. نحوه جذب، گزینش و اولویت­بندی به­کارگیری نیروها براساس قوانین و آیین­نامه­های ابلاغی مربوطه است.

# تبصره1: پرداخت به نیروهای قراردادی موضوع تبصره 6 ماده 31 آیین­نامه اداری استخدامی همانند سایر نیروهای شاغل قرارداد این موضوع در برنامه است.

# تبصره2: به­کارگیری نیروها در مراکز تحت­پوشش مرکز بهداشت با نیروهای موجود درحال خدمت طرف­قرارداد برنامه در همان مرکز بوده و انتقال یا جابجایی نیروهای طرف­قرارداد برنامه از محل خدمت، درصورت درخواست فرد و توجه به نیاز مرکز بهداشت صرفا درصورت ثبت در سامانه انتقال نیروها که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت معرفی می گردد و طبق قوانین مربوطه مجاز است.

# **3**-**پرسنل شر کتی**: به­صورت خرید خدمت ازطریق شرکتی طبق مقررات مربوطه است. انعقاد قرارداد شرکتی (89 روزه) با ماما صرفاً برای یک نوبت مجاز و درصورت تاییدیه عملکرد ازسوی مرکز بهداشت، ادامه همکاری با عقد قرارداد سالانه در برنامه پزشکی خانواده روستایی ممکن است. در غیراین­صورت اعتبار مربوط به ماما در آن بازه زمانی تعدیل می­شود.

# **4-جذب به­صورت اقماری:** در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت 85/1 و بالاتر که امکان جذب پزشک/ ماما به­هیچ عنوان مقدور نیست، به­شرط موافقت ستاد استانی استفاده از قرارداد اقماری (حداقل 15 روز کاری در ماه برای هر پزشک/ماما) ممکن است، فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع است. (ضروری­است ضریب محرومیت مراکز ازسوی معاونت بهداشت به سازمان اعلام شود.)

# **5-فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان­های دولتی**: پزشکان خانواده، دندانپزشکان و سایر نیروهای مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد (موضوع این دستورعمل)، اجازه فعالیت در بخش خصوصی و دولتی را در زمان همکاری با برنامه ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت به­منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می­نماید. همچنین معاونت­های بهداشتی مجوز صدور عدم­نیاز در ساعات غیراداری را ندارند. درصورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و دولتی خلاف ضوابط مربوطه، پس از اطلاع از موضوع (از هر طریق) مرکز بهداشت باید موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو موردنظر اطلاع­رسانی نموده، درصورت تکرار قرارداد وی را لغو نماید، از لغو قرارداد سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت کسر خواهدشد. بدیهی­است در این گونه موارد، مرکز بهداشت مطابق ضوابط جاری با عضو خاطی برخورد خواهدنمود. دارابودن پروانه مطب و پروانه بهره­برداری موسسات پزشکی (قبل از همکاری در برنامه ویا صدور/تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده و سایر نیروهای طرف­قرارداد برنامه بلامانع است.

# تبصره: درصورت عدم تکافوی پزشک و سایر نیروهای بالینی برای بخش اورژانس بیمارستان­های دانشگاهی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتی به جمعیت ساکن فعال، فعالیت نیروهای طرف­قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی) مشروط به موافقت نیرو و موافقت معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده، در ساعات غیرموظف، بلامانع است. به­منظور اجتناب از بروز اختلال در عملکرد وی در مرکز ارائه خدمت، ساعت کاری شیفت شب اورژانس در شیفت قبل از روز کاری فرد؛ حداکثر تا ساعت 24 مجاز است. پرداختی به آنان بابت شیفت­های مذکور، معادل پرداختی نیروهای مشابه در بخش اورژانس (و از محل درآمدهای بیمارستان) است.

# **ماده 7: عقد قرارداد معاونت بهداشتی و ادارات­کل استانی:**

# قرارداد سالانه بين معاونت بهداشتی و اداره­کل استانی، براساس سرانه و خدمات ارائه­شده سطح اول است. پس از ابلاغ قالب قرارداد همکاری و سهم سرانه خدمات، انعقاد قرارداد همکاری الزامی است.

تبصره: درصورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه­شدگان، ناشی از عملکرد اعضای تیم سلامت، ضمن انعکاس کتبی موضوع ازسوی اداره­کل استانی به معاونت بهداشتی، اقدامات مقتضی به­تشخیص اداره­کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول خواهدشد؛ در این موارد معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت مجاز به تعدیل سرجمع پرداختی مبتنی برعملکرد اعضای تیم سلامت، متناسب با اقدامات اداره­کل استانی است.

**ماده 8: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات:**

**1-انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی ارائه­دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه):**

الف) انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی خدمات پاراکلینیک صرفا ازسوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشتی میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک، یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می­گردد.

ب) نحوه انعقاد قرارداد با داروخانه­ها براساس ضوابط و دستورالعمل­های مربوطه (توافق­نامه انتقال سهم دارو) است.

**2-انعقاد قرارداد با اعضای تیم سلامت:** مبلغ مندرج در متن قرارداد اعضای تیم سلامت با مرکز بهداشت برمبنای حکم کارگزینی صادره (براساس دستورعمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمعین) و پرداخت مبتنی بر عملکرد تعیین می­گردد. مدت زمان قرارداد حداکثر یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می­گردد. عقد قرارداد پاره­وقت با اعضای تیم سلامت مجاز نیست.

**ماده 9: تعهدات مرکز بهداشت درقبال اعضای تیم سلامت:**

تعهدات مرکز بهداشت درقبال اعضای تیم سلامت به­شرح ذیل است:

1) صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت، صدور حکم کارگزینی و ارائه یک نسخه از متن قرارداد پرداخت مبتنی بر عملکرد در ابتدای فعالیت و یا تمدید آن به فرد طرف­قرارداد الزامی است. بر این اساس مستخدم، متعهد به پذیرش مفاد دستورعمل اجرایی خواهدبود.

2) برگزاری دوره آموزشي 3 روزه با هدف شناخت نظام شبكه، وظايف تيم سلامت، دستورعمل اجرايي، آموزش­های مرتبط با جوانی جمعیت و فرزندآوری براي اعضای تیم سلامت و صدور گواهي مربوط به اين دوره؛ لازم­است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش­ها در مراکز ارائه خدمت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده (به­مدت 3 روز) انجام گردد.

ابلاغ مراکز ارائه خدمت مجری آموزش و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر/رئیس مرکز بهداشت صادر می­گردد.

3) برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تيم سلامت به جمعیت ساکن فعال و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده.

4) تامين، تعمیر و تجهیز فضاي فيزيكي ارائه خدمات پزشك خانواده در مناطق روستايي و شهرهاي با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر (مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)

5) برگزاری دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد درخصوص قوانین بیمه­ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور تاییدیه آموزشی توسط اداره­کل استانی.

تبصره: دوره­های آموزشی آشنایی با سیستم و دیگر آموزش­های لازم جزو روزهای خدمت فرد محسوب می­شود.

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

7) صدور گواهی انجام کار به اعضای تیم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملكرد، و نمره ارزشيابي و مدت زمان خدمت.

8) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضای تیم سلامت به­صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره­کل استانی ارسال می­گردد.

9) فیش پرداختی بابت حکم کارگزینی و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به­شکل کاغذی/الکترونیک ازسوی معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت به اداره­کل استانی ارائه می­شود.

# **ماده 10: وظایف اعضای تیم سلامت:**

# **1) تشکیل و تکمیل پرونده سلامت:** تشکیل و تکمیل پرونده سلامت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت پس از شناخت جمعيت تحت­پوشش خود، ازطریق سامانه­های سطح اول انجام می­گردد. ثبت اطلاعات براساس پروتکل­های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت صورت می­پذیرد. هر زمان خانواري به منطقه دیگری نقل­مكان كرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می­گردد.

# **2) سركشي و نظارت (دهگردشي)**: تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت باید طبق برنامه در روستاهای تحت­پوشش دهگردشی کنند. پزشک خانواده و مامای تیم سلامت باید در روستاهای اصلی حداقل هفته­ای یک­بار، در روستاهاي قمر، حداقل ماهی یک­بار و در روستاهاي سياری و جمعیت عشایری (به­شرط وجود راه برای عبور) حداقل هر سه ماه یک­بار سرکشی نمایند.

دهگردشی دندانپزشک باید به­گونه­ای تنظیم شود که در هر ماه به یکی از خانه­های بهداشت/پایگاه­های بهداشت تحت­پوشش خود، سرکشی نماید.

# دهگردشی در خانه­های بهداشت با جمعیت کمتر از 500 نفر به­صورت هر دو هفته یک بار انجام می­شود.

# برنامه­ریزی باید به­نحوی صورت گیرد که دهگردشی بعد از ساعت 11 صبح انجام شود.

# تبصره1: در مراکز دارای بیش از یک پزشک، ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تحت­پوشش پزشك و مامایی که به دهگردشي رفته­است، بايد توسط پزشک/پزشکان ماما/ماماهای دیگر حاضر در مرکز انجام گیرد.

# تبصره2: درمورد تعيين تعداد خانه بهداشت، چنانچه مركز موردنظر بيش از يك پزشك دارد، تعداد خانه­هاي بهداشت و روستاهاي سياري و قمر بايد بين پزشكان تا حد امکان بطور مساوي توزیع گردد. مثلا" اگر مركزي 6 خانه بهداشت در پوشش دارد و داراي 2 پزشك است براي هر پزشك، 3 خانه بهداشت درنظر گرفته­شود.

# تبصره3: فراوانی دهگردشی به­تناسب خانه­های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت­پوشش، براساس برنامه زمان­بندی مسئول مرکز ارائه خدمت و تایید مرکز بهداشت انجام می­شود. هنگام دهگردشی، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

# تبصره4: درصورتیکه داروخانه طرف­قرارداد در مرکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی است، دارویاری در هنگام دهگردشی درصورت نبود نیروی مرتبط، برعهده مامای تیم سلامت است.

# تبصره5: در مراکز ارائه خدمت که فاقد روستای اصلی، قمر و سیاری هستند، دهگردشی انجام نشده، بالطبع مشمول تعدیل خدمت دهگردشی و خودرو نمی­گردند.

# **3- نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک:** ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه­های سطح اول انجام می­گردد. اطلاعات باید به­صورت الکترونیک ثبت شود. مراکز ارائه خدمت، موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین در سامانه­های سطح اول اقدام نمایند. لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت رصد شود. رعایت فرایند استحقاق­سنجی، نسخه­نویسی، نسخه­پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم­نبودن شرایط برای نسخه­نویسی، نسخه­پیچی و ارجاع الکترونیک، به­­هیچ دلیل نباید منجر به خدشه در خدمت قابل­ارائه ویا تحمیل هزینه به جمعیت تحت­پوشش سازمان شود. درصورت فراهم­نبودن شرایط برای نسخه­نویسی، نسخه­پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت در بستر سامانه­های سطح اول، در سامانه­های سازمان اعمال گردد. معاونت بهداشت موظف است دسترسی به سامانه­های سطح اول را برای معرفی­شدگان ازطریق سازمان فراهم نماید.

تبصره: درمواردی که زیرساخت الکترونیک وجودندارد، طبق مفاد دستورالعمل فرمت کاغذی یکسان برای نسخه الکترونیک در شرایط اضطرار و در موارد اختلال زیرساخت­های ارتباطی مصوب شورای­عالی بیمه سلامت کشور اقدام خواهدشد. لکن ضروری­است به­محض فراهم­شدن دسترسی الکترونیک، اطلاعات کاغذی در سامانه­های سطح اول وزارت ثبت گردد.

# **4-ارائه خدمات در قالب بسته خدمت:** ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت تدوین و ابلاغ شده­است. تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت ها و خدمات ارائه­شده را در سامانه­های سطح اول درج نمایند.

# تبصره1: درراستای ارتقای سطح دسترسی و رضایت­مندی گیرندگان خدمت و ترمیم حقوق پزشکان خانواده، خدمات درمانی جانبی ازجمله ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال، لیپوم و زگیل، نمونه­برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل­بندی شکستگی­ها، شستشوی گوش، خارج­کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کارگذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده (پزشک عمومی/متخصص پزشکی خانواده) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل­انجام است. انجام­نشدن خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت، شامل پایش و تعدیل نیست.

# تبصره2: طبق شیوه­نامه به­کارگیری متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت به­کارگیری این نیروها در مراکز ارائه خدمت آموزشی، وظایف این متخصصین علاوه بر ارائه بسته­های خدمتی پزشکان خانواده، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و خدمات مشاوره­ای به سایر پزشکان مراکز ارائه خدمت است.

# **ماده 11: ساعات کار اعضای تیم سلامت:**

# روزها و ساعات کاری اعضای تیم سلامت منطبق با مصوبات مرتبط با فعالیت مراکز بهداشتی درمانی است. زمان شروع و پایان شیفت­ها براساس توافق ادارات­کل استانی و معاونت­های بهداشت، متناسب با فصل و شرایط جغرافیایی تعیین می­شود. حضور روزانه بعد از ساعت اداری تا صبح روز بعد به­عنوان بیتوته تلقی می­شود. حضور فعال تيم سلامت در مراكز ارائه خدمت و خانه­هاي بهداشت و پایگاه­های بهداشت تابعه براي شيفت­هاي فعال و تعيين­شده توسط دانشگاه/ دانشکده، الزامي­است و این نیروها موظف هستند حتما" همسان با ساعات كار اداري پزشك خانواده در شيفت­هاي خدمت وي، حضور فعال یابند. در مورد بهورزان درصورتيکه پزشک بعد از ساعت اداری برای دهگردشی به روستاهای تحت­پوشش خانه بهداشت مربوط برود بايد بهورز آن خانه بهداشت، در دهگردشی حضور یابد. همچنین اعضای تیم سلامت مستقر در مراكز ارائه خدمت، علاوه بر ساعات کار موظف، باید در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل براساس نیاز مرکز بهداشت و ضوابط بیتوته، فعاليت كنند.

# تبصره1: اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما ازسوی مرکز بهداشت به اداره­کل استانی ارسال گردد.

# تبصره2 : تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف­قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز براساس ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری­ها است. البته، باید شیفت­بندی روزهای تعطیل و ساعات غیر­اداری ازطرف مرکز بهداشت برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت­رسانی ایجاد نشود.

# **ماده 12: بیتوته تیم سلامت:**

# ارائه خدمات پزشكي در ساعات غیر­اداري (در عصر و شب و روزهای تعطیل)، به جمعيت تحت­پوشش، مطابق مفاد ذیل برای کلیه مراجعین (اعم از اورژانسی و غیراورژانسی) به مراکز ارائه خدمت، الزامي است. مرکز بهداشت موظف است برحسب وضعيت، ارائه خدمت بیتوته را به یکی از روش­های ذیل، برای جمعیت ساکن فعال فراهم­نماید.

# **1-مراکزارائه دهنده خدمت بیتوته:** مراکز بیتوته شامل مراکز ارائه خدمت، مراکز شبانه­روزی، تجمیعی و بیمارستان دانشگاهی است.

**الف) در محل مرکز ارائه خدمت:** بیتوته در مرکز واجد شرایط محل زیست مناسب حسب ضوابط مربوطه که خدمت پزشک خانواده در ساعات غیراداری به­صورت بیتوته ارائه می­گردد. حضور نگهبان/سرایدار در زمان بیتوته در این مراکز الزامی­است.

تبصره: برای مراکز تک­پزشک براساس نظر مرکز بهداشت، می­توان جمعه­ها و ساير روزهای تعطيل رسمی را تعطيل کرد. در این صورت ضروری­است مرکز بهداشت، درخصوص نحوه ارائه­خدمت به مردم منطقه اطلاع­رسانی کافی نماید.

# **ب) مراکز شبانه­روزی:** مراکز شبانه­روزی دارای 4 پزشک یا بیشتر (برای پوشش جمعیت بیش از 12.000 نفر) هستند و یک نفر از پزشکان مرکز (به­صورت چرخشی) در ساعات غیراداری به­صورت فعال در مرکز مستقراست و روز­کاری بعد بیتوته برای وی استراحت (بدون لحاظ غیبت) درنظر گرفته­می­شود. در مواقع کمبود پزشک در ساعات بیتوته مراکز شبانه­روزی، مرکز بهداشت از سایر مراکز پزشک تامین می­نماید.

# تبصره 2: حضور پرستار/بهیار و نگهبان/سرایدار به­همراه پزشک در مراکز شبانه­روزی الزامی­است. در­صورت تامین­نشدن پرستار/بهیار تا زمان تامین نیروی مربوطه، مامای تیم سلامت را می­توان در شیفت بیتوته مراکز شبانه­روزی به­کارگیری نمود و روز کاری بعدی برای وی استراحت (بدون لحاظ غیبت) درنظر گرفته­می­شود. برای این روز مرکز بهداشت موظف به تامین نیروی مامای جانشین است، به­گونه ای که ارائه خدمات مربوطه در مرکز مختل نگردد.

# **ج) مراکز تجمیعی:** مراكز ارائه خدمتی که حداکثر 30 کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز ارائه خدمت فاصله دارند را می­توان به­عنوان مرکز بیتوته (به­عنوان تجمیعی/معین مطابق با این دستورعمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده­کرد و دراین صورت نیازی به بيتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف­شده برای ارائه خدمات بیتوته، 20.000 نفر درنظر گرفته­شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه­دهندگان فراهم­گردد. حضور پرستار/بهیار و نگهبان/سرایدار به­همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی­است. از مامای مرکز تجمیعی نمی­توان به­عنوان ارائه­دهنده خدمات بیتوته استفاده نمود.

# تبصره 1: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی باید توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت­پوشش مرکز بهداشت و براساس برنامه­ریزی، به­صورت عادلانه انجام گیرد.

# تبصره 2:در سایر مراکز که شرایط تجمیع با شرایط صدرالذکر را ندارند، انتخاب این مراکز جهت بیتوته در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی و اداره­کل استانی، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت ساکن فعال، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه­روزی مشخص و به مردم اطلاع­رسانی کافی شود.

**د) بیتوته در بیمارستان:** درصورت نبود امکان برقراری بیتوته با شرایط مذکور، مرکز بهداشت مجاز به عقدقرارداد با بیمارستان دانشگاهی (حداکثر در فاصله 15 کیلومتری از مرکز) برای ارائه خدمت به جمعیت تحت­پوشش در ساعات غیراداری است، در اين وضعيت، هزينه­هاي مربوط حسب ساعات بیتوته، توسط مرکز بهداشت به بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه­شدگان پرداخت شود. بدیهی­است اداره­کل استانی پرداخت جداگانه برای ارائه خدمت به بیمه­شدگان صندوق روستاییان و عشایر سازمان به­صورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS) به بیمارستان ندارد. ضروری­است هماهنگی لازم بین بیمارستان و مرکز بهداشت، به­منظور پذیرش این بیمه­شدگان در ساعات غیراداری توسط بيمارستان (به­عنوان مرکز ارائه خدمت بیتوته) انجام شود.

تبصره 1: پوشش بیتوته مراکز باید توسط کلیه پزشکان شاغل همان مرکز بهداشت که شرایط ارائه­خدمت بیتوته در مرکز آنها فراهم نیست به­صورت عادلانه انجام گیرد.

# تبصره 2: مرکز بهداشت مکلف­است در مراکز ارائه­دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به­گونه­ای برنامه­ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به­صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

# **2-محل زیست:** با درنظر گرفتن اعتبار برای راه­اندازی و بهبود محل زیست مراکز بیتوته، مرکز بهداشت موظف است برای کلیه مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل زیست، حسب ضوابط مربوطه نماید. مركز بهداشت موظف است فضاي فيزيكي، امنيت و حداقل امكانات را در آن مركز فراهم نماید. درصورت فقدان امكانات، بايد تلاش شود ازمحل اعتبار درنظر گرفته­شده هرچه سريعتر امکانات موردنیاز فراهم گردد و تا زمان آماده­شدن محل، با نزديكترين مركز برای بیتوته هماهنگی شود.

# **3-شیفت­بندی بیتوته:** مركز بهداشت باید برنامه زمان­بندی شیفت بیتوته برای پزشكان را به­صورت نوبتي تدوین و ابلاغ نماید. درصورت وجود بيش از يك پزشك خانواده در مرکز ارائه خدمت، مسئولیت شيفت­بندي ارائه خدمات در ساعات غيراداري و روزهاي تعطيل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشك مسئول مركز است. همچنین لازم­است برنامه بیتوته پزشکان به­گونه­ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص­شده در آن حضور یابند. واگذاری بیتوته ازسوی پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر ممنوع است. هرگونه برنامه­ریزی در این خصوص باید ازسوی مرکز بهداشت صورت پذیرد. در صورت نیاز مرکز بهداشت به بیتوته و شیفت­های بعد از ساعات اداری و نیز روزهای تعطیل در کلیه مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان، پزشکان خانواده و هر یک از اعضای تیم سلامت شاغل، مکلف به انجام آن بوده درصورت امتناع منجر به اعمال مقررات قانونی خواهدشد.

# **4-اطلاع­رسانی به مردم:** لازم­است نام، محل و نشانی مراکز ارائه­دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشيک به­نحو مقتضی به­اطلاع مردم تحت­پوشش مراکز رسانده­شود تا بدانند خدمت بیتوته را از کدام مرکز ارائه­دهنده دریافت نمایند.

# **5-هماهنگی با اورژانس 115:** نحوه ارائه خدمات اورژانس 115 و هماهنگی آنها مطابق ابلاغیه­های رسمی است.

# **ماده 13: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت:**

# ضوابط استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت مطابق با مقررات مربوط به شرایط اداری و استخدامی نیروها و قانون حمایت از جوانی جمعیت و به­شرح ذیل است:

# 1- اعضای تیم سلامت می­توانند سالانه از 30 روز مرخصي استحقاقي با حقوق و مزایا و بدون کسر ضریب حضور بهره­مند­شوند ولي بطور متوالي نمي­توانند بيش از 10 روز از مرخصي استحقاقي استفاده نمایند. غیبت غیرموجه در روزهای کاری و در روزهای تعطیل که در برنامه کشیک قراردارد منجر به کسر ضریب حضور (درج کل روزهای ماه در مخرج کسر ضریب حضور به­جای روزهای کاری ماه) و کسر امتیاز در پایش فصلی خواهدشد. در این موارد پرداخت مبلغ حکم کارگزینی به­ازای غیبت، براساس آیین­نامه اداری استخدامی مربوطه است. مرخصی استعلاجی نیز مشمول پرداخت مبلغ حکم کارگزینی براساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه و مشمول کسر ضریب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد است. ضمنا غیبت غیرموجه بیش از سه روز منجر به لغوقرارداد خواهدشد.

# 2- درمورد حج تمتع، صرفا یک بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی یک ماهه ممکن است و در این زمان صرفا حکم کارگزینی مطابق با قوانین مربوطه قابل­پرداخت است.

# 3- مرخصي پزشک همزمان با بيتوته منجر به کسر مبلغ بيتوته مي­شود.

# 4- حاضرنبودن هریک از اعضای تیم سلامت به­علت دهگردشی، شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی اداره بیمه سلامت شهرستان)، با رعایت سلسله­مراتب اداری، مشمول تعدیل مربوط به غیبت نمی­شود.

تبصره: برنامه­ریزی برای شرکت اعضای تیم سلامت در جلسات آموزشی/بازآموزی/اداری به­گونه­ای طراحی گردد که هیچ مرکزی فاقد پزشک و ماما نشود.

# 5- اعضای تیم سلامت درصورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت 4 ماه در سال استفاده می­نمایند. درمورد پرسنل رسمی مطابق قوانین مربوطه اقدام می­شود. درمورد پرسنل غیررسمی، فرد به سازمان تامين اجتماعي معرفي مي­شود، در مدت مرخصي براساس قوانين موجود (ازجمله قانون حمایت از جوانی جمعیت) اقدام می­شود.

# 6- درراستای تقویت برنامه جوانی جمعیت و بنیان خانواده چنانچه فرد استفاده­كننده از مرخصي (در مرخصی طولانی مدت و به دلیل زایمان) داراي سابقه خدمت در محل بوده در مدت مرخصي وي، با فرد جانشین (نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و درصورت نبود نیروهای مذکور، نیروهای قراردادی متقاضی) قرارداد موقت منعقد می­شود. درراستای امنیت شغلی و سیاست­های جمعیتی مرکز بهداشت موظف­است در پایان مرخصی، فرد را در محل فعالیت قبلی به­کارگیری نماید.

# 7- مدت مرخصی زایمان براساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تعیین می­گردد.

# 8- اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص بانظر مسئول مستقیم و مطابق مقررات و آیین­نامه­های اداری استخدامی است.

# 9- ذخیره مرخصی اعضای تیم سلامت، باتوجه به رابطه استخدامی و تابع ضوابط مربوطه است.

# 10- وجود حداقل یک پزشک جانشین به­ازای هر مرکز بهداشت الزامی­است. ضروری­است مرکز بهداشت به­ازای هر 11 پزشک خانواده، با يک پزشک دیگر نیز به­عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. پزشکان جانشین در ايام معمول بايد در مراکز موردنياز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری لازم را داشته نمایند. دراستفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت است به­گونه­ای که همزمان دو مرکز نیازمند پزشک جانشین واحد نشوند. پزشکان جانشین کلیه فعالیت­های پزشک خانواده اصلی را باید انجام دهند.

# 11- مرخصی پزشکان در سقف تعیین­شده (میانگین 2.5 روز در ماه)، مرخصی استعلاجی (تا 3 روز در ماه) درصورت نبود جانشین، با تضمین ارائه­خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیل مربوط به غیبت پزشک نمی­گردد.

# 12- وجود حداقل یک مامای جانشین به­ازای هر 11 ماما در مرکز بهداشت الزامی است و پس از آن با يک مامای دیگر (به­ازای هر 11 ماما) به­عنوان مامای جانشین عقدقرارداد نماید. ماماهای جانشین در ايام معمول بايد در مراکز موردنياز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری نمایند. دراستفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماماها، با مرکز بهداشت است تا همزمان دو مرکز نیازمند مامای جانشین واحد نشوند. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماهای شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته و براساس امتیاز پایش عملکرد فصلی است.

13- مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به­نحو مقتضی به اداره بیمه سلامت شهرستان اطلاع دهد.

# تبصره: باتوجه به این موضوع که از پزشک و مامای جانشین صرفا جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهای طرف­قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می­گردد؛ به­کارگیری این نیروها به­عنوان جانشین سایر پزشکان و ماماها (غیر طرف­قرارداد پزشکی خانواده روستایی)، نیز استفاده از پزشکان و ماماها غیر طرف­قرارداد پزشکی خانواده روستایی به­عنوان جانشین پزشکان و ماماها طرف­قرارداد، ممنوع است.

# 14- مرخصی ماماها در سقف تعیین­شده (میانگین 2.5 روز در ماه) و مرخصی استعلاجی (تا 3 روز در ماه) درصورت نبود جانشین، با تضمین ارائه­خدمت در آن مرکز توسط سایر ماماها یا مراقب سلامت (صرفا دانش­آموخته مامایی) همان مرکز یا مراکز مجاور مشمول تعدیل مربوط به غیبت ماما نمی­گردد.

# 15- برای مراکز ارائه­خدمت با جمعيت تحت­پوشش فعال کمتر از 4.000 نفر، حداقل يک پزشک و يک ماما بايد درنظر گرفت. در مراکز ارائه­خدمت با جمعیت تحت­پوشش کمتر از 2000 نفر، می­توان از پزشک و ماما به­صورت سه روز در هفته طی روزهای مشخص استفاده­نمود. بدیهی­است این افراد سه­روز دیگر هفته را در سایر مراکز مشابه ویا به­عنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروری­است از پزشک و مامای مشخص در این مراکز استفاده گردد.

# **ماده 14: ارائه خدمات دارویی:**

**1- نظارت بر عملکرد واحد ارائه­دهنده خدمت دارو:** نظربه تولیت دانشگاه/دانشکده ها در ارائه بسته خدمات داروی سطح اول، مرکز بهداشت نظارت بر تامین اقلام دارویی سطح اول را برعهده دارد.

ـ باعنایت به مفاد بند 6.2 تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی سال 1403، «مراکز ارائه­خدمت فعال به مراکزی گفته می­شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه فعال است، درصورت غیرفعال ­بودن خدمت پزشک ویا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل­پرداخت است.» تأمین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز به گیرندگان خدمت ازطریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع500 متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به­عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

ـ نظارت بر میزان و تأمین اقلام دارویی (موجودی حداقل 50 درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) در داروخانه ملکی و غیرملکی برعهده مرکز بهداشت است.

- فارماکوپه دارویی مرکز براساس شرایط منطقه باید توسط پزشک خانواده آن مرکز یا توسط نماینده پزشکان خانواده شهرستان مشخص و در اختیار داروخانه­های طرف­قرارداد، قرار گیرد. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، فارماکوپه معرفی­شده پزشک خانواده موردتوافق اداره­کل استانی است.

# **2- اقلام دارویی:** پزشکان خانواده شاغل مجاز به تجویز اقلام موردتعهد سازمان (قابل­تجویز توسط پزشک عمومی) هستند.

**3- نسخه دارویی:** داروخانه­های مراکز ارائه­خدمت (ملکی) و داروخانه­های طرف­قرارداد اداره­کل استانی (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به­صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده­شود. داروخانه­ها ملزم به نسخه­پیچی الکترونیک همگام با نسخه­نویسی الکترونیک در مراکز ارائه­خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام­الکترونیک (نسخه­نویسی و نسخه­پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه­الکترونیک (نسخه­نویسی کاغذی و نسخه­پیچی الکترونیک) بارعایت ضوابط مربوطه خواهدبود. درصورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه­نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره­کل­ استانی و معاونت بهداشتی؛ مراکز ارائه­دهنده خدمت، مجاز به نسخه­نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری­است هنگام نسخه­پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود.

# سهم سازمان از داروهای قابل­تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق­های تحت­پوشش سازمان به داروخانه­های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابل­پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه­­های ملکی مراکز ارائه خدمت، به مرکز بهداشت پرداخت می­گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه­های غیر­ملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) طرف­قرارداد، به­ داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات­کل استانی پرداخت می­گردد.

# ادارات­کل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه­های طرف­قرارداد خود هستند. پرداخت سهم­ ارز و سهم ­سازمان به داروخانه­های غیر طرف­قرارداد سازمان، ممکن نیست.

- داروهای بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار گیرند، به­صورت رایگان دراختیار بیماران قرار می­گیرند.

تبصره: انتقال داده­های بیماران اعصاب و روان پرونده­ای از سامانه­های سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ازطریق درگاه دیتاس، نشاندار و انجام می­گردد. درصورت نشاندارشدن بیماران اعصاب و روان پرونده­ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان، ارائه رایگان این داروها ممکن است، در غیراینصورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می­شود.

- سهم بیمه­شده از هزینه داروهای OTC که توسط پزشکان خانواده تجویز می­شوند، برای کلیه گروه­های سنی بیمه­شدگان صندوق روستاییان و عشایر، معادل 30 درصد و برای سایر صندوق­های بیمه­ای سازمان، مطابق قواعد بیمه­ای در سامانه نسخه­نویسی الکترونیک سازمان خواهدبود.

- ارائه نسخ دارویی تجویزی مامایی و دندانپزشکی، در محدوده داروهای مصوب، حسب سایر ضوابط مربوطه بلامانع است.

# **4-موجودی دارو:** داروها باید به­میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت و داروخانه­های خصوصی طرف­قرارداد اداره­کل استانی وجود داشته­باشد و حداقل در مقاطع سه­ماهه، نیازهای دارویی مراکز ارائه­دهنده خدمت را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین نماید. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز ارائه­خدمت، درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت و داروخانه بخش خصوصی اعلام کنند که هنوز حداقل 50 درصد از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود است. نبود بعضی داروها در برخی مناطق به­دليل کمبود کشوری دارو، مشمول تعدیلات نمی­شود.

# **5-اعتبارات دارویی:** تامین داروهای سطح اول به­جز داروهای ترالی اورژانس و داروهای خانه بهداشت، ازمحل اعتبار سهم دارو (اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده) است که سهم اعتبار مذکور از وزارت به سازمان تخصیص می­یابد.

# ـ تأمین داروی ترالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه­خدمت براساس آخرین مصوبه اورژانس کشوری، به­عهده مرکز بهداشت است.

# ـ تأمین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه­های بهداشت براساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به­عهده مرکز بهداشت است.

# ـ تأمین دارو در زمان ارائه خدمت بیتوته (به­جز ترالی اورژانس) و دهگردشی، به­عهده داروخانه ملکی و بخش خصوصی طرف­قرارداد اداره­کل استانی (شعاع 500 متر وکانکس) است.

**6-توزیع نیروی انسانی دارویی:** تأمین نیروی انسانی در داروخانه­های ملکی به­عهده مرکز بهداشت و در داروخانه های غیرملکی بخش خصوصی (داروخانه اصلی در شعاع500 متر و کانکس دارویی) به­عهده داروخانه اصلی طرف­قرارداد سازمان است.

داروخانه طرف­قرارداد موظف به تامين و توزيع دارو و تامين نیروی آموزش­دیده برای ارائه­خدمت در دهگردشی پزشک خانواده در روستاهای تحت­پوشش مرکز ارائه­خدمت و ارائه خدمت دارویی تعریف­شده به­عنوان ارائه­دهنده خدمت بیتوته است.

نیروی انسانی به­کارگیری­شده به­عنوان دارویار در داروخانه­های مرکز ارائه­خدمت، حائز شرایط اعلام­شده ازسوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده و دارای گواهی آموزشی مربوطه است.

# **7-انعقاد قرارداد ارائه­خدمات داروی سطح اول توسط داروخانه بخش خصوصی:** به­منظور افزایش دسترسی بیمه­شدگان روستایی به خدمات دارویی، درصورت ممکن­نبودن ارائه خدمات دارویی ازطریق ظرفیت­های بخش دولتی، اداره­کل استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، مرکز شهرستان و مرکز استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، عقدقرارداد می­نماید. بدیهی­است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است.

# درصورتیکه داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه­خدمت نبود، اداره­کل استانی، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت اعلام می­نماید تا مرکز بهداشت راسا خدمات دارو را به­صورت ملکی در مرکز مذکور، ارائه نماید.

تبصره1: درصورت رعایت­نکردن ضوابط و دستورالعمل­های مربوطه ازسوی داروخانه طرف­قرارداد اداره­کل استانی برای تامین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت موارد را به­صورت کتبی به اداره­کل استانی منعکس نموده، اداره­کل استانی موظف­است در نوبت اول به داروخانه تذکر کتبی داده، درصورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و برای تامین داروی سطح اول با داروخانه دیگری عقدقرارداد نماید.

تبصره2: درصورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه­شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف­قرارداد، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره­کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می­شود.

# **8- میزان تجویز دارو:** میانگین موردانتظار قلم دارویي در نسخ هر پزشک در هر فصل 3 قلم است. درصورت سن بالای 60 سال بیش از 25% جمعیت تحت­پوشش پزشک خانواده، اين میانگین می­تواند تا 5/3 قلم، افزایش یابد.

# تبصره: درصورت کاهش میانگین قلم دارویی نسخ هر پزشک به­میزان 0.5 قلم کمتر از مدت مشابه سال 1402، پرداخت مبتنی بر عملکرد وی 5 درصد افزایش می­یابد.

# **9- تعرفه ارائه خدمات دارویی:** اخذ حق­فنی خدمات دارویی از بیمه­شدگان در داروخانه ملکی و غیرملکی طرف­قرارداد در سطح­اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است. قیمت دارو و فرانشیز بیمه­شدگان در داروخانه­های مذکور براساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی ازسوی سازمان غذا و دارو و سازمان است.

تأمین دارو در زمان بیتوته براي موارد اورژانس ازطریق ترالی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.

تبصره: داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری­خون) مناطق عشایری در ایلگردشی رایگان و ازمحل اعتبارات وزارت تامین می­گردد.

تبصره 2: درصورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعرفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می­گردد.

**10-اقلام مکمل:** مرکز بهداشت موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل (مندرج در بند 5.1.2.2 تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی سال 1403) جهت گروه­های هدف است. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف­شده براساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه­های سنی و فیزیولوژیک (گروه­های هدف) و آخرین ابلاغیه­های صادره در اختیار خانه­های بهداشت یا پایگا­ه­های بهداشت روستایی/شهری مجری قرار گرفته و به­صورت رایگان دراختیار گروه هدف برنامه­ها قرار می­گیرد و نیازمند تجویز نیست.

# **ماده 15: ارائه خدمات پاراکلینیک:**

**1- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک:** راه­اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک براساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش است. هر مرکز بهداشت می­تواند برای ارائه خدمات پاراکلينيک نسبت به عقدقرارداد با ساير مراکز دولتی يا غيردولتی واجد شرايط، اقدام نمايد. درصورت ارائه­نشدن خدمات سطح اول آزمایشگاه و رادیولوژی و خرید خدمات مذکور توسط بیمه­شده روستایی، اداره­کل استانی برابر سهم سازمان از اقلام خریداری­شده، از سرانه آزمایشگاه و رادیولوژی شهرستان کسر خواهدنمود.

# مركز بهداشت موظف به تامين خدمات پاراکلینیک در تمامی مراكز ارائه­خدمت ازطریق راه­اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خريد خدمات آزمايشگاهي و رادیولوژی از بخش غيردولتي یا دولتی يا به­صورت جمع­آوري نمونه از مراكز و انجام اين آزمايشات در مراكز معين و یا طرف­قرارداد مرکز بهداشت خواهدبود.

**2-شرایط دریافت خدمات آزمایشگاهی:** درصورت تعيين واحد آزمايشگاهی خاص براي ارائه خدمات توسط مرکز بهداشت، پزشك ملزم است بيمار را به­همان آزمايشگاه ارجاع دهد. درصورت مراجعه بیمار به واحد آزمايشگاهی ديگر غير از واحد معرفي­شده، تمام هزينه برعهده بیمار است. درصورت تجویز خدمات پاراکلينيک در محدوده صلاحیت تجویز پزشک خانواده ولی خارج از فهرست خدمات پاراكلينيك پزشك خانواده و بسته خدمت سطح اول (ساير موارد آزمايشگاه، سونوگرافی و تصويربرداری) سهم سازمان حسب ضوابط مربوطه قابل­پرداخت است.

**3- سطح­بندی آزمایشگاه:** واحدهای ارائه­دهنده خدمت ازنظر ساختاری، به­شرح ذیل تقسیم می­شوند:

الف) آزمايشگاه مرکز ارائه­خدمت: به آزمايشگاهي اطلاق مي­شود که در مرکز ارائه­خدمت با جمعيت تحت­پوشش حداکثر 10.000 نفر (واقع در یک یا چند مراکز ارائه خدمت ) قرار دارد.

تبصره: لازم­است طوری برنامه­ریزی شود تا درصورت اعمال موارد ذکرشده، آزمایشگاه­های ایجادشده قبلی تعطیل نگردد.

# ب) واحد نمونه­گيري: درصورتیکه مراکز ارائه­خدمت، فاقد آزمایشگاه فعال و یا اینکه در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی طرف قرارداد دیگری وجود نداشته باشد، راه­اندازی واحد نمونه­گیری در مرکز الزامی­است. در صورت نبودن کارشناس/ کارشناس ارشد آزمایشگاه، نمونه گیری توسط افراد آموزش دیده­ای که در کوریکولوم آموزشی آنها، نمونه­گیری وریدی جزو مهارت­های کسب­شده ایشان می­باشد، انجام می گیرد؛ برای جمعیت کمتر از 2500 نفر یک روز در هفته، به­ازای هر 2500 نفر جمعیت اضافه یک روز در هفته اضافه می­گردد. ارائه­نشدن خدمت نمونه­گیری در این موارد منجر به کسر سرانه آزمایشگاه خواهدشد.

# ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده ازمسیر ارجاع از مراکز ارائه­خدمت به مرکز بهداشت انجام می­شود. درصورتیکه ممکن­نبودن انجام آزمایش در مرکز ارائه­خدمت، ازطریق نمونه­گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نیست.

# تبصره 1: نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال و جمعیت مراکز دارای واحد نمونه­گیری جذب می­شود. به­ازای هر 10000 نفر جمعیت ساکن فعال مراکز ارائه­خدمت دارای آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروی کارشناس/کارشناس ارشد آزمایشگاه به­کارگیری می­شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعال مستقر بوده، موظف به نمونه­گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت­پوشش این مرکز است.

تبصره 2: ساختار آزمایشگاهی تعریف­شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره­کل استانی مصوب و در کلیه مراکز ارائه­خدمت در معرض دید بیمه­شدگان و ناظرین قرار گیرد.

تبصره 3: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به­عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و پرداخت به آنان ازطریق اعتبارات دانشگاه/ دانشکده است.

**4- تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه­های بهداشتی:** تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه­های بهداشتی مجری براساس فهرست تجهیزات آزمایشگاه­های بهداشتی (طبق دستورعمل ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت) در برنامه مذکور است. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی­های فنی آنها مبتنی­بر نوع خدمات آزمایشگاهی ­انجام در آزمایشگاه و بارکاری آن است. لذا متناسب بارکاری از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر برای تجهیز آزمایشگاه استفاده می­شود. تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که در ماده 2 آیین­نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی تعریف شده­است، باید دارای تاییدیه از وزارت ارائه نمایند. تمام کارکنان آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه­های دانشگاه/دانشکده گزارش نمایند.

**5- مسئولیت فنی آزمایشگاه:** مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به­عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و کارانه آنان ازطریق درآمد اختصاصی شبکه بهداشت و درمان شهرستان پرداخت می­شود. تعداد مسئول فنی واجدشرایط و موردنیاز شبکه آزمایشگاهی مرکز بهداشت براساس جمعیت تحت­پوشش، تعداد مراکز آزمایشگاهی، بارکاری آزمایشگاه شامل تعداد مراجعین روزانه و نمونه­های ارسالی از واحدهای نمونه­گیری و پراکندگی آزمایشگاه­ها لحاظ می­گردد.

# **6- خدمات و آزمایش­های قابل­انجام آزمایشگاه­های بهداشتی:** خدمات آزمایشگاهی براساس خدمات و آزمایش­های قابل­انجام آزمایشگاه­های بهداشتی است. آزمایشات غربالگری بیماری­ها براساس بسته خدمتی و دستورعمل مربوطه، انجام می­گردد.

# تبصره 1: به­تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری­ها و برنامه­های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن­است به فهرست خدمات و آزمایش­های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده­شود.

# تبصره 2: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی درصورت فراهم­نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه­گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری انجام و نمونه­های بالینی با رعايت اصول ايمني و زنجيره سرد در همان روز نمونه­برداری ازطریق پرسنل به آزمایشگاه­های طرف­قرارداد مرکز بهداشت (بهداشتي درماني سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا آزمایشگاه غیردولتی طرف­قرارداد) ارجاع می­شود. آن دسته از نمونه­ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص است، تا پیش از ارسال، باید در شرایط مناسب نگهداری شوند.

# تبصره 3: خدمات آزمایشگاهی ادغام­یافته در بسته خدمت گروه­های سنی به­شرح ذیل رایگان هستند:

# **الف)** آزمایشات مادران باردار (دو نوبت براساس بسته خدمت) شامل:

# یک نوبت Blood Group & RH، آزمایش CBC و شمارش افتراقي سلول­هاي خوني، آزمایش آناليز كامل ادرار، کشت ادرار، Serum BUN، Serum Creatinin، آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادرانRH منفی)، FBS، TSH، VDRL، HIV، HBSAg، آزمایش غربالگری دیابت بارداری، Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) و GCT .

# **ب)** جمعیت بالای سی سال: آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol.

# **ج)** غربالگری نوزادان: اندازه­گیریTSH (CH)، اندازه‌گيري کمّی فنيل­آلانين(PKU) و G6PD (درصورت وجود امکانات و حسب­نیاز).

**جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه­های بهداشت:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| واحد پذیرش و نمونه­گیری | آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستايي/ شهری دارای آزمایشگاه | آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان/ استان |
| پذیرش و نمونه­گیری جهت انجام آزمایش­های قابل­نمونه­گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانوادهكليه نمونه­هاي گرفته­شده بايد در اسرع وقت و با رعايت اصول ايمني و زنجيره سرد (طبق دستورالعمل پيوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمايشگاه طرف­قرارداد (آزمایشگاه­های بهداشتي- درماني سطوح بالاتر ویا آزمایشگاه بیمارستان و آزمايشگاه­هاي خصوصي تائیدشده) ارسال گردند.در واحدهای پذیرش و نمونه­گیری كليه وسايل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجراي برنامه ايمني و بهداشت در آزمايشگاه) جهت فرآيند نمونه­گيري و نیز ارسال امن و ایمن نمونه بايد تهيه و استفاده شود. | آزمایش CBC و شمارش افتراقي سلول­هاي خونيهموگلوبينهماتوكريتگروه خون Blood Group & Rhقندخون ناشتا (FBS)آزمایش Glucose Chalenge Test(GCT)آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)آزمایش قند 2 ساعت بعد از غذا 2hPP))آزمایش Serum BUNآزمایش Serum Creatininآزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglycerideآزمایش Serum HDL-Cholesterolآزمایش Serum LDL-Cholesterol(درصورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود)آزمایش Serum SGOTآزمایش Serum SGPTآزمایش کیفی تشخیص حاملگیآزمایش Serum RPR/VDRL سدیمانتاسیون (ESR)آزمایش ( -Stool Examination (Ova/Parasiteآزمایش خون مخفی در مدفوع occult bloodآزمایش آناليز كامل ادرارآزمایش كشت ادراررایتویداللام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا)CRP | کلیه خدمات آزمایشگاه­های مراکز ارائه خدمت روستايي/ شهری دارای آزمایشگاه به­علاوه:بيليروبين مستقيم و توتالآزمایش Uric Acidآزمایش HbA2آهن ظرفيت اتصال آهن (TIBC) فریتین سرمكومبس رايت (Coombes Wright)2-مرکاپتواتانول (2ME)آزمایش کمّی Beta-HCG سرمآزمایش كومبس غيرمستقيمبررسي اسمير مستقيم خلط ازنظر سلکشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor)آزمایش TSH (غربالگري نوزادان CH)-مادر باردارآزمایش T4اندازه‌گيري کمّی فنيل آلانين ( غربالگري نوزادان PKU)آزمایش HbA1cآزمایش HIVAbآزمایش HBsAgآزمایش HBsAbآزمایش HCVAbآزمایش ‍Ca/Pآزمایش Na/KSerum ALPنمونه­گیری DAT برای تشخیص كالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام­شده توسط مدیریت بیماری­های واگیر)آزمایش پاپ اسمیر |

**7- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیولوژی):** خدمات تصویربرداری موردتعهد سطح اول شامل رادیوگرافی­های ساده بدون ماده حاجب است. شرایط خدمات مذکور به­شرح ذیل است:

# الف) بسته خدمات تصویربرداری سطح اول صرفا ازطریق مراکز طرف­قرارداد شبکه ( اعم از دولتی یا غیردولتی طرف­قرارداد طبق مفاد تفاهم­نامه ) قابل­ارائه است.

# ب) درصورت انعقاد قرارداد مرکز بهداشت با مراکز تصویربرداری دولتی و غیردولتی طرف­قرارداد سازمان، بیمه­شدگان جهت دریافت خدمات تصویربرداری سطح اول، تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت می­کنند، بدیهی­است برای این خدمات، سهم سازمان بابت بیمه­شدگان صندوق روستاییان و عشایر قابل­پرداخت نیست.

# ج) اطلاع­رسانی درخصوص نشانی مراکز تصویربرداری طرف­قرارداد مرکز بهداشت در مراکز ارائه خدمت، ضروری­است. فهرست مراکز مذکور به اداره­کل استانی اعلام گردد.

# د) گرافی OPG جزو خدمات سطح دوم است.

سونوگرافی­های بارداری (به جز نوبت اول)، سونوگرافی­های غیربارداری و رادیوگرافی­ها غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب جزو سطح دوم خدمات است و براساس سهم سازمان و فرانشیزهای مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق­های سازمان در مراکز طرف­قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل­دریافت از بیماران است.

تبصره: سونوگرافی بارداری نوبت اول مطابق مصوبات وزارت متبوع رایگان می­باشد.

# **ماده 16: خدمات سلامت دهان و دندان:**

**1- مکانیسم فعال­سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:**

الف) به­کارگیری دندانپزشکان مشمول طرح نیروی انسانی و متعهدین خدمت قانون برقراری عدالت آموزشی اعزامی به مناطق مجری برنامه، در پزشکی خانواده روستایی الزامی است.

ب) اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت، فعال­سازی ساعات بعدازظهر و شب مراکز ارائه­خدمت با به­کارگیری دندانپزشکان شاغل در مراکز است لذا دانشگاه/دانشکده­ بایستی شرایط و امکانات فعال­سازی بعدازظهر مراکز ارائه­خدمت را برای بهره­وری بیشتر واحدهای دندانپزشکی فراهم نماید تا در­صورت تمایل دندانپزشکان، ارائه­خدمت در خارج از ساعات کاری برنامه پزشکی خانواده روستایی، با هماهنگی مرکز بهداشت صورت گیرد.

ج) درصورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی دندانپزشکی در خارج از ساعات موظفی شیفت بعدازظهر مطابق بند 15 ماده 29 عمل گردد.

د) درصورت رعایت­نشدن شرح وظایف و عملکرد کمی و کیفی نامناسب فرد، پس از دادن تذکرات لازم ازسوی مرکز بهداشت و استمرار عملکرد ضعیف، به­شرح ذیل عمل گردد:

- نیروهای رسمی و پیمانی: مطابق ضوابط آیین­نامه رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت.

- نیروهای طرحی: اعلام عدم­نیاز مبنی بر عملکرد نامناسب، منضم به تذکرات ارائه­شده با رونوشت به اداره طرح و نیروی انسانی و دفتر سلامت دهان و دندان وزارت جهت تصمیم­گیری درخصوص ادامه طرح فرد.

- دندانپزشکان مشمول قانون برقراری عدالت آموزشی: براساس دستورالعمل اصلاح قانون مربوط به این نیروها.

- دندانپزشکان بخش خصوصی طرف­قرارداد مرکز بهداشت: مطابق ضوابط آیین­نامه­های مربوطه یا شرایط مندرج در قراردادهای تنظیم­شده (بدیهی­است در قراردادهای این نیروها، نحوه برخورد با موارد تخلف باید ذکر گردد).

# **2- نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان:**

# ارتقای سلامت دهان و دندان ازطریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی در مناطق روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر و عشایری با اولویت گروه­های هدف صورت می­پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیری اولیه قابلیت­اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ­کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه­ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدهای کودک از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می­گردد). خدمات پیشگیری و درمانی نیازمند به یونیت، در مراکز دارای واحد دندانپزشکی ثابت ویا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می­گردد. صدور مجوز بهره­برداری و نظارت بر عملکرد آن براساس آیین­نامه مربوطه به­عهده معاونت­های بهداشتی است.

# تبصره 1: فهرست مراکز ارائه­دهنده خدمت سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، ازسوی مرکز بهداشت به اداره­کل استانی و ازطریق معاونت بهداشتی به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت ارسال می­گردد. باتوجه به ضرورت گسترش خدمات به­منظور ایجاد پوشش صددرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید باید با جدیت پیگیری و فهرست مراکز جدید هر 3 ماه به مراجع صدرالذکر گزارش شود.

# تبصره 2: باتوجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده ها، درصورت تامین­نشدن دندانپزشک توسط مرکز بهداشت، دانشگاه/ دانشکده می­تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. فهرست این مراکز به­منظور اطلاع­رسانی مناسب به بیمه­شدگان، درمعرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

# تبصره 3: درصورت وجود اعتبار، مراکز تجمیعی، معین، شبانه­روزی و مراکز ارائه­خدمت در مناطق محروم واجد رادیوگرافی تک­ دندان گردند. بدیهی­است نبود رادیوگرافی مذکور منجر به تعدیلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهدشد.

تبصره 4: درصورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان ودندان در مراکز طرف­قرارداد مرکز بهداشت، فاصله مراکز ارائه­دهنده خدمت، حداکثر 30 کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوری است؛ درخصوص موارد خاص، در ستاد استانی تصمیم­گیری خواهدشد.

# **3- خدمات سلامت دهان و دندان:**

# **الف) مراقبت سلامت دهان و دندان در پایگاه­های سلامت و خانه­های بهداشت:** بهورز و مراقب سلامت خدمات ذیل را به­منظور آموزش و پیشگیری برای ارتقای سلامت دهان و دندان ارائه می­دهند:

#  آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از وسایل کمک­آموزشی و با کمک مدل­های آموزش بهداشت.

#  مصاحبه انگیزشی (به­منظور ارتقای مهارت­های فردی و خودمراقبتی، استفاده درست از مسواک و نخ دندان، تغذیه غیرپوسیدگی­زا، اهمیت دندان­های شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان 6 سالگی، مشکلات هنگام رویش دندان­ها، ترک عادات بد و مضر دهان).

#  انجام معاینات دهان و دندان.

#  ثبت اطلاعات وضعیت دهان و دندان در پرونده خانوار و یا سامانه­های الکترونیک.

#  ارجاع افرادی که نیاز به خدمات مراقبتی خاص و یا درمانی دارند به دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان.

#  پیگیری نتیجه ارجاع و ثبت آن در پرونده خانوار فرد.

#  انجام وارنیش فلوراید.

#  توزیع مسواک انگشتی.

#  ارزیابی خطر پوسیدگی دندان برای گروه­های هدف.

# آموزش و معاینه در پایگاه­های سنجش و مدرسه.

# چگونگی انجام خدمات مذکو براساس دستورالعمل­های ابلاغی وزارت بهداشت است.

# شناسایی عوامل تعیین­کننده سلامت دهان و دندان در منطقه تحت­پوشش، جلب حمایت شوراهای محلی و هیئت­امنا روستا و برنامه­ریزی­های تکمیلی با هماهنگی برون­بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه با همکاری دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان صورت می­گیرد.

# درصورت ارائه مراقبت­های سلامت دهان و دندان توسط هرکدام از ارائه­دهندگان خدمت (بهورز، مراقب سلامت) سرانه آن خدمت قابل­پرداخت است.

آموزش موردنیاز ارائه­دهندگان خدمت زیرنظر دفتر سلامت دهان دندان معاونت بهداشت، توسط واحد بهداشت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده و با مشارکت مرکز آموزش بهورزی انجام می­گیرد.

# **ب) خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز ارائه­خدمت دارای واحد دندانپزشکی، مطب­ها و درمانگاه­های دندانپزشکی طرف­قرارداد:**

# آموزش بهداشت دهان و دندان.

# ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان در سامانه­های الکترونیک.

# فلورایدتراپی.

# فیشورسیلانت­تراپی.

# ترمیم دندان­های شیری و دایمی.

# جرم­گیری و برساژ.

# پالپوتومی.

# درمان پالپ زنده (VPT) دندان­های دایمی.

# کشیدن دندان­های غیرقابل نگهداری (شیری و دایمی).

# اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به­کار در مرکز، احصای آمار و اطلاعات جمعیت تحت­پوشش و گروه­های هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده و کودکان زیر دو سال است.

# واگذاری خدمات به بخش خصوصی، می­تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی طرف­قرارداد (در روستا در محدوه روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. دراین­صورت ارائه تمامی خدمات موردنظر به گروه هدف حین قراداد همکاری به­صورت رایگان، الزامی است.

**4- دهگردشی، پایش و آموزش­های گروهی:** به­منظور ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه لازم­است بخشی از فعالیت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت­های دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. باتوجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان لازم­است هر ماه دهگردشی به یکی از خانه­های بهداشت تحت­پوشش خود انجام شود. زمانی که دندانپزشک ارائه خدمات دندانپزشکی را در دو یا سه مرکز به­عهده دارد، دهگردشی هر مرکز ماهانه انجام گردد، به­نحوی که طی یک سال دهگردشی برای کلیه خانه­های بهداشت تحت­پوشش انجام شود.

وظایف دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در دهگردشی شامل موارد ذیل است:

1. نظارت بر عملکرد و مراقبت­های سلامت دهان و دندان انجام­شده توسط بهورز.

2. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال ارجاع­شده ازسوی بهورزها.

3. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه­های سطح اول وزارت.

# **5-نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان:** به­منظور برنامه­ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی معاونت بهداشتی نسبت به تشکیل کمیته­ای با حضور مدیر گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان و نماینده اداره­کل استانی و کارشناس مسئول گسترش شبکه در معاونت بهداشتی و به­همین منوال در شهرستان اقدام می­نماید. نظارت و پایش خدمات براساس دستورالعمل­های سلامت دهان و دندان مادران، کودکان زیر 6 سال، کودکان 6 تا 14 سال و دستورالعمل مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل مراقبت­های ادغام­یافته سلامت مادران باردار انجام می­گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط کارشناس ناظر مرکز، همچنین توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می­گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت و نظارت بر عملکرد مسئول واحد سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان معاونت بهداشتی انجام می­شود.

# پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول واحد سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت صورت می­گیرد.

# **ماده 17: درآمدها:**

درآمدها شامل:

1- درآمد اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزریقات، پانسمان، نمونه­گیری و ...) براساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ضوابط و مقررات بیمه­ای مصوب.

2- درآمد اخذ هزینه کامل مواد مصرفی ارائه خدمات جانبی (دستكش، سرنگ، ماسك، پنبه، الكل، ليدوكايين، بتادين و ...).

3- درآمد اخذ سهم ساير سازمان­هاي بيمه­گر (تامين اجتماعي، نيروهاي مسلح، سایر صندوق­هاي سازمان و ... ).

4- درآمد اخذ 100 درصد تعرفه خدمات ارائه­شده به افراد فاقد هر نوع پوشش بيمه درمانی.

5- درآمد مرتبط با بند "و" موضوع حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پيمانی، طرحی يا پيام­آور بهداشت که ازمحل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده پرداخت می­شود.

6- درآمد اخذ تعرفه خدمات دندانپزشکی ارائه­شده:

الف) تعرفه خدمات دندانپزشکی، براساس تعرفه ابلاغی خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی است.

# ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:

# ارائه آموزش و مراقبت­های پیشگیری توسط بهورز و مراقب سلامت و ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای کل جمعیت ساکن فعال رایگان است.

# سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت­پوشش به­شرح ذیل است:

# برای گروه هدف از جمعیت هدف وزارت رایگان و برای غیر از گروه هدف، براساس جدول پرداختی تعدیل­یافته ابلاغی معاونت بهداشت است.

# هزینه خدمات دندانپزشکی که در مرکز توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می­شود ولی در تعهد سازمان نیستند، براساس جدول پرداختی تعدیل­یافته ابلاغی معاونت بهداشت دریافت شود. درصورت نبود خدمت در جدول، معادل 100 درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.

# برای افراد فاقد هرگونه پوشش بیمه، معادل 100 درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.

# برای خدمات ارائه­شده دندانپزشکی در شیفت خارج از ساعت موظفی، حداکثر پرداخت بیمار براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و با درنظر گرفتن پوشش بیمه خدمات است.

تبصره 1: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح­بندی خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز ارائه­خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، درصورت مراجعه بیمه­شده روستایی مهمان به مراکز ارائه­خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه­خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و خدمات درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه­شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهدبود. بدیهی­است خدمات دندانپزشکی غیراورژانسی در این موارد براساس جدول پرداختی تعدیل­یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می­گردد.

# تبصره 2: انجام کلیه مراقبت­های مامایی كه طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای تیم سلامت انجام می­شود، رایگان است و براي تمام موارد خارج از بسته­های خدمتی، ويزيت درماني پزشك طبق فرانشيز مصوب دريافت می­گردد. بدیهی­است دریافت هزینه ویزیت برای ماما از جمعیت هدف وزارت وجاهت ندارد.

# تبصره 3: تا صدور بیمه­نامه برای نوزادان، دریافت خدمت از بیمه­نامه مادر ممکن است.

# تبصره 4: افراد فاقد پوشش بيمه­اي نباشد 100 درصد تعرفه خدمات را پرداخت می­کنند (به­جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). لازم­است مراکز ارائه­خدمت این افراد را برای پوشش بیمه­ای به اداره بیمه سلامت شهرستان راهنمائی نمایند.

# تبصره 5: درصورت وجود واحد تسهيلات زايماني فعال، زايمان انجام­شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رايگان است. درصورت فقدان واحد تسهيلات زايماني، فرد به سطح دوم ارجاع مي­گردد.

تبصره6: در مراکز ارائه­دهنده خدمت بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه­ها) برای ویزیت و خدمات جانبی 30 درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه­ای معادل 100 درصد تعرفه دولتی است.

در مراکز شبانه­روزی در زمان بيتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیراورژانسی (اعم از بیمه­شده روستایی و سایر بیمه­ها) برای ویزیت و خدمات جانبی 30 درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه­ای معادل 100 درصد تعرفه دولتی است.

درمورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت­پوشش در طول شبانه­روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.

تبصره 7: لازم­است اطلاع­رسانی به جمعیت ساکن فعال درخصوص نرخ تعرفه ويزيت پزشک، نظام ارجاع و ساير خدمات قابل­ارائه در مركز در تمام ساعات شبانه­روز با همکاری دهيار/ بخشدار صورت­پذیرد. جهت اطلاع­رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

تبصره 8: سهم سازمان برای اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه­خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول برای بیمه­شدگان تحت­پوشش سایر صندوق­های سازمان معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل­پرداخت است.

**ماده 18: اعتبار و تعدیلات:**

# **1-محاسبه و توزیع اعتبار:** محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزش­افزوده براساس مؤلفه­های جمعیت هدف وزارت، برنامه­های فنی و بهبود استاندارد فضای واحدهای ارائه­دهنده خدمت و ضریب محرومیت برای خدمات پاراکلینیک و تامین خودرو جهت دهگردشی، ازطریق معاونت بهداشت صورت می­گیرد.

اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه­های جمعیت هدف سازمان و ضرایب محرومیت شهرستانی اعلام­شده توسط وزارت کشور و منطبق بر طرح گسترش شبکه، توسط سازمان محاسبه و توزیع می­شود.

**2-معیار محاسبه تعدیلات:** معیار محاسبه تعدیلات ازمحل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر، جمعیت هدف سازمان و ازمحل اعتبار یک­ درصد مالیات بر ارزش­افزوده، جمعیت هدف وزارت است.

# تبصره 1: درصورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل­پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از 500 متر و کانکس) توسط ادارات­کل استانی لغو می­شود. ارائه­نشدن هر یک از اجزای خدمات تعریف­شده برابر مفاد تفاهم­نامه و ضمائم که برای آن سهم سرانه تعریف­شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهدشد.

# براساس مصوبات هیئت امنا دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال 1384 درآمد پزشکی خانواده روستایی از شمول کسر 5 درصد سهم رياست دانشگاه/دانشکده، معاف است. براساس مصوبه هيات امنا (نامه شماره 62984 مورخ 29/3/1384) به­منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/ دانشکده مكلف است كليه اعتبارات تخصيص­يافته، اعم از وجوه حاصل از عقدقرارداد با سازمان­هاي بيمه­گر ويا ساير درآمدهاي ناشي از این برنامه را منحصراً در چهارچوب دستورعمل­هاي ارسالي وزارت در برنامه مربوطه هزينه و نسبت به استقرار تجهيزات و خودروهاي تحويل­شده به دانشگاه/ دانشکده براي مراكز تعيين­شده توسط وزارت اقدام كنند. اجراي مفاد دستورعمل مربوطه، صادره از طرف وزارت الزامي­بوده دراين راستا مجوز موارد ذيل صادر مي­گردد:

# پرداخت به پزشک، ماما، دندانپزشک، کارشناس تغذیه و سلامت روان عضو تیم سلامت به روش مبتنی بر عملکرد در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت.

# عقدقرارداد به­منظور ارائه خدمات پزشكي (صرفاً برای خدمت بیتوته و دندانپزشکی) و غيرپزشكي موردنياز ازطريق بخش غيردولتي، اعم از اشخاص حقيقي يا حقوقي درصورت نياز.

# استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هرعنوان در غیر موارد تعیین­شده در تفاهم­نامه توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات­کل استانی ممنوع است.

# **ماده 19: سهم توزیع سرانه:**

# توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول ازمحل اعتبارات صندوق روستاییان و عشایر و یک درصد مالیات بر ارزش­افزوده براساس ماده 5 تفاهم­نامه سال 1403 است.

# **ماده20: تخصیص و هزینه­کرد اعتبار:**

# ضروری­است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص­یافته ازسوی ادارات­کل استانی به دانشگاه/دانشکده، معاون بهداشتی ارسال گردد تا مجريان برنامه در جريان زمان و نحوه تخصیص اعتبار قرارگرفته و به­موقع براي دريافت اعتبار اقدام نمايند. معاون بهداشتی وظیفه نظارت بر هزینه­کرد اعتبار تخصیص­یافته و هزینه­کرد آنها در منابع تعریف­شده را به­عهده دارد.

# مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف­است فهرست ریز هزینه­کرد خدمات سطح اول را پس از تایید معاون بهداشتی به­صورت شش­ماهه به اداره­کل استانی اعلام نماید.

# معاونت توسعه مدیریت و منابع به­شرط تخصیص، اعتبار را به­صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ­ و سازمان طی 72 ساعات کاری بعد از دریافت، منابع تعریف­شده را به حساب ادارات­کل استانی پرداخت نماید. ادارات­کل استانی طی 72 ساعات کاری بعد از دریافت، نسبت به پرداخت به دانشگاه/دانشکده اقدام نماید. دانشگاه/دانشکده مکلف­است در اسرع وقت پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه­کرد اعتبار صرفاً در سرفصل­های تعیین­شده در مفاد تفاهم­نامه پزشکی خانواده روستایی سال 1403 اقدام نمایند.

# سازمان مکلف است به­شرط دریافت وجه اعتبار اعلام­شده ازسوی سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات­کل استانی پرداخت نماید. (پایان هر ماه 80 درصد از اعتبار در قالب پرداخت علی­الحساب و پایان همان فصل 20 درصد در قالب پایش عملکرد)

# تبصره 1: اعتبارات موضوع این ماده از کسورات ناشی از مصوبات هیئت امنای دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، مستثنی بوده، باید عملکرد این تفاهم­نامه را در بند مجزا در گزارش حسابرس به هیئت امنای دانشگاه/دانشکده ارایه نماید.

# تبصره 2: معاونت بهداشتی در پایان هرفصل، طبق فرمت ابلاغی مشترک (مرکز مدیریت شبکه و معاونت پیشگیری سازمان) گزارشات پرداختی به تیم سلامت موضوع این دستورعمل را به ادارات­کل استانی ارایه نمایند.

# **ماده 21: شيوه پرداخت سرانه خريد خدمت:**

# 1- وزارت اعتبار مربوطه از محل یک درصد مالیات بر ارزش­افزوده را برای توزیع در اختیار سازمان قرار می­دهد. سازمان براساس شرح هزینه اعلامی وزارت، اعتبار مربوطه را توزیع می­نماید. از اعتبار صندوق روستاییان و عشایر (اعتبار سازمان) حقوق اعضای تیم سلامت (پزشك، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک و سایر نیروهای بهداشتی)، پرداخت می­شود.

# 2- مبلغ 80 درصد در قالب علی­الحساب ازمحل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر توسط اداره­کل استانی صرفاً درصورت تحقق مفاد ذیل توسط دانشگاه/دانشکده مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشك، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) به­جز سایر نیروهای بهداشتی پرداخت می­شود:

# الف- مرکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره­کل تحویل نماید.

# ب- مرکز بهداشت تا پنجم هر ماه مبلغ حکم/ قرارداد ماه قبل تیم سلامت را پرداخت نماید.

# ج- مرکز بهداشت سیاهه ریزحقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به اداره­کل استانی ارائه نماید.

# د- مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر علی­الحساب مبلغ مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره­کل پرداخت نماید.

# 3- مبلغ 20 درصد پایش عملکرد ازمحل اعتبارات سازمان توسط اداره­کل استانی به­صورت سه­ماهه و پس از اعمال نتایج پایش پرداخت می­شود.

# مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر20 درصد پایش عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره­کل استانی پرداخت نماید.

# 4-معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده موظف­است به­محض واريز ازسوی اداره­کل استانی به حساب درآمد دانشگاه/دانشکده، تمامي وجوه واريزي را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واريز نمايد و به­محض بازگشت وجوه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/دانشکده، مراتب را به اطلاع معاون بهداشتي برساند.

# 5- معاون بهداشتی با استناد جمعیت، حجم ريالي منابع هر شهرستان، درصد عملكرد قابل­قبول هر يك از سطوح استاني (دانشگاه/دانشکده)، شهرستاني و محيطي شامل پزشك، ماما و ساير پرسن ) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه و دستور عمل پرداخت كارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به­تفكيك تهيه نماید.

# 6- معاون توسعه دانشگاه/دانشکده موظف­است وجوه منابع اعتباری برنامه را هر ماه يكبار با دستور شرح هزینه­ای كه معاون بهداشتی دراختيار وي قرار مي­دهد، ميان مراکز بهداشت تابعه توزيع نمايد.

# 7- رئيس مركز بهداشت موظف­است وجوه منابع اعتباری تخصيصي ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه­ای معاون بهداشتي كه استانداردهاي آن در همين دستورعمل آمده­است، هزينه نموده و اسناد هزينه كرد وجوه منابع اعتباری را قبل از ارائه به مديريت مالي دانشگاه/ دانشکده به تائيد معاون بهداشتي برساند.

# 8- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده و مديريت امور مالي حق پذیرش اسناد هزينه­كرد وجوه منابع اعتباری را قبل از تائيد معاون بهداشتي از مرکز بهداشت ندارد.

# 9- مدير مالی دانشگاه/دانشکده موظف­است در ابتدای سال، کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه برنامه را به­تفکيک صندوق بيمه و برحسب مناطق روستايي و شهری به معاون بهداشتی اعلام نماید، معاون بهداشتی نیز مراتب را به مرکز مديريت شبکه اعلام کند.

# 10- معاون بهداشتی موظف­است ضمن اخذ گزارش عملكرد مالي فصلي از مرکز بهداشت، گزارش سالانه عملكرد مالي و فني خود را با امضاي مشترك مديريت مالي دانشگاه/ دانشکده به مركز مديريت شبكه ارسال کند.

# 11- مركز بهداشت موظف­است تا قبل از بيست و پنجم هر ماه کلیه درآمدهاي پزشکی خانواده روستايي ناشی از ارائه خدمات واريز شده به حساب درآمدهاي مرکز بهداشت را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهاي دانشگاه/دانشکده واريز و گزارش آن را به معاونت بهداشتی اعلام نماید.

# 12- رییس دانشگاه/دانشکده و معاون بهداشتي موظف به نظارت بر شيوه هزينه­كرد اعتبارات براساس تفاهم­نامه و دستورعمل هستند و بايد از انتقال اين اعتبارات براي هزينه­كرد در ساير بخش­هاي مرکز بهداشت (خارج از سطح اول خدمات) جداً اجتناب و تلاش نمايند سهم سرانه مراكز مجری هر مرکز بهداشت به شكل واقعي در همان شهرستان هزينه گردد.

# 13- اسناد هزينه بايد پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتي رسیده، گزارش اسناد مالي براساس چارچوب تعيين­شده به اداره­کل استانی و مرکز مديريت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/دانشکده موظف­است گزارش رعايت اين ماده و هزينه­كرد اعتبارات و منابع را از حسابرس دانشگاه/دانشکده دريافت و در جلسه هيات امنا مطرح كند.

14- مرکز بهداشت مکلف­است سیاهه ریزحقوقی شامل پرداخت حکم/قرارداد (به­تفکیک اسمی) اعضایی از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر پرداخت می­شود را تا پنجم ماه بعد به اداره­کل استانی ارائه نماید.

# 15- معاون بهداشتي موظف­است پس از تعيين سهم هر يك از سطوح براساس مندرجات همين دستورعمل و دستورعمل پرداخت كارانه، ضرايب عملكرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال و دستور خرج ماهانه (به تفكيك ماه) را بر اين اساس تنظيم و به معاون توسعه دانشگاه/دانشکده ارائه و معاون توسعه نيز عيناً براساس دستور خرج مذكور نسبت به توزيع منابع اقدام نمايد.

# 16- مركز بهداشت موظف­است از اعتبارات تخصيصي توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول، در گام اول مبالغ موردتعهد در قراردادهاي منعقده را براساس ضريب عملكرد، محاسبه، پرداخت و پس از هزينه­كرد، اسناد به تاييد معاونت بهداشتي رسانده­شود. همچنین اسناد هزينه­کرد مربوط به دیگر سر فصل­های اعتباری توزیع سرانه را نیز به معاونت بهداشتي ارائه دهد.

# 17- مركز بهداشت مجاز است ازمحل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/دانشکده به­منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبتنی بر نتیجه ارزیابی عملکرد آنان پرداخت نماید.

# **ماده 22: اجرای برنامه­های فنی ادغام­یافته:**

# اعتبار اجرای برنامه­های فنی ادغام­یافته تفاهم­نامه مشترک و اصلاحیه پیوست آن، براساس برنامه­ عملیاتی موردتایید مرکز مدیریت شبکه هزینه می­گردد.

# **ماده 23: ارجاع در سطح اول خدمات:**

# در شرايط معمول، مانند دستورعمل قبلي نظام شبكه بهداشت و درمان، اولين محل مراجعه بيمار خانه بهداشت/پایگاه سلامت است، پس از ارائه خدمت توسط بهورز یا مراقب سلامت، درصورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل­ها ابلاغ شده­است، فرد را به مراکز ارائه­خدمت ارجاع دهد. تحت شرايط اضطرار بيمار مي­تواند مستقيماً به پزشك خانواده مراجعه کند.

تبصره 1: پزشک خانواده موظف­است بیماران ارجاعی خانه­های بهداشت یا پایگاه­های سلامت را ویزیت و درمان نموده، نتیجه اقدامات ویا موارد قابل­پیگیری سیر درمان را به­اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع­دهنده برساند.

تبصره 2: درصورت نیاز بیمار، پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دوم یا سوم ارجاع می­نماید.

تبصره 3: درهرحال مدیریت سلامت جمعیت تحت­پوشش (تشخیص، درمان و پیگیری)، برعهده پزشک خانواده است.

**ماده 24: ارجاع در سطح دوم خدمات:**

**1- فرایند ارجاع:** اجرای سطح بندی خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر براساس دستورعمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهدبود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دوم خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح اول صورت می­گیرد.

# **2- سقف ارجاع به سطوح بالاتر:** سقف ارجاع به متخصص سطح دوم حداکثر 10 درصد مراجعین (غیر از ارجاع مادران باردار و بیماری­های مزمن طبق دستورعمل­ ابلاغی) به پزشک خانواده است. درصد مذکور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دوم براساس مراقبت گروه­های هدف و بسته خدمتی نیز هست. باتوجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده ازجمله مدیریت سلامت منطقه، مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاری تمام­وقت در هدایت، توانمندسازی، ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می­رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکورکاهش یابد.

**ماده 25: پایش فصلی تیم سلامت:**

باتوجه به اهميت پايش نحوه فعاليت­ها در سطوح مختلف و به­ويژه سطح محيطي، ضرورت­دارد کلیه گروه­ها و واحدهای زيرمجموعه معاونت بهداشتی، ارائه خدمت به گروه­هاي هدف را براساس بسته­های خدمت پايش نمایند. نتيجه پایش در مركز بهداشت تحليل و مداخله لازم جهت پرسنل محيطي به­ويژه پزشك خانواده انجام شود.

تبصره 1: لازم­است پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه­ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت براساس چک­لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه جهت اجرای دستورعمل­های ابلاغی و حصول شاخص­های مطلوب (جمعیتی، سلامت تغذیه، سلامت روان و ...) صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت کارانه است.

تبصره 2: لازم­است نمره پایش سه­ماهه به­منظور روشن­بودن علت کسر یا تشویق در پرونده اعضای تیم سلامت درج گردد.

تبصره 3: به­منظور بهبود کیفیت فرایند پایش از پزشکان خانواده، لازم­است درصورت وجود متخصص پزشکی خانواده یا پزشک عمومی با سابقه­کاری مرتبط و دارای مدرک MPH، در پایش استفاده گردد.

تبصره 4: لازم­است پایش متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

**ماده 26: پایش مشترک:**

1- پایش و ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمت و تیم سلامت شاغل در آنها (مطابق ماده 7 تفاهم­نامه)، به­منظور اطمینان­خاطر از حصول موضوع تفاهم­نامه، ارتقای مستمر کیفیت خدمات موضوع تفاهم­نامه و با رویکرد حل­ مسئله انجام می­شود.

# 2- پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت) حداقل هر فصل یکبار انجام می­شود. پایش مشترک یا جداگانه مرکز بهداشت ویا اداره بیمه علاوه بر پایش مشترک، حسب­مورد انجام می­شود. حضور نماینده مرکز بهداشت در پایش­های مشترک الزامی است. نتایج پایش در همه سطوح شهرستانی، استانی و کشوری ملاک پرداخت است. در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه­شده ازمحل اعتبار سهم سازمان و ازمحل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری­است.

# 3- قالب پايش مشترك توسط سازمان تدوین و برای اعمال در پایش به معاونتهای بهداشتی و ادارات­کل استانی ابلاغ می­گردد.

# طی پایش حضوری، نتایج پایش ازطریق نرم­افزار واسط رقیب به­صورت الکترونیک ثبت می­شود.

# 4- نتایج پایش با دسترسی فراهم­شده برای نماینده مرکز بهداشت، بلافاصله قابل­رؤیت است.

# **ماده 27: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت**

# ستاد شهرستان با مشارکت گروه­های آموزشی دانشگاه/دانشکده برای طراحی و اجرای برنامه آموزشي پزشك خانواده، تیم سلامت طرف­قرارداد در ابتداي خدمت و حين خدمت براساس نتايج پايش مبتنی بر نیازسنجی انجام­شده و تعیین اولویت­ها در مرکز آموزش بهورزی اقدام می­نماید. باتوجه به ناهمگونی مهارت­های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری­است آموزش­های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت­شده با مکانیسم­های متفاوت ازجمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد کشوری/استانی انجام شود.

# تبصره 1: ستاد استانی موظف­است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماهای طرف­قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین­شده به­عمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف­شده برای آنان و بسته­های خدمت ضروری­است. آموزش­های ضمن خدمت براساس نتایج پایش، تعیین می­گردد. برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره­کل استانی برنامه­ریزی می­شود.

تبصره 2: آموزش­های پزشکان خانواده مندرج بندهای 1.2 ، 1.3 و 1.4 تفاهم­نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، براساس مفاد تفاهم­نامه­های مشترک وزارت و سازمان اجرایی می­گردد.

# **ماده 28: مسئولیت اجرا:**

# مسئولیت كلي اجراي برنامه در منطقه تحت­پوشش هر دانشگاه/دانشکده به­عهده رييس آن دانشگاه/دانشكده است. همچنین مسئولیت و نظارت بر كليه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به­عهده معاونت بهداشتي و در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به­عهده معاونت درمان دانشگاه/دانشکده است. مسئولیت حسن اجرای برنامه در سطح شهرستان به­عهده رئیس مرکز بهداشت است. بديهي­است هيچ يك از نظارت­هاي مربوط به دانشگاه/دانشکده، نافي نظارت اداره­کل استانی بر كيفيت ارائه خدمات در سطوح مختلف نیست.

# تبصره 1: پزشك خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره تيم­های سلامت تحت­پوشش را دارد. وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل­ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانه­های بهداشت/پایگاه­های سلامت نیز هست.

# تبصره 2: اولویت به­کارگیری متخصصین پزشکی خانواده به­ترتیب در مراکز ارائه خدمت آموزشی، مراکز ارائه خدمت شهری و سایر مراکز ارائه خدمت (شهری و روستایی واجد جمعیت ساکن فعال بیشتر)، مجری برنامه هستند؛ درصورت حضور متخصص پزشکی خانواده در مراکز ارائه خدمت آموزشی، اولویت مسئولیت مرکز با آنان است.

# تبصره 3: پزشك خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته­ی تعريف­شده، بدون تبعيض سني، جنسي، ويژگي­هاي اقتصادي اجتماعي و ريسك بيماري در اختيار فرد، خانواده، جمعيت و جامعه­ي تحت­پوشش خود قراردهد.

# **ماده 29: روش پرداخت تیم سلامت:**

# **1-روش پرداخت:** براي دستيابي به وضعيت مطلوب جنبه­هاي مختلف خدمت، پرداخت به روش Mixed Payment صورت­ می­پذیرد. پرداخت به پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف­قرارداد مطابق با مندرجات فصل روش پرداخت این دستورعمل است. دریافتی پرسنل طرف­قرارداد برنامه شامل پزشک، دندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان، ماما، پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه، دو بخش است:

الف: حکم کارگزینی.

ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد.

الف- حکم کارگزینی: براساس ضوابط مرتبط با رابطه استخدامی شامل رسمی، پیمانی، قراردادی (جهت نیروهای قراردادی طبق (ماده 4) دستورعمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمعین سال 1399)، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیام­آوران بهداشت؛ تعیین و پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می­گردد.

ب- پرداخت مبتنی بر عملکرد: برمبنای سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق­مسئولیت تعیین می­گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس روش پرداخت تدوین­شده در همین دستورعمل به­صورت ماهانه با پیش­فرض ضریب عملکرد 1 (معادل امتیاز عملکرد 90 درصد) محاسبه و 80 درصد آن در پایان ماه و 20 درصد باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی در کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد محاسبه و به­صورت سه­ماهه پرداخت می­گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان با لحاظ عملکرد آنان در سامانه یکپارچه بهداشت است.

تبصره 1: جهت محاسبه مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (علی­الحساب 80 درصد و قطعی 20 درصد)، ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی برای کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد درنظر گرفته می­شود، لذا درصورت کسب ضریب عملکرد زیر 90 درصد، در زمان پایش فصلی، کسر مبلغ مازاد پرداخت­شده (درصورت کمتربودن از مبلغ 80 درصد علی­الحساب) در هنگام پرداخت 20 درصد قطعی و درصورت لزوم در پرداخت مبتنی بر عملکرد ماه بعد لحاظ خواهدشد و درصورت کسب امتیاز عملکرد بالای 90 درصد، در هنگام پرداخت 20 درصد قطعی محاسبه و پرداخت خواهدشد.

# **2-ضریب حضور:** ضریب حضور عبارت­است از نسبت روزهايي (ساعات اداری) كه فرد در محل خدمت حاضر بوده تقسیم بر تعداد روزهای "کاری" ماه. بدیهی­است حضور در جلسات آموزشی، مرخصی استحقاقی و همچنین ماموریت­های موردتایید، جزو روزهای حضور اعضای تیم سلامت است. غیبت غیرموجه از ضریب حضور کسر خواهدشد.

# پزشک خانواده موظف­است درصورت نیاز به خدمات آنان و براساس شیفت­بندی مرکز بهداشت، در صبح روزهای تعطیل در مراکز ارائه­خدمت، ارائه­خدمت نماید. دراین­صورت، در محاسبه ضریب حضور، این روزها به صورت کسر ضریب حضور اضافه و ضریب حضور بیش از یک خواهدشد. درغیراین­صورت (پزشک در کشیک روزهای تعطیل همکاری ننماید) به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه، در مخرج کسر ضریب حضور لحاظ شده درنتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهدشد. بدیهی­است درصورت نیازنداشتن به حضور در روزهای تعطیل، ضریب حضور معادل یک لحاظ می­شود. میزان همکاری فرد در شیفت روزهای تعطیل در امتیاز پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می­گردد. خاطرنشان مي­گردد ضریب حضور بابت شیفت در ساعات صبح روزهای تعطیل است و حضور در شیفت عصر و شب (روزهای تعطیل و غیرتعطیل) به­عنوان شیفت بیتوته (در مراکز واجد بیتوته، معین/ تجمیعی، شبانه­روزی، بیمارستان به­عنوان مرکز تجمیعی/معین) بوده و براساس جداول پرداخت بیتوته، محاسبه خواهدشد.

# **3- ماندگاری:** در این دستورعمل هرجا از سوابق ماندگاری (سال­های خدمت) بحث شده­است، منظور قراردادهای با مرکز بهداشت تحت­عنوان پزشک خانواده روستایی (در قالب، پیام­آور، طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت به­عنوان پزشک خانواده روستایی برای محاسبه سهم ماندگاری وی، به سال محاسبه می­گردد.

# الف) عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

# - در سطح مراکز ارائه خدمت مجری محل فعالیت فرد معادل 100 درصد.

# - درصورت تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد: جابجایی در محدوده شهرستان معادل 85 درصد، جابجایی بین شهرستان­های دانشگاه/دانشکده معادل 70 درصد و جابجایی بین دانشگاه­ها معادل 50 درصد سنوات خدمتی محاسبه می­گردد.

# تبصره: در محاسبه سنوات خدمتی درصورت امتیاز 90 و بالاتر میانگین نمره پایش­های فصلی عملکرد وی، 5 درصد (تا سقف 100 درصد محاسبه سنوات ماندگاری آن سال­ها) به ضرایب ذکرشده به سنوات وی اضافه می­گردد.

# -در تغییر محل فعالیت بدون نظر فرد و حسب نیاز نظام شبکه معادل 100 درصد خواهدبود.

# ب) جهت محاسبه سال­های خدمتی فرد، آخرين محل خدمت موردنظر در قرارداد به­عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می­شود.

# ج) در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمان­های بیمه­گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول ماندگاری نیست.

# د) درصورت فعالیت همکاران ستادی در مراکز ارائه­خدمت به­عنوان تیم سلامت، سال­های خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت، گسترش شبکه معاونت بهداشت/شهرستان در دانشگاه/دانشکده تا 50 درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر موارد مذکور تا 25 درصد سوابق کار ستادی نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می­شود.

# ﻫ) برای افرادی که در شهرهای با جمعیت کمتر از 20 هزار نفر در قالب قرارداد با اداره­کل استانی در سال­های قبل به­عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته­اند و پس از تحت­پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/دانشکده در برنامه به­عنوان پزشک خانواده ادامه­فعالیت داده­اند سهم مانگاری نامبردگان در سال­های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (50 درصد) درنظر گرفته­شود. این سهم چنانچه در روستاها در قالب قرارداد با اداره­کل استانی در سال­های قبل به­عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته­اند، معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/دانشکده/استان (70 درصد) درنظر گرفته­شود.

# و) روزهای مرخصی استعلاجی مستمر بیش از یک ماه (ازجمله به­علت بارداری)، در ماندگاری فرد محاسبه نمی­گردد. لیکن، در حکم کارگزینی براساس ضوابط مربوطه لحاظ می­گردد.

# **4- سهم پراكندگي:** اين سهم، شامل چند گزينه است:

# الف) تعداد واحد تحت­پوشش پزشک (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت­پوشش پزشک): (تعداد خانه بهداشت/پایگاه سلامت تحت­پوشش پزشك ضرب­در چهار و در خانه­های زیر 500 نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می­شوند ضرب­در دو) به­اضافه (تعداد روستای قمر تحت­پوشش پزشک) به­اضافه (تعداد روستای سياری تحت­پوشش پزشک تقسيم بر سه)

# ب) فواصل (نحوه محاسبه فواصل) : (مجموع فواصل خانه­هاي بهداشت تحت­پوشش پزشك برحسب كيلومتر ضرب­در چهار و در خانه­های زیر 500 نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می­شوند ضرب­در دو) به­اضافه (مجموع فواصل روستاهاي قمر تحت­پوشش پزشك تا مركز برحسب كيلومتر) به­اضافه (مجموع فواصل روستاهاي سياري مسكوني تحت­پوشش پزشك تا مركز تقسيم بر سه برحسب كيلومتر)

# ج) ضريب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام­شده در ماه تقسيم بر تعداد دهگردشی استاندارد.

# در محاسبه ضریب دهگردشی، در هر روز حداکثر یک واحد درنظر گرفته می­شود.

# ضريب دهگردشی \* (سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحدهای تحت­پوشش ) = سهم پراكندگي

# **5- عملکرد:** ضریب عملکرد اعضای تیم سلامت براساس پایش عملکرد فصلی طبق چک­لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه تعیین می­گردد.

# ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب­شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب­در 100

# روش­های عملکردی:

# الف) درصورت کسب امتیاز 85 درصد تا 90 درصد ، معادل 100 درصد در­نظر گرفته­شود. به­عبارت دیگر ضريب عملکرد برابر 1 ثبت مي­گردد.

# درصورت کسب امتیاز بیش از 90 درصد به­ازای هر 1 درصد افزايش معادل 3 صدم به ضریب عملکرد افزوده می­شود. در این صورت لازم­است علت کسب امتیاز بالاتر از 90 حتماً مشخص گردد.

# ب) با كسب ضريب عملكرد 40 درصد لغوقرارداد ­شود. با کسب ضريب عملكرد 70 درصد و کمتر در دو دوره متوالی لغوقرارداد ­شود. با کسب ضريب عملكرد 70 درصد 30 درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد کسر ­شود، البته نبايد هريک از بخش­های چک­ليست، کمتر از 50 درصد شود. در چنين شرايطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده­شود. با کسب ضریب عملکرد بین 70 تا 85 معادل نمره کسب­شده پرداخت شود. باید موارد مذکور طی نامه مکتوب توسط مرکز بهداشت به پزشک ابلاغ گردد.

# افرادي كه در گواهي انجام كار نمره پایش عملکرد فصلی كمتر از 70 کسب کرده­اند، عقدقرارداد جدید پس از حداقل یک دوره سه­ماهه قابل­انجام و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز بالای70 در اولین پایش است. درصورت کسب نمره کمتر از 70 برای بار دوم، لغوقرارداد می­شود و عقدقرارداد جدید برای وی در سال جاری ممکن نیست.

# لغوقرارداد اعضای تیم سلامت براساس دلایل مستند ارائه­شده ازسوی مرکز بهداشت به معاونت بهداشتی و صرفاً با دستور و ابلاغ معاون بهداشتی ممکن خواهدبود. لازم­است یک ماه قبل، مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام شود.

# **6- پرداخت به پرسنل جانشین:** پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل جانشین برابر متوسط پرداخت آنان در شهرستان بدون احتساب دهگردشی، ماندگاری و بیتوته و براساس امتیاز پایش عملکرد فصلی است. درصورت انجام بیتوته و دهگردشی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مربوطه براساس مرکز محل ماموریت بوده و ماندگاری براساس سنوات خدمت در برنامه پرداخت می­گردد.

# **7- ویزیت جمعیت غیر تحت­پوشش:** در مراکز ارائه­خدمت، هرگاه پزشک/ ماما، در ساعات اداری، بیماران غیر جمعیت تحت­پوشش خود (غیر بیمه­شده روستایی) را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت باید 40 درصد (براساس عملکرد) تعرفه پزشک/ماما را تا سقف 300 ویزیت در ماه برای پزشک/ماما و براساس گزارش ویزیت از سامانه­های سطح اول/کاغذی، هنگام پرداخت 20 درصد مبتنی بر عملکرد، محاسبه و پرداخت نماید.

# تبصره: 100 درصد درآمدهای حاصل از ویزیت و خدمات (اعم از سهم سازمان بیمه­گر و فرانشیز پرداختی بیمه­شده) غیر جمعیت هدف سازمان و غیر تحت­پوشش بیمه باید در اختیار معاونت بهداشتی قرارگرفته و معاونت بهداشتی مجاز است تا 70 درصد آنرا در همان مرکز تولید درآمد، هزینه نماید.

# **8- پرداخت پرسنل طرحی و پیام­آور:** پرداخت مبتنی بر عملکرد مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام­آور به­طور کامل است.

# **9- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده:** پرداخت مبتنی بر عملکرد به متخصصین پزشکی خانواده براساس شیوه­نامه مربوطه و معادل 160 درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی است.

# تبصره 1: درصورت نبود امکانات آموزشی در مراکز ارائه­خدمت محل خدمت متخصصین پزشکی خانواده (طبق شیوه نامه به­کارگیری متخصصین پزشکی خانواده)، از پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداختی به این متخصصین مبلغی کسر نخواهدشد.

تبصره 2: باتوجه به مهارت­های آموخته­شده توسط پزشکان خانواده در دوره­های مرتبط (MPH، بریجینگ یا ...) به­غیر متخصصین پزشکی خانواده، مبلغی معادل 5 درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد، به پرداختی این پزشکان اضافه می­گردد.

# **10- پرداخت در موارد ترک خدمت:** با شروع به­کار پرسنل طرف­قرارداد، علی­الحساب 80 درصد پس از پایان هر ماه (براساس روزهای حضور) پرداخت می­شود.

# تبصره 1: درصورت ترک محل خدمت قبل از پایان اولین ماه، صرفاً حکم کارگزینی (براساس قوانین مربوطه) پرداخت می­گردد.

# تبصره 2: درصورت ترک محل خدمت پس از یک ماه از شروع خدمت، علاوه بر پرداخت حکم کارگزینی (طبق مقررات مربوطه)، علی­الحساب 80 درصد (براساس عملکرد و تعداد روزهای حضور) پرداخت می­شود و 20 درصد قطعی در پایان هر سه ماه کارکرد، پس از اعمال امتیاز عملکرد پایش فصلی محاسبه و پرداخت می­گردد.

تبصره 3: درصورت ترک محل خدمت بدون اعلام قبلی و بدون دلایل موجه، مراتب باید طبق مقررات اداری و استخدامی اقدام و به اطلاع فرد رسانده­شود.

**11- پرداخت عیدی، کمک­هزینه مهد­کودک، سختی شرایط­کار، سنوات، لحاظ مدارک تحصیلی و تسهیلات رفاهی و غیره:** براساس مفاد دستورعمل موضوع تبصره ماده 60 آیین­نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیئت علمی مصوبه دبیرخانه مجامع، شوراها و هیئت­های امنا قابل­پرداخت است.

**12- ماموریت اداری:** درصورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت، درمورد پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت حق­ماموریت، صرفاً برای خدمات خارج از حیطه وظایف نیرو مجاز­ است.

**13- پرداخت در مراکز منتخب**: پرداخت به نیروهای شاغل در مراکز ارائه­خدمت منتخب براساس مفاد مندرج در دستورعمل ابلاغی اصول و ضوابط تعیین واحدهای منتخب برای ارائه خدمت در شرایط بحران است.

# **14- پرداخت ازمحل درآمد اختصاصی:** به­منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها در مراکز ارائه­خدمت که امکان جذب آنان در این مراکز به­هیچ عنوان ممکن نیست، به­شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و نیز تامین منابع مالی موردنیاز توسط دانشگاه/دانشکده می­توان مبلغی به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطرنشان می­سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (15 روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی­شود.

# **15-پرداخت خدمات جانبی پزشکان:** درصورت انجام خدمات جانبی درمانی موضوع بند 4 ماده 10 توسط پزشکان/دندانپزشکان، 100 درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته­های خدمتی پزشکان/دندانپزشکان مرکز (طبق تعرفه دولتی)، پس از کسر هزینه­های مرتبط با خدمت خارج بسته (ازجمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) بانظر کارشناسی معاونت بهداشتی، به­صورت FFS به پزشکان خانواده/دندانپزشکان آن مرکز پرداخت گردد.

# **16- پرداخت در مراکز اقماری:** در مراکز ارائه­خدمت با ضریب محرومیت 85/1 و بالاتر که امکان جذب پزشک و ماما به­هیچ عنوان ممکن نیست به­شرط موافقت و تایید ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده می­توان از نوع قرارداد اقماری (15روزه) استفاده کرد. پرداخت به­ازای هر روز کارکرد معادل 4/1 روز حضور و صرفاً در فرمول پرداخت به­ازای عملکرد انجام می­شود. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی مطابق مقررات اداری استخدامی مربوطه است. لازم­است فهرست پزشکان و ماماهای مراکز اقماری به­همراه شماره ملی ازسوی معاونت بهداشتی به اداره­کل استانی ارسال شود. این پزشکان حق هیچ­گونه فعالیت پزشکی ندارند. بدیهی­است درصورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغوقرارداد شده پس از آن اجازه فعالیت در برنامه را نخواهندداشت. نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی برعملکرد آنها در این مراکز همانند سایر مراکز ارائه­خدمت است.

**17- پرداخت در مراکز دو شیفت اداری مجزا:** در مراکز ارائه­خدمت دو شیفت، مبلغ 10 درصد به کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می­گردد.

**18- اجزای تاثيرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:**

اجزای تاثيرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پایه پزشك شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق­مسئولیت است.

الف) سهم محروميت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می­گردد.

# ب) سهم ماندگاري: براساس هر يك سال خدمت در مراکز ارائه­خدمت تعیین می­گردد.

# تبصره: درصورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده به­علت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی آنان در سهم ماندگاری لحاظ می­گردد.

# ج) سهم جمعيت: براساس جمعيت تحت­پوشش برنامه تعیین می­گردد.

# تبصره: جمعیت ثبت­شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت­پوشش در فرمول پرداخت است و حداکثر تا سقف 6000 نفر برای هر پزشک قابل­پرداخت است.

# د) سهم بيتوته: صرف حضور پزشک در محل زیست مراکز ارائه­خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نمی­شود. پزشک خانواده موظف­است مطابق برنامه زمان­بندی مرکز بهداشت، بیتوته (هر شیفت بیتوته شامل پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید. مراكزي كه براساس دستورعمل نياز به بيتوته ندارند، درصورت نیاز، بايد پزشك آن مركز با نزديكترين مركز داراي بيتوته به­صورت کشیک بيتوته همکاری نماید. ضروری­است به مردم اطلاع­رساني مکفی شود. در مراکز ارائه­خدمت با جمعیت بالای 5000 نفر درصورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق­بیتوته در جدول محاسبه حق­بیتوته دو پزشکه لحاظ می­گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهدشد. درصورت غیبت بدون اطلاع قبلی پزشك در زمان بيتوته، معادل دو برابر حق­بیتوته همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وي كسر مي­شود.

# حق­بیتوته فرد براساس بیتوته انجام­شده در ماه، محاسبه و پرداخت می­گردد.

ملاک پرداخت حق­بیتوته در مراکز شبانه­روزی با هر تعداد پزشک (مقیم مرکز شبانه­روزی ویا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوته شبانه­روزی است. بدیهی­است کسری تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، باید در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوته در ميانگين ضريب محروميت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به­صورت افزایش پلکانی) پرداخت می­گردد.

تبصره 1: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمانی، درصورت نیاز مرکز بهداشت به ارائه خدمات پزشکی در این واحد و با ارائه مستندات توسط واحد تسهیلات زایمانی مبنی بر ارائه خدمت زایمان توسط آن پزشک، معادل حق­بیتوته مرکز شبانه­روزی به­عنوان دستمزد خدمات موردنظر (علاوه بر حق­بیتوته مرکز) تعلق خواهدگرفت.

تبصره 2: مرکز بهداشت می­تواند در شرایط خاص (با توجه به بار مراجعه بالای بیماران نیازمند اعزام، تصادفات، تروما، مسمومیت و ...)، سهم بیتوته پزشک را در شرایط مذکور، برای حداکثر 5 درصد از مراکز، تا سقف 40 درصد افزایش دهد.

# هـ) سهم پراكندگي يا دهگردشي:

# و) ضريب عملكرد:

ز) ضریب حضور:

# ح) حق مسئولیت: مسئولیت مرکز ارائه­خدمت مجری و مدیریت تیم سلامت به­عهده پزشک خانواده بوده (بااولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مدارک مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع است. پزشک مسئول در مراکز ارائه­خدمت به­عنوان مسئول تیم­های سلامت مرکز ارائه­خدمت محسوب می­شود.

# حق­مسئولیت پزشک در مرکز ارائه­خدمت با یک تیم سلامت معادل 10 درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد اضافه می­گردد، به­ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه­خدمت است 2 درصد به این مبلغ اضافه می­گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از 2000 نفر جمعیت تحت­پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش 10 درصدی پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می­گردد. به­عنوان مثال در مراکز ارائه­خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول 12درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد است. لازم به­ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر 16 درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد است.

# تمامي پزشكان خانواده مستقر در مراکز ارائه­خدمت مجري، مدیریت سلامت کل جمعيت تحت­پوشش مركز را عهده­دار هستند (اعم از بیمه­شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعيين­شده در اين دستورعمل از نظام پرداخت تقريبا" يكساني برخوردار هستند يكي از آنان را، به­عنوان مسئول مرکز ارائه­خدمت و رابط مركز خدمات جامع سلامت با مركز بهداشت تعيين خواهدشد.

# ط) فرمول روش پرداخت پزشك خانواده در برنامه:

# سهم بیتوته + {ضریب حضور \* ]ضريب عملكرد \* (سهم پراکندگي + (K ريال \* جمعيت) + سهم ماندگاري + سهم محروميت)[}

**19- اجزای تاثيرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/پاراکلینیک:**

# اجزای تاثيرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/پاراکلینیک شامل سهم محروميت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته (برای ماما)، سهم پراکندگی (برای ماما)، ضریب عملکرد، و ضریب حضور است.

الف) سهم محروميت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می­شود.

ب) سهم ماندگاري: براساس هر يك سال خدمت در مراکز ارائه­خدمت تعیین می­گردد.

# ج) سهم جمعيت: براساس جمعيت تحت­پوشش برنامه تعیین می­گردد.

# تبصره: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت­پوشش در فرمول پرداخت است و حداکثر تا سقف 10000 نفر برای هر ماما/ پاراکلینیک قابل­پرداخت است.

# د) سهم بیتوته: صرف حضور ماما در محل زیست مرکز ارائه­خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهدشد. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت جهت خدمات محوله، بيتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهم بیتوته در ميانگين ضريب محروميت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز ) (به­صورت افزایش پلکانی) پرداخت می­گردد.

# تبصره 1: درصورت نیاز به بیتوته پرستار/بهیار، معادل حق­بیتوته ماما به­صورت اضافه­کار بابت خدمت بیتوته به­ آنان پرداخت ­شود.

# تبصره 2: مرکز بهداشت می­تواند درصورت شرایط خاص (با توجه به بار مراجعه بالای بیماران نیازمند اعزام، تصادفات، تروما، مسمومیت و ...)، سهم بیتوته ماما را در شرایط مذکور، برای حداکثر 5 درصد از مراکز، تا سقف 40 درصد افزایش دهد.

# هـ) سهم پراكندگي يا دهگردشي:

# تبصره: برای افراد بدون خانه بهداشت در شهرهای زیر 20 هزار نفر معادل یک خانه ( پایگاه ضمیمه) درنظر گرفته می­شود.

# ز) ضريب عملكرد.

# ح) ضریب حضور.

ط) فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

سهم بيتوته + {ضریب حضور\*]ضريب عملكرد\*(سهم پراکندگی+(K ريال\*جمعيت)+سهمماندگاري+سهم محروميت)[}

# ی) خدمات جانبی: درصورت انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان) و دارویاری (در مراکزی که دارای داروخانه ملکی هستند) توسط مامای تیم سلامت و تحت­نظر پزشک، مامای مربوطه مشمول دریافت حق­الزحمه خدمات جانبی است.

**20- روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:**

الف) اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان شامل تعداد خدمات وزن­دهی ثبت­شده در سامانه (A)، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاری در ماه و ضریب عملکرد است.

خدمات تعریف­شده بسته سلامت دهان و دندان شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، جرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، فعالیت­های آموزشی و دهگردشی است. مبنای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان براساس جدول ذیل است:

|  |
| --- |
| **خدمات وزن­دهی شده بسته سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی** |
| ردیف | خدمت | وزن خدمت | ردیف | خدمت | وزن خدمت |
| 1 | فلورایدتراپی دو فک | 15 | 8 | ترمیم سه سطحی آمالگام/ SSC | 45 |
| 2 | فیشور سیلنت هر دندان (6 و 7) | 25 | 9 | ترمیم یک سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) / PRR | 40 |
| 3 | جرم­گیری و بروساژ دو فک | 35 | 10 | ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) | 45 |
| 4 | کشیدن دندان شیری | 15 | 11 | ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) | 50 |
| 5 | کشیدن دندان دائمی | 25 | 12 | پالپوتومی | 30 |
| 6 | ترمیم یک سطحی آمالگام | 35 | 13 | درمان پالپ زنده | 40 |
| 7 | ترمیم دو سطحی آمالگام | 40 |  |  |  |

ب) فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به­شرح ذیل است:

پرداخت مبتنی بر عملکرد=

تعداد روز کاری در ماه x ((ضریب محرومیتx ((جمع وزنی خدمات روزانه ثبت­شده در سامانه x ضریب K (ارزش ریالی خدمت))))x ضریب عملکرد)

1- ضریب محرومیت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می­گردد.

2- ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان طی اجرای دستورعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک 22,250 ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان 16,250 ریال لحاظ می­گردد.

3- جمع وزنی خدمات باتوجه به تعداد خدمات ارائه­شده در یک روز تعیین شده­است که به­شرح زیر است:

الف) اگر A بین 50 تا 99 باشد: 3/0A در فرمول پرداخت محاسبه می­شود.

ب) اگر A بین 100 تا 149 باشد: 6/0A در فرمول پرداخت محاسبه می­شود.

ج) اگر A بین 150 تا 199 باشد: 9/0A در فرمول پرداخت محاسبه می­شود.

د) اگر A بین 200 تا 239 باشد: A در فرمول پرداخت محاسبه می­شود.

هـ) اگر A 240 یا بیشتر باشد: 1/1A در فرمول پرداخت محاسبه می­شود.

4- ضریب عملکرد براساس بند 5 ماده 29 محاسبه گردد.

5- تعداد روز کاری در ماه، تعداد روزهای حضور در مرکز و نیز انجام دهگردشی است. ضمناً تعداد روزهای مرخصی استحقاقی و شرکت در جلسات آموزشی و اداری مرتبط از روزهای موردانتظار عملکرد آنان کسر گردد. روزهای مرخصی استعلاجی و غیبت جزو روزهای موردانتظار عملکرد محسوب می­شود (به استناد ماده 13).

6- امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به­میزان امتیاز کامل یک روز (200 امتیاز) است. چنانچه دندانپزشک بیش از یک مرکز را پوشش می­دهد، به­ازای هر مرکز یک روز در ماه دهگردشی انجام داده (حداکثر سه دهگردشی در ماه) و بابت هر دهگردشی امتیاز یک روز کاری (200 امتیاز) دریافت می­نماید (مطابق با ماده 16، بند 4).

7- مقدار پرداخت مبتنی بر عملکرد به مبلغ حکم کارگزینی اضافه می­گردد.

پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان از ابتدای سال جاری قابلیت­اجرا دارد.

ج- درخصوص خدمات ارائه­شده، به موارد ذیل توجه شود:

1. فعالیت آموزشی و معاینه در وزن­دهی خدمات مذکور درنظر گرفته شده­است.
2. در بازه زمانی سه­ماهه، 25% گروه هدف خدمات را دریافت کرده­باشند، ویا دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در بازه زمانی سه­ماهه 50% خدمات را به گروه های هدف ارائه کرده­باشد.
3. اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرم­گیری، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی است.
4. در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده­باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از 60 درصد کل خدمات ارائه شده­باشد.
5. خدمت ترمیم برای هر دندان، طی یک سال، فقط یک بار قابل­ثبت است.
6. تعداد خدمت ترمیم برای یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نیست.
7. خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده برای هر دندان، فقط یک بار قابل­ثبت است.
8. خدمت جرم­گیری برای هر فرد یک بار در سال قابل­ثبت است.
9. خدمت فیشورسیلنت برای دندان­های 6 و 7 دائمی و فقط یکبار قابل­ثبت است.
10. خدمت فیشورسیلنت برای یک نفر در یک روز، بیشتر از 4 عدد قابل ارائه و ثبت نیست.
11. تعداد خدمت کشیدن دندان برای یک نفر در یک روز، بیشتر از 4 عدد قابل ارائه و ثبت نیست.
12. خدمات اورژانسی دندانپزشکی شامل: درد و آبسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب­های ناشی از تروما در بافت نرم و سخت است.

 د- ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت­شده در سامانه­های سطح اول وزارت است. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مافوق ازطریق بررسی گزارش سامانه­های الکترونیک و عملکرد صندوق واحد درآمد (پذیرش) و نیز بررسی بالینی بیمار انجام می­شود.

هـ- در مناطق با ضریب محرومیت مرکز 80/1 و بالاتر که جذب دندانپزشک/بهداشتکار دهان به­هیچ عنوان ممکن نیست به­شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوری و تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده، می­توان تا سقف 20 درصد بهk پایه فرد اضافه کرد.

و- واحد سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده موظف به ارائه نتایج پایش عملکرد دندانپزشکان/بهداشتکاران دهان و دندان تحت­پوشش به­صورت فصلی به مدیریت گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده به­منظور محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد است.

**21- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه:** اجزای تاثيرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه شامل سهم محروميت، ضریب عملکرد و ضریب حضور است.

الف) سهم محروميت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می­گردد. ب) سهم ماندگاري: براساس هر يك سال خدمت در مراکز ارائه­خدمت تعیین می­گردد.

ج) سهم جمعيت: براساس جمعيت فعال تحت­پوشش برنامه تعیین می­گردد.

د) سهم پراكندگي يا دهگردشي: درصورت انجام دهگردشی توسط این نیروها قابل­پرداخت است.

ح) ضريب عملكرد: براساس پایش فصلی طبق چک­لیست ابلاغی و تخصصی تعیین می­گردد.

ز) ضریب حضور.

هـ) فرمول محاسبه کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه.

{ضریب حضور \* ]ضريب عملكرد \* (سهم پراکندگی + (K ريال\*جمعيت) + سهم ماندگاري + سهم محروميت)[

دانشگاه/دانشکده مجاز است درصورت استقبال کم کارشناسان سلامت روان و تغذیه برای اشتغال در این برنامه نسبت به افزایش کارانه این گروه تا 25 درصد اقدام نمایند.

**22- مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی تیم سلامت:** درصورت به­کارگیری سایر نیروهای موردنیاز تیم سلامت با اولویت پرستار/بهیار؛ براساس ضوابط مندرج در این دستورعمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (براساس ماده 4 دستورعمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمعین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی درگیر برنامه خواهدبود. شایان­ذکر است نیروهای مذکور مشمول دریافت مزایا (اضافه­کاری، ماموریت اداری و ...) هستند.

**23- مکانیسم پرداخت نگهبان/ سرایدار/ خدمتگزار/ پذیرش:** جذب نیروی نگهبان/ سرایدار/ خدمتگزار/ پذیرش جهت مراکز ارائه­خدمت ازطریق خرید خدمات و عقدقرارداد با شرکت­ها، درصورت اخذ مجوز از هیئت­رئیسه و یا هیئت امنای دانشگاه/دانشکده و ازمحل اعتبارات جاری، مقدور است.

**24- مکانیسم پرداخت نیروهای آموزشی:** حق­الزحمه نیروهای آموزشی در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب (براساس اعلام دانشگاه/دانشکده مجری)، به­صورت فصلی (پس از پایش فصلی مشترک توسط کمیته مربوطه) و ازمحل اعتبارات برنامه طبق شیوه‌نامه مصوب هیئت­رئیسه دانشگاه/دانشکده، براساس ضوابط ذیل تعیین می­گردد:

الف: حق­الزحمه آموزشی اعضای هیئت علمی بالینی تا سقف 75 میلیون ریال در ماه (حداکثر 12.5 میلیون ریال روزانه) درصورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزشِ تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری­های شایع به پزشکان خانواده تحت­پوشش مرکز و دانشجویان رشته پزشکی معرفی­شده ازسوی دانشکده پزشکی.

ب: حق­الزحمه آموزشی پزشکان متخصص بالینی غیرهیئت علمی علاقه‌مند به آموزش تا سقف 50 میلیون ریال در ماه (حداکثر 8 میلیون ریال روزانه) درصورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزشِ تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری­های شایع به پزشکان خانواده تحت­پوشش مرکز، دانشجویان رشته پزشکی معرفی­شده ازسوی دانشکده پزشکی.

ج: حق­الزحمه آموزشی پزشکان عمومی (شاغل در همان مرکز با سابقه­کار حداقل 3 سال پزشک خانواده علاقه‌مند به آموزش) تا سقف 30 میلیون ریال در ماه درصورت مدیریت برنامه‌ریزی و ارزشیابی آموزشی، ویزیت بیماران و آموزش تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری­های شایع به دانشجویان رشته پزشکی معرفی­شده ازسوی دانشکده پزشکی.

د: حق­الزحمه آموزشی سایر کارکنان (شاغل در همان مرکز با سابقه­کار حداقل 5 سال علاقه‌مند به آموزش و موردتایید گروه آموزشی مرتبط با رشته فرد) تا سقف 10 میلیون ریال در ماه درصورت آموزش به دانشجویان گروه مرتبط با رشته تحصیلی فرد طبق تایید دانشکده‌‌ها (در رشته‌های مامایی، تغذیه، روان، محیط، حرفه­ای و ...) در حوزه آموزش، به دانشجویان گروه علوم پزشکی معرفی­شده ازسوی دانشکده‌ها.

**ماده 30: زمان اجرا:**

تاریخ اجرای این دستورعمل از 01/01/1403 تا ابلاغ دستورعمل جدید، مسئولیت حسن­اجرا و پاسخگوئی درقبال هرگونه تغییر و اجرانکردن آن به­عهده معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده و مدیرکل بیمه سلامت استان است.

**ماده 31: جداول راهنمای روش پرداخت تیم سلامت:**



|  |
| --- |
| **ب) پرداخت ماماها و کارکنان پاراکلینیک (کاردان):** |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ (ریال) تعيين­شده برای: | سهم بیتوته کاردان مامایی(ریال) | سهم پراکندگی (ریال) | خدمات جانبی ماما |
| سهم محرومیت | بازاي يكسال خدمت درمراکز ارائه­خدمت | مبلغ به­ازاي هر نفر جمعيت یکبار خدمت تحت­پوشش | به­ازای هر واحد | به­ازایهر کیلومتر مسافت (آسفالت) | به­ازایهر کیلومتر مسافت (آبی/خاکی/ایل­گردش) |
| 00/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15000000 |
| 05/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15250000 |
| 10/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15500000 |
| 15/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15750000 |
| 20/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16000000 |
| 25/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16250000 |
| 30/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16500000 |
| 35/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16750000 |
| 40/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17000000 |
| 45/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17250000 |
| 50/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17500000 |
| 55/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17750000 |
| 60/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18000000 |
| 65/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18250000 |
| 70/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18500000 |
| 75/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18750000 |
| 80/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19000000 |
| 85/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19250000 |
| 90/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19500000 |
| 95/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19750000 |
| 00/2 |  |  |  |  |  |  |  | 20000000 |

|  |
| --- |
| **ج) پرداخت ماماها و کارکنان پاراکلینیک (کارشناس):** |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ (ریال) تعيين­شده برای: | سهم بیتوته کارشناس مامایی (ریال) | سهم پراکندگی (ریال) | خدمات جانبی ماما |
| سهم محرومیت | بازاي يكسال خدمت درمراکز ارائه­خدمت | مبلغ به­ازاي هر نفر جمعيت یکبار خدمت تحت­پوشش | به­ازایهر واحد | به­ازایهر کیلومتر مسافت (آسفالت) | به­ازایهر کیلومتر مسافت (آبی/خاکی/ایل­گردش) |
| 00/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15000000 |
| 05/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15250000 |
| 10/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15500000 |
| 15/1 |  |  |  |  |  |  |  | 15750000 |
| 20/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16000000 |
| 25/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16250000 |
| 30/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16500000 |
| 35/1 |  |  |  |  |  |  |  | 16750000 |
| 40/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17000000 |
| 45/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17250000 |
| 50/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17500000 |
| 55/1 |  |  |  |  |  |  |  | 17750000 |
| 60/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18000000 |
| 65/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18250000 |
| 70/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18500000 |
| 75/1 |  |  |  |  |  |  |  | 18750000 |
| 80/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19000000 |
| 85/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19250000 |
| 90/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19500000 |
| 95/1 |  |  |  |  |  |  |  | 19750000 |
| 00/2 |  |  |  |  |  |  |  | 20000000 |

|  |
| --- |
| **ب) پرداخت کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه:** |
| میانگین ضرايب محروميت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز | مبلغ (ریال) تعيين­شده برای: | سهم پراکندگی (ریال) |
| سهم محرومیت | بازاي يكسال خدمت درمراکز ارائه­خدمت | مبلغبه­ازاي هر نفر جمعيت یکبار خدمت تحت­پوشش | به­ازایهر واحد | به­ازایهر کیلومتر مسافت (آسفالت) | به­ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/خاکی/ایل­گردش) |
| 00/1 |  |  |  |  |  |  |
| 05/1 |  |  |  |  |  |  |
| 10/1 |  |  |  |  |  |  |
| 15/1 |  |  |  |  |  |  |
| 20/1 |  |  |  |  |  |  |
| 25/1 |  |  |  |  |  |  |
| 30/1 |  |  |  |  |  |  |
| 35/1 |  |  |  |  |  |  |
| 40/1 |  |  |  |  |  |  |
| 45/1 |  |  |  |  |  |  |
| 50/1 |  |  |  |  |  |  |
| 55/1 |  |  |  |  |  |  |
| 60/1 |  |  |  |  |  |  |
| 65/1 |  |  |  |  |  |  |
| 70/1 |  |  |  |  |  |  |
| 75/1 |  |  |  |  |  |  |
| 80/1 |  |  |  |  |  |  |
| 85/1 |  |  |  |  |  |  |
| 90/1 |  |  |  |  |  |  |
| 95/1 |  |  |  |  |  |  |
| 00/2 |  |  |  |  |  |  |