



سازمان بیمه سلامت ایران



معاونت بهداشت

دستور عمل اجرایی

بیمه روستایی و پزشکی خانواده

()

۳	مقدمه
۳	ماده ۱: <u>تعاریف</u>
۵	ماده ۲: <u>ستادها و کمیته ها</u>
۷	ماده ۳: <u>هیات امناء</u>
۷	ماده ۴: <u>انواع روستا</u>
۸	ماده ۵: <u>تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت</u>
۹	ماده ۶: <u>روند جذب اعضای تیم سلامت</u>
۱۰	ماده ۷: <u>عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان</u>
۱۱	ماده ۸: <u>انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمت</u>
۱۱	ماده ۹: <u>تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت</u>
۱۲	ماده ۱۰: <u>وظایف اعضای تیم سلامت</u>
۱۳	ماده ۱۱: <u>ساعات کار اعضای تیم سلامت</u>
۱۳	ماده ۱۲: <u>بیتوته تیم سلامت</u>
۱۵	ماده ۱۳: <u>نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت</u>
۱۷	ماده ۱۴: <u>ارائه خدمات دارویی</u>
۲۰	ماده ۱۵: <u>ارائه خدمات پاراکلینیک</u>
۲۳	ماده ۱۶: <u>خدمات سلامت دهان و دندان</u>
۲۶	ماده ۱۷: <u>درآمدها</u>
۲۷	ماده ۱۸: <u>اعتبار و تعدیلات</u>
۲۸	ماده ۱۹: <u>سهم توزیع سرانه</u>
۲۸	ماده ۲۰: <u>تخصیص و هزینه کرد اعتبار</u>
۲۹	ماده ۲۱: <u>شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت</u>
۳۰	ماده ۲۲: <u>اجرای برنامه های فنی ادغام یافته</u>
۳۰	ماده ۲۳: <u>ارجاع در سطح اول خدمات</u>
۳۱	ماده ۲۴: <u>ارجاع در سطح دو خدمات</u>
۳۱	ماده ۲۵: <u>پایش فصلی تیم سلامت</u>
۳۲	ماده ۲۶: <u>پایش مشترک</u>
۳۲	ماده ۲۷: <u>مداخلات آموزشی در پایش و نظارت</u>
۳۲	ماده ۲۸: <u>مسئولیت اجرا</u>
۳۳	ماده ۲۹: <u>مکانیسم پرداخت تیم سلامت</u>
۴۲	ماده ۳۰: <u>زمان اجرا</u>
۴۳	ماده ۳۱: <u>جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت</u>

مندرجات این دستورالعمل براساس مفاد تفاهم‌نامه خدمات سطح اول روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر سال ۱۴۰۲ تدوین گردیده‌است.

تحت نظارت: آقای دکتر محسن بارونی و آقای دکتر فرشید عابدی

اعضای گروه تدوین: آقای دکتر مسعود مشایخی، خانم دکتر نگین طاهری، خانم پریسا تلاوری، آقای دکتر رضا زرگران، آقای نادر محمدطاهری، خانم دکتر بیتا سنگستانی، خانم رقیه ضرابی، خانم نوجوان محمدی، آقای مهندس مسعود آزاد، خانم زهرا کبیری روزبهانی، آقای حمیدرضا سحرخیز و خانم فریبا حسنی.

مقدمه

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

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

واژگان رایج:

سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران.

ادارات کل استانی: ادارات کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان به عنوان خریدار خدمت.

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: معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها.

مراکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی به عنوان مجری طرح.

مراکز ارائه خدمت: مراکز ارائه خدمت وابسته به مراکز بهداشت به عنوان ارائه دهنده خدمت.

برنامه: برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده

ماده ۱: تعاریف

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

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

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

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

۴- نظام ارائه خدمات سلامت: ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز (بیمار/ خدمت گیرنده) 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 از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات

در نظام سلامت، در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می‌شود.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۱۲- تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر: سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح اول بطور مشترک بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و سازمان منعقد می‌گردد.

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

۱۴- قرارداد همکاری مشترک: قرارداد همکاری است که بین اداره کل بیمه سلامت استان با شبکه‌های بهداشت و درمان/مراکز بهداشت به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی مشترک که با تایید معاونت بهداشتی

دانشگاه/ دانشکده ها منعقد می گردد. طی این همکاری، خرید خدمات در قالب بسته خدمات سطح اول با اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده و نظام ارجاع مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان به صورت ادغام یافته و به صورت سرانه ای انجام می گردد.

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

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

۱۷- مراکز ارائه خدمت شبانه روزی: مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه، تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه بصورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

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

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

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

۲۱- مرکز آموزشی: مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه و بنا به استانداردهای مربوطه وظیفه آموزش نیروی انسانی مرتبط با برنامه را دارد.

۲۲- جمعیت هدف وزارت: شامل کلیه جمعیت ساکن فعال روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای باجمعیت کمتر از بیست هزار نفر مستند به آمار معاونت بهداشت (اعم از تحت پوشش صندوق بیمه روستایی و سایر صندوقهای بیمه ای سازمان، سایر سازمانهای بیمه پایه، فاقد پوشش بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری که در طی سال گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت خدمات مورد نظر را دریافت کرده و این خدمات در سامانه های سطح اول وزارت بهداشت (سیب، سینا، ناب و پارسا) ثبت و در پایان سال ۱۴۰۱ اعلام شده است.

۲۳- جمعیت هدف سازمان: شامل بیمه شدگان صندوق روستائیان و عشایر مستند به آمار سازمان است.

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

۲۵- بیمار اورژانس: بیماری است که طبق تعاریف پزشکی اورژانس یا براساس باور بیمار و یا همراهان وی مبنی بر اورژانسی بودن شرایط بیمار، به مراکز ارائه خدمت مراجعه می نماید.

ماده ۲: ستادها و کمیته ها

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده در سطوح کشوری، استانی و شهرستانی، ستاد های برنامه تشکیل می شود. در این ستادها طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمک های فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافاصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و به هنگام

در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژی ها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پایین تر، هماهنگی با کلیه شرکای برنامه در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجرای برنامه و پس از استقرار، انجام تمامی فعالیت های لازم به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت می گیرد.

جلسات عادی ستادهای کشوری، استانی و شهرستانی به ترتیب هر شش ماه یک بار، هر سه ماه یک بار و هر یک ماه یک بار است.

جلسات فوق العاده ستادهای کشوری، استانی، شهرستانی حسب مورد به تشخیص رئیس و یا دبیر ستاد انجام می گیرد. تشکیل جلسات با اعلام از سوی دبیر یک هفته قبل از تاریخ جلسه انجام می گیرد. رسمیت جلسات با حضور بیش از نیمی از اعضای اصلی می باشد و حضور رئیس و دبیر ستاد برای رسمیت یافتن جلسات ستادها ضرورت دارد و تصمیمات جلسات با اجماع حاضرین مصوب شده و در صورت نبود اجماع در ستاد شهرستانی ارسال مراتب جهت اتخاذ تصمیم به ستاد استانی و در مورد ستاد استانی به ستاد کشوری ارسال می گردد.

گزارش های ستاد استانی به ستاد کشوری به صورت فصلی و ستاد شهرستانی به ستاد استانی بصورت ماهانه ارسال می گردد.

۱- ستاد کشوری: اعضای ستاد شامل اعضای اصلی (معاون بهداشت بعنوان رئیس ستاد، مدیرعامل سازمان بعنوان دبیر ستاد و معاونین درمان و توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی، رئیس مرکز مدیریت شبکه و مدیر گروه پزشک خانواده وزارت، معاونین پیشگیری و خدمات سلامت، توسعه مدیریت و منابع، مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع و رئیس گروه پزشک خانواده سازمان و رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه) و اعضای مدعو (حسب مورد بدون حق رای) است. وظایف ستاد کشوری، نظارت بر اجرای صحیح طرح، بررسی مصوبات ستادهای استانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم نامه، بررسی و تصویب گزارش های مالی ستادهای استانی، پایش ستادهای استانی، برآورد بودجه سالانه طرح و حل اختلاف احتمالی. محل استقرار دبیرخانه ستاد کشوری سازمان است.

۲- ستاد استانی: اعضای ستاد شامل اعضای اصلی (رئیس دانشگاه بعنوان رئیس ستاد، مدیر کل بیمه سلامت بعنوان دبیر ستاد، معاون بهداشت و رئیس گروه گسترش دانشگاه ها/ دانشکده ها، معاونین مدیرکل و رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل، معاون سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان) و اعضای مدعو (حسب مورد بدون حق رای). وظایف ستاد استانی، بررسی مصوبات ستادهای شهرستانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم نامه، بررسی و تصویب گزارش های مالی ستادهای شهرستانی، پایش ستادهای شهرستانی، اجرایی نمودن دستورعمل ها و حل اختلافات احتمالی. محل استقرار دبیرخانه ستاد استانی ستاد اداره کل استانی بیمه است.

تبصره: در استان های با بیش از یک دانشگاه/دانشکده رئیس دانشگاه مستقر در مرکز استان بعنوان رئیس ستاد تعیین می گردد.

۳- ستاد شهرستانی: اعضای اصلی ستاد شامل اعضای اصلی (رئیس مرکز بهداشت در شهرستان های دارای دانشگاه/دانشکده بعنوان رئیس ستاد، رئیس اداره بیمه سلامت بعنوان دبیر ستاد، کارشناس گسترش و کارشناس سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره بیمه سلامت. وظایف ستاد شهرستانی تهیه و ارائه گزارش های مالی به ستاد استانی، پایش مراکز ارائه خدمت و اجرایی نمودن دستورعمل ها.

محل استقرار دبیرخانه ستاد شهرستانی اداره بیمه سلامت شهرستان است.

تبصره: در شهرستان های فاقد اداره بیمه سلامت رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل استانی بعنوان دبیر ستاد تعیین می گردد.

ماده ۳: هیات امناء

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

اعضای هیات امناء: متشکل از افراد زیر می‌باشد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا/شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مراکز ارائه خدمت می‌باشد و بنا به صلاحدید و شرایط منطقه می‌توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره: در مورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می‌شود.

وظایف و اختیارات هیات امنای روستا: برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئول شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص‌های سلامت منطقه، جلب مشارکت‌های مردمی/خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و سایر کارکنان مرتبط.

ماده ۴: انواع روستا

خدمات سطح اول در تمامی روستاها، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر ارائه می‌شوند. با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. در دفترچه‌های طرح گسترش شبکه مربوط به هر مرکز بهداشت، هر روستا، مشمول یکی از چهار حالت زیر خواهد بود:

۱- روستای اصلی: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می‌توانند محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی نیز باشند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز ارائه خدمت فعالیت می‌کنند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرارگیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی گفته می‌شود.

۲- روستای قمر: روستایی که طبق دفترچه‌های طرح گسترش، محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

۳- روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می‌شود که خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مراکز ارائه خدمت یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت آنها ارائه می‌گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

۴- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی که مستقیماً "و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز ارائه خدمت شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده‌اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً "در پوشش نزدیکترین مراکز ارائه خدمت مستقر در منطقه شهری قرار می‌گیرند.

تبصره: با توجه به جامعیت ارائه خدمات سطح اول در مراکز ارائه خدمت، ارائه خدمات در سطح اول با استفاده از ظرفیت بخش دولتی خواهد بود. در مناطقی که امکان ارائه خدمات سطح اول از طریق ظرفیت بخش دولتی میسر نباشد هرگونه عقد قرارداد با بخش غیر دولتی (به جزء خدمت پزشک و ماما) در سطح اول، صرفاً از طریق شبکه بهداشت و درمان

شهرستان خواهد بود.

در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم از طریق ظرفیت بخش دولتی میسر نیست، ادارات کل استانی با رعایت نظام ارجاع می توانند نسبت به خرید خدمت از بخش غیر دولتی اقدام نمایند.

ماده ۵: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

معیار به کارگیری اعضای تیم سلامت جمعیت هدف وزارت است. بر این اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت به شرح زیر می باشد.

۱- پزشک: برای ارائه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده (متخصص پزشکی خانواده/ عمومی) تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و به همین شکل در جمعیت بیشتر از ۱۲۰۰۰ نفر نیز به حداقل ۴ پزشک نیاز خواهد بود. در صورتیکه بیش از ۴۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک پزشک باشد، سرانه مربوط به پزشک، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به پزشک می گردد.

تبصره ۱: چنانچه برای پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجری، بیش از یک پزشک مورد نیاز باشد، توزیع پزشکان بر اساس خانه های بهداشت موجود و حتی الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد. تبصره: در خصوص سازوکار آموزش در مراکز خدمات جامع آموزشی شیوه نامه جداگانه ای تدوین خواهد شد.

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

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجری، بیش از ۷۰۰۰ نفر باشند که ۲ یا چند ماما برای آن مرکز نیاز است، توزیع ماماها بر اساس خانه های بهداشت/ پایگاه سلامت موجود و حتی الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می پذیرد. در صورتیکه بیش از ۷۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک ماما باشد، سرانه مربوط به ماما، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به ماما می گردد.

۳- دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵۰۰۰ نفر به ازای جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد. در صورتیکه بیش از ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک دندانپزشک/بهداشتکار باشد، سرانه مربوط به دندانپزشک/بهداشتکار، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به دندانپزشک/بهداشتکار می گردد.

۴- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک): هر مراکز ارائه خدمت دارای دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس استاندارد در نظر گرفته شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان (حداقل ۱۰۰ خدمت وزن دهی شده روزانه متوسط، توسط دندانپزشک/بهداشتکاردهان و دندان)، می بایست یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرک کاردانی مرتبط، از محل اعتبار پرسنلی دهان و دندان(از طریق خرید خدمات) به کار گیری شود. در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده تعیین می گردد.

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

۶- کاردان/ کارشناس رادیولوژی: به ازای هر مراکز ارائه خدمت دارای واحد رادیولوژی حداقل یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می گردد.

۷- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت: جذب سایر نیروهای مورد نیاز با اولویت جذب پرستار/ بهیار برای مراکز ارائه خدمت و ماما برای ارائه خدمت در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (ماده ۵ تفاهم نامه خدمات سطح اول بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر) و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پست های بلاتصدی رده های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت بر اساس چارت تشکیلاتی میسر است. در صورت به کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت هزینه های بیش از اعتبارات به عهده دانشگاه/ دانشکده ها می باشد.

۸- کارشناس سلامت روان و تغذیه: ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه بر اساس تفاهم نامه مشترک ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه خواهد بود.

ماده ۶: روند جذب اعضای تیم سلامت

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

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

۲- پرسنل قراردادی: رابطه استخدامی نیروهای مورد نیاز تیم سلامت بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/ دانشکده ها و دانشکده ها سال ۱۳۹۱ و اصلاحات بعد آن می باشد. نحوه جذب، گزینش و اولویت بندی بکارگیری نیروها بر اساس قوانین و آیین نامه های ابلاغی مربوطه می باشد.

تبصره ۱: پرداخت به نیروهای قراردادی موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری استخدامی همانند سایر نیروهای شاغل قرارداد این موضوع در برنامه می باشد.

تبصره ۲: اولویت بکارگیری نیروها در مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان ها با نیروهای موجود در حال خدمت طرف قرارداد برنامه بوده و انتقال یا جابجایی نیروهای طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی از محل خدمت، باتوجه به نیاز مرکز بهداشت شهرستان صرفاً در صورت ثبت در سامانه انتقال نیروها که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت معرفی می گردد، و طبق قوانین مربوطه مجاز می باشد.

۳- پرسنل شرکتی: به صورت خرید خدمات و از طریق جذب شرکتی می باشد. انعقاد قرارداد شرکتی (۸۹ روزه) با ماما صرفاً برای یک نوبت مجاز بوده و در صورت تاییدیه عملکرد ایشان از سوی مرکز بهداشت، برای ادامه همکاری می بایست قرارداد طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع روستایی سالانه با ایشان منعقد گردد. در غیر اینصورت سهم اعتبار مربوط به ماما در آن بازه زمانی تعدیل خواهد شد.

۴- جذب به صورت اقماری: در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت مرکز ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک/ ماما به هیچ عنوان مقدور نباشد و به شرط موافقت ستاد استانی می توان از نوع قرارداد اقماری (حداقل ۱۵ روز کاری در ماه برای هر پزشک/ ماما) استفاده کرد، فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد. (ضروریست ضریب محرومیت مراکز از سوی معاونت بهداشت به ادارات کل استانی اعلام شود).

۵- فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان های دولتی: اعضای تیم سلامت (مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد) اجازه فعالیت در بخش خصوصی و دولتی (به جزء مراکز ارائه خدمت) را در زمان همکاری با برنامه ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت می‌بایست به منظور 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 گردد. همچنین معاونت های بهداشتی نیز امکان صدور مجوز عدم نیاز در ساعات غیر اداری را ندارند. در صورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و دولتی برخلاف ضوابط مربوطه، پس اطلاع‌رسانی موضوع به صورت کتبی از سوی ادارات کل استانی به مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت شهرستان می‌بایست موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو مورد نظر، اطلاع‌رسانی نموده و در صورت عدم رعایت این مورد، قرارداد وی را لغو نماید، در صورت ادامه فعالیت عضو مذکور در بخش خصوصی/دولتی بر خلاف ضوابط مربوطه، موضوع مجدداً از سوی اداره کل استانی به مرکز بهداشت شهرستان به صورت کتبی اعلام گردیده و از تاریخ مکاتبه مذکور، سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت شهرستان کسر خواهد شد. بدیهی است در این گونه موارد، مرکز بهداشت شهرستان مطابق ضوابط جاری با عضو خاطی برخورد خواهد نمود. دارا بودن پروانه مطب و پروانه بهره برداری موسسات پزشکی (قبل از زمان همکاری با برنامه یا صدور/تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده و سایر نیروهای طرف قرارداد برنامه بلامانع است. فعالیت تمامی اعضای تیم سلامت که مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشند، در خارج از ساعات موظف کاری، در بخش خصوصی و دولتی (به جزء مراکز ارائه خدمت) مجاز نمی‌باشد.

تبصره ۱: دانشگاه/ دانشکده ها طبق مقررات اداری مصوب ابلاغی وزارت، مجاز به پرداخت حق محرومیت از مطب به دندانپزشکان و پزشکان شاغل در برنامه هستند. بدیهی است پرداخت حق محرومیت از مطب فوق الذکر از محل درآمد اختصاصی دانشگاه/ دانشکده ها خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت عدم تکافوی پزشک برای بخش اورژانس بیمارستانهای دانشگاهی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتی به جمعیت ساکن فعال، حضور پزشکان خانواده طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی) مشروط به موافقت پزشک، با موافقت معاونین بهداشتی و درمان دانشگاه/ دانشکده، در ساعات غیرموظف، بلامانع می‌باشد. بر این اساس ساعت کاری شیفت شب اورژانس، چنانچه قبل از روز کاری پزشک باشد، به منظور جلوگیری از بروز اختلال در عملکرد پزشک در مرکز ارائه خدمت، حداکثر تا ساعت ۲۴ مجاز می‌باشد. پرداختی به پزشکان بابت شیفت های مذکور، معادل پزشکان بخش اورژانس (و از محل اعتبارات معاونت درمان) می‌باشد.

ماده ۷: عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان

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

تبصره: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه‌شدگان ناشی از عملکرد اعضای تیم سلامت، ضمن انعکاس کتبی موضوع از سوی اداره کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل بیمه سلامت استان حسب ضوابط مربوطه، معمول خواهد شد؛ در این موارد مرکز بهداشت شهرستان مجاز به تعدیل سرجمع پرداختی مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت متناسب با اقدامات اداره کل بیمه سلامت استان خواهد بود.

ماده ۸: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات

۱- انعقاد قرارداد با واحدهای غیر دولتی ارائه دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه): صرفاً از سوی مرکز بهداشت شهرستان با نظارت معاونت بهداشتی میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد. نحوه انعقاد قرارداد داروخانه براساس ضوابط و دستورالعمل های مربوطه است.

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

ماده ۹: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضای تیم سلامت

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

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

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

ابلاغ مراکز ارائه خدمت مجری آموزش و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر رئیس مرکز بهداشت شهرستان صادر می گردد.

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

۴- تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)

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

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

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

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

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

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

ماده ۱۰: وظایف اعضای تیم سلامت

۱- **تشکیل و تکمیل پرونده سلامت:** تشکیل و تکمیل پرونده سلامت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، از طریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل‌های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد. هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می‌گردد.

۲- **سرکشی و نظارت (دهگردشی):** تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت می‌بایست طبق برنامه در روستاهای تحت پوشش دهگردشی انجام دهند. پزشک خانواده و مامای تیم سلامت می‌بایست در روستاهای اصلی حداقل هفته‌ای یکبار، همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری و جمعیت عشایری (به شرط وجود راه برای عبور خودرو) سرکشی نمایند. دهگردشی دندانپزشک به گونه‌ای باید تنظیم شود که در هر ماه به یکی از خانه‌های بهداشت/پایگاه‌های بهداشت تحت پوشش خود، سرکشی نماید.

دهگردشی در خانه‌های بهداشت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یکبار انجام می‌شود. برای دهگردشی باید برنامه ریزی به نحوی صورت گیرد که مراکز ارائه خدمت تک پزشک/ماما تا ساعت ۱۱ صبح خالی از پزشک و ماما نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود.

تبصره ۱: در مراکز چند پزشک، ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تحت پوشش پزشک و مامایی که به دهگردشی رفته است، باید توسط سایر پزشکان و ماماها مرکز انجام گیرد.

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

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه‌های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش، بر اساس برنامه زمان بندی مسئول مرکز ارائه خدمت و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می‌شود. در زمان انجام دهگردشی، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

تبصره ۴: در صورتی که داروخانه طرف قرارداد در مراکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی باشد، دارویاری در هنگام دهگردشی در صورت نبود نیروی مرتبط، برعهده مامای تیم سلامت می‌باشد.

۳- **نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک:** ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح اول بهداشت انجام می‌گردد و ثبت اطلاعات می‌بایست بصورت الکترونیکی انجام گردد. مراکز ارائه خدمت مجری موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مراکز ارائه خدمت مجری در سامانه سطح اول بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. رعایت فرایند استحقاق سنجی، نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک نباید به هیچ دلیل منجر به خدشه در خدمت قابل ارائه یا تحمیل هزینه به جمعیت تحت پوشش سازمان شود. در صورت فراهم نبودن شرایط برای نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام 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 معرفی شدگان از طریق سازمان فراهم نماید.

تبصره: در مواردی که زیرساخت الکترونیک وجود ندارد، طبق مفاد دستورالعمل فرمت کاغذی یکسان برای نسخه الکترونیک در شرایط اضطرار و در موارد اختلال زیرساخت‌های ارتباطی مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور اقدام

خواهد شد. لکن ضروریست به محض فراهم شدن دسترسی الکترونیک، اطلاعات کاغذی در سامانه های سطح اول وزارت ثبت گردد.

۴-ارائه خدمات در قالب بسته خدمت: ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاری مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است. تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت ها و خدمات ارائه شده را در سامانه های سطح اول درج نمایند.

تبصره ۱: در راستای ارتقاء سطح دسترسی و رضایت مندی گیرندگان خدمت و ترمیم حقوق پزشکان خانواده، خدمات درمانی جانبی از جمله ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل بندی شکستگی ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده (پزشک عمومی/متخصص پزشکی خانواده) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت ارائه دهنده سطح اول خدمات، شامل پایش و تعدیلات نخواهد شد. بدیهی است پرداختی بابت این خدمات بصورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS) و براساس ضوابط جاری خواهد بود.

تبصره ۲: طبق شیوه نامه بکارگیری متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت بکارگیری این نیروها در مراکز ارائه خدمت آموزشی، وظایف این متخصصین علاوه بر ارائه بسته های خدمتی پزشکان خانواده، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و خدمات مشاوره ای به سایر پزشکان مراکز ارائه خدمت می باشد.

ماده ۱۱: ساعات کار اعضای تیم سلامت

ساعت کار موظف تیم سلامت براساس ماده ۸۷ قانون خدمات مدیریت کشوری تعیین می گردد. روزهای کاری اعضای تیم سلامت، روزهای شنبه تا پنج شنبه است. زمان شروع و پایان شیفت ها براساس توافق ادارات کل استانی و معاونت های بهداشت، متناسب با فصل و شرایط جغرافیایی تعیین می شود. حضور روزانه در بعد از ساعت اداری تا صبح روز بعد به عنوان بیتوته تلقی می شود. حضور فعال تیم سلامت در مراکز ارائه خدمت و خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/ دانشکده، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً همسان با ساعات کار اداری پزشک خانواده در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند. در مورد بهورزان در صورتیکه پزشک بعد از ساعت اداری برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد. همچنین اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری علاوه بر ساعات کار موظف، می بایست در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند. تبصره ۱: اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی شبکه بهداشت و درمان شهرستان به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

تبصره ۲: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری ها است. البته، باید شیفت بندی روزهای تعطیل و ساعات غیر اداری از طرف مرکز بهداشت شهرستان برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

ماده ۱۲: بیتوته تیم سلامت

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل)، به جمعیت تحت پوشش، مطابق مفاد زیر برای کلیه مراجعین به مراکز (اعم از اورژانسی و غیر اورژانسی) الزامی است. مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، ارائه خدمت بیتوته را در یکی از انواع زیر برای جمعیت ساکن فعال فراهم نماید.

۱- **مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته:** مراکز بیتوته شامل مراکز ارائه خدمت، مراکز شبانه روزی، تجمیعی و بیمارستان دانشگاهی می باشد.

الف) در محل مرکز ارائه خدمت: بیتوته در مرکز واجد شرایط زیست مناسب حسب ضوابط مربوطه، که خدمت پزشک خانواده در غیر ساعات اداری بصورت بیتوته در آنجا ارائه می گردد. حضور نگهبان/سرایدار در زمان بیتوته در این مراکز الزامی است.

تبصره: برای مراکز تک پزشک بر اساس نظر مرکز بهداشت شهرستان، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد. در این صورت ضروری است مرکز بهداشت شهرستان، هماهنگی لازم و اطلاع رسانی به مردم منطقه به منظور دریافت خدمات را به عمل آورد.

ب) مراکز شبانه روزی: مراکز شبانه روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر (برای پوشش جمعیت بیش از ۱۲۰۰۰ نفر) می باشند و یک نفر از پزشکان مرکز (به صورت چرخشی) در غیر ساعات اداری به صورت فعال در مرکز مستقر است و روز کاری بعد بیتوته برای ایشان OFF (استراحت) در نظر گرفته می شود و این عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیل غیبت نخواهد شد. در مواقع کمبود پزشک در ساعات بیتوته مراکز شبانه روزی، تامین پزشک از سایر مراکز توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد.

تبصره ۲: حضور پرستار/بهبیار و نگهبان/سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکز شبانه روزی الزامی است. در صورت عدم تامین نیروی پرستار/بهبیار تا زمان تامین نیروی مربوطه، مامای تیم سلامت را میتوان در شیفت بیتوته مراکز شبانه روزی بکارگیری نمود و روز کاری بعدی برای ایشان استراحت (OFF) در نظر گرفته می شود و برای این روز مرکز بهداشت موظف به تامین نیروی مامای جانشین است، به گونه ای که اختلالی در ارائه خدمات مربوطه در مرکز ایجاد نگردد.

ج) مراکز تجمیعی: مراکز خدمات جامع سلامت مجری که حداکثر ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز ارائه خدمت شبانه روزی فعال فاصله دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته (به عنوان تجمیعی/معین مطابق با این دستور عمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد و در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمی باشد. حداکثر سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰۰۰۰ نفر در نظر گرفته شود. در این مراکز می بایست امکانات بیتوته برای ارائه دهندگان فراهم گردد. حضور پرستار/بهبیار و نگهبان/سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است. از مامای مرکز تجمیعی نمیتوان بعنوان ارائه دهنده خدمات بیتوته استفاده نمود. تبصره ۱: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی می بایست توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان و براساس برنامه ریزی، بصورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۲: در سایر مراکز که شرایط تجمیع شدن با شرایط فوق الذکر را ندارند، انتخاب این مراکز جهت بیتوته در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی و اداره کل بیمه سلامت استان، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت ساکن فعال، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه روزی مشخص و اطلاع رسانی لازم به جمعیت ساکن فعال انجام شود.

د) بیتوته در بیمارستان: در صورت نبود امکان برقراری بیتوته با شرایط فوق، مرکز/شبکه بهداشت شهرستان مجاز به عقد قرارداد با بیمارستان دانشگاهی (حداکثر در فاصله ۱۵ کیلومتری از مرکز)، می باشد، در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات بیتوته، از سرجمع سرانه سهم بیتوته مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوی اداره کل بیمه استان در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادی با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه برای بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی به صورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS) به بیمارستان ندارد. ضروری است هماهنگی لازم فی مابین بیمارستان و مرکز

بهداشت شهرستان، به منظور پذیرش افراد تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت در ساعات غیر اداری توسط بیمارستان ها (به عنوان مرکز تعریف شده بیتوته) انجام شود. برای استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداری کلیه هزینه های بیماران بیمه شده صندوق بیمه روستایی غیر بستری به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (ازمحل حذف اعتبار سرانه سهم بیتوته مرکز).

تبصره ۱: پوشش بیتوته مراکز می بایست توسط کلیه پزشکان تحت پوشش همان مرکز بهداشت شهرستان که شرایط ارائه خدمت بیتوته در مرکز آنها فراهم نمی باشد بصورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان مکلف در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به گونه ای برنامه ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور در مراکز مزبور به صورت عادلانه بین تمامی پزشکان مرکز بهداشت شهرستان توزیع گردد.

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

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

۴- اطلاع رسانی به مردم: لازم است نام، محل و نشانی مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشیک به نحو مقتضی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا بدانند خدمت بیتوته را از کدام مرکز ارائه دهنده دریافت نمایند.

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

۶- همکاری پزشکان بخش خصوصی برای خدمت بیتوته: استفاده از پزشکان بخش خصوصی جهت ارائه خدمت بیتوته، در صورت نبود ظرفیت در بخش دولتی دانشگاهی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک و درآمدهای حاصله همان مرکز بلامانع است.

ماده ۱۳: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت

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

۱- اعضای تیم سلامت سالانه می توانند از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا و بدون کسر ضریب حضور بهرمنند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. غیبت غیر موجه در روزهای کاری

و نیز در روزهای تعطیل (چنانچه در برنامه کشیک روزهای تعطیل باشد) منجر به کسر ضریب حضور (درج کل روزهای ماه در مخرج کسر ضریب حضور به جای روزهای کاری ماه) و کسر امتیاز در پایش فصلی ایشان خواهد شد. همچنین در این موارد پرداخت حکم کارگزینی به ازای غیبت، بر اساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه خواهد بود. مرخصی استعلاجی نیز مشمول پرداخت حکم کارگزینی بر اساس آیین نامه اداری استخدامی مربوطه و مشمول کسر ضریب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد خواهد شد. ضمناً غیبت غیرموجه بیش از سه روز منجر به لغو قرارداد خواهد شد.

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

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

۴- عدم حضور هریک از اعضای تیم سلامت به علت انجام دهگرددشی و شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، با رعایت مراتب اداری مربوطه، مشمول تعدیل مربوط به غیبت نخواهد بود. تبصره: برنامه ریزی برای شرکت اعضای تیم سلامت در جلسات آموزشی/بازآموزی/اداری به گونه ای طراحی گردد که هیچ مرکزی فاقد پزشک و ماما نباشد.

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

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

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

۸- اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسئول مستقیم، تنها به صورت کاهش ساعت کار روزانه مجاز است.

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

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

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

۱۲- وجود حداقل یک مامای جانشین به ازای هر تعداد ماما در مرکز بهداشت شهرستان (تا ۱۱ نفر ماما) الزامی می باشد و پس از آن با یک مامای دیگر (به ازای هر ۱۱ ماما) نیز به عنوان مامای جانشین قرارداد منعقد نماید. ماماها جانشین

در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم را داشته باشند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماما ها، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به مامای جانشین واحد نداشته باشد. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماهاى شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته و بر اساس امتیاز پایش عملکرد فصلی می باشد.

۱۳- مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما که بعنوان جانشین تعیین شده را به نحو مقتضی به ادارات کل استانی اطلاع رسانی نماید.

تبصره: با توجه به این موضوع که از پزشک و مامای جانشین صرفاً جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد (در زمان مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می گردد؛ بکارگیری این نیروها بعنوان جانشین سایر پزشکان و ماماهاى (غیر طرف قرارداد بیمه روستایی) و همچنین استفاده از پزشکان و ماماهاى غیرطرف قرارداد بیمه روستایی به عنوان جانشین پزشکان و ماماهاى طرف قرارداد ممنوع می باشد.

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

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

ماده ۱۴: ارائه خدمات دارویی

۱- نظارت بر عملکرد واحد ارائه دهنده خدمت دارو: نظربه تولید دانشگاه/دانشکده ها در ارائه بسته خدمات داروی سطح اول، مرکز بهداشت شهرستان نظارت بر تامین اقلام دارویی سطح اول را بر عهده دارد. - باعنایت به مفاد بند ۶,۲ تفاهم نامه خدمات سطح اول روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر در سال ۱۴۰۲، « مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزى گفته می شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه، فعال است، در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشک و یا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است.» لذا تأمین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز (به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول) به گیرندگان خدمت از طریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) باید توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرد.

- نظارت بر میزان و تأمین اقلام دارویی (موجودی حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) در داروخانه ملکی و غیرملکی برعهده مرکز بهداشت شهرستان است.

- فارماکوپه دارویی مرکز بر اساس شرایط منطقه باید توسط پزشک خانواده آن مرکز یا توسط نماینده پزشکان خانواده شهرستان مشخص و در اختیار داروخانه های طرف قرارداد، قرار گیرد. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، فارماکوپه معرفی شده پزشک خانواده بوده که باید مورد توافق اداره کل بیمه سلامت استان نیز باشد.

۲- اقلام دارویی: پزشکان شاغل در مراکز ارائه خدمت مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان (قابل تجویز توسط

پزشک عمومی) هستند.

۳- نسخه دارویی: داروخانه های مراکز ارائه خدمت (ملکی) و داروخانه های طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استان (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک می باشند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده شود. داروخانه ها ملزم به انجام نسخه پیچی الکترونیک همگام با نسخه نویسی الکترونیک در مراکز ارائه خدمت می باشند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان ایران صرفاً بابت اسناد تمام الکترونیک (نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه الکترونیک (نسخه نویسی کاغذی و نسخه پیچی الکترونیک) با رعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره کل بیمه سلامت استان و معاونت بهداشتی، مراکز ارائه دهنده خدمت، مجاز به نسخه نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه پیچی نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود.

سهم سازمان داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق های تحت پوشش این سازمان به داروخانه های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابل پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه های ملکی مراکز ارائه خدمت مجری طرح، به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت می گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه های غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) همکار طرح، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات کل استانی پرداخت می گردد.

ادارات کل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه های طرف قرارداد خود هستند. پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانه های غیر طرف قرارداد با سازمان ممکن نیست.

- داروهای مصوب بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار می گیرند به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند.

تبصره: انتقال داده های بیماران اعصاب و روان پرونده ای از سامانه های سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) از طریق درگاه دیتاس نشاندار و انجام می گردد. در صورت نشاندار شدن بیماران اعصاب و روان پرونده ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان، ارائه رایگان این داروها ممکن است، در غیر اینصورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می شود.

- سهم بیمه شده از هزینه داروهای OTC قابل تجویز توسط پزشکان عمومی در بسته دارویی مصوب سطح اول، برای کلیه گروه های سنی بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی و عشایر معادل ۳۰ درصد و برای سایر صندوق های بیمه ای سازمان مطابق با قواعد بیمه ای در سامانه نسخه نویسی الکترونیک سازمان خواهد بود.

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

۴- موجودی دارو: داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه های خصوصی طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استانی وجود داشته باشد و حداقل در مقاطع سه ماهه، نیازهای دارویی مراکز ارائه دهنده خدمت را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین نماید. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز ارائه خدمت، درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود باشد. نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، مشمول تعدیلات نمی شود.

۵- اعتبارات دارویی: هزینه تامین داروهای سطح اول به جزء داروهای تراسی اورژانس و داروهای خانه بهداشت از

محل اعتبارسهم دارو از محل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بوده که سهم اعتبار مذکور از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان ایران تخصیص می یابد.

- تأمین داروی تریالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه خدمت بر اساس آخرین نسخه مصوبات مرکز اورژانس کشوری، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

- تأمین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه‌های بهداشت بر اساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

- تأمین دارو در زمان ارائه خدمت بیتوته (به جز تریالی اورژانس) و دهگردشی، به عهده داروخانه ملکی و بخش خصوصی طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استانی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس) است.

۶- توزیع نیروی انسانی دارویی: تأمین نیروی انسانی در داروخانه های ملکی به عهده مرکز بهداشت شهرستان و در داروخانه های غیرملکی بخش خصوصی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس) به عهده داروخانه اصلی طرف قرارداد سازمان است. داروخانه طرف قرارداد موظف به تأمین و توزیع دارو و تأمین نیروی آموزش دیده برای ارائه خدمت در ساعات اداری در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مراکز ارائه خدمت و ارائه خدمت دارویی در مرکز تعریف شده بعنوان ارائه دهنده خدمت بیتوته می باشد.

نیروی انسانی بکارگیری شده به عنوان دارویار در داروخانه‌های مرکز ارائه خدمت، باید حائز شرایط اعلام شده از سوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده بوده و گواهی آموزشی مربوطه را داشته باشند.

۷- انعقاد قرارداد ارائه خدمات داروی سطح اول توسط داروخانه بخش خصوصی: به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، در صورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی، اداره کل بیمه سلامت استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، شهرستان و استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، قرارداد منعقد می نماید. بدیهی است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی هر استان، ممنوع است.

در صورتی که هیچ داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نباشد، اداره کل بیمه سلامت استان، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می نماید تا مرکز بهداشت شهرستان راسا نسبت به ارائه خدمات دارو به صورت ملکی در مرکز مذکور، اقدام نماید.

تبصره ۱: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل های مربوطه از سوی داروخانه طرف قرارداد اداره کل برای تأمین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت شهرستان موارد را به صورت کتبی به ادراه کل منعکس نموده و اداره کل موظف است در نوبت اول نسبت به تذکر کتبی به داروخانه اقدام و در صورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و برای تأمین داروی سطح اول با داروخانه دیگری قرارداد منعقد نماید. در صورتی که هیچ داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نباشد، اداره کل بیمه سلامت استان، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت شهرستان اعلام نماید تا مرکز بهداشت شهرستان راسا نسبت به ارائه خدمات دارو به صورت ملکی در مرکز مذکور، اقدام نماید.

تبصره ۲: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل بیمه سلامت استان حسب ضوابط مربوطه معمول خواهد شد.

۸- میزان تجویز دارو: میانگین مورد انتظار ارقام دارویی سطح اول تجویز شده در بررسی های کلی نسخ هر پزشک با توجه به ارائه بسته های خدمتی به جمعیت تحت پوشش، ۳ قلم می باشد. بر این اساس چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، این میانگین می تواند تا ۳/۵ قلم دارو، افزایش یابد.

رعایت میانگین مورد انتظار شامل موارد تجدید نسخ متخصص، تجدید نسخه بیماری های دیابت و فشار خون و نسخ بیماران دارای پرونده فعال اعصاب و روان (بر اساس نشان گذاری این بیماران در سامانه های سطح اول) نمی باشد.

۹- تعرفه ارائه خدمات دارویی: اخذ حق فنی خدمات دارویی از بیمه شدگان روستایی در داروخانه ملکی و غیر ملکی طرف قرارداد در سطح اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است.

قیمت دارو و فرانشیز پرداختی بیمه شدگان در داروخانه های طرف قرارداد بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی از سوی سازمان غذا و دارو و سازمان می باشد.

ارائه خدمات دارویی در زمان بیتوته برای موارد اورژانس از طریق داروهای ترالی اورژانس بصورت رایگان و از داروهای قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه انجام خواهد شد.

تبصره: تعرفه داروهای مربوط به گروه هدف (دیابت، فشارخون) مناطق عشایری در زمان انجام ایلگردشی رایگان بوده و از محل اعتبارات وزارت تامین می گردد.

۱۰- ارقام مکمل: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل جهت گروه های هدف می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده بر اساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه های سنی و فیزیولوژیک (گروه های هدف) در اختیار خانه های بهداشت یا پایگاه های بهداشت روستایی / شهری مجری قرار داده شده و به صورت رایگان در اختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار داده می شود و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده نیست.

ماده ۱۵: ارائه خدمات پاراکلینیک

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

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

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

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

الف) آزمایشگاه مرکز ارائه خدمت: به آزمایشگاهی اطلاق می شود که در مرکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش ۱۰۰۰۰ نفر واقع (در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) قرار دارد.

تبصره: لازم است طوری برنامه ریزی شود تا در صورت اعمال موارد ذکر شده، آزمایشگاه های ایجاد شده قبلی تعطیل نگردد.

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

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

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

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

تبصره ۳: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان بعهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) بوده و پرداخت به این نیروها از طریق اعتبارات دانشگاه/ دانشکده ها انجام می گیرد.

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

۵- خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاههای بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی می بایست بر اساس خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاه های بهداشتی برنامه باشد. همچنین آزمایشات غربالگری بیماری ها بر اساس بسته خدمتی و دستور عمل مربوطه، انجام می گردد.

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

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

میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداری شوند.
تبصره ۳: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروه‌های سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد:
الف) آزمایشات مادران باردار (دو نوبت براساس بسته خدمت) شامل:
Blood Group & Rh - آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار - کشت ادرار -
Serum Creatinin-Serum BUN - آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران RH منفی) - VDRL - TSH - FBS -
HBSAg - HIV (در صورت نیاز) - آزمایش غربالگری دیابت بارداری (OGTT) Oral Glucose Tolerance Test.
ب) جمعیت بالای سی سال: آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol
ج) غربالگری نوزادان: اندازه گیری TSH (CH) و اندازه گیری کمی فنیل آلانین (PKU).

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه های بهداشت:

آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان	آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه گیری (نمونه برداری و ارسال ایمن و امن نمونه)
کلیه خدمات آزمایشگاههای مراکز ارائه خدمت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه به علاوه: بیلیروبین مستقیم و توتال آزمایش Uric Acid آزمایش HbA _{1c} آهن ظرفیت اتصال آهن (TIBC) فریتین سرم کومبس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکاپتو اتانول (۲۰۰) آزمایش کمی Beta-HCG سرم آزمایش کومبس غیر مستقیم بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH) -مادر باردار آزمایش T ₄ اندازه گیری کمی فنیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU) آزمایش HbA _{1c} آزمایش HIVAb آزمایش HBsAg آزمایش HBsAb آزمایش HCVA آزمایش Ca/P آزمایش Na/K ALP Serum نمونه گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهای واگیر) ۲۵ OH VITD3 پاپ اسمیر (نمونه گیری و آزمایش) HPV (نمونه گیری و آزمایش)	آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی هموگلوبین هماتوکریت گروه خون Blood Group & Rh قند خون ناشتا (FBS) آزمایش Glucose Challenge Test (GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (۲۰۰۰) آزمایش Serum BUN آزمایش Serum Creatinin آزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglyceride آزمایش Serum HDL-Cholesterol آزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود) آزمایش Serum SGOT آزمایش Serum SGPT آزمایش کیفی تشخیص حاملگی آزمایش Serum RPR/VDRL سدیماتاسیون (ESR) آزمایش (Ova/Parasite -Stool Examination) آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood آزمایش آنالیز کامل ادرار آزمایش کشت ادرار	پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایشهای قابل نمونه گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده کلیه نمونه های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه های بهداشتی - درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاههای خصوصی تائید شده) ارسال گردند. در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد

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

الف) بسته خدمات تصویر برداری سطح اول صرفاً از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارائه خواهد بود.

ب) در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداری دولتی و غیردولتی طرف قرارداد، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداری سطح اول تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.

ج) لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداری طرف قرارداد شبکه در مراکز ارائه خدمت صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت اعلام گردد.

د)گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.

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

ماده ۱۶: خدمات سلامت دهان و دندان

۱- مکانیسم فعال سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:

الف) بکارگیری دندانپزشکان مشمول طرح نیروی انسانی و متعهدین خدمت قانون برقراری عدالت آموزشی که به مناطق مجری برنامه اعزام می گردند، در برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده الزامی است.

ب) اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت، فعال سازی ساعات بعد از ظهر و شب مراکز ارائه خدمت با بکارگیری دندانپزشکان شاغل در مراکز می باشد، لذا دانشگاه/دانشکده‌ها بایستی شرایط و امکانات فعال سازی بعد از ظهر مراکز ارائه خدمت را برای بهره‌وری بیشتر واحدهای دندانپزشکی فراهم نمایند. در این صورت چنانچه دندانپزشکان تمایل به ارائه خدمات در خارج از ساعات کاری برنامه بیمه روستایی داشته باشند، این مهم با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان بلامانع خواهد بود.

ج) برای میزان ۲۰۰ خدمت وزن دهی شده در روز با استفاده از اعتبار صندوق بیمه روستاییان و عشایر و برای خدمات بالاتر از ۲۰۰ خدمت وزن دهی شده در روز بر اساس درآمد حاصل از تعرفه خدمات فوق و از طریق درآمدهای اختصاصی دانشگاه قابل پرداخت خواهد بود.

د) در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی دندانپزشکی در شیفت بعدازظهر به استناد موضوع ماده ۲۹ (مکانیسم پرداخت تیم سلامت)، معادل ۴۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته خدمتی (طبق تعرفه دولتی) از محل درآمدهای اختصاصی دانشگاه/دانشکده ها، به دندانپزشک پرداخت گردد.

ه) در صورت عدم رعایت شرح وظایف و عملکرد کمی و کیفی نامناسب توسط فرد، پس از دادن تذکرات لازم از سوی مرکز بهداشت شهرستان و در صورت استمرار عملکرد ضعیف، مطابق ضوابط زیر عمل گردد:

-نیروهای رسمی و پیمانی: مطابق ضوابط آیین نامه رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت

-نیروهای طرحی: اعلام عدم نیاز مبنی بر عملکرد نامناسب، منضم به تذکرات ارائه شده با رونوشت به اداره

طرح و نیروی انسانی و دفتر سلامت دهان و دندان وزارت جهت تصمیم‌گیری در خصوص ادامه طرح ایشان

-دندانپزشکان قانون برقراری عدالت آموزشی: بر اساس دستورالعمل اصلاح قانون مربوط به این نیروها

-دندانپزشکان بخش خصوصی طرف قرارداد مرکز بهداشت: مطابق ضوابط آیین نامه های مربوطه یا شرایط مندرج در قرارداد های تنظیم شده (بدیهی است در قراردادهای این بخش از نیروها، می بایست نحوه برخورد با عدم اجرای تعهدات ذکر گردد).

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

تبصره ۱: لیست مراکز ارائه دهنده خدمت سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، از سوی مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه سلامت استان و از طریق معاونت بهداشتی به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صددرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیری و لیست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

تبصره ۲: با توجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده ها، در صورت عدم تامین دندانپزشک توسط مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه/ دانشکده می تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. به منظور اطلاع رسانی مناسب به بیمه شدگان لیست این مراکز در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

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

تبصره ۴: در صورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشت شهرستان، فاصله مراکز ارائه دهنده خدمت، حداکثر ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوری باشد؛ در خصوص موارد خاص، در ستاد استانی تصمیم گیری خواهد شد.

۳- خدمات سلامت دهان و دندان:

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

دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان صورت می گیرد.

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

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

ب) خدمات دهان و دندان در مراکز ارائه خدمت دارای واحد دندانپزشکی، مطب ها و درمانگاه های

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

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

۴- دهگردشی، پایش و آموزشهای گروهی: به منظور ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه لازم است بخشی از

فعالیت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت های دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. با توجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان لازم است هر ماه به یکی از خانه های بهداشت تحت پوشش خود دهگردشی داشته باشد. زمانی که دندانپزشک ارائه خدمات دندانپزشکی را در دو یا سه مرکز به عهده دارد، می بایست به ازای هر مرکز یکبار دهگردشی در ماه انجام گردد، به نحوی که در طی یک سال دهگردشی برای کلیه خانه های بهداشت تحت پوشش انجام شود.

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

۱. نظارت بر عملکرد و مراقبت های سلامت دهان و دندان انجام شده توسط بهورز
۲. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال ارجاع شده از سوی بهورزها
۳. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه های سطح اول وزارت

۵- نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان: معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده به منظور برنامه ریزی،

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

پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان شهرستان

صورت می گیرد.

تبصره: با توجه به اینکه انجام معاینات دهان و دندان سطح اول جزو بسته خدمتی دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان تعریف شده، دریافت هزینه ویزیت مجاز نمی باشد.

ماده ۱۷: درآمدها

درآمدها شامل:

۱- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزریقات و پانسمان و نمونه گیری و...) بر اساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و قوانین بیمه ای مصوب.

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

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

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

۵- منابع حاصل از دریافت ۱۰۰٪ تعرفه بخش دولتی از افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.

۶- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی:

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

ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:

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

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

- برای گروه هدف (کودکان زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده) جمعیت تحت پوشش (شامل صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت و سایر بیمه ها) رایگان و برای سایر گروه ها بر اساس تعرفه های مصوب سالیانه هیئت وزیران برای بخش دولتی ابلاغی از طرف وزارت می باشد.

- هزینه خدمات دهان و دندانی که در بسته خدمات ارائه شده توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان لحاظ شده ولی جزو خدمات در تعهد سازمان نیستند، معادل ۱۰۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی از بیمه شدگان قابل دریافت می باشد. - برای افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه: تمامی هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد (بر اساس تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ابلاغیه معاونت بهداشت).

تبصره ۱: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح بندی خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز ارائه خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعه بیمه شده روستایی مهمان به مراکز ارائه خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیر اورژانسی در این موارد بر اساس فرانشیز ابلاغی دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت محاسبه می گردد.

تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای تیم سلامت انجام می شود رایگان می باشد و برای تمام موارد خارج از بسته های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می گردد. بدیهی است دریافت هزینه ویزیت برای ماما از جمعیت هدف وزارت و جاهت ندارد.

تبصره ۳: در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور شمول خدمات بیمه برای آنان، می توان با استفاده از بیمه مادر تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

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

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

تبصره ۶: در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته، مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰٪ تعرفه دولتی و برای افراد فاقد بیمه معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی می باشد.

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

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

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

تبصره ۸: سهم سازمان برای اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول برای بیمه شدگان تحت پوشش سایر صندوق های سازمان (غیر از بیمه شدگان صندوق روستائیان و عشایر) معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل پرداخت است.

ماده ۱۸: اعتبار و تعدیلات

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

اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه های جمعیت هدف سازمان و ضرایب محرومیت شهرستانی اعلام شده توسط وزارت کشور و منطبق بر طرح گسترش شبکه، توسط سازمان محاسبه و توزیع می شود.

۲- معیار محاسبه تعدیلات: معیار محاسبه تعدیلات از محل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر، جمعیت هدف سازمان است و از محل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده، جمعیت هدف وزارت است.

تبصره ۱: مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزی گفته می شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه فعال است، در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از ۵۰۰ متر و کانکس) توسط ادارات کل استانی لغو می شود. ارائه نشدن هر

یک از اجزای خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضمائم که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.

بر اساس مصوبات هیئت امناء دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد بیمه روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/ دانشکده، معاف است. بر اساس مصوبه هیات امناء (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/ دانشکده ها مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهای بیمه و یا سایر درآمدهای ناشی از بیمه روستایی را منحصرأ" در چهارچوب دستورعمل های ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه/ دانشکده برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل مربوطه، صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و در این راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد:

- پرداخت به پزشک، ماما، دندانپزشک، کارشناس تغذیه و سلامت روان عضو تیم سلامت با روش مبتنی بر عملکرد در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی (صرفاً برای خدمت بیتوته و دندانپزشکی) و غیر پزشکی مورد نیاز از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز.

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

ماده ۱۹: سهم توزیع سرانه

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بر اساس ماده ۵ تفاهم نامه سال ۱۴۰۲ می باشد.

ماده ۲۰: تخصیص و هزینه کرد اعتبار

ضروری است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص یافته از سوی ادارات کل استانی به دانشگاه/ دانشکده ها، به معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت دانشگاه/ دانشکده مربوط ارسال گردد تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبار قرار گرفته و به موقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند. معاون بهداشتی/ رییس مرکز بهداشت استان، وظیفه نظارت بر اعتبار تخصیص یافته و هزینه کرد آنها در منابع تعریف شده را به عهده دارد.

مدیر مالی دانشگاه/ دانشکده موظف است لیست ریز هزینه کرد خدمات سطح اول را پس از تایید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده به صورت شش ماهه به اداره کل استانی اعلام نماید.

معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده مکلف است به شرط تخصیص، اعتبار را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ نموده و سازمان بعد از دریافت منابع تعریف شده ظرف ۷۲ ساعات کاری به حساب ادارات کل استانی پرداخت نمایند و ادارات کل استانی پس از دریافت اعتبار نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به دانشگاه/ دانشکده ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری اقدام نماید و دانشگاه/ دانشکده مکلف است در اسرع وقت پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبار صرفاً در سر فصلهای تعیین شده در مفاد تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر سال ۱۴۰۲ اقدام نمایند.

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

ماده ۲۱: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت

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

۱- وزارت بهداشت اعتبار مربوطه از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده برای توزیع در اختیار سازمان قرار می دهد و سازمان بر اساس شرح هزینه اعلامی وزارت بهداشت، اعتبار مربوطه را توزیع می نماید. از اعتبار صندوق روستاییان و عشایر (اعتبار سازمان) حقوق اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس بهداشت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک و سایر نیروهای بهداشتی)، پرداخت می شود.

۲- پرداخت ۸۰ درصد علی الحساب از محل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر توسط ادارات کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط دانشگاه/ دانشکده های مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس بهداشت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) به جز سایر نیروهای بهداشتی انجام می پذیرد:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۷- مدیر/ رئیس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه ای معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستور عمل آمده است، هزینه نموده و اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به تأیید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برساند.

۸- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از تأیید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده از مراکز بهداشت تابعه ندارد.

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

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

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

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

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

۱۴- مراکز بهداشت مکلف هستند سیاهه ریز حقوقی شامل پرداخت حکم/ قرارداد (به تفکیک اسمی) اعضای از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر پرداخت می شود را تا پنجم ماه بعد به ادارات کل استانی ارائه نمایند. معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج ماهانه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده ارائه دهد و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

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

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

ماده ۲۲: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته

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

ماده ۲۳: ارجاع در سطح اول خدمات

در شرایط معمول، مانند دستور عمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت/

پایگاه سلامت باشد و پس از اینکه بهورز یا مراقب سلامت خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل های ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به مراکز ارائه خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

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

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

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

ماده ۲۴: ارجاع در سطح دو خدمات

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

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

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

ماده ۲۵: پایش فصلی تیم سلامت

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

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

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

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

تبصره ۴: لازم است پایش از متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

ماده ۲۶: پایش مشترک

۱- پایش و ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمت و تیم سلامت شاغل در آنها (مطابق ماده ۷ تفاهم نامه)، به منظور اطمینان خاطر از حصول موضوع تفاهم نامه، ارتقای مستمر کیفیت خدمات موضوع تفاهم نامه و با رویکرد حل مسئله انجام می شود. برای پایش و ارزیابی اثر بخش، چرخه ارزیابی متضمن برنامه زمانی سه ماهه پایش های مشترک توسط معاونت های بهداشت و ادارات کل استانی تدوین می گردد.

۲- پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مراکز بهداشت و ادارات بیمه) حداقل هر فصل یکبار انجام می شود. پایش مشترک یا جداگانه مراکز بهداشت و یا ادارات بیمه علاوه بر پایش مشترک، حسب مورد انجام می شود. با توجه به نقش اثرگذار پایش و ارزیابی در بهبود عملکرد تیم سلامت، مراکز بهداشت و معاونت های بهداشتی، ضرورت دارد. حضور نماینده مرکز بهداشت شهرستان در پایش های مشترک الزامی می باشد. نتایج پایش در همه سطوح شهرستانی، استانی و کشوری ملاک پرداخت است. در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه شده از محل اعتبار سهم سازمان و از محل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعديلات ناشی از آن، ضروری است.

۳- انجام پایش مشترک از مراکز ارائه خدمت توسط اداره بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان به وسیله قالب پایشی که توسط سازمان تدوین و برای اعمال در پایش به معاونتهای بهداشتی و ادارات کل استانی ابلاغ می گردد. در طی پایش حضوری، قالب پایش در سامانه نرم افزار ثبت الکترونیکی نتایج پایش سازمان، تکمیل می شود.

۴- امتیاز پایش بلافاصله پس از تایید نهایی پایش از طریق پیامک برای نماینده مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. ۵- نمایندگان مرکز بهداشت شهرستان به گزارشهای حاصل از نتایج پایش در نرم افزار مربوطه دسترسی دارند.

ماده ۲۷: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

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

تبصره ۱: ستاد استانی موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین شده بعمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنها و بسته های خدمت الزام دارد. آموزش های ضمن خدمت براساس نتایج پایش ها، تعیین می گردند. برنامه ریزی برای برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره بیمه برگزار گردد.

تبصره ۲: آموزشهای پزشکان خانواده مندرج بندهای ۱،۲، ۱،۳ و ۱،۴ تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، براساس مفاد تفاهم نامه های مشترک فی مابین وزارت و سازمان اجرایی می گردد.

ماده ۲۸: مسئولیت اجرا

مسئولیت کلی اجرای برنامه در منطقه تحت پوشش هر دانشگاه/ دانشکده به عهده رییس آن دانشگاه/ دانشکده می باشد. همچنین مسئولیت و نظارت بر کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتی و در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده خواهد بود. همچنین مسئولیت حسن اجرای برنامه در سطح شهرستان به عهده مدیر/رییس مرکز بهداشت شهرستان می باشد. بدیهی است هیچ یک از نظارت های

مربوط به دانشگاه/ دانشکده، نافی نظارت اداره کل استانی بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.
تبصره ۱: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره کردن تیم های سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانه‌ها/پایگاههای بهداشتی می باشد.
تبصره ۲: ضمن اولویت به کارگیری متخصصین پزشکی خانواده به ترتیب در مراکز ارائه خدمت آموزشی، مراکز ارائه خدمت شهری و سایر مراکز ارائه خدمت (شهری و روستایی) که واجد جمعیت ساکن فعال بیشتری بوده و مجری برنامه هستند؛ در صورت حضور متخصص پزشکی خانواده، در مراکز ارائه خدمت آموزشی، اولویت مسئولیت مرکز با ایشان خواهد بود.
تبصره ۳: پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته‌ی تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد.

ماده ۲۹: مکانیسم پرداخت تیم سلامت

۱- روش پرداخت: برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می‌شود. پرداختی به نیروهای تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مضمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد مطابق با مندرجات فصل مکانیسم پرداخت این دستور عمل می باشد.
دریافتی نیروهای طرف قرارداد برنامه شامل پزشک، دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان، ماما، پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه، دو بخش می باشد:

الف: حکم کارگزینی

ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد

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

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

تبصره ۱: جهت محاسبه مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (علی الحساب ۸۰ درصد و قطعی ۲۰ درصد)، ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی برای کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظر گرفته می شود، لذا در صورت کسب ضریب عملکرد زیر ۹۰ درصد، در زمان پایش فصلی، کسر مبلغ مازاد پرداخت شده (در صورت کمتر بودن از مبلغ ۸۰ درصد علی الحساب) در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی و در صورت لزوم در پرداخت مبتنی بر عملکرد ماه بعد لحاظ خواهد شد و در صورت کسب امتیاز عملکرد بالای ۹۰ درصد، در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

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

ضریب حضور کسر خواهد شد.

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

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

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

الف- عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

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

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

- در تغییر محل فعالیت با نظر مرکز بهداشت شهرستان / دانشگاه / دانشکده، ماندگاری معادل ۱۰۰٪ خواهد بود.
ب- جهت محاسبه سال های خدمتی فرد، آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود.

ج- در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمانهای بیمه گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول ماندگاری نمی شود.
د- در صورت فعالیت همکاران ستادی در مراکز ارائه خدمت به عنوان تیم سلامت، سال های خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه معاونت بهداشت / شهرستان در دانشگاه / دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت / گسترش شبکه معاونت بهداشت / شهرستان در دانشگاه / دانشکده تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی (در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی با تایید معاون بهداشت دانشگاه / دانشکده) نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می شود.

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

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

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

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

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

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

ج-ضریب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسیم بر تعداد دهگردشی استاندارد

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

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

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

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

مکانیسم های عملکردی:

الف- تشویق

در صورت کسب امتیاز ۸۵٪ تا ۹۰٪، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱ ثبت می گردد.

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

ب- تنبیه

کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود.

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

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

دریافتی ضریب عملکرد بین ۷۰ تا ۸۵ معادل نمره کسب شده خواهد بود.

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

با افرادی که در گواهی انجام کار نمره پایش عملکرد فصلی کمتر از ۷۰ درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از حداقل

یک دوره سه ماهه قابل انجام بوده و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز اولین پایش بالای ۷۰ می باشد. در صورت کسب نمره کمتر از ۷۰ برای بار دوم، لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید برای وی در سال جاری میسر نمی باشد.

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

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

۷- ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: در مراکز ارائه خدمت، هر گاه پزشک/ ماما، در ساعات اداری، بیماران غیر از جمعیت مرکز خود (غیر بیمه روستایی) را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت شهرستان می بایست ۴۰ درصد (بر اساس عملکرد) تعرفه پزشک/ ماما را تا سقف ۳۰۰ ویزیت در ماه برای پزشک/ ماما و بر اساس گزارش ویزیت از سامانه های سطح اول/ کاغذی، در هنگام پرداخت ۲۰ درصد مبتنی بر عملکرد، محاسبه و پرداخت نماید.

تبصره: ۱۰۰ درصد درآمدهای حاصل از ویزیت و خدمات (اعم از سهم سازمان بیمه گر و فرانشیز پرداختی بیمه شده) جمعیت غیر از هدف سازمان و غیر تحت پوشش بیمه باید در اختیار معاونت بهداشتی قرار گرفته و معاونت بهداشتی مجاز است تا ۷۰ درصد آنرا در همان مرکز تولید درآمد، هزینه نماید.

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

۹- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: میزان پرداخت مبتنی بر عملکرد متعلقه به متخصصین پزشکی خانواده بر اساس شیوه نامه مربوطه و معادل ۱۶۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی می باشد. بدیهی است پرداخت مبتنی بر عملکرد برای متخصصین پزشکی خانواده، متأثر از امتیاز پایش عملکرد فصلی مربوط به این متخصصین می باشد.

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

۱۰- پرداخت در موارد ترک خدمت: از شروع به کار کارکنان طرف قرارداد، پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد پس از پایان هر ماه (براساس روزهای حضور) انجام می شود.

تبصره ۱: در صورت ترک محل خدمت قبل از پایان اولین ماه شروع خدمت، صرفاً حکم کارگزینی (بر اساس قوانین مربوطه) پرداخت می گردد.

تبصره ۲: در صورت ترک محل خدمت پس از یک ماه از شروع خدمت، علاوه بر پرداخت حکم کارگزینی (طبق مقررات مربوطه)، پرداخت علی الحساب ۸۰ درصد (بر اساس عملکرد و تعداد روزهای حضور) انجام می گیرد و ۲۰ درصد قطعی در پایان هر سه ماه کارکرد، پس از اعمال امتیاز عملکرد پایش فصلی محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره ۳: در صورت ترک محل خدمت بدون اعلام قبلی و بدون دلایل موجه، مراتب می بایست مطابق مقررات اداری و استحضامی اقدام و به اطلاع فرد رسانده شود.

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

۱۲- ماموریت اداری: در صورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت در مورد پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت حق ماموریت، صرفا برای خدمات خارج از حیطه وظایف نیرو مجاز است.

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

۱۴- پرداخت از محل درآمد اختصاصی: به منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها در مراکز ارائه خدمت که امکان جذب آنها در این مراکز به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و و نیز تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/ دانشکده می توان مبلغی به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطر نشان می سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی شود.

۱۵- پرداخت خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشکان: در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی موضوع بند ۴ ماده ۱۱ توسط پزشکان خانواده، ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشکان مرکز

(طبق تعرفه دولتی)، به صورت FFS به پزشکان خانواده آن مرکز پرداخت گردد.

۱۶- پرداخت در مراکز اقماری: در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک و ماما به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت و تاییدیه ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده می توان از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روزه) استفاده کرد و پرداخت به ازای هر روز کارکرد معادل ۱/۴ روز حضور و صرفا در فرمول پرداخت به ازای عملکرد انجام می گردد. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه مطابق با مقررات اداری استخدامی مربوطه می باشد. لازم است که فهرست پزشکان و ماماها را مراکز اقماری به همراه کد ملی از سوی معاونتهای بهداشتی به ادارات کل استانی ارسال شود و این پزشکان نیز حق هیچ گونه فعالیت پزشکی دیگری در کشور را ندارند. بدیهی است در صورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغو قرارداد شده و پس از آن اجازه فعالیت در برنامه را نخواهند داشت. نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی بر عملکرد آنها در مراکز فوق همانند سایر مراکز ارائه خدمت می باشد.

۱۷- پرداخت در مراکز دو شیفت اداری مجزا: در مراکز ارائه خدمت دو شیفت، مبلغ ۱۰ درصد به کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می گردد.

۱۸- اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:

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

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱)

ب- سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمت تعیین می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱). تبصره: در صورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده بعلت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی ایشان در سهم ماندگاری لحاظ می گردد.

ج - سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱).
تبصره: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت می باشد و حداکثر تا سقف ۶۰۰۰ نفر برای هر پزشک قابل پرداخت می باشد.

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

حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.
ملاک پرداخت حق بیتوته در مراکز شبانه روزی با هر تعداد پزشک (مقیم مرکز شبانه روزی و یا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوته شبانه روزی می باشد. بدیهی است کسری تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، می بایست در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مطابق جدول ماده ۳۱ (بصورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد.

تبصره: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمان، در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان به ارائه خدمات پزشکی در این واحد و با ارائه مستندات توسط واحد تسهیلات زایمانی مبنی بر ارائه خدمت زایمان توسط آن پزشک، معادل حق بیتوته مرکز شبانه روزی بعنوان دستمزد خدمات مورد نظر (علاوه بر حق بیتوته مرکز) تعلق خواهد گرفت.

ه- سهم پراکندگی یا دهگردشی: (مطابق جدول ماده ۳۱)

و- ضریب عملکرد

ز- ضریب حضور

ح- حق مسئولیت: مسئولیت مرکز ارائه خدمت مجری و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده (با اولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مدارک مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد. پزشک مسئول در مراکز ارائه خدمت به عنوان مسئول تیم های سلامت مرکز ارائه خدمت محسوب می شود.

حق مسئولیت پزشک در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد نامبرده اضافه می گردد، به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت می باشد ۲ درصد به این مبلغ اضافه می گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۱۰ درصدی پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می گردد. بعنوان مثال در مراکز ارائه خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول ۱۲ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۱۶ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد.

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

ط- فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه:

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

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

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

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱).

ب- سهم ماندگاری: بر اساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمت تعیین می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱).

ج- سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد (مطابق جدول ماده ۳۱).

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

د- سهم بیتوته: صرف حضور مامای بیمه روستایی در محل زیست مراکز ارائه خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد بود. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت/ شبکه بهداشت شهرستان جهت خدمات محوله، بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) مطابق جدول ماده ۳۱ (بصورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد.

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

ه- سهم پراکندگی یا دهگردشی: (مطابق جدول ماده ۳۱)

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

ز- ضریب عملکرد

ح- ضریب حضور

ط- فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

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

ی- در صورت عدم امکان تامین نیروی پرستار/ بهیار و تا زمان تامین آن برای مرکز ارائه خدمت، خدمات پرستاری (تزیقات و پانسمان) و دارویاری (درمرازی که همچنان داروخانه ملکی دارند) بعنوان خدمات مازاد، می تواند توسط مامای تیم سلامت و تحت نظر پزشک انجام گیرد. در این صورت، ۲۰ درصد کل مبلغ مبتنی بر عملکرد به ازای خدمات دارویاری و ۲۰ درصد به ازای خدمات پرستاری برای ایشان محاسبه و پرداخت می گردد.

۲۰- مکانیسم پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان

الف- اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان شامل تعداد خدمات وزن دهی ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاری در ماه و ضریب عملکرد می باشد. خدمات تعریف شده بسته سلامت دهان و دندان شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، جرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، فعالیت های آموزشی و دهگردشی می باشد. مبنای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان بر اساس جدول زیر می باشد:

خدمات بسته سلامت دهان و دندان					
ردیف	خدمت	وزن خدمت	ردیف	خدمت	وزن خدمت
۱	فلورایدتراپی دو فک	۱۵	۸	ترمیم سه سطحی آمالگام/SSC	۴۵
۲	فیشور سیلنت هر دندان (۶ و ۷)	۲۵	۹	ترمیم یک سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) / PRR	۴۰
۳	جرم گیری و بروساز دو فک	۳۵	۱۰	ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۴۵
۴	کشیدن دندان شیری	۱۵	۱۱	ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۵۰
۵	کشیدن دندان دائمی	۲۵	۱۲	پالپوتومی	۳۰
۶	ترمیم یک سطحی آمالگام	۳۵	۱۳	درمان پالپ زنده	۴۰
۷	ترمیم دو سطحی آمالگام	۴۰			

ب- فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به شرح زیر می باشد:

پرداخت مبتنی بر عملکرد=

تعداد روز کاری در ماه X ((ضریب محرومیت X (نسبتی از جمع وزنی خدمات روزانه ثبت شده در سامانه X ضریب K (ارزش ریالی خدمت)) X ضریب عملکرد)

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

- ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در مکانیسم پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در طی اجرای دستورالعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۱۸/۰۰۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۱۳/۰۰۰ ریال لحاظ می گردد.

- میزان درصد جمع وزنی خدمات با توجه به تعداد خدمات ارائه شده در یک روز تعیین شده است که به شرح زیر می باشد:

اگر A بین ۵۰ تا ۹۹ باشد: $A \times 0.3$ در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین ۱۰۰ تا ۱۴۹ باشد: $A \times 0.6$ در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین ۱۵۰ تا ۱۹۹ باشد: $A \times 0.9$ در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین ۲۰۰ تا ۲۳۹ باشد: A در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین ۲۴۰ تا ۳۲۰ باشد: $A \times 1.1$ در فرمول پرداخت محاسبه می شود

- یک شیفت کاری معادل ۶ ساعت می باشد.

- منظور از تعداد روز کاری در ماه، تعداد روزهای حضور در مرکز و نیز انجام دهگردشی می باشد. قابل ذکر است تعداد روزهای مرخصی استحقاقی و شرکت در جلسات آموزشی و اداری مرتبط می بایست از روزهای مورد انتظار عملکرد آنها کسر گردد. همچنین روزهای غیبت جزء روزهای مورد انتظار عملکرد محسوب می شود. (به استناد ماده ۱۳ - نحوه

استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت و نحوه محاسبه ضریب حضور)

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

نحوه محاسبه پرداختی به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان از زمان ابلاغ این نسخه قابلیت اجرا دارد. (تغییر در امتیازها- اعمال به موقع فیلترها- دستی اعمال کردن)

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

- فعالیت آموزشی و معاینه در وزن دهی خدمات مذکور در نظر گرفته شده است.
- امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان امتیاز کامل یک روز می باشد امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان ۲۰۰ امتیاز می باشد. در طی دهگردشی پایش عملکرد بهروز و مراقب سلامت، معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال و در صورت امکان آموزش گروهی و بازدید از مدرسه باید انجام گیرد.
- اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرمگیری، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی می باشد.
- خدمت ترمیم برای هر دندان، در طی یک سال، فقط یک بار قابل ثبت می باشد.
- تعداد خدمت ترمیم برای یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.
- خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده برای هر دندان، فقط یک بار قابلیت ثبت دارد.
- خدمت جرمگیری برای هر فرد یک بار در سال قابل ثبت است.
- خدمت فیشورسیلنت برای دندان های ۶ و ۷ دائمی و فقط یکبار قابل ثبت است.
- خدمت فیشورسیلنت برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.
- تعداد خدمت کشیدن دندان برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی شامل: درد و آبرسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب های ناشی از تروما در بافت نرم و سخت می باشند.

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

ه- در مناطقی که ضریب محرومیت مرکز ۱/۸۰ و بالاتر بوده و امکان جذب دندانپزشک/بهداشتکار دهان به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/ دانشکده، می توان تا سقف ۲۰٪ به k پایه فرد اضافه کرد.

و- واحد سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده موظف به ارائه نتایج پایش عملکرد دندانپزشکان/بهداشتکاران دهان و دندان تحت پوشش بصورت فصلی به مدیریت گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده به منظور محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد.

۲۱- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و تغذیه: اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد

کارشناس روان/کارشناس تغذیه شامل سهم محرومیت، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ضریب مراکز تحت پوشش مازاد می باشد.

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد. (مطابق جدول ماده ۳۱)

ب- ضریب مراکز تحت پوشش مازاد: بازای هر مرکز مازاد تحت پوشش کارشناس سلامت روان/ تغذیه به پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناسان فوق، در صورت حضور و فعالیت در این مراکز اضافه می گردد. بدون مرکز مازاد ضریب ۱ و بابت یک مرکز مازاد ضریب ۱,۱ و بازای هر مرکز بیشتر ۰,۱ به آن اضافی می گردد.

ج- فرمول محاسبه کارشناس سلامت روان / تغذیه

{ ضریب حضور * [ضریب عملکرد * (ضریب مراکز مازاد*سهم محرومیت)] }

۲۲- مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی تیم سلامت: در صورت به کارگیری سایر نیروهای مورد نیاز تیم سلامت - با اولویت- پرستار / بهیار؛ بر اساس ضوابط مندرج در این دستور عمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (بر اساس ماده ۴ دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کار معین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی درگیر برنامه خواهد بود. لازم به ذکر است نیروهای فوق مشمول دریافت مزایا (اضافه کاری، ماموریت اداری ...) می باشند.

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

ماده ۳۰: زمان اجرا

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۱۴۰۲/۰۱/۰۱ تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است. مسئولیت حسن اجرای دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و مدیر کل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوی هر گونه تغییر و یا عدم اجرای مفاد آن خواهند بود.

ماده ۳۱: جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت

جدول سهم محرومیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک (ریال)
۱/۰۰	۱۴۳۶۴۱۰۰
۱/۰۵	۱۵۲۷۳۱۴۳
۱/۱۰	۱۶۱۸۲۱۸۴
۱/۱۵	۱۷۰۹۱۲۲۷
۱/۲۰	۱۸۰۰۰۲۷۰
۱/۲۵	۱۸۹۰۹۳۱۰
۱/۳۰	۱۹۸۱۸۳۵۴
۱/۳۵	۲۰۷۲۷۳۹۷
۱/۴۰	۲۱۶۳۶۴۳۸
۱/۴۵	۲۲۵۴۵۴۸۱
۱/۵۰	۲۳۴۵۴۵۲۴
۱/۵۵	۲۴۳۶۳۵۶۵
۱/۶۰	۲۵۲۷۲۶۰۷
۱/۶۵	۲۶۱۸۱۶۵۱
۱/۷۰	۲۷۰۹۰۶۹۲
۱/۷۵	۲۷۹۹۹۷۳۴
۱/۸۰	۲۸۹۰۸۷۷۶
۱/۸۵	۲۹۸۱۷۸۱۹
۱/۹۰	۳۰۷۲۶۸۶۱
۱/۹۵	۳۱۶۳۵۹۰۳
۲/۰۰	۳۲۵۴۴۹۴۶

جدول سهم ماندگاری پزشک

بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه خدمت (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۱۸۷۵۲۲۵	۱/۰۰
۱۹۹۳۲۹۵	۱/۰۵
۲۱۱۱۳۶۵	۱/۱۰
۲۲۲۹۴۳۴	۱/۱۵
۲۳۴۷۵۰۴	۱/۲۰
۲۴۶۵۵۷۴	۱/۲۵
۲۵۸۳۶۴۳	۱/۳۰
۲۷۰۱۷۱۵	۱/۳۵
۲۸۱۹۷۸۲	۱/۴۰
۲۹۳۷۸۵۴	۱/۴۵
۳۰۵۵۹۲۲	۱/۵۰
۳۱۷۳۹۹۳	۱/۵۵
۳۲۹۲۰۶۳	۱/۶۰
۳۴۱۰۱۳۲	۱/۶۵
۳۵۲۸۲۰۲	۱/۷۰
۳۶۴۶۲۷۲	۱/۷۵
۳۷۶۴۳۴۱	۱/۸۰
۳۸۸۲۴۱۱	۱/۸۵
۴۰۰۰۴۸۰	۱/۹۰
۴۱۱۸۵۵۱	۱/۹۵
۴۲۳۶۶۲۰	۲/۰۰

جدول سهم جمعیت پزشک

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ به ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت پوشش پزشک (ریال)
۱/۰۰	۱۲۷۸۰
۱/۰۵	۱۳۵۹۰
۱/۱۰	۱۴۴۰۰
۱/۱۵	۱۵۲۰۰
۱/۲۰	۱۶۰۱۰
۱/۲۵	۱۶۸۱۰
۱/۳۰	۱۷۶۲۰
۱/۳۵	۱۸۴۲۰
۱/۴۰	۱۹۲۳۰
۱/۴۵	۲۰۰۳۰
۱/۵۰	۲۰۸۴۰
۱/۵۵	۲۱۶۴۰
۱/۶۰	۲۲۴۵۰
۱/۶۵	۲۳۲۵۰
۱/۷۰	۲۴۰۶۰
۱/۷۵	۲۴۸۶۰
۱/۸۰	۲۵۶۷۰
۱/۸۵	۲۶۴۷۰
۱/۹۰	۲۷۲۸۰
۱/۹۵	۲۸۰۸۰
۲/۰۰	۲۸۸۹۰

جدول سهم بیتوته پزشک

سهم بیتوته (ریال)					میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
شبهانه روزی	مراکز معین / تجمیعی	سه پزشک و ...	دو پزشک	تک پزشک	
۶۵۰۰۷۸۱	۴۱۳۶۸۶۲	۲۵۱۱۶۶۵	۱۸۳۸۶۰۶	۱۴۷۷۴۵۱	۱/۰۰
۶۷۰۷۳۰۵	۴۲۸۹۲۰۹	۲۶۲۵۳۳۵	۱۹۳۹۵۲۶	۱۵۶۹۲۲۲	۱/۰۵
۶۹۱۶۸۳۲	۴۴۴۳۹۴۲	۲۷۴۰۹۳۶	۲۰۴۲۲۶۵	۱۶۶۲۶۹۹	۱/۱۰
۷۱۲۹۳۵۷	۴۶۰۱۰۶۵	۲۸۵۸۴۶۸	۲۱۴۶۸۲۴	۱۷۵۷۸۸۲	۱/۱۵
۷۳۴۴۸۸۱	۴۷۶۰۵۷۲	۲۹۷۷۹۳۵	۲۲۵۳۲۰۰	۱۸۵۴۷۶۸	۱/۲۰
۷۵۶۳۴۱۰	۴۹۲۲۴۶۶	۳۰۹۹۳۳۱	۲۳۶۱۳۹۴	۱۹۵۳۳۶۱	۱/۲۵
۷۷۸۴۹۳۵	۵۰۸۶۷۴۹	۳۲۲۲۶۵۹	۲۴۷۱۴۰۹	۲۰۵۳۶۵۶	۱/۳۰
۸۰۰۹۴۶۱	۵۲۵۳۴۱۵	۳۳۴۷۹۲۲	۲۵۸۳۲۴۰	۲۱۵۵۶۵۶	۱/۳۵
۸۲۳۶۹۹۱	۵۴۲۲۴۶۹	۳۴۷۵۱۱۵	۲۶۹۶۸۱۹	۲۲۵۹۳۶۳	۱/۴۰
۸۴۶۷۵۱۷	۵۵۹۳۹۱۲	۳۶۰۴۲۳۹	۲۸۱۲۳۵۹	۲۳۶۴۷۷۳	۱/۴۵
۸۷۰۱۰۴۴	۵۷۶۷۷۳۹	۳۷۳۵۲۹۸	۲۹۲۹۶۴۵	۲۴۷۱۸۸۸	۱/۵۰
۸۹۳۷۵۷۵	۵۹۴۳۹۵۲	۳۸۶۸۲۸۷	۳۰۴۸۷۴۹	۲۵۸۰۷۰۹	۱/۵۵
۹۱۷۷۱۰۲	۶۱۲۲۵۵۵	۴۰۰۳۲۰۸	۳۱۶۹۶۷۵	۲۶۹۱۲۳۳	۱/۶۰
۹۴۱۹۶۳۰	۶۳۰۳۵۴۱	۴۱۴۰۰۶۳	۳۲۹۲۴۱۶	۲۸۰۳۴۶۱	۱/۶۵
۹۶۶۵۱۶۲	۶۴۸۶۹۱۵	۴۲۷۸۸۴۸	۳۴۱۶۹۷۵	۲۹۱۷۳۹۷	۱/۷۰
۹۹۱۳۶۹۱	۶۶۷۲۶۷۸	۴۴۱۹۵۶۴	۳۵۴۳۳۵۶	۳۰۳۳۰۳۵	۱/۷۵
۱۰۱۶۵۲۲۰	۶۸۶۰۸۲۴	۴۵۶۲۲۱۶	۳۶۷۱۵۵۲	۳۱۵۰۳۷۸	۱/۸۰
۱۰۴۱۹۷۵۳	۷۰۵۱۳۵۷	۴۷۰۶۷۹۷	۳۸۰۱۵۶۷	۳۲۶۹۴۲۸	۱/۸۵
۱۰۶۷۷۲۸۳	۷۲۴۴۲۸۰	۴۸۵۳۳۱۰	۳۹۳۳۴۰۳	۳۳۹۰۱۸۰	۱/۹۰
۱۰۹۳۷۸۱۲	۷۴۳۹۵۸۷	۵۰۰۱۷۵۷	۴۰۶۷۰۵۴	۳۵۱۲۶۳۷	۱/۹۵
۱۱۲۰۱۳۴۷	۷۶۳۷۲۸۰	۵۱۵۲۱۳۴	۴۲۰۲۵۲۴	۳۶۳۶۸۰۲	۲/۰۰

جدول سهم پراکندگی پزشک

به ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) (ریال)	به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی یا ایل گردشی) (ریال)	به ازای هر واحد (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۸۳۳۴	۱۱۶۶۸	۳۶۰۰۴۳	۱/۰۰
۸۹۶۸	۱۲۳۰۲	۳۸۲۷۱۱	۱/۰۵
۹۶۰۱	۱۲۹۳۵	۴۰۵۳۸۲	۱/۱۰
۱۰۲۳۵	۱۳۵۶۸	۴۲۸۰۵۲	۱/۱۵
۱۰۸۶۷	۱۴۲۰۲	۴۵۰۷۲۲	۱/۲۰
۱۱۵۰۱	۱۴۸۳۶	۴۷۳۳۹۰	۱/۲۵
۱۲۱۳۴	۱۵۴۶۸	۴۹۶۰۶۰	۱/۳۰
۱۲۷۶۸	۱۶۱۰۲	۵۱۸۷۳۰	۱/۳۵
۱۳۴۰۲	۱۶۷۳۶	۵۴۱۳۹۸	۱/۴۰
۱۴۰۳۵	۱۷۳۶۹	۵۶۴۰۶۷	۱/۴۵
۱۴۶۶۸	۱۸۰۰۲	۵۸۶۷۳۸	۱/۵۰
۱۵۳۰۱	۱۸۶۳۶	۶۰۹۴۰۶	۱/۵۵
۱۵۹۳۵	۱۹۲۶۸	۶۳۲۰۷۶	۱/۶۰
۱۶۵۷۰	۱۹۹۰۲	۶۵۴۷۴۶	۱/۶۵
۱۷۲۰۲	۲۰۵۳۷	۶۷۷۴۱۴	۱/۷۰
۱۷۸۳۶	۲۱۱۷۰	۷۰۰۰۸۵	۱/۷۵
۱۸۴۶۹	۲۱۸۰۳	۷۲۲۷۵۴	۱/۸۰
۱۹۱۰۲	۲۲۴۳۶	۷۴۵۴۲۲	۱/۸۵
۱۹۷۳۵	۲۳۰۷۰	۷۶۸۰۹۲	۱/۹۰
۲۰۳۶۹	۲۳۷۰۲	۷۹۰۷۶۲	۱/۹۵
۲۱۰۰۲	۲۴۳۳۷	۸۱۳۴۳۱	۲/۰۰

جدول سهم محرومیت ماما / پاراکلینیک

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت (ریال)		میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
کارشناس	کاردان	
۲۵۶۵۰۱۹	۲۰۵۲۰۱۵	۱/۰۰
۲۹۲۴۱۲۱	۲۴۱۱۱۱۸	۱/۰۵
۳۲۸۳۲۲۳	۲۷۷۰۲۱۹	۱/۱۰
۳۶۴۳۳۲۵	۳۱۲۹۳۲۳	۱/۱۵
۴۰۰۱۴۲۸	۳۴۸۸۴۲۵	۱/۲۰
۴۳۶۰۵۳۱	۳۸۴۷۵۲۷	۱/۲۵
۴۷۱۹۶۳۲	۴۲۰۶۶۲۹	۱/۳۰
۵۰۷۸۷۳۶	۴۵۶۵۷۳۳	۱/۳۵
۵۴۳۷۸۳۹	۴۹۲۴۸۳۴	۱/۴۰
۵۷۹۶۹۴۱	۵۲۸۳۹۳۸	۱/۴۵
۶۱۵۶۰۴۳	۵۶۴۳۰۴۰	۱/۵۰
۶۵۱۵۱۴۷	۶۰۰۲۱۴۳	۱/۵۵
۶۸۷۴۲۴۷	۶۳۶۱۲۴۵	۱/۶۰
۷۲۳۳۳۵۱	۶۷۲۰۳۴۷	۱/۶۵
۷۵۹۲۴۵۳	۷۰۷۹۴۴۹	۱/۷۰
۷۹۵۱۵۵۵	۷۴۳۸۵۵۳	۱/۷۵
۸۳۱۰۶۵۸	۷۷۹۷۶۵۳	۱/۸۰
۸۶۶۹۷۶۱	۸۱۵۶۷۵۷	۱/۸۵
۹۰۲۸۸۶۳	۸۵۱۵۸۵۹	۱/۹۰
۹۳۸۷۹۶۷	۸۸۷۴۹۶۱	۱/۹۵
۹۷۴۷۰۶۹	۹۲۳۴۰۶۵	۲/۰۰

جدول سهم ماندگاری ماما / پاراکلینیک

بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کارشناس) ریال	بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کاردان) ریال	میانگین ضریب میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۴۳۴۰۸۱	۳۴۷۲۶۵	۱/۰۰
۴۹۴۸۵۱	۴۰۸۰۳۵	۱/۰۵
۵۵۵۶۲۲۵	۴۶۸۸۰۶	۱/۱۰
۶۱۶۳۹۵	۵۲۹۵۷۸	۱/۱۵
۶۷۷۱۶۴	۵۹۰۳۴۹	۱/۲۰
۷۳۷۹۳۶	۶۵۱۱۲۰	۱/۲۵
۷۹۸۷۰۷	۷۱۱۸۹۱	۱/۳۰
۸۵۹۴۸۰	۷۷۲۶۶۴	۱/۳۵
۹۲۰۲۴۹	۸۳۳۴۳۳	۱/۴۰
۹۸۱۰۲۱	۸۹۴۲۰۵	۱/۴۵
۱۰۴۱۷۹۳	۹۵۴۹۷۶	۱/۵۰
۱۱۰۲۵۶۵	۱۰۱۵۷۴۸	۱/۵۵
۱۱۶۳۳۳۳	۱۰۷۶۵۱۸	۱/۶۰
۱۲۲۴۱۰۶	۱۱۳۷۲۹۰	۱/۶۵
۱۲۸۴۸۷۷	۱۱۹۸۰۶۰	۱/۷۰
۱۳۴۵۶۴۸	۱۲۵۸۸۳۳	۱/۷۵
۱۴۰۶۴۱۹	۱۳۱۹۶۰۳	۱/۸۰
۱۴۶۷۱۹۲	۱۳۸۰۳۷۵	۱/۸۵
۱۵۲۷۹۶۳	۱۴۴۱۱۴۶	۱/۹۰
۱۵۸۸۷۳۲	۱۵۰۱۹۱۸	۱/۹۵
۱۶۴۹۵۰۴	۱۵۶۲۶۸۸	۲/۰۰

جدول سهم جمعیت ماما/ پاراکلینیک

مبلغ تعیین شده به ازای هر نفر جمعیت کل تحت پوشش (ریال)		میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
کارشناس	کاردان	
۸۶۱	۶۹۷	۱/۰۰
۹۸۴	۸۲۲	۱/۰۵
۱۱۰۸	۹۴۴	۱/۱۰
۱۲۳۱	۱۰۶۶	۱/۱۵
۱۳۵۳	۱۱۹۰	۱/۲۰
۱۴۷۷	۱۳۱۳	۱/۲۵
۱۶۰۱	۱۴۳۶	۱/۳۰
۱۷۲۴	۱۵۵۸	۱/۳۵
۱۸۴۶	۱۶۸۳	۱/۴۰
۱۹۷۱	۱۸۰۵	۱/۴۵
۲۰۹۳	۱۹۲۹	۱/۵۰
۲۲۱۷	۲۰۵۱	۱/۵۵
۲۳۳۹	۲۱۷۶	۱/۶۰
۲۴۶۴	۲۲۹۸	۱/۶۵
۲۵۸۵	۲۴۲۱	۱/۷۰
۲۷۰۹	۲۵۴۵	۱/۷۵
۲۸۳۲	۲۶۶۹	۱/۸۰
۲۹۵۴	۲۷۹۱	۱/۸۵
۳۰۷۸	۲۹۱۶	۱/۹۰
۳۲۰۰	۳۰۳۸	۱/۹۵
۳۳۲۵	۳۱۶۰	۲/۰۰

جدول سهم بیتوته ماما

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ به ازای بیتوته کاردان (ریال)	مبلغ به ازای بیتوته کارشناس (ریال)
۱/۰۰	۷۱۸۲۰۶	۸۶۱۸۴۵
۱/۰۵	۷۴۱۰۲۳	۸۸۶۳۲۲
۱/۱۰	۷۶۴۱۶۹	۹۱۱۱۲۵
۱/۱۵	۷۸۷۶۵۲	۹۳۶۲۶۵
۱/۲۰	۸۱۱۴۶۱	۹۶۱۷۳۲
۱/۲۵	۸۳۵۶۰۴	۹۸۷۵۳۲
۱/۳۰	۸۶۰۰۷۸	۱۰۱۳۶۶۴
۱/۳۵	۸۸۴۸۸۴	۱۰۴۰۱۲۷
۱/۴۰	۹۱۰۰۲۲	۱۰۶۶۹۲۲
۱/۴۵	۹۳۵۴۹۱	۱۰۹۴۰۴۹
۱/۵۰	۹۶۱۲۸۹	۱۱۲۱۵۰۴
۱/۵۵	۹۸۷۴۲۳	۱۱۴۹۲۹۶
۱/۶۰	۱۰۱۳۸۸۴	۱۱۷۷۴۱۴
۱/۶۵	۱۰۴۰۶۸۱	۱۲۰۵۸۶۹
۱/۷۰	۱۰۶۷۸۰۵	۱۲۳۴۶۵۰
۱/۷۵	۱۰۹۵۲۶۳	۱۲۶۳۷۶۵
۱/۸۰	۱۱۲۳۰۵۲	۱۲۹۳۲۱۲
۱/۸۵	۱۱۵۱۱۷۳	۱۳۲۲۹۹۰
۱/۹۰	۱۱۷۹۶۲۵	۱۳۵۳۰۹۷
۱/۹۵	۱۲۰۸۴۰۹	۱۳۸۳۵۴۱
۲/۰۰	۱۲۳۷۵۲۲	۱۴۱۴۳۱۱

جدول سهم پراکندگی ماما

بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی یا ایل گردشی) کارشناس (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آبی یا خاکی یا ایل گردشی) کاردان (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کارشناس (ریال)	بازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت) کاردان (ریال)	بازای هر واحد کارشناس (ریال)	بازای هر واحد کاردان (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۸۳۳۴	۶۶۶۷	۷۵۰۱	۵۸۳۴	۲۷۷۸۰	۲۲۲۲۵	۱/۰۰
۸۴۴۷	۶۷۸۰	۷۶۱۴	۵۹۴۷	۳۱۶۶۹	۲۶۱۱۳	۱/۰۵
۸۵۵۸	۶۸۹۲	۷۷۲۶	۶۰۵۹	۳۵۵۵۸	۳۰۰۰۲	۱/۱۰
۸۶۷۱	۷۰۰۳	۷۸۳۸	۶۱۷۲	۳۹۴۴۶	۳۳۸۹۲	۱/۱۵
۸۷۸۳	۷۱۱۶	۷۹۵۰	۶۲۸۳	۴۳۳۳۴	۳۷۷۸۰	۱/۲۰
۸۸۹۶	۷۲۲۹	۸۰۶۳	۶۳۹۶	۴۷۲۲۵	۴۱۶۶۹	۱/۲۵
۹۰۰۷	۷۳۴۰	۸۱۷۴	۶۵۰۸	۵۱۱۱۳	۴۵۵۵۷	۱/۳۰
۹۱۲۰	۷۴۵۳	۸۲۸۷	۶۶۲۰	۵۵۰۰۲	۴۹۴۴۶	۱/۳۵
۹۲۳۲	۷۵۶۵	۸۳۹۹	۶۷۳۲	۵۸۸۹۰	۵۳۳۳۵	۱/۴۰
۹۳۴۴	۷۶۷۸	۸۵۱۲	۶۸۴۵	۶۲۷۷۹	۵۷۲۲۳	۱/۴۵
۹۴۵۶	۷۷۸۹	۸۶۲۳	۶۹۵۶	۶۶۶۶۸	۶۱۱۱۴	۱/۵۰
۹۵۶۹	۷۹۰۲	۸۷۳۶	۷۰۶۹	۷۰۵۵۷	۶۵۰۰۰	۱/۵۵
۹۶۸۰	۸۰۱۴	۸۸۴۸	۷۱۸۱	۷۴۴۴۶	۶۸۸۹۰	۱/۶۰
۹۷۹۳	۸۱۲۶	۸۹۶۰	۷۲۹۴	۷۸۳۳۴	۷۲۷۸۰	۱/۶۵
۹۹۰۵	۸۲۳۸	۹۰۷۲	۷۴۰۵	۸۲۲۲۳	۷۶۶۶۸	۱/۷۰
۱۰۰۱۸	۸۳۵۱	۹۱۸۵	۷۵۱۸	۸۶۱۱۳	۸۰۵۵۶	۱/۷۵
۱۰۱۲۹	۸۴۶۲	۹۲۹۶	۷۶۳۰	۹۰۰۰۰	۸۴۴۴۴	۱/۸۰
۱۰۲۴۲	۸۵۷۵	۹۴۰۹	۷۷۴۲	۹۳۸۸۹	۸۸۳۳۴	۱/۸۵
۱۰۳۵۴	۸۶۸۷	۹۵۲۱	۷۸۵۴	۹۷۷۸۰	۹۲۲۲۴	۱/۹۰
۱۰۴۶۶	۸۸۰۴	۹۶۳۴	۷۹۶۷	۱۰۱۶۶۷	۹۶۱۱۰	۱/۹۵
۱۰۵۷۸	۸۹۱۱	۹۷۴۵	۸۰۷۸	۱۰۵۵۶۹	۱۰۰۰۱۳	۲/۰۰

جدول سهم محرومیت کارشناس سلامت روان/تغذیه

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت (ریال)	میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
۶۰۰۰۰۰۰	۱/۰۰
۶۰۵۰۰۰۰	۱/۰۵
۶۱۰۰۰۰۰	۱/۱۰
۶۱۵۰۰۰۰	۱/۱۵
۶۲۰۰۰۰۰	۱/۲۰
۶۲۵۰۰۰۰	۱/۲۵
۶۳۰۰۰۰۰	۱/۳۰
۶۳۵۰۰۰۰	۱/۳۵
۶۴۰۰۰۰۰	۱/۴۰
۶۴۵۰۰۰۰	۱/۴۵
۶۵۰۰۰۰۰	۱/۵۰
۶۵۵۰۰۰۰	۱/۵۵
۶۶۰۰۰۰۰	۱/۶۰
۶۶۵۰۰۰۰	۱/۶۵
۶۷۰۰۰۰۰	۱/۷۰
۶۷۵۰۰۰۰	۱/۷۵
۶۸۰۰۰۰۰	۱/۸۰
۶۸۵۰۰۰۰	۱/۸۵
۶۹۰۰۰۰۰	۱/۹۰
۶۹۵۰۰۰۰	۱/۹۵
۷۰۰۰۰۰۰	۲/۰۰