

بهره‌مندی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

دستورعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی قابل اجرا در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱

بهرمن ۱۳۹۰

نسخه ۱۲

فهرست مطالب:

صفحه	عنوان
۲	مقدمه
۵	فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۱۲	فصل دوم: گردش کار
۱۲	فصل سوم: بسته های خدمت
۱۳	فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره بیمه خدمات درمانی
۲۱	فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی
۳۳	فصل ششم: مکانیسم پرداخت
۴۹	فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل
۵۳	فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر
۵۴	فصل نهم: مسوولیت اجرا
۵۵	پیوست شماره ۱ : تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰
۶۲	پیوست شماره ۲: جدول راهنمای ضرایب محرومیت استان و شهرستان ها و سرانه هریک در برنامه پزشک خانواده
۶۳	پیوست شماره ۳ : تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی در سال ۱۳۹۰
۶۶	پیوست شماره ۴ : چک لیست مشترک پایش
۷۲	پیوست شماره ۵ : گردش کار پزشک خانواده
۷۴	پیوست شماره ۶: فهرست بسته های خدمتی و اقلام دارویی
۹۲	پیوست شماره ۷: نامه دفتر نیروی انسانی درباره ذخیره مرخصی نیروهای طرف قرارداد
۹۳	پیوست شماره ۸: دستورعمل ارائه خدمات دارویی در سطح اول خدمات و فرمت قرارداد با بخش غیردولتی
۱۰۰	پیوست شماره ۹: فرمت قرارداد شبکه بهداشت و درمان با نیروهای عضو تیم سلامت
۱۱۳	پیوست شماره ۱۰: فرمت آماری قابل ارائه به بیمه و مرکز مدیریت شبکه با راهنما
۱۲۳	پیوست شماره ۱۱: درباره تزریق ماماها
۱۲۴	پیوست شماره ۱۲: نامه دفتر حقوقی درباره بکارگرفته نشدن بازنشستگان
۱۲۵	پیوست شماره ۱۳: فهرست آزمایشات و رادیولوژی مورد تعهد
۱۲۶	پیوست شماره ۱۴: نمونه قرارداد با آزمایشگاه های بخش غیردولتی
۱۳۱	پیوست شماره ۱۵: دستورعمل نمونه گیری در محل و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه
۱۳۶	پیوست شماره ۱۶: پوشه پرونده سلامت خانوار و فرمهای مربوط به آن به همراه دستورعمل
۱۵۰	پیوست شماره ۱۷: چک لیست ارزیابی عملکرد پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن
۱۷۱	پیوست شماره ۱۸: چک لیست ارزیابی عملکرد ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن
۱۸۰	پیوست شماره ۱۹: فرمت قرارداد شبکه بهداشت شهرستان و اداره بیمه استان
۱۸۴	پیوست شماره ۲۰: نامه درمورد ساعت کاری در ایام ماه مبارک رمضان

مقدمه:

در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی کشور فراهم شود. به منظور ایجاد اطمینان از دستیابی به نتایج مطلوب حاصل اجرای برنامه بیمه روستایی، به تدوین برنامه اجرایی و عملیاتی مشخص، وجود ساختار مناسب برای فراهمی دسترسی فراگیر، مدیریت کارآمد و مبتنی بر نتیجه، نیروی انسانی آموزش دیده، منابع کافی، نظام گردش مالی بهنگام و نظام کنترلی تعریف شده نیاز هست و در صورت پرداختن به جزئیات هر یک از موارد پیشگفت در قالب برنامه های عملیاتی می توان از موفقیت برنامه اطمینان یافت.

اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، ما را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبتهای اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا، همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت.

مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی کاری نابجاست. همچنین، کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر خواهد بود:

- ۱- تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.
- ۲- وجود بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند. بدیهی است پس از انجام هماهنگی های لازم با سازمان بیمه خدمات درمانی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسته خدمات مورد نظر را در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی قرار خواهد داد.

- ۳- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر بازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت های روستایی در قالب جمعیت های تحت پوشش خانه های بهداشت و بدون تغییر در طرح های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.
- ۴- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیشگفت، مناسب ترین شکل ارجاع از دیدگاه بیمار طراحی گردد.
- ۵- شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد.
- ۶- آخرین و شاید اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده است.

با در نظر گرفتن کلیه جزئیات محورهای فوق، موفقیت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تضمین می شود. اولین نسخه از مجموعه گزیده ای از مبانی تئوریک و شرح دستورعمل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مدتی اندک و در پی بحثهای کارشناسی بعمل آمد و به دنبال اظهار نظر منطقی همکاران اجرایی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی، نسخه های متعددی تهیه گردید و اینک با گذشت حدود پنج سال از آغاز استقرار برنامه در سطح کشور و براساس تفاهم نامه مشترک به شماره ۳۲/۵۰۳۲۷ مورخ ۱۳۸۸/۶/۱ (معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور) و نظرات همکاران محترم در دانشگاه های علوم پزشکی و پزشکان خانواده نسبت به بازنگری دستورعمل نسخه ۱۰ و تدوین دستورعمل نسخه ۱۱ (جزوه حاضر) اقدام می گردد.

در اینجا برخود لازم می دانیم از زحمات مدیران و کارشناسان محترم سازمان بیمه خدمات درمانی تشکر و قدردانی کنیم و همچنین، از همکاران خوبمان در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت خانمها و آقایان: عصمت جمشیدبیگی، دکتر محمد شریعتی، دکتر نگین طاهری، فاطمه مالکی، نیلوفر مردفرد، و دکتر داوود مقیمی، و نیز تعدادی از همکاران محترم دانشگاه های علوم پزشکی که تلاش و زحمات فراوانی را متحمل شدند، سپاسگزاری نماییم. همچنین، از همکاری صمیمانه جناب آقای دکتر مبارکی و دیگر همکاران معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تنظیم فرمت قرارداد با پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران عضو تیم سلامت و آقای دکتر حسینی رییس محترم دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت دارو و غذا برای تنظیم اقلام دارویی مورد نیاز در سطح اول خدمات، تشکر و قدردانی می کنیم.

باوجود این، ضرورت دارد برای رفع مشکلات این دستورعمل از راهنمایی های سایر همکاران در تمامی دانشگاه های علوم پزشکی نیز برخوردار گردیم. امید است اجرای این امر مهم _ که آرزوی چندین ساله دست اندرکاران نظام سلامت کشور است _ به تحقق انجامد.

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

دکتر عباس حسنی
معاون توسعه مدیریت و منابع

فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

ماده ۱: تعاریف

تعریف پزشک خانواده:

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت‌هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخشها را برعهده دارد.

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه های درمانی را شخصا پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد.

بسته خدمات سلامت (health services package) :

خدمات سلامتی (بهداشتی و درمانی سطح اول) و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود. این مجموعه تحت عنوان "کتاب شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده" تهیه شده و در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گرفته است.

نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات (provider payment mechanism)

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند.

پرداخت سرانه (Per capita)

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت، بازای جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا مریض، صورت می‌گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می‌شود.

پرداخت کارانه (Fee For Service)

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت، بازای خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می‌پذیرد. در این شیوه ریسک مالی به سازمان های بیمه گر منتقل می‌گردد.

تفاهم نامه مشترک

سندی است که حداقل سالی یکبار بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی منعقد می‌گردد. در این سند، میزان سرانه سطح اول ارائه خدمت و کلیات تعامل دو وزارتخانه برای اجرای برنامه در سال مورد تعهد روشن می‌شود. مفاد تفاهم نامه مشترک برای هر دو ارگان لازم الاجرا است. آخرین تفاهم نامه مشترک که به امضاء معاون

بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری؛ مدیرعامل و رئیس هیات مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی و معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده است (به شماره ۳۰۸/۱۱۸۸۶ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۴) در پیوست شماره ۱ این دستورعمل آمده است و توجه به مفاد آن ضرورت دارد. مفاد این تفاهم نامه از ابتدای سال ۱۳۹۰ و طول سال ۱۳۹۱ تا زمان ابلاغ تفاهم نامه جدید قابل اجراست.

دستورعمل اجرایی

تمامی نکات اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در سطح اول ارائه خدمت در دستورعمل اجرایی مشخص می شود. موارد ذکر شده در دستورعمل منحصراً به اجرای برنامه در شبکه های بهداشت و درمان مربوط است و با ابلاغ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابلیت اجرایی دارد.

قرارداد همکاری مشترک

به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل ضرورت دارد قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه خدمات درمانی هر استان با مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان منعقد گردد. فرمت این قرارداد مطابق آنچه در نسخه ۹ آمده است، می باشد.

تیم سلامت (health team)

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی که بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است (شامل: بهورز، کاردان و کارشناس حرف پیراپزشکی و ...).

سطح بندی خدمات (stratification of health services):

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور فراهمی دسترسی بیشتر مردم به مجموعه خدمات به طوریکه، تا جایی که ممکن است دسترسی سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت ایجاد گردد.

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می شود:

سطح اول خدمات: خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می افتد. خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمانهای اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی گیری بیمار عمده‌ی خدمات این سطح را تشکیل می دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می گیرد.

سطح دوم خدمات: خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می شوند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول قرار می گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده‌ی ارجاع

کننده، او را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازند. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح می‌باشند.

سطح سوم خدمات: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه-های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح اول و دوم قرار می‌گیرند و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می‌سازند. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می‌گیرد.

نظام ارجاع:

نظام ارجاع نظامی است که براساس آن، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) مراجعه و در صورت لزوم با ارجاع بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز با برگه دفترچه بیمه روستایی به پزشک متخصص معرفی گردد و پزشک متخصص، پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه های لازم و انعکاس آنها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبداء ارجاع معرفی کند. در مواردی که در بسته های خدمتی برای بهورزان نقشی در نظر گرفته نشده است، یا در شرایط اضطرار (با نظر بیمار) بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

مرکز بهداشتی درمانی فعال یا تجهیز شده در برنامه پزشک خانواده:

مرکز بهداشتی درمانی فعال مرکزی است که در آن خدمات پزشک و دارو از ابتدای سال ۱۳۹۰ بطور کامل ارائه شود (برابر تبصره ۳ بند ۴ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰). به عبارت دیگر، مرکز بهداشتی درمانی که براساس جمعیت تحت پوشش خود، تعداد پزشک مورد نیاز را جذب یا مستقر کرده و نسبت به تامین خدمات دارویی از یکی از طرق: تامین در بخش دولتی یا انعقاد قرارداد با داروخانه بخش خصوصی موجود در محل، اقدام کرده باشد. اداره بیمه خدمات درمانی استان بازای چنین مراکزی با مراکز بهداشت شهرستان مربوط، قرارداد منعقد خواهد کرد.

در مراکز بهداشتی درمانی فعال و مجری برنامه پزشک خانواده در صورت وجود ماما در واحد تسهیلات زایمانی ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی، می توان از مامای تسهیلات زایمانی برای ارائه خدمات مامایی استفاده کرد و در این صورت و در نبود بهیار یا پرستار در مرکز، می توان با یک پرستار به جای ماما قرارداد منعقد کرد. همچنین، چنانچه به بیش از یک ماما در مرکز نیاز باشد یا در صورت نبود داوطلب مامایی، می توان به عنوان نفر دوم یا به جای ماما، بنابه صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و با اطلاع کتبی به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامایی از نیروی پرستار استفاده کرد. در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، جایگزینی پرستار بنحوی که ارائه خدمات متوقف نشود حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها تیم سلامت دانشگاه و با اطلاع اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مربوطه بلامانع است.

قابل توجه اینکه ماما به هیچوجه جایگزین نیروی بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد مگر در شرایطی که نیروی بهداشتی مربوطه در مرکز وجود نداشته باشد که در این صورت، تا زمان جذب این نیرو، وظایف آن فرد به ماما محول می شود.

گردش مالی اعتبارات:

به توضیح روابط میان حیطه های تامین منابع، تخصیص منابع، توزیع منابع و هزینه کرد منابع می پردازد.

مکانیسم پرداخت:

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

منابع مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

به مجموعه منابع حاصل از اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده اطلاق می شود که می تواند شامل موارد زیر باشد:

- ۱- منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشتی درمانی شهرستان با اداره کل بیمه خدمات درمانی استان. باتوجه به بند ۳ **تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰** و تعیین سرانه هر شهرستان که براساس ضرایب محرومیت برحسب شهرستان در پیوست شماره ۲ این دستورعمل آمده است (**متوسط سرانه ۱۷۵۰۰ تومان**).
- ۲- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا مامای کارشناس با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند (براساس تعرفه اعلام شده **براساس تصویب نامه شماره ۶۵۱۵۵/ت/۴۶۷۷۲ مورخ ۱۳۹۰/۳/۲۸ هیات محترم وزیران درمورد تعرفه های تشخیصی درمانی بخش دولتی در سال ۱۳۹۰**. در قسمت اول بند الف، برای پزشک عمومی **۳۷۰۰۰ ریال** است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۱ بند ب معادل **۳۰٪ (۱۱۱۰۰ ریال)** می باشد. این مبلغ (تعرفه) برای مامای کارشناس **۷۰٪** و برای مامای کارشناس ارشد **۸۰٪** تعرفه پزشک عمومی (**بترتیب ۲۵۹۰۰ و ۲۹۶۰۰ ریال**) است. که به عنوان ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، دریافت می گردد (چنانچه در طول سال جاری تعرفه خدمت پزشکی عمومی تغییر کرد، فرانشیز تعرفه جدید ملاک عمل قرار می گیرد). چنانچه بیمار منحصراً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند، فرانشیز تعرفه آن خدمت را می پردازد. البته درصورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب کالیفرنیا مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد. **غیراز انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است، برای تمامی موارد ویزیت درمانی پزشک باید فرانشیز دریافت گردد.**
- ۳- منابع حاصل از اخذ **۳۰٪** از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۴- منابع حاصل از اخذ **۳۰٪** از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۵- منابع حاصل از اخذ **۳۰٪** از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
- ۶- منابع حاصل از اخذ فرانشیز مصوب از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند، براساس نامه شماره **۳۰۸/۱۰۷۳۶ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱** (پیوست شماره ۳) برای سایر خدمات قابل ارائه که در جدول پیوست نیامده است می توان از کتاب کالیفرنیا که در اختیار معاونت درمان تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، استفاده کرد. **خاطر نشان می سازد این موضوع درمورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل آزمایشات روتین مادران باردار مصداق ندارد و چنین خدماتی همانطور که در برنامه آمده است، باید رایگان ارائه گردد.**
- ۷- منابع حاصل از اخذ **۳۰٪** فرانشیز کل خدمات ارائه شده (پزشکی، دارویی، و پاراکلینیکی و ...) به سایر بیمه شدگان (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه خدمات درمانی و ...).
- ۸- منابع حاصل از اخذ کل هزینه وسایل مصرفی.
- ۹- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) درقبال ارائه برگه ی بیمه شدگان.

۱۰- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی (خارج از بسته خدمتی تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان).

۱۱- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینانی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.

۱۲- منابع حاصل از ۱۰۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها). افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید باید تمامی ۱۰۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. براساس تبصره ۲ ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی (شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴). فقط در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه برای آنان، می توان با استفاده از دفترچه بیمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

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

اعتبارات مربوط به درآمدهای اختصاصی این برنامه از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه معاف است.

سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی:

منظور کلیه پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است {به استثنای پزشکان (اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی، و پیام آور) و ماماها (قراردادی، رسمی، طرحی، پیمانی) یا هر پرسنل دیگری است که در قالب قرارداد برنامه بیمه روستایی به کار مشغول شده اند}. این تعریف، بهورزان شاغل در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را نیز شامل می گردد.

پرسنل مرکز بهداشت شهرستان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت شهرستان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل مرکز بهداشت استان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت استان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل امور پشتیبانی دانشگاه:

منظور کلیه پرسنل شاغل در معاونت پشتیبانی دانشگاه است که بطور مستقیم با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در ارتباط هستند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته مشترک برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را درمورد شیوه پرداختها و انعقاد قراردادهای انجام می دهند.

مرکز بهداشتی درمانی معین یا مرجع:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات، اتاق فوریتها، واحدهای پاراکلینیک، حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی و وجود آمبولانس بتواند پذیرای بیماران ارجاع شده از طرف چند مرکز بهداشتی درمانی منطقه خود باشد. این مرکز به هیچوجه نباید در فضای بیمارستان قرار گیرد.

کمیته بیمه پایه و توسعه پزشک خانواده:

این کمیته با شرح وظیفه برنامه ریزی مشترک به منظور تعیین نحوه نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف در سطح ملی ازجمله تعدیلات تشکیل می شود (بند ۵ تفاهم نامه مشترک ۱۳۸۸).

دبیرخانه ستاد اجرایی مشترک کشوری:

این ستاد با عضویت کارشناسانی از معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسانی از سازمان بیمه خدمات درمانی با ابلاغ مشترک معاون سلامت و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل می شود و دارای شرح وظایف زیر است:

- ابلاغ هرگونه بخشنامه، دستورعمل، با تغییر رویه ضروری در روند اجرای آخرین تفاهم نامه به سطوح محیطی مرتبط با هر دو ارگان بطور مشترک
- بررسی هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پیشنهاد، سوال یا استفسار از سطح دانشگاهی یا استانی پیرامون بیمه روستاییان، پزشک خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهایی با دو امضاء. (تبصره ۲ ماده ۱ آیین نامه اجرایی سال ۱۳۸۶)
- اتخاذ تصمیم درخصوص موارد مهمی که در سطح استان قابل حل نیست.

ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در سطوح مختلف:

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، در سطوح ملی، دانشگاهی، شهرستانی، و بخشهای روستایی، ستادهای اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده تشکیل می شود. در این ستادهای اجرایی، که ترکیب آن به شرح ذیل خواهد بود، طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمکهای فنی و پشتیبانی به سطوح پائین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و بهنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژیها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پائین تر، هماهنگی با کلیه stakeholder های برنامه پزشک خانواده در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجرای برنامه و پس از استقرار، انجام کلیه فعالیتهای لازم به منظور اجرای هرچه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت خواهد پذیرفت.

- **ستاد هماهنگی کشور:** براساس بند ۵ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰ شامل نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری است.
- **ترکیب ستاد اجرایی در سطح ملی وزارت بهداشت:** وزیر بهداشت؛ معاون بهداشت؛ معاون درمان؛ نماینده معاونت آموزشی؛ رئیس مرکز مدیریت شبکه؛ نماینده معاونت برنامه ریزی راهبردی نهاد ریاست جمهوری؛ نماینده معاونت دارو و غذا، و نماینده معاونت توسعه مدیریت و منابع
- **کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان ارشد مرکز مدیریت شبکه و تعدادی از معاونین بهداشتی و مدیران گروه گسترش شبکه های دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس ابلاغ صادره توسط رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند.

- **کمیته ملی آموزش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه و تعدادی از کارشناسان ادارات کل حوزه معاونت های بهداشت و درمان و کارشناسانی از معاونت آموزشی تشکیل می دهند.
 - **ستاد هماهنگی دانشگاهی:** اعضای این کمیته عبارتند از: رئیس دانشگاه علوم پزشکی؛ مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان؛ معاونین بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی؛ رئیس گروه گسترش شبکه دانشگاه علوم پزشکی؛ یکی از معاونین اداره کل بیمه؛ رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسوول امور روستاییان بیمه خدمات درمانی و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استانها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند. در دانشگاه های مستقر در شهرهای مراکز استان ریاست دبیرخانه به عهده رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی است و دبیری به عهده مدیرکل محترم **بیمه خدمات درمانی استان است.** درمورد دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند، این تقسیم وظیفه، عکس می شود.
 - کمیته استانی هر ۳ ماه یکبار تشکیل می شود و گزارش عملکرد کمیته استانی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه می گردد. تصمیمات این کمیته با توافق جمعی طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی شده و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی، موضوع به کمیته کشوری منعکس و تصمیمات آن برای استان مربوط لازم الاجراست.
 - کمیته استانی مجاز به تصمیم گیری در خارج از چهارچوب تفاهم نامه و اصول کلی آن نمی باشد (بند ۵ تفاهم نامه ۱۳۸۸).
 - **ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستانی:** مدیر شبکه بهداشت و درمان؛ رئیس مرکز بهداشت شهرستان؛ مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان؛ معاون فنی مرکز بهداشت شهرستان و معاون درمان شبکه شهرستان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شهرستان (رئیس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان می تواند به عنوان ناظر برای اجرای بهتر برنامه حضور داشته باشد)
 - **ترکیب ستاد اجرایی در سطح بخش های روستایی:** رئیس مرکز بهداشتی درمانی روستایی؛ نماینده پزشکان بخش خصوصی فعال در مرکز بخش یا دهستان؛ نماینده مرکز بهداشت شهرستان و نماینده سازمان بیمه خدمات درمانی شهرستان
- قابل توجه اینکه هرچا درباره جمعیت روستایی بحث می شود، جمعیت عشایر نیز مدنظر است و درمورد عشایر هم جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان و عشایر ملاک پرداخت سرانه است.
- درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در صورت انعقاد قرارداد با شبکه های بهداشتی درمانی، همین دستورعمل به اجرا درخواهد آمد.

فصل دوم: گردش کار

ماده ۲: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود که گردش کار چگونگی تماس پزشک خانواده با مراجعه کنندگان را به شرح پیوست شماره ۵ این دستورعمل، رعایت نمایند.

فصل سوم: بسته های خدمت

ماده ۳: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود **فهرست** بسته های خدمات تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری روستایی مشمول برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را به شرح بسته های خدمتی مورد استفاده دانشگاه های علوم پزشکی (نامه شماره ۸/۱۰۰۴۱۱ ب س مورخ ۱۳۸۶/۹/۱۰) کاملاً رعایت کنند. فهرست بسته های خدمت مورد تفاهم با سازمان بیمه خدمات درمانی بر روی سایت تحت عنوان نامه دو امضاء گذاشته شده است (پیوست شماره ۶).

فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره کل بیمه خدمات درمانی

پیش از تصویب ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۴ درمورد اجرای برنامه بیمه روستایی، سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت سالانه مبلغی معادل ۹۰۰ میلیارد ریال برای تامین خدمات بستری روستاییان بیمه شده دریافت می کرد. در سال ۱۳۸۴ علاوه بر مبلغ فوق، میزان ۳۲۵۰ میلیارد ریال نیز بابت پوشش خدمات درمانی اعم از بستری و سرپایی برای این سازمان تصویب شد که مجموعاً مبلغ ۴۱۵۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۴ به منظور پوشش کامل بیمه سلامت تمامی روستاییان، عشایر و ساکنین مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر تصویب گردید. این مبلغ از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ به رقمی حدود ۸۰۰۰ میلیارد ریال رسید. برای سال ۱۳۹۰ به منظور ایجاد هماهنگی بیشتر با سازمان بیمه خدمات درمانی در اجرای هرچه بهتر برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده راه کارهای کلی زیر پیشنهاد می شوند:

۱- میانگین سرانه سالانه خدمات سطح اول بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکنین روستاها و عشایرین ساکن در مناطق روستایی (غیر از بیمه شدگان سایر سازمانهای بیمه گر) **مبلغ ۱۷۵۰۰۰ ریال تعیین می گردد (بند ۳ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).**

۲- منابع مورد اشاره در سطح اول خدمات (صفحه ۸ این دستورعمل)، صرفاً برای پرداخت هزینه های اعضای تیم پزشک خانواده (پزشک، ماما یا پرستار)، تامین اقلام دارویی موردنیاز، هزینه های آزمایشگاهی، هزینه های رادیولوژی و سایر هزینه های مدیریت و استقرار برنامه (شامل: کارانه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، ستادهای شهرستانی و استانی و...) خواهد شد.

۳- براساس تفاهم نامه مشترک سال جاری ۲٪ کل سرانه سطح اول برای خدمات پایش و نظارت و سایر هزینه های عملیاتی و پرسنلی در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی و ۴٪ هم برای هزینه های پیش بینی نشده و انجام تحقیقات مربوط در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) قرار می گیرد (قسمت های الف تا ت بند ۴ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰).

۴- براساس بند ۴ تفاهم نامه مشترک سال جاری ۴۹٪ اعتبارات سطح اول برای حق الزحمه پزشکان خانواده؛ ۱۲٪ برای حق الزحمه ماماها، تیم سلامت؛ ۲۶٪ به منظور تهیه اقلام دارویی سطح اول و ۷٪ برای خدمات پاراکلینیک (۳٪ رادیولوژی و ۴٪ آزمایشگاه) هزینه می شود.

۵- اعتبارات باقی مانده در اختیار بیمه، برای خرید خدمات درمان بستری، درمان سرپایی تخصصی و فوق تخصصی خواهد بود.

ماده ۴: اداره کل بیمه خدمات درمانی استان، هنگام تخصیص اعتبارات استانی به دانشگاه علوم پزشکی، رونوشتی به معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مربوط ارسال می کند تا مجریان برنامه در جریان باشند و بموقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند.

تبصره ۱: ادارات بیمه استان ها، اعتبار هر دانشگاه (حداقل ۸۰ درصد) را تا قبل از بیستم هرماه به حساب دانشگاه علوم پزشکی واریز می نمایند و معاون پشتیبانی دانشگاه نیز بلافاصله گردش مالی را به اجرا می گذارد تا پول بموقع به دست پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر پرسنل دست اندرکار اجرای برنامه برسد. ۲۰٪ باقیمانده سرانه بعداز پایش عملکرد سه ماهه، حداکثر تا یک ماه باید پرداخت شود. (با توجه به وضعیت حقوق پایه ماماها در بعضی از مناطق برخوردار که نتیجه پایش را بی اثر می کند، باید در مورد عقد قرارداد با این افراد و گنجاندن مواردی در خصوص لغو قرارداد پس از دو بار اخطار کتبی، اقدام گردد و چنانچه نتیجه پایش عملکرد آنها بیش از ۹۰٪ باشد از محل درآمدهای اختصاصی در لیست دریافت کارانه پرسنل مرکز قرار گیرند).

تبصره ۲: کلیه افراد طرف قرارداد باید حداکثر تا سوم ماه بعد ۸۰٪ حقوق خود را دریافت کنند و ۲۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد (تبصره ۱ بند ۱۱ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰). البته، سهم پایش افراد تیم

سلامت ۳۰ درصد است. چنانچه نتیجه پایش سه ماهه فرد از $0/8$ ($0/80$) کمتر شد علاوه براینکه ۲۰٪ باقیمانده سه ماه مورد پایش به وی تعلق نمی گیرد باید برحسب درصد نتیجه پایش کمتر از $0/8$ (تا $0/7$) از مطالبات وی (به عنوان مثال دریافتی های بعدی) کسر گردد. ممکن است چند حالت پس از نتیجه پایش پیش آید:

۱. نتیجه پایش فرد بین ۸۰ تا ۹۰ درصد شود. در این صورت مشکلی پیش نمی آید چراکه اگر ۸۰٪ شد، کل ۲۰٪ سه ماهه به فرد پرداخت نمی گردد. اگر مثلاً ۸۵٪ شد، فقط ۵٪ بازای هر ماه پرداخت می شود. در صورتی که ۸۹٪ شد، ۱۱٪ بازای هر ماه پرداخت نمی شود.

۲. نتیجه پایش بین ۷۰ تا ۸۰ درصد شود. بازای هر درصد کمتر از ۸۰٪ باید از حقوق ماه چهارم وی کسر گردد. به عنوان مثال: اگر نتیجه پایش ۷۵٪ شد، ۲۰٪ که نزد شبکه باقی است و به فرد پرداخت نمی شود بعلاوه بازای هر ماه باید ۵٪ هم کسر گردد که برای سه ماه، ۱۵٪ می شود. بنابراین، در ماه چهارم کارکرد فرد به جای ۸۰٪ حقوق پایان ماه، باید ۶۵٪ به وی پرداخت گردد و توضیح داده شود که ۱۵٪ کسری به دلیل پایش عملکرد ضعیف وی در سه ماهه قبل بوده است. اگر نتیجه پایش ۷۰٪ بود این کسری برای سه ماه، ۳۰٪ می شود (هرماه ۱۰٪ علاوه بر ۲۰٪ باقیمانده).

۳. نتیجه پایش ۹۰٪ یا بیشتر شود. در این صورت براساس بند ۶ ماده ۵۳ دستورعمل بازای هر ۱ درصد اضافی باید ۲٪ تشویقی هم به فرد علاوه بر ۲۰٪ حقوق خودش، پرداخت گردد. در هریک از شرایط فوق پس از پرداخت باید از فرد رسید دریافت شده و در پرونده وی درج گردد که علت کسر شدن حقوق یا تشویقی وی براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

ماده ۵: نوع تعامل بیمه خدمات درمانی استان با دانشگاه علوم پزشکی براساس استفاده از شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت برای تمامی خدمات سلامت سطح اول مورد توافق دو طرف می باشد. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. این مبلغ براساس آخرین تفاهم نامه مشترک بر مبنای متوسط **سرانه سالانه کشور ۱۷۵۰۰۰ ریال بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان (جمعیت روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در صورت انعقاد قرارداد) با دامنه ای بین ۱۴۵۰۰۰ تا ۲۱۰۰۰۰ ریال برحسب ضریب محرومیت شهرستان برای سال ۱۳۹۰ است (براساس ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۱۴۵۰۰۰ ریال و بازای هر ۰/۵ افزایش مبلغ ۳۲۵۰ ریال به رقم قبلی اضافه می شود و برای ضریب محرومیت ۲ مبلغ ۲۱۰۰۰۰ ریال می گردد.** جدول ضرایب محرومیت شهرستانی و تعیین سهم هر شهرستان از سرانه در پیوست شماره ۲ آمده است. اداره بیمه خدمات درمانی استان موظف است این پول را طی قراردادی که نمونه آن پیوست است، پس از تعیین مراکز بهداشتی درمانی فعال (دارای پزشک ثبت نام شده مورد نیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار دهد

تبصره ۳: قرارداد مابین شبکه بهداشت و درمان شهرستان و بیمه خدمات درمانی استان هر شش ماه یکبار براساس تغییرات جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان تجدیدنظر خواهد شد. مآخذ آمار این جمعیت، اطلاعات سیستم جامع بیمه گری سازمان بیمه خدمات درمانی است و درموارد اختلاف با سرشماری ابتدای سال خانه های بهداشت، مجدداً باید توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی گردد (تبصره ۱ بند ۲ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰). جمعیت اصلاح شده در همین زمان باید به مرکز مدیریت شبکه نیز اعلام شود.

تبصره ۴: هر شهرستان براساس ضرایب محرومیت بخش های تشکیل دهنده آن شهرستان (نظر کمیته شهرستانی)، اعتبار موردنیاز را به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه آن بخش اختصاص می دهد.

تبصره ۵: تایید معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی برای انعقاد قرارداد همکاری بین بیمه خدمات درمانی و مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد.

ماده ۶: مدیریت مالی حوزه پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری (براساس منابع تعریف شده در فصل اول این دستورعمل) به مرکز بهداشت استان اعلام دارد و از طریق مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت شبکه اعلام گردد. **مجدداً تاکید می شود که اعتبارات مربوط به درآمد اختصاصی این برنامه براساس مصوبه هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی، از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. کل این اعتبار (حتی مانده سنواتی آن) باید صرف هزینه های برنامه پزشک خانواده براساس دستورعمل گردد. به هیچ عنوان نباید از محل اعتبار این برنامه برای فعالیت هایی خارج از چهارچوب تعریف شده در این دستورعمل استفاده شود.**

تبصره ۶: هرزمان اعتباری از سوی ادارات کل به دانشگاه علوم پزشکی تخصیص داده می شود، دانشگاه موظف است، رونوشتی از آن را به مرکز مدیریت شبکه ارسال دارد.

ماده ۷: پس از عقد قرارداد، وظیفه تامین خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی (به شرحی که در قسمتهای بعدی توضیح داده خواهد شد) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظیفه تامین خودرو و فضای فیزیکی برای ارائه خدمات و بیتوته پزشک (پزشکان) مراکز بهداشتی درمانی نیز با توجه به امکانات موجود و تفاهم با بیمه استان، به عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۸: پس از عقد قرارداد با اداره بیمه استان برای ارائه خدمات سلامت سطح اول به شیوه سرانه، از مبلغ دریافتی در قرارداد و سایر منابع برنامه - که در بند ۱ فصل اول همین جزوه، صفحه ۸ آمده است- ابتدا سهم دستمزد پزشکان (براساس محاسبه دریافتی تک تک پزشکان در نظر گرفته شده برای مرکز) و **ماماها یا پرستاران** در مرکز بهداشتی درمانی با فعالیت هایی نظیر: پیگیری بیماران مزمن، خدمات پرستاری، خدمات زایمانی (فقط در مناطق دارای تسهیلات زایمانی)، مراجعات ژنیکولوژی و ... (براساس محاسبه دریافتی تک تک ماماها یا پرستاران در نظر گرفته شده برای مرکز) مطابق آنچه که در بخش مکانیسم پرداخت به آن اشاره خواهد شد، تعیین و کنار گذاشته می شود. سپس، بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده براساس موارد زیر توزیع می گردد:

هزینه خدمات **دارویی** (۲۶٪ از کل سرانه برای هر نفر)، هزینه خدمات **آزمایشگاهی** (۴٪ از کل سرانه برای هر نفر)، هزینه خدمات **رادیولوژی** (۳٪ از کل سرانه برای هر نفر).

تبصره ۷: هزینه مربوط به پرداخت کارانه به سایر پرسنل شاغل در همان مرکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمت و خانه های بهداشت تابعه آن **(معادل ۱۵٪ از کل سرانه برای هر نفر)** و سایر پرسنل ستادهای شهرستانی و استانی صرفاً باید از محل **درآمدهای اختصاصی برنامه** (بندهای ۲ تا ۱۳ صفحه ۸) خارج از اعتباری که از طریق بیمه خدمات درمانی ارائه می شود، تامین گردد (چگونگی توزیع کارانه پرسنل در متمم دستورعمل اجرایی نسخه ۱۲ آمده است).

تبصره ۸: از محل منابع برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، عیدی افراد طرف قرارداد؛ **خرید مرخصی مانده (براساس نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی - پیوست شماره ۷)**، اعتبار مورد نیاز برای تامین پزشک و مامای جایگزین؛ تامین اعتبار برای بکارگیری نیروهای آزمایشگاهی و رادیولوژی و پرستار مورد نیاز مشخص می شود.

ماده ۹: براساس بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰، مراکز بهداشت شهرستان ها موظف هستند نسبت به تامین ۲۷۰ نوع و شکل داروی مصرفی مورد تعهد براساس فهرست تهیه شده توسط سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تمام مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه اقدام کنند. از میان اقلام فهرست شده باید ۲۷۰ قلم که با شرایط منطقه تطابق دارد، انتخاب شده و در مرکز موجود باشد.

تبصره ۹: تصمیم گیری درمورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی تا حداکثر ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیرکل بیمه استان، معاون دارو و غذا و معاون بهداشتی دانشگاه، رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رئیس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه خدمات درمانی استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که براساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، ۲ بار در طول سال و بنابه ضرورت تشکیل خواهد شد. تمام تغییرات فهرست دارویی باید به سازمان بیمه خدمات درمانی و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

تبصره ۱۰: در صورت کمبود اقلام دارویی در هر بازدید از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، براساس فرمول بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰ برای همان ماه مورد بازدید صرفاً از سهم درصد سرانه دارو کسر می شود.

تبصره ۱۱: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر کمیته استانی قابل اغماض است و **مشمول کسورات نمی شود.**

تبصره ۱۲: براساس تبصره ۳ از بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۸۷، پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از ۲۷۰ قلم داروی تعیین شده نمی باشد مگر درمورد تمدید نسخ ادامه درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی کرونری و قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای وزارت بهداشت ادامه یابد. به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت.

تبصره ۱۳: چنانچه داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد اداره کل بیمه تهیه شود، معادل ۱/۵ برابر سهم بیمه قیمت نسخه (۷۰٪ قیمت نسخه) از سرانه دارویی مرکز مزبور کسر خواهد شد (تبصره ۳ بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).

ماده ۱۰: ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان برای ارائه خدمات پاراکلینیک به صورت یکسان عمل کند (دریافت FFS یا سرانه) و در صورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. ارائه خدمات پاراکلینیک بایستی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی تا مرکز مزبور انجام شود (تبصره ۴ از بند ۷ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).

تبصره ۱۴: سهم ۴٪ اعتبارات خدمات آزمایشگاهی فقط در این دو صورت از طریق سرانه پرداخت می شود. درغیراینصورت، و فقط در صورت فقدان حتی یکی از دو شرط (داخل مرکز مجری برنامه یا با فاصله حداکثر نیم ساعت تا مرکز)، خدمات آزمایشگاهی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۴٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات آزمایشگاهی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شود، برگه دفترچه جدا می شود و علاوه بر ۳۰٪ بهای تعرفه آزمایشات که از بیمار اخذ می گردد ۷۰٪ بقیه تعرفه نیز با ارائه اوراق دفترچه از بیمه خدمات درمانی دریافت می شود.

تبصره ۱۵: سهم ۳٪ اعتبارات خدمات رادیولوژی فقط با مراکزی که یکی از دو شرط زیر را دارا باشند، در قرارداد لحاظ شده و از طریق سرانه پرداخت می شود:

۱. مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه دارای رادیولوژی فعال باشد
۲. فاصله رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات رادیوگرافی تا مرکز مزبور حداکثر نیم ساعت فاصله با خودروی معمول در منطقه باشد

درغیراینصورت، خدمات رادیولوژی بصورت Fee For Service ارائه خواهدشد. یعنی ۳٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات رادیولوژی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شد، برگه دفترچه جدا می شود و علاوه بر ۳۰٪ بهای تعرفه خدمات رادیولوژی که از بیمار اخذ می گردد ۷۰٪ بقیه تعرفه نیز با ارائه اوراق دفترچه از بیمه خدمات درمانی دریافت می شود.

ماده ۱۱: روسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات به شرح مواد ۸ تا ۱۰ دستورعمل و موضوع دستورعمل پرداخت کارانه پرسنل خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) به شکل جدی ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد. همچنین، اسناد هزینه بایستی توسط معاونت بهداشتی استان تایید شده و گزارش اسناد مالی براساس فرمت تعیین شده به اداره بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه گزارش گردد. دانشگاه موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشک خانواده را از حسابرس دانشگاه دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.

ماده ۱۲: مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی موظفند، مبلغی معادل فرانشیز تعیین شده در بخشنامه هیات دولت بابت ویزیت پزشک عمومی یا ماما (در شرایطی که بیمار منحصرأً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند) را از بیماران تحت پوشش بیمه روستایی مراجعه کننده، به عنوان ورودیه برای دریافت خدمات ذکر شده در بسته خدمت اخذ نمایند. همچنین، برای ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی باید ۳۰٪ و برای خدمات تزریقات و پانسمان، ختنه و بخیه زدن و سایر خدماتی که مشمول تعرفه هستند، **معادل آنچه در پیوست شماره ۳ آمده است، بعلاوه هزینه های مواد مصرفی اخذ می گردد** (موادی مانند دستکش، سرنگ، ماسک و نخ بخیه) خاطرنشان می سازد برای پنبه، الک، لیدوکائین، بتادین و از این قبیل نباید هزینه ای دریافت کرد.

تبصره ۱۶: ارائه دفترچه بیمه روستاییان در سطح اول خدمات برای دریافت خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی ضرورت دارد.
تبصره ۱۷: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد یا اوراق دفترچه اش تمام شده باشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد) و هرچه سریعتر برای دریافت دفترچه بیمه روستایی معرفی شده و اقدام کند.

ماده ۱۳: برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها محاسبه شده و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر تعیین و ازطریق وزارت بهداشت اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه تحویل می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود.

ماده ۱۴: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۴۰۰۰ نفر بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره بیمه استان به قرار زیر می شود (تبصره ۱ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰). ولی در محاسبه حقوق برای پزشک باید کل جمعیت در فرمول قرار گیرد.

ک	تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۱۰۰٪ سرانه پزشک
ک	از ۴۰۰۱ تا ۶۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۶۰٪ سرانه پزشک
ک	از ۶۰۰۱ تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۲۵٪ سرانه پزشک

تبصره ۱۸ : در استان های محروم (دانشگاه های علوم پزشکی زاهدان؛ زابل؛ جیرفت؛ لرستان؛ خراسان جنوبی؛ خوزستان؛ هرمزگان؛ کردستان؛ بوشهر؛ ایلام؛ گناباد و بزم) در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد، در صورت تایید سازمان بیمه خدمات درمانی در آن منطقه، برای جمعیت های بالاتر از ۴۰۰۰ نفر نیز کل سرانه پزشک پرداخت می شود (تبصره ۲ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰).

تبصره ۱۹ : تعداد کل جمعیت تحت پوشش پزشک (تا سقف ۸۰۰۰ نفر) مبنای فرمول محاسباتی حقوق وی می باشد (یعنی عین جمعیت در فرمول وارد می شود). توصیه اکید می شود در جمعیت های بیشتر از ۸۰۰۰ نفر باید به تعداد پزشک اضافه کرد تا سهم سرانه حذف نگردد. فقط در صورت تصویب ستاد استان می توان با جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر برای یک پزشک موافقت کرد. چنانچه در منطقه ای فقط عشایر حضور داشتند، در مدت حضور آنها باید متناسب با جمعیت با پزشک و ماما یا پرستار برای ارائه خدمات قرارداد بست و آنها (افراد طرف قرارداد) را در نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی جای داد.

تبصره ۲۰ : حق الزحمه پزشک خانواده و ماما، یا پرستار بازای کل جمعیت روستایی و عشایری تحت پوشش آنها محاسبه و پرداخت می گردد اعم از اینکه افراد در پوشش بیمه روستایی باشند (یعنی دفترچه بیمه روستایی داشته باشند) یا نوع بیمه آنها متفاوت باشد.

تبصره ۲۱ : چنانچه تعداد مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده (برای مدت یک ماه) بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع به ستاد اجرایی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق ارجاع گردد. زیرا در این شرایط، پزشک فقط می تواند به ویزیت بیمار بپردازد و به سایر فعالیتها نخواهد رسید. یکی از راه حلها: می تواند کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک و راه حل دیگر، بررسی درمورد علل مراجعه بالاو... باشد.

تبصره ۲۲ : با توجه به بند ۸ موافقنامه شماره ۳۰۶۶۹ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۲ در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد رایگان می باشد و نباید وجهی از خدمت گیرنده دریافت شود ولی در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد، بدیهی است در صورت انجام زایمان در بیمارستان، هزینه های مربوطه توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۵: هزینه خدماتی که در چهارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد. مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط پزشکان عمومی (غیراز پزشک خانواده تعیین شده برای محل) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع.

ماده ۱۶: انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات به جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر باید از همان الگوی سرانه جمعیت روستایی تبعیت کند. چنانچه قرارداد با شبکه بهداشت و درمان شهرستان برای این جمعیت منعقد نشود، ارائه خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی بصورت FFS (Fee For Service) خواهد بود طوریکه ۳۰٪ تعرفه از مراجعه کننده و ۷۰٪ از سازمان بیمه اخذ می شود.

ماده ۱۷: در هر شهرستان، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان، به شیوه تعامل میان بخش سلامت سطوح اول و دوم یا بالاتر می پردازد. علاوه بر آن، این گروه وظیفه تصمیم گیری درخصوص موارد اختلاف میان بیمه خدمات درمانی و مرکز بهداشت شهرستان را نیز بعهده دارد.

تبصره ۲۳ : در صورت عدم حل اختلاف در ستاد اجرایی شهرستان، مشکل به دبیرخانه ستاد اجرایی سطح دانشگاه یا استان (تبصره ۳ ماده ۱ آیین نامه اجرایی به شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴) ارجاع می شود.

تبصره ۲۴ : ابلاغ اعضای ستاد اجرایی بیمه روستایی شهرستان با دو امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان صادر می شود. درمورد دبیرخانه ستاد اجرایی بیمه روستایی دانشگاه، امضاء کنندگان ابلاغ اعضای ستاد،

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان می باشند. رئیس و دبیر این ستاد براساس تبصره ۳ ماده ۱ آیین نامه اجرایی به شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴ تعیین شده اند. درمورد ستادهای شهرستانی، رئیس و دبیر ستاد اجرایی در اولین جلسه تشکیل ستاد تعیین می شوند.

ماده ۱۸: در تمامی روستاهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنای روستا متشکل از افراد زیر تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسوول مرکز بهداشتی درمانی می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره ۲۵: درصورتیکه شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر نیز در قرارداد مشترک با بیمه قرارگیرد، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شوند.

ماده ۱۹: انتظارات عمده از هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشستهای جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسوولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها درمورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخصهای سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکتهای مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و پرسنل و ...

تبصره ۲۶: رئیس مرکز بهداشت شهرستان مکلف است با همکاری دهیار، اقدامات لازم برای آگاهی دادن به مردم را انجام دهد. اطلاعاتی از قبیل: ثابت و یکسان بودن نرخ تعرفه ویزیت پزشک و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز، اهمیت دارد و این موضوع باید روی بورد (تابلو اعلانات) مرکز بهداشتی درمانی به صورتیکه توسط مراجعین قابل رویت باشد، درج گردد.

تبصره ۲۷: رئیس مرکز بهداشت شهرستان مکلف است در آغاز هر سال یا در ابتدای کار هر پزشک خانواده، برای معرفی پزشک و تیم سلامت و برقراری ارتباط با مردم به روستا سرکشی کند و این اقدام را بطور ادواری تکرار نماید.

ماده ۲۰: براساس بخشنامه شماره ۱۵۳۸۱/د مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲ معاون محترم غذا و دارو (پیوست شماره ۸) مبنی بر سیاست بکارگیری خدمات دارویی از بخش خصوصی، درصورت وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه با فرمت قرارداد ارائه شده با بخشنامه فوق الذکر می باشد. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، می توان با هر یک از آنان، قراردادی جداگانه منعقد کرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با اقلام داروهای سطح اول (۲۷۰ قلم دارو) بطور رایگان (از نظر فضای فیزیکی) در مرکز مستقر نماید (مگرآنکه داروخانه در جنب مرکز مستقر باشد). در چنین شرایطی، داروخانه موجود در مرکز بهداشتی درمانی تعطیل می شود و فقط گنجی دارویی برای ارائه خدمات دارویی در ساعات غیراداری در اختیار پزشک خانواده قرار داده می شود. داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر است. قرارداد بین داروخانه بخش غیردولتی و مرکز بهداشت شهرستان منعقد می گردد.

تبصره ۲۸: داروخانه طرف قرارداد که محل فیزیکی ای را در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بطور رایگان در اختیار دارد، فقط مجاز به ارائه خدمات دارویی از این محل به مردم می باشد و مجاز به فروش لوازم آرایشی نیست.

تبصره ۲۹: اخذ تعرفه حق فنی داروساز تنها زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی و در حضور داروساز انجام می شود، وجاهت قانونی دارد. ارائه دارو در مرکز بهداشتی درمانی توسط پرسنل داروخانه خصوصی فقط مشمول هزینه نسخه

پیچی (۱۵۰۰ ریال) می باشد. ارائه دارو از گنجینه دارویی توسط پزشک یا پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در ساعات غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت حق فنی یا هزینه نسخه پیچی نیست.

تبصره ۳۰: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، می توان با داروخانه موجود در مناطق مجاور و قابل دسترس مردم (بنا به تشخیص مرکز بهداشت شهرستان) قرارداد تامین داروهای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده را منعقد کرد. در این وضعیت نیز باید شعبه ای از داروخانه طرف قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی مستقر گردد.

ماده ۲۱: مسوولیت تامین پرسنل و تامین، توزیع و عرضه صحیح داروها با مسوول داروخانه طرف قرارداد می باشد و مرکز بهداشت شهرستان مسوولیت نظارت بر فعالیتهای داروخانه مزبور را به عهده دارد.

تبصره ۳۱: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و نیروی انسانی مورد نیاز در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. چنانچه داروخانه طرف قرارداد امکان تامین نیرو برای ارائه خدمات دارویی در دهگردشی ها را نداشت، این کار توسط یکی از کارکنان مرکز که همراه پزشک می باشد (ماما، پرستار یا ...) انجام می شود و بازای این اقدام، درصدی از مبلغ قرارداد کسر می گردد.

ماده ۲۲: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی یا مناطق مجاور یا تمایل نداشتن آنها به همکاری با برنامه پزشک خانواده، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی واحد داروخانه و تامین و توزیع دارو به مردم در محل مرکز بهداشتی درمانی مزبور و زمان دهگردشی پزشک می باشد.

ماده ۲۳: نظارت بر حسن انجام خدمات دارویی به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد.

ماده ۲۴: باتوجه به انجام نظارتهای مشترک، اداره بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را تا حداکثر دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها باشد. بدیهی است که نکات مورد نظر سازمان بیمه که متعاقباً و بطور مشترک اعلام می شود، به سازمان بیمه منعکس می گردد. مرکز بهداشت استان موظف به پیگیری درمورد این ماده می باشد.

فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای کلیه روستاهای موجود در آن شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً مشخص شده است. در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول پنج حالت ممکن زیر خارج نیست:

- ۱- این روستا همان روستایی است که طبق دفترچه های طرح باید محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد. در چنین شرایطی این روستای اصلی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی هم خواهد بود.
- ۲- این روستا طبق دفترچه های طرح، فاقد مرکز بهداشتی درمانی روستایی ولی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد ولی محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد. روستای اصلی، روستای محل استقرار خانه بهداشت است و معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می کنند. گاه، در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار گیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می شود.
- ۳- این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد که به آن، روستای قمر گویند.
- ۴- به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود. البته، برخی از این روستاها به دلیل کم بودن جمعیتشان، سیاری می باشند که حتی پس از تکمیل طرح ها نیز به همین صورت خدمت می گیرند.
- ۵- روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند. به عبارت دیگر، روستاهای تحت پوشش مستقیم مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی.

ماده ۲۵: به منظور تعیین پرسنل درمانی مورد نیاز و شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده می بایست اقدامات زیر انجام شود:

- ⇐ جمعیت هر یک از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی بدون توجه به نوع بیمه آنها مشخص شود، این داده با انجام سرشماری سالانه قابل دسترسی است و اطلاعات آن باید در صفحه داخلی پرونده خانوار ثبت گردد.
- ⇐ تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک بازای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین گردد. بدیهی است برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و نیاز خواهد بود. بازای هر دو پزشک، باید یک ماما تعیین کرد. درمورد مراکز ۳ پزشکه و بالاتر می توان نفر دوم را به جای ماما، پرستار بکارگیری کرد. برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، یک پزشک جایگزین تعیین می شود. در مورد ماما هم بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک ماما باید یک مامای جایگزین تعیین کرد.
- ⇐ برای تعیین پزشکان و ماماها مورد نیاز، ابتدا تعداد پزشکان و ماماها استخدامی که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده وجود دارد، مشخص می شوند و سپس، به جذب مابقی نیروهای مورد نیاز از طریق عقد قرارداد با پزشک یا مامای بخش خصوصی با اولویت پزشکان و ماماها مطب دار در همان روستا یا روستاهای مجاور اقدام می گردد.

⇐ اولویت برای جذب پزشک و ماما بترتیب عبارتست از: پزشکان یا ماماهاى استخدامى شاغل در مرکز (رسمی و پیمانی از طریق مصوبه هیات رییس دانشگاه های علوم پزشکی کشور)؛ پزشکان یا ماماهاى بخش خصوصی طرف قرارداد و فعال در محل (آنانکه مطب دارند و به شرط تعطیلی مطب)؛ سایر پزشکان یا ماماهاىی که براساس فراخوان ثبت نام می کنند (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۹) و در نهایت پزشکان طرحی و پیام آور و البته براساس ضوابط تعیین شده توسط مرکز بهداشت استان. توصیه می شود نیروهای طرحی و پیام آور بیشتر برای مناطقی که جذب پزشک مشکل تر است، بکارگیری گردد.

تبصره ۳۲: براساس بند ج قسمت ۸ قرارداد با پزشک (فسخ قرارداد با یک ماه اعلام قبلی) چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل حقوق یک ماه وی به همراه ۲۰٪ جریمه پرداخت نمی شود (این ۲۰٪ جریمه از اعتبار مربوط به پایش وی که نزد مرکز بهداشت است، کسر می شود).

تبصره ۳۳: چنانچه پزشک یا مامای طرف قرارداد، محل خدمت فعلی خود را ترک می کند اعم از اینکه فرد، خود مایل به ترک خدمت شده باشد یا به دلایلی قرارداد وی توسط مرکز بهداشت لغو گردد، ضرورت دارد مرکز بهداشت شهرستان مربوطه گواهی چگونگی انجام خدمت به وی ارائه دهد (گواهی انجام کار). در این گواهی باید به نحوه عملکرد، رضایتمندی و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت وی اشاره گردد. قطعاً در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای بکارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرار گیرد.

تبصره ۳۴: با افرادی که در گواهی انجام کار آنها، نمره ارزشیابی کمتر از ۷۵ داشته باشند، نباید قرارداد منعقد گردد.

تبصره ۳۵: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک پزشک کمتر از ۲۵۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۲۵۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۳۶: چنانچه در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده که جمعیت تحت پوشش دارای دفترچه بیمه روستایی آن از ۴۰٪ کل جمعیت تحت پوشش مرکز کمتر باشد، پزشک خانواده موظف به بیتوته نمی باشد و فقط در شیفت (های) معمول ساعت کاری مرکز، ارائه خدمت می کند. درجین شرایطی می توان از وجود این پزشک بصورت شیفت بندی با نزدیکترین مرکز برای بیتوته استفاده کرد و در قرارداد وی نیز زمان بیتوته را منظور نمود. همچنین، باید با اطلاع رسانی به مردم تحت پوشش این مناطق، محل واحد ارائه خدمت در ساعات غیراداری را مشخص کرد.

تبصره ۳۷: تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، مسوول جمعیت تحت پوشش مرکز هستند و متناسب با فرمول تعیین شده موجود در فصل ششم این دستورعمل از نظام پرداخت تقریباً یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به عنوان مسوول مرکز بهداشتی درمانی و رابط مرکز با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد (با اولویت پزشک رسمی یا پیمانی). مرکز بهداشت شهرستان می تواند ماهانه از ۴٪ تا حداکثر ۷٪ کل مبلغ قرارداد را به عنوان حق مسوولیت باتوجه به درصد عملکرد پزشک در نتیجه پایش، برای این فرد قائل شود (۵٪ تا ۷٪ فقط خاص مراکز شبانه روزی طبق دفترچه های طرح های گسترش است). محل تامین این اعتبار از منابع اعتباری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است.

تبصره ۳۸: تمامی پزشکان و پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده موظف به اجرای برنامه هستند و عضو تیم سلامت محسوب می شوند (براساس ماده ۵۴ فصل ششم مجموعه کامل قوانین و مقررات استخدامی) و فقط تحت شرایط استثنایی و با نظر معاون بهداشتی استان می توان از پزشکی که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. بدیهی است که این امر برای پزشکان پیام آور و مشمول قانون طرح نیروی انسانی صدق نمی کند و حضور آنان در این برنامه در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان اجباری است. در زمان عدم حضور، نباید پولی به طرف قرارداد پرداخت گردد.

ماده ۲۶: بازای هر دو پزشک، باید یک ماما به کار گرفته شود. چنانچه براساس ماده ۲۵، تنها یک پزشک به مرکز بهداشتی درمانی تعلق گیرد، حداقل وجود یک ماما الزامی است. برای تعیین ماماهاى موردنیاز ابتدا تعداد ماماهاى استخدامى که امکان تامین آنها

برای مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی وجود دارد، مشخص می گردد و سپس، برای تامین سایر ماماهاى مورد نیاز، اقدام به جذب نیرو از طریق انعقاد قرارداد با آنها (براساس پیوست شماره ۹) **برای مراکز مربوط می شود.** **برای تکمیل نیروی ماما در مراکز تسهیلات زایمانی نمی توان از قرارداد پزشک خانواده استفاده کرد.**

تبصره ۳۷: در صورتیکه مرکز به بیش از یک ماما نیاز داشته باشد (مرکز با بیش از ۲ پزشک)، نفر اول باید حتماً ماما بکارگرفته شود. برای تعیین نفر دوم، می توان از بین پرستاران هم گزینش کرد.

تبصره ۳۸: در صورت فقدان ماما در منطقه و با هماهنگی اداره کل بیمه استان می توان از پرستار به جای ماما استفاده کرد بنحوی که ارائه خدمات مامایی متوقف نشود و موضوع کتباً به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان منعکس گردد.

تبصره ۳۹: در صورت جذب نیروی قراردادی ماما یا پرستار، کلیه خدمات مامایی، پرستاری، دارواری و سایر فعالیتهای مرتبط با امور تکنیکی بخش درمان باید توسط این افراد ارائه گردد (البته به شرط نبود بهیار و دارویار در مرکز). **در این صورت، قطعاً باید آموزش های لازم طی دوره های کوتاه مدت برای آنها در مرکز آموزش بهورزی اجرا شده و گواهی صادر گردد. فقط در این صورت است که این افراد می توانند تزریقات عضلانی را انجام دهند. البته تزریق برای اولین بار باید زیر نظر پزشک مرکز باشد و در دفعات بعد حتماً با نسخه انجام گیرد (نامه شماره ۳۰۸/۱۱۴۰۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ - پیوست شماره ۱۱).** تقسیم کار بین افراد به عهده پزشک مسوول مرکز است.

تبصره ۴۰: در مناطق محروم و در صورت نبود نیروی پرستار می توان بهیار را بکارگیری کرد.

تبصره ۴۱: در صورت وجود تسهیلات زایمانی فعال و وجود ماما در مرکز، می توان از پرستار به جای ماما در مرکز بهداشتی درمانی استفاده کرد.

تبصره ۴۲: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک ماما یا پرستار کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۴۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۴۳: در صورتی که ماما، علاوه بر ارائه خدمات مامایی و مراقبت های مادر و کودک، خدمات دارویی را هم ارائه دهد تا سقف ۷٪ کل حقوق وی به دستمزدش اضافه می شود (برحسب اینکه کل خدمات به عهده وی باشد یا فقط در دهگردشی این وظیفه را انجام دهد، متفاوت است). چنانچه خدمات پرستاری مثل تزریقات و پانسمان را هم به عهده داشته باشد **(به شرط وجود گواهی آموزش)**، تا ۳٪ دیگر هم به دستمزدش اضافه می شود. **توصیه می شود** تا حدامکان بویژه در مراکز پرجمعیت، نیروی دیگری بکارگیری شود تا ارائه خدمات مامایی با اشکال مواجه نگردد.

تبصره ۴۴: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت دارویی توسط مرکز و وجود داروخانه در مرکز بهداشتی درمانی و نبود دارویار، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۸۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) علاوه بر یک ماما، بهتراست یک پرستار نیز برای ارائه خدمات دارویی و پرستاری بکارگرفته شود. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات دارویی برنامه بیمه روستایی (۲۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد فروش دارو (۷۵٪) تامین کرد. در این شرایط، ماما عمدتاً به ارائه خدمات تخصصی مامایی و مراقبت های مادر و کودک و تنظیم خانواده می پردازد و به بهبود شاخصهای مربوطه کمک می کند. خاطرنشان می سازد همکاری بین ماما و سایر پرسنل واحد بهداشت خانواده مرکز ضرورت دارد.

تبصره ۴۵: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت آزمایشگاهی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی برای آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین آزمایشگاه دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۸۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه می توان برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات آزمایشگاهی برنامه بیمه روستایی (۳۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات آزمایشگاهی (۶۵٪) تامین کرد.

تبصره ۴۶ : باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت رادیولوژی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان رادیولوژی و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی مناسب برای رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین رادیولوژی دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۱۰۰۰۰ نفر رسید (حداقل دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان رادیولوژی می تواند برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات رادیولوژی برنامه بیمه روستایی (۴۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات رادیولوژی (۵۵٪) تامین کرد.

تبصره ۴۷ : محاسبه میزان حقوق تکنیسین دارویی، تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه یا رادیولوژی (تبصره های ۴۳ تا ۴۵) مشابه حقوق افراد پیمانی هم ردیف آنها خواهد بود و از محل اعتبار کارانه مرکز نیز به آنها سهمی براساس نتیجه پایش عملکرد تعلق می گیرد.

ماده ۲۷: در مورد روستاهای یک شهرستان که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند، ابتدا جمعیت روستاهای مذکور تعیین و پرسنل درمانی مورد نیاز برای ارائه خدمت به آن جمعیت - براساس توضیحات مواد پیشین - مشخص می گردد و درمورد استقرار این نیروها، در یک یا چند نقطه شهر براساس تعداد جمعیت و پراکندگی این روستاها در اطراف شهر تصمیم گیری می شود (محل استقرار تیم پزشک خانواده ترجیحا" باید جدا از پزشکان و پرسنل ارائه دهنده خدمت به جمعیت شهری باشد مگر اینکه شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در پوشش برنامه پزشک خانواده قرار داشته باشند). در صورتیکه ناچار به استقرار تیم پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی شهری باشیم، باید علاوه بر محاسبه دریافتی پزشک و سایر پرسنل بازای جمعیت روستایی، از محل کارانه و بازای جمعیت شهری تحت پوشش از محل درآمدهای مرکز تا حداکثر ۴۰٪ درآمد حاصل از کل ویزیت را باتوجه به ضریب عملکرد آنها حاصل پایش فصلی، به دریافتی افراد اضافه کرد (به عنوان مازاد کارانه). از این مقدار، حداقل ۲۰٪ به پزشک اختصاص داده شود. **این اقدام درمورد افراد غیرایرانی تحت پوشش مراکز مجری برنامه که دارای پرونده فعال هستند، نیز انجام می شود. زیرا این افراد در جمعیت تحت پوشش پزشک در فرمول محاسبه حقوق وارد نمی شوند و از آنجاکه بیمه نیستند باید کل تعرفه را پرداخت کنند، می توان از این روش به دستمزد افراد ارائه دهنده خدمت به آنها استفاده کرد.**

تبصره ۴۸ : در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزو قرارداد با بیمه نباشد، به هیچوجه نباید جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش این مرکز بین پرسنل مرکز تقسیم شود. باید همکاری کامل بین پرسنل برای ارائه خدمت به کل جمعیت برقرار باشد و **کارانه ۱۵ درصدی** براساس ضریب عملکرد کل پرسنل مرکز (غیر از افراد طرف قرارداد) بین همه آنها توزیع گردد. توجه داشته باشید که در چنین شرایطی بازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوریکه ناچار نباشیم به یک پزشک حدود ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت را بسپاریم.

ماده ۲۸: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین پزشک/پزشکان برای ارائه خدمات پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود پزشک از طریق قرارداد دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و پزشک داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد. چنانچه موفق به جذب پزشک نباشیم ولی ماما جذب شده باشد، حق الزحمه ماما باید از محل منابع برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین گردد و منتظر اعتبار بیمه خدمات درمانی نبود.

تبصره ۴۹ : حتما" یک نسخه از قرارداد باید به پزشک خانواده طرف قرارداد ارائه گردد.

ماده ۲۹: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین ماما، یا پرستار برای ارائه خدمات غیرتخصصی پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود این نیرو از طریق قراردادی دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و فرد داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد.

تبصره ۵۰: حتماً یک نسخه از قرارداد باید به ماما یا پرستار یا ... طرف قرارداد ارائه گردد.

ماده ۳۰: تامین فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (در صورت عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان با بیمه)، بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۳۱: در برنامه بیمه روستایی، پزشکانی که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهری (در صورت قرارداد برای شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر) می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد. دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستانها در ساعات غیراداری استفاده کند زیرا این افراد باید در مرکز محل تعهد خود کشیک دهند.

تبصره ۵۱: قبل از انعقاد قرارداد با پزشکان خانواده، از معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی درمورد داشتن مطب وی استعلام گردد.

تذکر: براساس بند ب ماده ۶۵ قانون پنجم توسعه "هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، بازخريد يا بازنشسته شده يا می شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که بنحوی از انجا از بودجه کل کشور استفاده می کند، ممنوع و همچنین، هرگونه پرداخت از هرمحل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازخريد توسط دستگاه های مذکور ممنوع است". بنابراین، فقط در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری، مذکور در ماده ۶۵ قانون پنجم توسعه انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح پزشک خانواده مجاز خواهد بود (براساس نامه شماره ۱۰۷/۲۳۶۶ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱ دفتر امورحقوقی وزارتخانه- پیوست شماره ۱۲).

تبصره ۵۲: چنانچه بیمه خدمات درمانی اقدام به عقد قرارداد با پزشک، بدون مشارکت مرکز بهداشت شهرستان نماید، مرکز بهداشت شهرستان هیچ وظیفه ای در قبال تامین فضای فیزیکی ارائه خدمت نخواهد داشت.

ماده ۳۲: پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه علوم پزشکی و حداقل ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه درهریک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته، (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غیراز زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید بروی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد)، از دریافتی آنها کسر می شود.

به عبارت دیگر، پزشکان خانواده سه نوع زمان کاری دارند: اول ساعت کار موظف که از شنبه تا چهارشنبه معادل ۸ ساعت کاری و برای پنجشنبه ها ۴ ساعت کاری است که بصورت یک یا دو نوبته بسته به تصمیم ستاد استان تعیین می گردد؛ دوم زمان بیتوته که شامل ساعات بعداز زمان کاری محسوب می شود (عمدتاً ساعات شب روزهای معمول که بصورت شیفت بندی برای پزشکان هر مرکز تعیین می شود)؛ و سوم روزهای تعطیل که پزشکان کل روز را بطور شیفت بندی در مرکز حضور خواهند داشت و موارد

مراجعه کننده را می پذیرند. چنانچه پزشکی در زمان بیتوته غیبت نماید، اعتبار درنظر گرفته شده برای بیتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر روز تعطیل را که باید شیفت دهد، غیبت کند یک سی ام کل حقوق وی بازای هر روز غیبت کسر می گردد.

تبصره ۵۳: پزشکان خانواده موظفند هر یک روز درمیان یا حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت، سرکشی و نظارت (دهگردشی) نمایند. این اقدام در تعیین ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. فقط درمورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، یا وقتی پزشک بیش از ۵ خانه بهداشت در پوشش خود دارد، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است. محل استقرار پزشک، خانه بهداشت خواهد بود و توصیه می شود یک میز و صندلی برای این کار در خانه بهداشت درنظر گرفته شود.

تبصره ۵۴: پزشکان خانواده موظفند ماهانه به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر زیرپوشش خانه های بهداشت تابعه سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند. این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

تبصره ۵۵: پزشکان خانواده موظفند هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری زیرپوشش مرکز محل خدمت خود، سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند (به شرط وجود راه برای عبور خودرو). این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

ماده ۳۳: ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری مندرج در ماده ۳۲، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی الزامی است. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، مسوولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسوول مرکز خواهد بود. چنانچه تنها یک پزشک در مرکز بهداشتی درمانی روستایی وجود داشته باشد، سه حالت احتمال دارد:

الف_ پزشک در مرکز بیتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جایگزین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، اداره کل بیمه استان مکلف به ارائه مهر وکد برای پزشک جانشین می باشد. مدت زمان استفاده از پزشک جایگزین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

ب_ پزشک به دلیل نبود امکانات بیتوته، در مرکز بیتوته نکند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که برای جمعیت روستایی تحت پوشش دو یا چند مرکز مجاور با شرایط مشابه، امکان دسترسی به خدمات را در محلی مناسب برای خدمات شیفت شب فراهم کند (تعیین مرکز بهداشتی درمانی معین یا مرجع).

پ_ مرکز بهداشت شهرستان پزشک مرکز دارای یک پزشک را با مرکز مجاور به طور نوبتی در کشیک شبانه قرار دهد و به مردم نیز اعلام کند که در شرایط اضطرار می توانند به مرکز دارای پزشک مراجعه کنند. در چنین شرایطی، نباید پزشک مزبور از مزایای مرکز تک پزشکه منتفع گردد.

تبصره ۵۶: درمورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند می توان موارد مراجعه در شیفت های شب را به یک مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در شهر -مرکز معین- یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد (به شرطی که فاصله کمتر از ۲۰ کیلومتر باشد) یعنی بیتوته حذف می شود و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد (نباید از پزشک خانواده مرکز برای خدمت در اورژانس بیمارستان استفاده شود).

ماده ۳۴: مرکز بهداشت استان و شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جایگزین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزشهای شغلی آنها اقدام کند. می توان از حالت های زیر به عنوان راه حل های مناسب برای مدیریت تامین نیروی جایگزین استفاده کرد:

☞ تنظیم برنامه زمان استفاده از مرخصی های استحقاقی و اخذ تقاضای بازخرید ۱۵ روز مرخصی استحقاقی در ابتدای انعقاد قرارداد

☞ تامین نیروهای جایگزین از بین نیروهای موجود (در مورد مراکز ۲ پزشک غیر زن و شوهر و بالاتر)

☞ رعایت ضوابط تامین پزشک و مامای جایگزین با انعقاد قرارداد با آنها

تبصره ۵۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جایگزین را در اسرع وقت به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اعلام کند.

ماده ۳۵: در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند.

تبصره ۵۸: درمورد مراکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان بگونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده خدمتی کرد. حق الزحمه این پزشکان در قالب اضافه کار، فوق العاده ماموریت یا فوق العاده ویژه برنامه پزشک خانواده (طبق بند ۳ ردیف ج) پرداخت می شود.

تبصره ۵۹: بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، می توان با یک پزشک به عنوان پزشک جایگزین قرارداد بست. اگر این رقم، کمتر از ۱ شد، یک نفر لحاظ می گردد. این پزشکان در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان را داشته باشند.

ماده ۳۶: در صورت قرارگرفتن مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مناطق شهری یا حاشیه شهرها و روستاهای نزدیک به شهر، که روستاییان در ساعات خارج از ساعت اداری به واحدهای ارائه دهنده خدمت در شهر مراجعه می کنند، به منظور تسهیل در دسترسی مردم و جلوگیری از هدر رفتن منابع، می توان برای این مراکز بسته به نظر کمیته اجرایی شهرستانی بیمه روستایی، بیتوته پزشک را حذف کرد و ارائه خدمت در ساعات غیر اداری را به مراکز اورژانس یا مراکز شبانه روزی موجود در شهر واگذار نمود.

تبصره ۶۰: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک می توان لزوم بیتوته پزشک را منتفی دانست. در این شرایط، حق بیتوته از دستمزد پزشک کسر می شود. چنانچه فاصله چنین مرکز بهداشتی درمانی بدون امکانات بیتوته تا نزدیکترین شهر محل اقامت پزشک، بیش از ۵۰ کیلومتر باشد که پزشک ناچار به تردد روزانه و مدام گردد، فقط تا یک دوم مبلغ بیتوته وی کسر می شود.

تبصره ۶۱: ضرورت دارد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی به منظور همکاری بیمارستان ها و مراکز اورژانس با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده ابلاغی صادر نماید. البته برای استفاده از خدمات پزشک عمومی در ساعات غیراداری کلیه هزینه ها به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۶۲: بیمارستان ها و اورژانس های همکار براساس دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از مراجعین روستایی دارای دفترچه بیمه روستایی و برگه ارجاع، مبلغ فرانشیز خدمات پزشکی و خدمات دارویی و پاراکلینیکی دریافت می کنند و لیست بیماران همراه هزینه مربوطه ماهانه به شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه می گردد. **البته توصیه می شود از یک مرکز بهداشتی درمانی در نزدیکترین محل تردد مردم به عنوان مرکز معین استفاده شود و همان پزشکان مراکز روستایی بصورت شیفت بندی در این مرکز بیتوته نمایند و به مردم برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری اطلاع رسانی گردد.**

ماده ۳۷: خدمات بهداشتی با مسوولیت کامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و بدون اضافه کردن نیروی درگیر در بخش بهداشت باید با کیفیت مناسب و با آخرین بسته خدمات بهداشتی ابلاغی ارائه گردد مگر اینکه بسته خدمتی جدید از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرا ابلاغ شود. در ضمن، پزشکان خانواده موظف هستند آمار مراجعین خود را براساس فرمت یکسان، روزانه ثبت کرده و ماهانه به واحد گسترش شبکه در مرکز بهداشت شهرستان گزارش کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از اطمینان از صحت اطلاعات، آن را به واحد گسترش شبکه در استان ارسال می دارد تا جمع بندی آنها به ستاد ملی **در مرکز مدیریت شبکه** اعلام گردد.

تبصره ۶۳: مرکز بهداشت شهرستان موظف به آموزش بسته های خدمت بهداشتی درمانی به پزشکان و ماماهاى طرف قرارداد و ابلاغ آن به آنها می باشد. ترجیحاً توصیه می شود از روش آموزش غیرحضوری استفاده شود. در ضمن، به محض انعقاد قرارداد با پزشک یا مامایی که بتازگی به سیستم سلامت وارد می شود باید دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای آنها برگزار گردد و گواهی مربوط به این دوره صادر شود.

تبصره ۶۴: فرمت های آماری مورد توافق وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی و دستور عمل تکمیل آن در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در پیوست شماره ۱۰ آمده است. جدول خاص مرکز بهداشتی درمانی، باید همراهه توسط تمامی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل شده و نتیجه آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان وظیفه دارد پس از اطمینان از صحت داده ها، آنها را در فرم مربوط به مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی کرده و به مرکز بهداشت استان ارسال دارد. مرکز بهداشت استان پس از اطمینان از صحت داده ها، ضمن ارسال یک نسخه از جدول ارسال شده از مراکز بهداشت شهرستان های تابعه به اداره بیمه استان، جمع بندی آنها را در فرم مخصوص مرکز بهداشت استان انجام داده و به مرکز مدیریت شبکه ارسال می دارد.

توجه: فرمت های آماری دیگری ازسوی مرکز مدیریت شبکه **در فایل Excel تهیه** شده است و برروی سایت Port.Health.gov.ir قرار دارد که ضروریست هر ۳ ماه یکبار بدون هیچگونه تغییری در ساختار فایل، تکمیل و ارسال گردد. همچنین، فرم های ثبت داده براساس عملکرد باید همانند پیوست شماره ۱۰ طراحی گردد و هر مورد مراجعه برحسب نوع خدمت دریافتی ثبت شود و مطابق دستورعمل گردش کار فرم ها تکمیل شده و هر ۳ ماه یکبار به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

ماده ۳۸: پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مسوولیت سلامت مردم تحت پوشش خود در سطح اول و مدیریت چگونگی ارائه کلیه خدمات بهداشتی و درمانی فنی، پیگیری فعال بیماران مزمن، و مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی را بر عهده دارند.

ماده ۳۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام دارویی مطابق لیست پیوست شماره ۶ در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی بطور مستقیم یا از طریق انعقاد قرارداد با بخش خصوصی (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۸) است.

تبصره ۶۵: در طول مدت هر ۳ تا ۶ ماه اجرای برنامه، تمامی اقلام دارویی مورد نیاز مردم با احتساب بار مراجعه به داروخانه، متوسط تعداد اقلام دارویی در هر نسخه و متوسط قیمت هر نسخه برآورد شده به مرکز مدیریت شبکه اعلام می گردد تا در صورت لزوم اقلام دارویی موردنیاز سطح اول بازنگری شوند. بنابراین، در طول اجرا باید آمار داروهای مصرفی و کمبودها ثبت گردد. به هر حال، آنچه اهمیت دارد دسترسی روستاییان به تمامی خدمات دارویی مورد نیاز در سطح اول است. همانطور که قبلاً نیز گفته شد باید تمامی اقلام دارویی قابل تجویز توسط پزشک خانواده (۲۷۰ قلم) در مرکز موجود باشد.

تبصره ۶۶: ارائه داروهای بهداشتی موجود در دارونامه خانه بهداشت همچنان رایگان می باشد. برای داروهایی که با ثبت در دفترچه بیمه روستاییان و عشایر و دارندگان دفترچه سایر سازمانهای بیمه گر و سایر صندوق های سازمان بیمه خدمات درمانی تجویز می شوند، ۳۰٪ فرانشیز از بیماران اخذ می گردد و در مورد داروهای تجویز شده برای افراد فاقد هرگونه دفترچه بیمه، باید هزینه کامل توسط بیمار پرداخت شود (مگر درمورد نوزادان که تا زمان صدور دفترچه آنها، می توان از دفترچه مادر نوزاد استفاده کرد).

تبصره ۶۷: اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" فقط زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام می شود، وجاهت قانونی دارد. در صورتیکه دارو در محل مرکز بهداشتی درمانی و توسط پرسنل داروخانه طرف قرارداد ارائه گردد فقط مبلغ ۱۵۰۰ ریال "هزینه نسخه پیچی" علاوه بر قیمت دارو از بیمار اخذ می شود. ارائه دارو در غیرساعات اداری مرکز و در زمان دهگردشی شامل حق فنی یا هزینه نسخه پیچی نمی شود.

تبصره ۶۸: براساس بخشنامه شماره ۷۱۹۴/د مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۴ معاونت غذا و دارو وقت، مبلغ تعرفه حق فنی برای نسخ کمتر از ۱۵۰۰۰ ریال معادل ۳۰۰۰ ریال و برای نسخ ۱۵۰۰۰ ریال و بالاتر معادل ۴۰۰۰ ریال می باشد که فقط در حضور داروساز قابل دریافت است.

تبصره ۶۹: چنانچه قیمت نسخه به بیش از ۵۰۰۰۰ ریال برسد، باید این نسخه ها در پایان همراه به مرکز بهداشت شهرستان برای بررسی ارسال گردد. در بررسی نسخ توسط ستاد اجرایی شهرستان، چنانچه قیمت نسخه بی جهت بالا باشد یا تعداد قابل توجهی از نسخه های یک پزشک ارقام بالا داشته باشند، **ضمن ارائه تذکر به پزشک**، در ضریب عملکرد آن پزشک تاثیر خواهد داشت.

تبصره ۷۰: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور باید از محل **اعتبارات جاری** دانشگاه علوم پزشکی تامین شده و براساس دستورعمل برنامه مزبور دراختیار مردم قرار داده شوند.

ماده ۴۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات آزمایشگاهی (مطابق پیوست شماره ۱۳) در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده خواهد بود این بدان معنا نیست که در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاه راه اندازی گردد بلکه، امکان خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش غیردولتی (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۱۴) یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین یا مرجع (باتوجه به دستورعمل پیوست شماره ۱۵) را باید در نظر گرفت.

تبصره ۷۱: در هر ۳ تا ۶ ماه اجرای برنامه، تمامی آزمایشات موردنیاز مردم با احتساب بار مراجعه به آزمایشگاه و رادیولوژی، متوسط تعداد خدمات مربوط در هر تجویز و متوسط قیمت هر تجویز برآورد شده و به ستاد ملی اعلام گردد تا در صورت لزوم موارد آزمایش موردنیاز سطح اول بازنگری شود. بنابراین، در طول اجرای برنامه باید آمار آزمایشات ثبت گردد. به هر حال، آنچه اهمیت دارد دسترسی روستاییان به تمامی خدمات آزمایشگاهی موردنیاز در سطح اول ارائه خدمات سلامتی است.

تبصره ۷۲: چنانچه خدمات پاراکلینیکی خاصی در برنامه های جاری نظام شبکه پیش بینی شده باشد که جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده نبود (مثل سونوگرافی رحم در برنامه مراقبت از مادران باردار)، پزشک می تواند آن موارد را در دفترچه بیمه روستایی نوشته و بیمار را به سطح دوم ارجاع دهد. (لیست موارد مجاز به ثبت در دفترچه بیمه روستایی بدون مراجعه به سطوح بالاتر در پیوست شماره ۱۳ آمده است).

تبصره ۷۳: پزشک خانواده می تواند در محدوده خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، سایر موارد آزمایشگاه و تصویربرداری که شامل بسته خدمتی سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی مجاز به درخواست آنها می باشد را در دفترچه بیمه تجویز نماید. هزینه این خدمات توسط سازمان بیمه پرداخت می شود.

ماده ۴۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین تمامی رادیوگرافی های ساده مرتبط با تروما و CX-Ray در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی می باشد (این بدان معنا نیست که در کلیه مراکز بهداشتی درمانی رادیولوژی

راه اندازی گردد بلکه امکان خرید خدمات رادیولوژی از بخش غیردولتی یا امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر را باید در نظر گرفت).

ماده ۴۲: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفت های شب در مرکز بهداشتی درمانی روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، **امنیت** و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/خدمتگذار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد. نیازی به بیتوته کردن ماما یا پرستار نمی باشد.

تبصره ۷۴: ماما، یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده و کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی موجود مرکز موظف هستند حتماً همسان با ساعات کار اداری پزشک در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند.

تبصره ۷۵: چنانچه فاصله مرکز بهداشتی درمانی تا شهر طوری باشد که امکان تردد هرروزه برای ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده میسر نگردد، لازم است مرکز بهداشت شهرستان در جهت تامین فضای زیست مناسب برای این افراد، همکاری و مساعدت نماید. در این موارد، می توان از همکاری و مشارکت مردم و شورای روستا نیز بهره گرفت.

ماده ۴۳: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کاردان های بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) و بهورزان تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط استان، الزامی است. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت حضور داشته باشد.

تبصره ۷۶: با وجود آنکه حضور سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی در ارائه بهتر خدمات بسیار موثر است ولی تصمیم گیری درمورد حضور آنها در یک شیفت ۸ ساعته یا طی دو شیفت صبح و عصر به عهده ستاد اجرایی استان و مسوولین دانشگاه علوم پزشکی مربوطه می باشد.

تبصره ۷۷: افرادی که در دو شیفت صبح و عصر در مرکز بهداشتی درمانی حضور نداشته باشند، در صورتیکه مرکز در دو شیفت فعالیت می کند، حق استفاده از سهم کارانه معادل آنانکه حضوری برابر فعالیت مرکز را دارند، نخواهند داشت. در چنین شرایطی می توان پس از نتیجه پایش ۳ ماهه مرکز و کسب ضریب عملکرد ۱، حداکثر معادل ۴۰٪ کارانه کارکنانی که در دو شیفت خدمت می دهند را به آنها پرداخت کرد. اگر همه کارکنان مرکز در ساعات مشابه، خدمت ارائه می دهند و تفاوتی در ساعات خدمت دهی آنها نیست، سهم سرانه براساس دستورعمل شیوه پرداخت و با نظر پزشک خانواده مرکز درمورد نحوه کارکرد هریک از آنها تعیین می شود.

ماده ۴۴: در اجرای برنامه پزشک خانواده در شرایط معمول، مانند دستورعمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار و روستاییان باید **خانه بهداشت** باشد و پس از اینکه بهورز خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در دستورعمل های اجرایی هر برنامه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد. (در صورت نبود برنامه مشخص در هر بیماری برای بهورز یا تحت شرایط اضطرار برحسب نظر بیمار، می توان مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کرد).

تبصره ۷۸: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت خانوار برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است. اولین ویزیت رایگان می باشد. فرم پوشه پرونده سلامت خانوار و فرم اولین ویزیت به همراه سایر فرم ها (ویزیت پزشک خانواده، ویزیت ارجاع به متخصص، ارجاع و جمع آوری داده ها به همراه دستورعمل آنها) در پیوست شماره ۱۶ آمده است. پزشک موظف است در طول اولین سال خدمت خود، تا ۸۰٪ اولین ویزیت را

برای جمعیت تحت پوشش (تا ۴۰۰۰ نفر) انجام دهد. چنانچه جمعیت تحت پوشش، ۶۰۰۰ نفر شد، این رقم تا ۵۵٪ برای سال اول خدمت پزشک قابل قبول است.

تبصره ۷۹: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، باز هم اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است.

تبصره ۸۰: در هنگام ویزیت دوره ای تمامی روستاییان توسط پزشک خانواده، ماما یا پرستار یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت یا مکان مناسب دیگری ویزیت کند. **حداقل هر ۳ سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش انجام شود.**

تبصره ۸۱: اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، دراختیار ماما یا پرستار همراه پزشک قرار می گیرد. فقط دراین حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۸۲: هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد.

ماده ۴۵: چنانچه کل جمعیت مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بیش از ۴۰۰۰ نفر باشد که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت به تساوی و با تفاهم بین پزشکان آن مرکز تقسیم شود و دقیقاً مشخص گردد که هر پزشک، مسوول کدام خانوارها است.

تبصره ۸۳: در زمان دهگردشی هر پزشک، کلیه بیماران آن پزشک باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

ماده ۴۶: میانگین ارقام دارویی تجویز شده در هر نسخه پزشک نبایستی در بررسیهای فصلی نسخ آن پزشک، بیشتر از ۲/۵ قلم باشد. افزایش ارقام متوسط دارویی سبب کم شدن ضریب عملکرد در پایش پزشک می شود.

تبصره ۸۴: چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، می توان این رقم را تا ۳ قلم دارو پذیرفت.

ماده ۴۷: میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایشات سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۱۰ درصد باشد.

ماده ۴۸: میانگین موارد ارجاع برای انجام خدمات رادیولوژی سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۴ درصد مراجعه کنندگان باشد. مواردی مثل سونوگرافی رحم که در برنامه جاری مراقبت مادران باردار آمده است ولی جزو خدمت رایج برنامه پزشک خانواده در سطح اول خدمات نیست، در محاسبه ۴٪ وارد نمی شوند.

ماده ۴۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و در صورت ضرورت، به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

ماده ۵۰: پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش بگیرند تا در شرایط فوریت‌های پزشکی که برای مراجعه کننده روستایی به واحد ارائه خدمت، پیش می آید، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.

ماده ۵۱: پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش بایستی مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.

ماده ۵۲: مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها باید بنابر فرمت قرارداد تعیین شده برای ارائه خدمات پزشکی و خدمات تخصصی غیرپزشکی (خدمات مامایی، پرستاری و خدمات دارویی و پاراکلینیکی) عقد قرارداد کنند که نمونه فرم قراردادهای مربوط و فرم های بکارگیری در پیوست های مختلف این دستورعمل آمده است.

توجه: پزشکی که در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی باجمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر (عمدتاً مراکز درجه یک)، بیتوته می کند، نیازی به ارائه خدمت در شیفت کاری روز بعد را ندارد. خاطرنشان می سازد این مراکز ۴ پزشکه هستند که روز بعد ۳ پزشک فعال هستند.

فصل ششم: مکانیسم پرداخت

مکانیسم پرداخت در تعیین رفتار ارائه کننده خدمت درضمن ارائه خدمات، نقش بسیار مهمی دارد. ازجمله اصلی ترین سوالات قابل طرح در استفاده از هر یک از مکانیسم های پرداخت عبارتنداز:

- ۱- ریسک مالی در این نوع مکانیسم پرداخت به عهده چه کسی خواهد بود؟
- ۲- این مکانیسم پرداخت بر پوشش خدمت چه تاثیری دارد؟
- ۳- این مکانیسم پرداخت بر کیفیت خدمت چه تاثیری دارد؟
- ۴- این مکانیسم پرداخت بر رضایت مردم چه تاثیری دارد؟
- ۵- این مکانیسم پرداخت بر هزینه خدمت چه تاثیری دارد؟

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

ماده ۵۳: در مکانیسم پرداخت پزشک، عناصر تاثیر گذار بر دریافتی پزشک عبارتنداز:

- ۱- **سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. عدد $1 = 1750000$ ریال و براساس جدول زیر در دامنه 1750000 ریال تا 12550000 ریال تغییر می کند. چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، مثلاً $1/13$ شد باید مبلغ $1/15$ را از $1/10$ کم کرده و بر ۵ تقسیم کرد و هرچه بدست آمد در ۳ ضرب کرده و با $1/10$ جمع نمود که 227000 تومان می شود.**

دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی- نسخه ۱۲

مبلغ ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه	مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک	مبلغ بازای هر ۰/۰۱ در متوسط ضرایب محرومیت (تومان)
۱/۰۰	۱۷۵۰۰۰ تومان	۴۰۰۰ تومان
۱/۰۵	۱۹۵۰۰۰	۴۰۰۰
۱/۱۰	۲۱۵۰۰۰	۴۰۰۰
۱/۱۵	۲۳۵۰۰۰	۶۰۰۰
۱/۲۰	۲۶۵۰۰۰	۵۰۰۰
۱/۲۵	۲۹۰۰۰۰	۷۰۰۰
۱/۳۰	۳۲۵۰۰۰	۷۰۰۰
۱/۳۵	۳۶۰۰۰۰	۸۰۰۰
۱/۴۰	۴۰۰۰۰۰	۸۰۰۰
۱/۴۵	۴۴۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۱/۵۰	۴۹۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۱/۵۵	۵۴۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۱/۶۰	۵۹۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۱/۶۵	۶۴۰۰۰۰	۱۲۰۰۰
۱/۷۰	۷۰۰۰۰۰	۱۴۰۰۰
۱/۷۵	۷۷۰۰۰۰	۱۵۰۰۰
۱/۸۰	۸۴۵۰۰۰	۱۷۰۰۰
۱/۸۵	۹۳۰۰۰۰	۱۸۰۰۰
۱/۹۰	۱۰۲۰۰۰۰	۲۲۰۰۰
۱/۹۵	۱۱۳۰۰۰۰	۲۵۰۰۰
۲/۰۰	۱۲۵۵۰۰۰	۲۵۰۰۰

۳- سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان پزشک خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال خدمت (برحسب تومان) براساس جدول زیر تعیین می شود:

میانگین ضریب محرومیت تعیین شده		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح کشور	
تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر
۱/۰۰	۶۰۰۰۰ تومان	۲۰۰۰۰	۴۵۰۰۰ تومان	۱۵۰۰۰	۳۰۰۰۰ تومان	۱۰۰۰۰	۱۵۰۰۰ تومان	۵۰۰۰	۵۰۰۰
۱/۰۵	۶۲۵۰۰	۲۱۰۰۰	۴۷۵۰۰	۱۶۰۰۰	۳۲۰۰۰	۱۰۵۰۰	۱۶۰۰۰	۵۲۵۰	۵۲۵۰
۱/۱۰	۶۵۰۰۰	۲۲۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۷۰۰۰	۳۴۰۰۰	۱۱۰۰۰	۱۷۰۰۰	۵۵۰۰	۵۵۰۰
۱/۱۵	۷۰۰۰۰	۲۳۵۰۰	۵۳۰۰۰	۱۸۰۰۰	۳۵۷۵۰	۱۱۷۵۰	۱۸۰۰۰	۵۷۵۰	۵۷۵۰
۱/۲۰	۷۵۰۰۰	۲۵۰۰۰	۵۶۰۰۰	۱۹۰۰۰	۳۷۵۰۰	۱۲۵۰۰	۱۹۰۰۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰
۱/۲۵	۷۹۵۰۰	۲۶۵۰۰	۵۹۰۰۰	۲۰۰۰۰	۳۹۷۵۰	۱۳۲۵۰	۲۰۰۰۰	۶۵۰۰	۶۵۰۰
۱/۳۰	۸۴۰۰۰	۲۸۰۰۰	۶۲۰۰۰	۲۱۰۰۰	۴۲۰۰۰	۱۴۰۰۰	۲۱۰۰۰	۷۰۰۰	۷۰۰۰
۱/۳۵	۸۸۵۰۰	۲۹۵۰۰	۶۵۷۵۰	۲۲۰۰۰	۴۴۲۵۰	۱۴۷۵۰	۲۲۰۰۰	۷۵۰۰	۷۵۰۰
۱/۴۰	۹۳۰۰۰	۳۱۰۰۰	۶۹۵۰۰	۲۳۰۰۰	۴۶۵۰۰	۱۵۵۰۰	۲۳۰۰۰	۸۰۰۰	۸۰۰۰
۱/۴۵	۹۶۵۰۰	۳۳۰۰۰	۷۳۲۵۰	۲۴۵۰۰	۴۹۰۰۰	۱۶۲۵۰	۲۴۵۰۰	۸۵۰۰	۸۵۰۰
۱/۵۰	۱۰۰۰۰۰	۳۵۰۰۰	۷۷۰۰۰	۲۶۰۰۰	۵۱۵۰۰	۱۷۰۰۰	۲۶۰۰۰	۹۰۰۰	۹۰۰۰
۱/۵۵	۱۰۹۰۰۰	۳۷۰۰۰	۸۲۵۰۰	۲۷۵۰۰	۵۵۲۵۰	۱۸۵۰۰	۲۸۰۰۰	۹۵۰۰	۹۵۰۰
۱/۶۰	۱۱۸۰۰۰	۳۹۰۰۰	۸۸۰۰۰	۲۹۰۰۰	۵۹۰۰۰	۲۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
۱/۶۵	۱۲۶۵۰۰	۴۲۰۰۰	۹۴۰۰۰	۳۱۰۰۰	۶۳۵۰۰	۲۱۵۰۰	۳۲۰۰۰	۱۰۵۰۰	۱۰۵۰۰
۱/۷۰	۱۳۵۰۰۰	۴۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۳۳۰۰۰	۶۸۰۰۰	۲۳۰۰۰	۳۴۰۰۰	۱۱۰۰۰	۱۱۰۰۰
۱/۷۵	۱۴۵۵۰۰	۴۸۵۰۰	۱۰۸۵۰۰	۳۶۰۰۰	۷۳۲۵۰	۲۴۵۰۰	۳۶۵۰۰	۱۲۰۰۰	۱۲۰۰۰
۱/۸۰	۱۵۶۰۰۰	۵۲۰۰۰	۱۱۷۰۰۰	۳۹۰۰۰	۷۸۵۰۰	۲۶۰۰۰	۳۹۰۰۰	۱۳۰۰۰	۱۳۰۰۰
۱/۸۵	۱۶۸۰۰۰	۵۶۰۰۰	۱۲۶۰۰۰	۴۲۰۰۰	۸۴۲۵۰	۲۸۰۰۰	۴۲۲۵۰	۱۴۰۰۰	۱۴۰۰۰
۱/۹۰	۱۸۰۰۰۰	۶۰۰۰۰	۱۳۵۰۰۰	۴۵۰۰۰	۹۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۴۵۵۰۰	۱۵۰۰۰	۱۵۰۰۰
۱/۹۵	۱۹۰۰۰۰	۶۲۵۰۰	۱۴۲۵۰۰	۴۷۵۰۰	۹۵۰۰۰	۳۱۵۰۰	۴۷۷۵۰	۱۶۰۰۰	۱۶۰۰۰
۲/۰۰	۲۰۰۰۰۰	۶۵۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۳۳۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۷۰۰۰	۱۷۰۰۰

خاطر نشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان پزشک خانواده ۷ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد و ۸ ماه در مرکز دیگری به نام حسن آباد همین شهرستان الف خدمت کرده است که ضریب محرومیت آنها ۱/۹۰ می باشد، بازای ۷ ماه خدمت در همین مرکز طرف قرارداد ۱۰۵۰۰۰ تومان (یعنی هفت دوازدهم ۱۸۰۰۰۰ تومان) بعلاوه ۹۰۰۰۰ تومان (یعنی هشت دوازدهم ۱۳۵۰۰۰ تومان) به عنوان سهم ماندگاری برای وی باید تعیین گردد (۱۹۵۰۰۰ تومان).

چنانچه پزشکی مدت ۳۰ ماه در همان مرکز علی آباد فعالیت داشته و در حال حاضر هم قرارداد برای همان مرکز منعقد می گردد باید ۵۴۰۰۰۰۰ تومان سهم ماندگاری به وی تعلق گیرد (هر ۱۲ ماه ۱۸۰۰۰۰ تومان).

چنانچه پزشکی در یک مرکز خاص با ضریب محرومیت ۲ به مدت ۷ سال بدون وقفه خدمت کرده باشد باید بازای هر سال تا ۶ سال ۲۰۰۰۰۰ تومان به حقوق وی اضافه شود و برای سال های ۶ و ۷ هریک ۶۵۰۰۰ تومان اضافه می شود که برای این گزینه ۱۱۳۰۰۰۰ تومان خواهدشد.

۴- تعداد شب بیتوته: بازای هر شب که پزشک در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بیتوته می کند، مبلغی درنظر گرفته می شود شامل: برای مراکز تک پزشکه ۱۳۰۰۰۰ ریال، برای مراکز دو پزشکه ۱۵۰۰۰۰ ریال، برای مراکز سه پزشکه و بالاتر ۱۸۰۰۰۰ ریال و برای مراکز شبانه روزی مصوب طرحهای گسترش شبکه مبلغ ۲۵۰۰۰۰ ریال. خاطرنشان می سازد که براساس دستورعمل، انجام بیتوته ضرورت دارد.

۵- جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، بخش و منطقه) مبلغ ۱۷۵۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم بین ۱۷۵ تا ۴۷۰ تومان متغیر است:

مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)	متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
۱۸۰ تومان	۱/۰۰
۱۸۵	۱/۰۵
۱۹۰	۱/۱۰
۲۰۰	۱/۱۵
۲۱۰	۱/۲۰
۲۲۰	۱/۲۵
۲۳۰	۱/۳۰
۲۴۰	۱/۳۵
۲۵۰	۱/۴۰
۲۶۵	۱/۴۵
۲۸۰	۱/۵۰
۲۹۵	۱/۵۵
۳۱۰	۱/۶۰
۳۲۵	۱/۶۵
۳۴۰	۱/۷۰
۳۶۰	۱/۷۵
۳۸۰	۱/۸۰
۴۰۰	۱/۸۵
۴۲۰	۱/۹۰
۴۴۵	۱/۹۵
۴۷۰	۲/۰۰

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

- تعداد خانه بهداشت تحت پوشش پزشک: بازای هر خانه بهداشت مبلغ ۳۰۰۰۰ ریال درنظر گرفته می شود.
- مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر: بازای هر کیلومتر در جاده آسفalte مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال درنظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۲۰۰۰ و ۲۵۰۰ ریال است).
- مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا روستای اصلی برحسب کیلومتر: بازای هر کیلومتر در جاده آسفalte مبلغ ۶۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۸۰۰۰ ریال درنظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۳۰۰۰ و ۴۰۰۰ ریال است).

- **مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر: بازای هر کیلومتر در جاده آسفالت مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.**
جمع گزینه های مربوط به سهم پراکندگی در فرمول لحاظ می شود.
- ۷- **دارندگان مدرک MPH: پزشکان خانواده ای که دارای مدرک MPH هستند معادل ۵۰۰۰۰۰ ریال ماهانه به حقوق آنها اضافه می شود.**
- ۸- **ضریب عملکرد: براساس چک لیست پایش مرکز که هر سه ماه یکبار باید انجام شود و شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد، ضریب عملکرد تعیین می شود (پیوست شماره ۱۷ محتوای چک لیست نظارتی خدمات پزشک به همراه دستورعمل آن می باشد). درچک لیست پایش، به تعداد سوالاتی که وجود دارد چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهد شد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. یعنی اگر نتیجه پایش پزشکی ۸۵٪ شد باید ۱۵٪ از حقوق کلی وی کسر گردد. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا باکسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.**
- همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به پزشک خانواده تاثیر می گذارد و فقط درمورد افرادی که مرکز بهداشت شهرستان، بیتوته برای آنها را الزامی نکرده است باید سهم تعداد شب بیتوته از تاثیر ضریب عملکرد محفوظ بماند.

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز تک پزشک با بیتوته:

ضریب عملکرد $\times$ {سهم پراکندگی + (K ریال $\times$ جمعیت) + امتیاز مدرک MPH + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت + { ۱۳۰۰۰۰ ریال $\times$ تعداد شب بیتوته}

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز دو پزشک با بیتوته:

ضریب عملکرد $\times$ {سهم پراکندگی + (K ریال $\times$ جمعیت) + امتیاز مدرک MPH + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت + { ۱۵۰۰۰۰ ریال $\times$ تعداد شب بیتوته}

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز سه پزشک و بالاتر با بیتوته:

ضریب عملکرد $\times$ {سهم پراکندگی + (K ریال $\times$ جمعیت) + امتیاز مدرک MPH + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت + { ۱۸۰۰۰۰ ریال $\times$ تعداد شب بیتوته}

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز شبانه روزی مصوب طرح با بیتوته:

ضریب عملکرد $\times$ {سهم پراکندگی + (K ریال $\times$ جمعیت) + امتیاز مدرک MPH + سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت + { ۲۵۰۰۰۰ ریال $\times$ تعداد شب بیتوته}

سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: از آنجاکه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در روزهای تعطیل هم باید ارائه خدمت دهند. البته حضور پزشک خانواده (به صورت بیتوته) کافیت. بنابراین، نسبت حضور عبارتست از: نسبت روزهایی که پزشک در محل خدمت خود (براساس شیفت تعیین شده) حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که پزشک غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از کل حقوق وی کسر می گردد.

این موضوع، شامل روزهای تعطیل که پزشک موظف به ارائه شیفت بود نیز می شود.

خاطر نشان می گردد مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، باید اولاً پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته بصورت شیفتی بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود و ثانیاً اگر حتی بیتوته برای شیفت شب نیاز نیست و مرکز نزدیکی هم وجود ندارد ولی باید روزهای تعطیل خدمت ارائه دهد. البته درمورد کسر نسبت حضور، گزینه تعداد شب بیتوته باید از فرمول کسر گردد و سپس، آنچه می ماند بر عدد ۳۰ تقسیم شود.

۳۰/ضریب عملکرد $\times$ {سهم پراکندگی + (K ریال $\times$ جمعیت) + سنوات + سهم محرومیت

حضور در شیفت یا بیتوته: تعداد شب هایی که پزشک به عنوان شیفت یا بیتوته ای که در وظیفه یا نوبت وی قرار گرفته است، چنانچه برسر نوبت بیتوته خود حاضر نشود، مبلغ بیتوته آن شب از دریافتی وی کسر می گردد (براساس بند ۳ ماده ۵۲ این دستورعمل).

حضور در هر شیفت کاری: چنانچه پزشک در هریک از شیفت های دو نوبته کار روزانه خود غیبت غیرموجه کرد (غیر از مرخصی و شرکت در آموزش) ۳۵٪ کل حقوق روزانه وی بازای هر شیفت غیبت روزانه از حقوق وی کسر می گردد.

دامنه نوسان دستمزد پزشک خانواده برای جمعیت تحت پوشش ۴۰۰۰ نفری با کمترین ضرایب محرومیت (۱)، مسافت و پراکندگی و با ضریب عملکرد ۱ و به شرط حضور و بیتوته کامل (۱۵ شب در ماه یعنی مرکز ۲ پزشک یا ۱ پزشک شیفت بندی شده)، و فرض یک سال ماندگاری در آن مرکز و البته بدون هیچ سهم پراکندگی، رقمی حدود ۱۲۰۰۰۰۰ تومان می شود. همین رقم در بالاترین ضرایب (۲) و عملکرد ۱/۰ برحسب شرایط محرومیت منطقه و حداقل یک سال ماندگاری در همان مرکز با فرض

۱۵ شب بیتوته و بدون سهم پراکندگی برای همان ۴۰۰۰ نفر حداقل تا بیش از ۳۵۳۰۰۰۰ تومان می شود. البته بازای جمعیت حداقل یعنی ۲۵۰۰ نفر با کمترین ضرایب و ضریب عملکرد ۱ به شرط حضور و بیتوته کامل رقمی حدود ۸۸۰۰۰۰ تومان می شود. چنانچه دانشگاهی در منطقه برخوردار به دلیل پایین بودن حقوق پزشک، امکان جذب را نداشت می تواند با مصوبه هیات ریسه دانشگاه و طرح موضوع در ستاد اجرایی استان تا ۲۰٪ حقوق را از محل اعتبارات دانشگاه یا کمک گرفتن از بیمه استان، افزایش دهد.

تبصره ۸۵: چنانچه با محاسبات انجام شده حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده با حداقل ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۱۲۰۰۰۰۰ تومان در ماه شد باید حقوق وی را به ۱۲۰۰۰۰۰ تومان در ماه افزایش داد.

تبصره ۸۶: شرایط فوق درمورد پزشکان طرحی و پیام آور هم صادق است.

تبصره ۸۷: در صورتیکه عملکرد پزشک خانواده ای در پایش سه ماهه بالاتر از ۹۰٪ شود، بازای هر درصد اضافه باید ۲٪ کل دریافتی به عنوان پاداش ماهانه برای وی در نظر گرفت.

تبصره ۸۸: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، برای محاسبه حقوق هر پزشک باید تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش آن پزشک در نظر گرفته شود. 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 ۸۹: در صورتیکه پزشک بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازای هر روز غیبت به میزان ۲/۵ روز از کل دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

تبصره ۹۰: چنانچه ضریب عملکرد پزشکی طی دو دوره پشت سرهم پایش عملکرد، ۷۵/۰ بدست آید، در هر بار اخطار کتبی داده می شود و قرارداد وی لغو می گردد.

ماده ۵۴: برای مراکزی که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل را تعطیل کرد. البته مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، بین این مرکز و نزدیکترین مرکز قابل دسترس مردم، (با حداکثر نیم ساعت فاصله زمانی دسترسی با خودرو)، یکی را برای ارائه خدمت در روزهای جمعه و تعطیل به مردم تحت پوشش این مراکز به عنوان کشیک قرار دهد. درضمن، لازم است نام، محل و نشانی مرکز کشیک بنحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز دارای یک پزشک نیز بصورت شیفت بندی شده باید در این مرکز کشیک دهند و نباید بابت روزهایی که کشیک برای آنها در نظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.

ماده ۵۵: حق الزحمه پزشکان قراردادی به عنوان پزشک جایگزین معادل متوسط حق الزحمه پزشکان شهرستان یا شهرستانهای محل مأموریت پزشک جایگزین مزبور می باشد. بازای هر روز مأموریت پزشک در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به عنوان جایگزین به شرط وجود شرایط حق مأموریت از نظر فاصله مکانی و بیتوته، ۷۰٪ کل حقوق روزانه وی به مبلغ قرارداد اضافه می شود.

ماده ۵۶: پزشکان خانواده ۲/۵ روز در ماه مرخصی استحقاقی دارند (۳۰ روز در سال). ولی بطور متوالی نمی توان بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کرد. هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد و فقط اگر زمان مرخصی، با بیتوته پزشک همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود. برای بازخرید مرخصی مانده (فقط تا ۱۵ روز) مبنای محاسبه کل مبلغ قرارداد پزشک منهای مبلغ مربوط به بیتوته وی می باشد (نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ - پیوست شماره ۷).

تبصره ۹۱: در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصر "حقوق روزانه براساس اصل حقوق به فرد پرداخت می گردد و کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی

می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۳ اقدام مختلف انجام داد:

- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز بهداشتی درمانی تابعه خود که نیاز دارد به کار بگمارد.
- در صورتیکه نیازی به وی بعد از بازگشت از مرخصی استعلاجی نبود، با حداقل حقوق می تواند در همان مرکز محل خدمت خود تا پایان مدت قرارداد به خدمت ادامه دهد.
- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وی رضایت حاصل است، در زمان مرخصی وی با فرد جایگزین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصی استعلاجی فرد) تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

ماده ۵۷: از پول پزشکان قراردادی حدود ۸۰٪ هر ماهه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت می شود. قابل توجه است که سهم نتیجه پایش عملکرد هر ۳ ماه یکبار، ۳۰٪ است.

ماده ۵۸: پزشکان استخدامی هرماه، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق خود (براساس حکم حقوقی) را پس از کسورات قانونی آن تا حدود ۸۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت دریافت می کنند و ۳۰٪ (یعنی ۲۰٪ باقیمانده و ۱۰٪ از آنچه دریافت کرده اند) را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

ماده ۵۹: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی برابر زمان آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد به وی پرداخت کند. مثلاً اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل **۱۵ روز کامل (براساس قانون مدیریت خدمات کشوری)** باید دریافت کند.

تبصره ۹۲: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

ماده ۶۰: پزشکان، ماماها، و پرستاران طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

ماده ۶۱: در مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار، عناصر تاثیرگذار بر دریافتی آنها همانند آنچه درمورد پزشک گفته شد، شامل موارد زیر است:

۱- سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان و شهرستان و بخش و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. برای کارشناسان عدد ۱=۱۱۰۰۰۰۰ ریال و برای کاردان ها رقم ۱۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد. برطبق جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای کارشناسان از ۱۱۰۰۰۰ تومان تا ۴۰۰۰۰۰ تومان و برای کاردان ها از ۱۰۰۰۰۰ تا ۳۶۰۰۰۰ تومان متغیر است.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت درمورد:		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
ماما یا پرستار کاردان	ماما یا پرستار کارشناس	
۱۰۰۰۰۰ تومان	۱۱۰۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۱۰۵۰۰۰	۱۱۵۰۰۰	۱/۰۵
۱۱۵۰۰۰	۱۲۲۰۰۰	۱/۱۰
۱۲۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰	۱/۱۵
۱۲۸۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۱/۲۰
۱۳۵۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۱/۲۵
۱۴۵۰۰۰	۱۶۰۰۰۰	۱/۳۰
۱۵۵۰۰۰	۱۷۲۰۰۰	۱/۳۵
۱۶۷۰۰۰	۱۸۳۰۰۰	۱/۴۰
۱۷۸۰۰۰	۱۹۵۰۰۰	۱/۴۵
۱۹۰۰۰۰	۲۱۰۰۰۰	۱/۵۰
۲۰۵۰۰۰	۲۲۴۰۰۰	۱/۵۵
۲۲۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰	۱/۶۰
۲۳۵۰۰۰	۲۵۵۰۰۰	۱/۶۵
۲۳۵۰۰۰	۲۷۴۰۰۰	۱/۷۰
۲۶۰۰۰۰	۲۹۰۰۰۰	۱/۷۵
۲۸۰۰۰۰	۳۱۰۰۰۰	۱/۸۰
۳۰۰۰۰۰	۳۲۵۰۰۰	۱/۸۵
۳۲۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰	۱/۹۰
۳۴۰۰۰۰	۳۷۵۰۰۰	۱/۹۵
۳۶۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰	۲/۰۰

۷- سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان مامای تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال خدمت (برحسب تومان) تعیین می شود:

میانگین ضریب محرومیت تعیین شده		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح کشور	
تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر
۱/۰۰	۲۴۰۰۰ تومان	۸۰۰۰	۱۲۰۰۰ تومان	۴۰۰۰	۹۵۰۰ تومان	۳۲۰۰	۶۰۰۰ تومان	۲۰۰۰	
۱/۰۵	۲۵۰۰۰	۸۲۵۰	۱۲۵۰۰	۴۱۵۰	۱۰۰۰۰	۳۳۵۰	۶۲۵۰	۲۱۰۰	
۱/۱۰	۲۶۰۰۰	۸۵۰۰	۱۳۰۰۰	۴۳۰۰	۱۰۵۰۰	۳۵۰۰	۶۵۰۰	۲۲۰۰	
۱/۱۵	۲۷۵۰۰	۹۰۰۰	۱۳۷۵۰	۴۵۵۰	۱۱۰۰۰	۳۶۵۰	۷۰۰۰	۲۳۵۰	
۱/۲۰	۲۹۰۰۰	۹۵۰۰	۱۴۵۰۰	۴۸۰۰	۱۱۵۰۰	۳۸۰۰	۷۵۰۰	۲۵۰۰	
۱/۲۵	۳۰۵۰۰	۹۷۵۰	۱۵۲۵۰	۵۰۰۰	۱۲۲۵۰	۴۰۰۰	۷۸۵۰	۲۶۰۰	
۱/۳۰	۳۲۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱۶۰۰۰	۵۳۰۰	۱۳۰۰۰	۴۳۰۰	۸۲۰۰	۲۷۰۰	
۱/۳۵	۳۳۵۰۰	۱۰۷۵۰	۱۶۷۵۰	۵۵۵۰	۱۳۷۵۰	۴۵۵۰	۸۶۰۰	۲۸۵۰	
۱/۴۰	۳۵۰۰۰	۱۱۵۰۰	۱۷۵۰۰	۵۸۰۰	۱۴۵۰۰	۴۸۰۰	۹۰۰۰	۳۰۰۰	
۱/۴۵	۳۷۵۰۰	۱۲۲۵۰	۱۸۵۰۰	۶۱۵۰	۱۵۲۵۰	۵۰۰۰	۹۵۰۰	۳۱۵۰	
۱/۵۰	۳۹۰۰۰	۱۳۰۰۰	۱۹۵۰۰	۶۵۰۰	۱۶۰۰۰	۵۳۰۰	۱۰۰۰۰	۳۳۰۰	
۱/۵۵	۴۱۰۰۰	۱۳۷۵۰	۲۰۲۵۰	۶۷۵۰	۱۶۷۵۰	۵۵۵۰	۱۰۵۰۰	۳۵۰۰	
۱/۶۰	۴۳۰۰۰	۱۴۵۰۰	۲۱۰۰۰	۷۰۰۰	۱۷۵۰۰	۵۸۰۰	۱۱۰۰۰	۳۷۰۰	
۱/۶۵	۴۵۰۰۰	۱۵۲۵۰	۲۲۰۰۰	۷۳۰۰	۱۸۲۵۰	۶۰۰۰	۱۱۵۰۰	۳۸۵۰	
۱/۷۰	۴۷۰۰۰	۱۶۰۰۰	۲۳۰۰۰	۷۶۰۰	۱۹۰۰۰	۶۳۰۰	۱۲۰۰۰	۴۰۰۰	
۱/۷۵	۴۹۵۰۰	۱۶۷۵۰	۲۴۵۰۰	۸۱۵۰	۲۰۰۰۰	۶۶۵۰	۱۲۵۰۰	۴۱۵۰	
۱/۸۰	۵۲۰۰۰	۱۷۵۰۰	۲۶۰۰۰	۸۷۰۰	۲۱۰۰۰	۷۰۰۰	۱۳۰۰۰	۴۳۰۰	
۱/۸۵	۵۴۵۰۰	۱۸۲۵۰	۲۷۰۰۰	۹۰۰۰	۲۲۰۰۰	۷۳۵۰	۱۳۷۵۰	۴۶۰۰	
۱/۹۰	۵۷۰۰۰	۱۹۰۰۰	۲۸۰۰۰	۹۳۰۰	۲۳۰۰۰	۷۷۰۰	۱۴۵۰۰	۴۹۰۰	
۱/۹۵	۵۸۵۰۰	۱۹۵۰۰	۲۹۰۰۰	۹۶۵۰	۲۳۷۵۰	۸۰۰۰	۱۵۲۵۰	۵۱۰۰	
۲/۰۰	۶۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۲۴۵۰۰	۸۲۰۰	۱۶۰۰۰	۵۳۰۰	

خاطر نشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف با ضریب محرومیت ۱/۵ بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان مامای تیم سلامت ۱۲ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف و ۸ ماه در مرکز بهداشتی درمانی حسن آباد همین شهرستان خدمت کرده باشد. برای محاسبه ضریب ماندگاری بازای ۱۲ ماه خدمت در همین مرکز مبلغ ۳۹۰۰۰ تومان و بازای ۸ ماه خدمت در مرکز دیگری در همین شهرستان مبلغ ۱۳۰۰۰ تومان و در کل ۵۲۰۰۰ تومان به عنوان ضریب ماندگاری وی تعیین می گردد.

همانطور که در جدول آمده است برای افرادی که ۶سال و بالاتر خدمت دارند بازای هر سال خدمت آنها برحسب محل موردنظر، مبلغ دیگری که در جدول مشاهده می شود، به حقوق فرد اضافه می گردد.

- ۸- جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، بخش و منطقه) برای مامای کارشناس مبلغ ۴۰۰ ریال و برای مامای کاردان مبلغ ۳۵۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای مامای کارشناس بین ۴۰ تا ۵۷ تومان و برای مامای کاردان بین ۳۵ تا ۵۲ تومان متغیر است:

مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، بخش و منطقه
برای کارشناس	برای کارداران	
۴۰ تومان	۳۵ تومان	۱/۰۰
۴۱	۳۶	۱/۰۵
۴۲	۳۷	۱/۱۰
۴۳	۳۸	۱/۱۵
۴۴	۳۹	۱/۲۰
۴۵	۴۰	۱/۲۵
۴۶	۴۱	۱/۳۰
۴۷	۴۲	۱/۳۵
۴۸	۴۳	۱/۴۰
۴۹	۴۴	۱/۴۵
۵۰	۴۵	۱/۵۰
۵۰	۴۵	۱/۵۵
۵۱	۴۶	۱/۶۰
۵۱	۴۶	۱/۶۵
۵۲	۴۷	۱/۷۰
۵۲	۴۷	۱/۷۵
۵۳	۴۸	۱/۸۰
۵۴	۴۹	۱/۸۵
۵۵	۵۰	۱/۹۰
۵۶	۵۱	۱/۹۵
۵۷	۵۲	۲/۰۰

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

- تعداد خانه بهداشت تحت پوشش پزشک: بازای هر خانه بهداشت مبلغ ۱۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.
- مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر: براساس حرکت ماما همراه پزشک و تعداد سفر وی برای دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفalte مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۲۰۰۰ و ۲۵۰۰ ریال است).
- مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا روستای اصلی برحسب کیلومتر: براساس حرکت ماما و تعداد سفر وی برای دهگردشی به روستاهای قمر تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفalte مبلغ ۶۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۸۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۳۰۰۰ و ۴۰۰۰ ریال است).

- **مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر؛** براساس حرکت ماما و تعداد سفر وی برای دهگردشی به روستاهای سیاری تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفalte مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال درنظر گرفته می شود.

جمع گزینه های مربوط به سهم پراکندگی در فرمول لحاظ می شود.

۳- ضریب عملکرد: براساس چک لیست پایش مرکز که هر سه ماه یکبار باید انجام شود و شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد، ضریب عملکرد تعیین می شود (پیوست شماره ۱۸ شامل چک لیست سنجش عملکرد ماما یا پرستار به همراه راهنمای آن می باشد). در چک لیست پایش، به تعداد سوالاتی که وجود دارد چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ درنظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهد شد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا باکسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

۴- ارائه خدمات اضافی: چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران، کودکان و زنان و همیاری پزشک به انجام وظایفی چون دارویاری و تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد بازای خدمت دارویاری تا ۷٪ دریافتی وی (برحسب اینکه تمام خدمت را انجام می دهد یا فقط بخشی از آن را فقط در دهگردشی و ساعات غیراداری) و تا ۳٪ برای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و...) ماهانه به دریافتی وی اضافه می شود. **ضرورت دارد این نکته در زمان انعقاد قرارداد در انتهای قرارداد ذکر شده تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبهه ای برای وی درمورد انجام خدمات اضافی پیش نیاید.**

همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به ماما یا پرستار تاثیر می گذارد.

فرمول مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار:

فرمول محاسبه کارشناس:

ضریب عملکرد × {ارائه خدمات اضافی + سهم پراکندگی + (K ریال × جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

فرمول محاسبه کاردان:

ضریب عملکرد × {ارائه خدمات اضافی + سهم پراکندگی + (K ریال × جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت}

دامنه این مقدار برای ماما یا پرستار کارشناس با جمعیت ۸۰۰۰ نفری تحت پوشش و کمترین مقادیر ضرایب مختلف موجود در فرمول و حضور دائم برای خدمت رسانی **بیش از ۴۵۰۰۰۰ تومان** و در بالاترین ضرایب، **بیش از ۹۱۶۰۰۰ تومان** است (البته بدون درنظر گرفتن سهم پراکندگی و ارائه خدمات اضافی و فقط با یک سال سهم ماندگاری در همان مرکز). دامنه تغییر این پرداختها

برای مامای کاردان بترتیب ۳۸۸۰۰۰ تومان و ۸۳۶۰۰۰ تومان می باشد (البته بدون درنظر گرفتن سهم پراکندگی و ارائه خدمات اضافی و فقط با یک سال سهم ماندگاری در همان مرکز). همه محاسبات با ضریب عملکرد=۱ فرض شده است.

در هر صورت، چنانچه براساس فرمول محاسباتی حقوق ماما از آنچه در تفاهم نامه آمده است، کمتر شد باید حداقل تعیین شده در تفاهم نامه به شرط جمعیت تحت پوشش ۸۰۰۰ نفر به وی پرداخت گردد.

سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: نسبت روزهایی که ماما یا پرستار در محل خدمت خود حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که ماما یا پرستار غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از حقوق وی کسر می گردد.

نسبت حضور = $\frac{۳۰}{\text{روزهایی که بطور کامل ماما یا پرستار حضور داشته است}}$

حضور در هر شیفت کاری: چنانچه ماما یا پرستار در هریک از شیفت های دو نوبته کار روزانه خود غیبت غیرموجه کرد (غیر از مرخصی و شرکت در آموزش) ۳۵٪ کل حقوق روزانه وی بازای هر شیفت غیبت روزانه از حقوق وی کسر می گردد.

تبصره ۹۳: روزهای جمعه و تعطیل در صورت کسر اضافه می شود.

تبصره ۹۴: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار در یک مرکز بهداشتی درمانی (براساس ماده ۶۱)، کمتر از حقوق فعلی ماما یا پرستار موجود در آن مرکز (درمورد افراد رسمی، پیمانی یا طرحی) یا حقوق تعیین شده معادل فرد پیمانی همتراز وی در قرارداد باشد، فرد حقوق تعیین شده خود را دریافت کرده و از محل ۱۵٪ کارانه پرسنل آن مرکز، به وی نیز کارانه پرداخت می شود.

تبصره ۹۵: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار طرف قرارداد در یک مرکز بهداشتی درمانی (براساس ماده ۶۱)، کمتر از حداقل دریافتی تعیین شده برای وی طبق قانون باشد، فرد حقوق خود را براساس فرمول دریافت کرده و مابه التفاوت تا حداقل دریافتی از محل درآمدهای اختصاصی این برنامه، به وی پرداخت می شود.

تبصره ۹۶: درمورد تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک ماما یا پرستار دارد، برای محاسبه حقوق هر کدام، باید تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش برای همان ماما یا پرستار درنظر گرفته شود. مثلاً اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت دارد و دارای ۲ ماما یا پرستار است برای هریک، ۳ خانه بهداشت درنظر گرفته می شود.

تبصره ۹۷: چنانچه با محاسبات انجام شده حقوق ماما یا پرستار با حداقل ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۴۹۰۰۰۰ تومان در ماه شد باید دریافتی وی را به ۴۹۰۰۰۰ تومان در ماه افزایش داد.

ماده ۶۲: معادل ۸۰٪ پول ماماها یا پرستاران قراردادی - در صورتیکه مبلغ محاسبه شده براساس فرمول ماده ۶۲ بیش از حقوق آنها باشد- (پس از کسر کسورات قانونی) هر ماهه پرداخت شده و ۳۰٪ (یعنی ۲۰٪ باقیمانده و ۱۰٪ از آنچه دریافت کرده اند) را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

تبصره ۹۸: در صورتیکه فرد بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازای هر روز غیبت به میزان ۱/۵ روز از دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

ماده ۶۳: ماماها یا پرستاران استخدامی هرماه، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق تا حدود ۸۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت را دریافت می کنند و ۲۰٪ باقی مانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد (پس از کسر کسورات قانونی) قابل پرداخت است.

ماده ۶۴: حق الزحمه ماماهاى قراردادی به عنوان مامای جایگزین معادل متوسط حق الزحمه ماماهاى شهرستان یا شهرستانهای محل ماموریت مامای جایگزین مزبور می باشد. بازای هر روز ماموریت ماما در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به عنوان جایگزین، ۷۰٪ کل حقوق روزانه وی به مبلغ قرارداد اضافه می شود.

ماده ۶۵: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد مبلغ آن ۱۵ روز رابه وی پرداخت کند. مثلاً " اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل ۱۵ روز کامل باید دریافت کند.

فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل در سطوح: مرکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان، و مرکز بهداشت استان از منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده، دو مورد از مهمترین اهرم های کنترل عبارتند از:

- گردش مالی اعتبارات و سهم هریک از سطوح و حیطه های ارائه خدمات از آن
- مکانیسم پرداخت به پرسنل درگیر در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی.

این اهرم های کنترل نیازمند شفاف سازی است به گونه ای که بدون ایجاد این شفافیت، نمی توان پیاده سازی برنامه پزشک خانواده را به شکلی کامل و جامع انتظار داشت. در این فصل از دستورعمل سعی شده است تا با استفاده از نظرات کارشناسی همکاران ستادی و محیطی، به کلیه جنبه های اصلی مکانیسم پرداخت و گردش مالی پرداخته شود.

منابع تامین مالی و محل تجمع این منابع

ماده ۶۶: براساس مصوبات هیاتهای امناء دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴، درآمد بیمه روستایی از شمول کلیه مقررات درآمدهای دانشگاه خارج، و تابع این دستورعمل خواهد بود.

مصوبه هیات امناء:

نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹ مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه بیمه روستایی دانشگاه های علوم پزشکی مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته برنامه بیمه روستایی، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهای بیمه و یا سایر درآمدهای ناشی از بیمه روستایی را منحصرآ در چهارچوب دستورعملهای ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل بیمه روستایی و پزشک خانواده صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و دراین راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد:

- پرداخت کارانه به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی) در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی و غیرپزشکی موردنیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز.

ماده ۶۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی (منابع اعلام شده در فصل اول این دستورعمل - صفحه ۸) واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

ماده ۶۸: اداره بیمه استان موظف است تا قبل از بیستم همراه، حداقل ۸۰٪ از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را مستقیماً به حساب بانک طرف حساب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی (درآمد غیرقابل برداشت خزانه) واریز نماید و به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی رونوشت کند.

ماده ۶۹: معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد استان، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید.

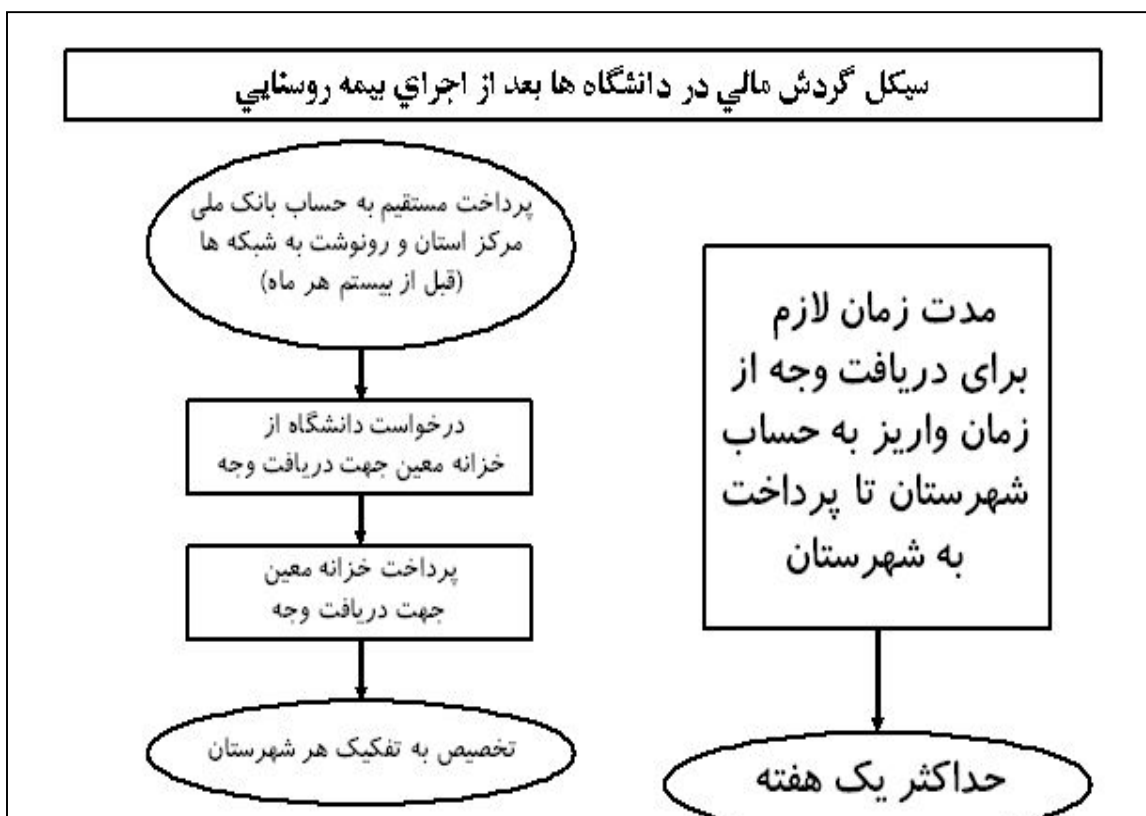
ماده ۷۰: معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه برساند تا معاون بهداشتی نیز مستند به حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح ملی، استانی، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما، پرستار و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل پرداخت کارانه (متمم دستورعمل نسخه ۱۲)، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نموده و منابع اعتباری را براساس این دستور خرج میان شهرستان ها توزیع نماید.

ماده ۷۱: معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را هر ماه یکبار با دستور خرجی که معاون بهداشتی دانشگاه در اختیار وی قرار می دهد، میان شهرستان های تابعه توزیع نماید.

ماده ۷۲: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تخصیصی هر ماهه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نماید.

ماده ۷۳: مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه به تائید معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

ماده ۷۴: معاون پشتیبانی دانشگاه و مدیریت امور مالی نایستی اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستانهای تابعه بپذیرند.



ماده ۷۵: براساس مصوبه هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی، منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از شمول ۵٪ درآمدهای دراختیار ریاست دانشگاه خارج و وجوه آن مطابق آنچه در دستورعمل نحوه پرداخت کارانه پرسنل (متمم نسخه ۱۲) آمده است، هزینه می شود.

ماده ۷۶: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستانهای تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه به مرکز مدیریت شبکه ارسال نماید.

استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

ماده ۷۷: معاون بهداشتی دانشگاه موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج سه ماهه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون پشتیبانی دانشگاه ارائه دهد و معاون پشتیبانی نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

ماده ۷۸: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از باقی مانده اعتبارات تخصیصی، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهای منعقدۀ را براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسانده شود.

ماده ۷۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از باقی مانده اعتبارات تخصیصی، هزینه های مربوط به ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی را در صورت ارائه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

ماده ۸۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهای اختصاصی برنامه موضوع منابع مالی تعیین شده در این دستورعمل (غیر از بند ۱ صفحه ۸)، هزینه های مربوط به تامین فضای زیست یا بیتوته پزشک و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

ماده ۸۱: مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل صرفه جویی در اعتبارات تخصیصی به منظور پرداخت کارانه پرسنل محیطی و ستادی مرکز بهداشت شهرستان، بهبود استاندارد و خرید مواد مصرفی مورد نیاز مرکز تا سقف اعتبارات صرفه جویی شده، هزینه کند و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی استان ارائه دهد. بدیهی است پرسنلی که حداقل درصد عملکرد را کسب کرده باشند، نمی توانند از این اضافه کارانه بهره مند گردند.

تبصره ۹۹: چنانچه پزشک خانواده یا مامای تیم سلامت کمتر از ۳ ماه به قرارداد خود پایبند باشد و محل خدمت را ترک کند، سهم حاصل از نتیجه پایش عملکرد (۳۰٪) به وی تعلق نمی گیرد.

ماده ۸۲: مسوولیت حسن اجرای دستورعمل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به عهده معاونین بهداشتی، پشتیبانی و به طریق اولی به عهده رئیس دانشگاه خواهد بود.

فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر

ماده ۸۳: در این بخش از خدمات، هیچ تغییری در نظام مالی و مکانیسم پرداخت ایجاد نخواهد شد.
تبصره ۱۰۰: در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه خدمات درمانی متعاقباً اعلام می شود.

ماده ۸۴: در صورت عقد قرارداد بین بیمه با بیمارستان/ بیمارستان های شبکه، بیمارستان/ بیمارستان ها باید موظف به ایجاد پلی کلینیک های تخصصی شوند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمت ارائه دهند.

ماده ۸۵: مرکز بهداشت یا مدیر شبکه شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به کمیته استانی بهر اعلام دارد.

ماده ۸۶: معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه خدمات درمانی استان ارائه دهد.

ماده ۸۷: بیمه خدمات درمانی موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. هر تغییری که پیش می آید، بایستی مجدد اعلام شود. به هرحال، حداکثر در فواصل ۳ ماهه لیست نهایی باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

ماده ۸۸: بخش بیمارستانی موظف است تا برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد.

ماده ۸۹: خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز براساس بسته خدمت و مراقبت های مدیریت شده و سایر ابزار کنترل، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با همکاری بیمه خدمات درمانی استان نظارت می شوند.

فصل نهم: مسوولیت اجرا

ماده ۹۰: مسوولیت حسن اجرای کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی است. همچنین، مسوولیت حسن اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در موارد مطروحه در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی خواهد بود. بدیهی است مسوولیت کلی اجرای برنامه بیمه روستایی در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به عهده رییس آن دانشگاه علوم پزشکی می باشد. البته، هیچیک از نظارت های مربوط به دانشگاه علوم پزشکی، نافی نظارت اداره بیمه خدمات درمانی استان بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.

پیوست شماره ۱۹ فرمت قرارداد مشترک بیمه استان و شبکه شهرستان است به همراه تفاهم نامه مشترک دراین زمینه (نامه دو امضاء)

این دستورعمل در ۹ فصل؛ ۹۰ ماده و ۱۰۰ تبصره به همراه ۲۰ پیوست تنظیم شده است.

پیوست شماره ۱: تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۸۹

تفاهم نامه پیشنهادی خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر سال ۱۳۹۰

مقدمه :

در اجرای مواد ۳۲ بند (ج) و (د)، ۳۴ (بند ج)، ۳۵ الی ۳۸ بند (ج) و (ز) قانون پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه درمانی به تمامی جمعیت روستایی و عشایر کشور با تاکید بر استقرار تیم سلامت با محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و همچنین به استناد ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی مبنی بر استفاده از ظرفیتهای دولتی در مواردی که میزان فعالیت موسسات غیردولتی کفایت لازم را برای ارائه خدمات نمی نماید و نیز تبصره های ۲ و ۱ ماده ۱۱ همین قانون و باتوجه به عدم کفایت ظرفیت های غیردولتی در مناطق روستایی و عشایر پیرو تفاهم نامه های قبلی، این تفاهمنامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با نمایندگی معاونت بهداشت از یک طرف و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با نمایندگی سازمان بیمه خدمات درمانی از طرف دیگر مبادله و ادارات کل بیمه خدمات درمانی (خریدار خدمت) و دانشگاههای علوم پزشکی (تامین کننده خدمات) به عنوان دستگاه های وابسته دو وزارتخانه مسئولیت اجرای مفاد این تفاهم نامه را عهده دار خواهند بود. همچنین معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری به عنوان ناظر بر تفاهمنامه می باشد.

۱) موضوع تفاهمنامه: خرید بسته خدماتی سطح اول پیوست، بر مبنای پزشک خانواده در سامانه ارجاع طبق لیستهای مورد توافق طرفین (بسته های خدمات پزشکی، مامائی، پاراکلینیک و داروشی پیوست)

۲) گیرندگان خدمت: روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی خدمات درمانی تبصره ۱: مراکز بهداشتی درمانی هر ۶ ماه یکبار (فروردین و مهرماه هر سال) لیست اسامی موالید و فوت و سالانه نیز تغییر جمعیت تحت پوشش (دارای دفترچه بیمه روستایی) مراکز مجری را به ادارات کل بیمه خدمات درمانی مربوطه ارسال می نمایند، که مبنای اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه قرار خواهد گرفت. متقابلاً اداره کل بیمه خدمات درمانی لیست اسمی دفترچه های بیمه خدمات درمانی صادر شده در هر مرکز را هر ۶ ماه یک بار جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه مینا قرارداده و به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه ارائه خواهد نمود.

تبصره ۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی موظف هستند نسبت به تدوین و اجرا نمودن پالایش جمعیت اقدام نموده و بعد از پالایش، تعداد دفترچه های جدید مبنای پرداخت سرانه خواهد بود.

تبصره ۳: گیرندگان خدمت براساس دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در انتخاب پزشک خانواده خود آزاد و براساس ضوابط قید شده در آن مجاز به تغییر پزشک خانواده خود هستند.

هزینه‌های درمانی

۳) طرفین توافق دارند که در قالب سقف بودجه ابلاغی عمل نموده و مبلغ سرانه سالانه خدمات سطح اول به ازای جمعیت معرفی شده از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی دارای دفترچه بیمه روستایی و عشایر (۱۸۶۰۰ ریال) تعیین می گردد. این سرانه برحسب ضریب محرومیت مناطق کشور در دامنه ای که توسط وزارت بهداشت مشخص می شود (مشروط بر آنکه متوسط وزنی سرانه کل کشور از مبلغ مذکور فراتر نباشد) اختصاص خواهد یافت.

۴) سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از مجموع مبلغ سرانه به شرح ذیل خواهد بود:

الف) پزشک ۴۹ درصد

ب) ماما ۱۲ درصد

پ) اقلام دارویی سطح اول ۲۶ درصد

ت) پاراکلینیک ۷ درصد (مشتمل بر دو جزو رادیولوژی ۳ درصد و آزمایشگاه ۴ درصد)

ث) هزینه های پیش بینی نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص بندهای الف - ب - پ و ت ۴ درصد در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی که پس از مکاتبات درخواستی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار خواهد گرفت.

ج) هزینه های نظارت و پایش و سایر هزینه های عملیاتی و پرسنلی ۲ درصد در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی

تذکر:

سهم پزشک و ماما از سرانه سطح یک، شامل حقوق و مزایا و بیمه و سایر کسور قانونی می باشد.

تبصره ۱: میزان تخصیص سرانه تعیین شده برای سطح اول در صورت تأیید عملکرد ارائه خدمات توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، متناسب با میزان تخصیص کل اعتبار به روستائیان و عشایر خواهد بود.

تبصره ۲: حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و حداقل دریافتی ماما نیز ۴/۹۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.

تبصره ۳: مرکزی از نظر سازمان بیمه خدمات درمانی فعال محسوب می شود که در آن خدمات پزشک و دارو ارائه شود و در غیر اینصورت فعال قلمداد نمی گردد. همچنین دانشگاه بدون هماهنگی ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان حق واگذاری وظایف پزشک خانواده مرکز را بصورت جزئی و کلی به خارج از مرکز (بخش غیر دولتی) ندارد.

تبصره ۴: در صورت عدم ارائه خدمات آزمایشگاه رادیولوژی در مراکز، سازمان ضمن عدم پرداخت درصد سهم مربوطه، در این رابطه نسبت به عقد قرارداد با مراکز دولتی و غیردولتی مختار خواهد بود.

تبصره ۵: به همین ترتیب حذف هریک از خدمات دیگر این ماده نیز موجب کسر سهم آن از سرانه متعلقه خواهد شد.

تبصره ۶: تمام سرانه اختصاص داده شده بابت سطح یک برابر تفاهمنامه می بایست برای ارائه خدمات تعیین شده موضوع تفاهمنامه هزینه گردد و هزینه کرد آن توسط دانشگاه در غیر از موارد تعیین شده مجاز نمی باشد. دانشگاه موظف است لیست ریز هزینه مورد تأیید امور مالی را به تفکیک عناوین ذکر شده در ماده ۴ هر شش ماه یکبار به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اعلام نماید.

تفاهم نامه آخر ۹۰/۸/۲۹

۵) ستاد هماهنگی کشور شامل نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری خواهد بود که با شرح وظایف، برنامه ریزی مشترک جهت نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف، تشکیل می شود. لازم به ذکر است ستاد هماهنگی استانی دراستانها با عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی - مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان - معاونین بهداشت و درمان دانشگاه - رئیس گروه گسترش مرکز بهداشت استان - یکی از معاونین مدیرکل و رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستائیان بیمه خدمات درمانی و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان (و فرماندار در دانشگاههای مستقر در شهرستانها) تشکیل می شود. در شهرهای مرکز استان، ریاست دبیرخانه به عهده رئیس دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و دبیری به عهده مدیرکل بیمه خدمات درمانی و در شهرهای دارای دانشگاه علوم پزشکی مستقل برعکس خواهد بود. تصمیمات این دبیرخانه با توافق جمعی و طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی موضوع به ستاد هماهنگی کشور منعکس و پاسخ آن الزام اجرای استانی خواهد داشت.

۶) دانشگاه های علوم پزشکی موظفند نسبت به تامین ۲۷۰ قلم داروی مصرفی مورد تعهد خود در خدمات سطح یک برابر فهرست مربوط به این تفاهم نامه (اعلامی از سوی سازمان غذا و دارو) اقدام نمایند. در صورت فقدان اقلام دارویی در بازدید از مراکز براساس فرمول زیر برای ماه مورد بازدید از سهم درصد مربوطه به داروی اختصاص یافته به آن مرکز کسر خواهد شد.

$$۱۲ + \text{جمعیت مشمول طرح} \times \text{سرانه ریالی دارو} \times \text{مجموع قیمت هر واحد از اقلام کسری}$$

مجموع قیمت هر واحد از کل اقلام (۲۷۰ قلم)

تبصره ۱: در صورتیکه یک هفته پس از تاریخ ارسال گزارش بازدید، تامین داروها توسط شبکه بهداشت به اداره بیمه شهرستان یا اداره کل اعلام گردد، تعدیلات اعمال نمی شود. در غیر اینصورت تعدیل به کل ماه مورد بازدید تعمیم داده می شود. بدیهی است باتوجه به امکان بازدید مجدد از مراکز بهداشتی درمانی در طول یکماه، مراکز می بایست نهایت همکاری را با اداره کل جهت بازدید به عمل آورند در غیر اینصورت به دلیل عدم احراز تامین دارو، تعدیلات لازم صورت خواهد گرفت.

تبصره ۲: نبود بعضی از داروها که مشابه آن موجود است، در بعضی از مناطق بدلیل کمبود کشوری داروها، با نظر ستاد هماهنگی استانی قابل اغماض است و مشمول تعدیلات نیست.

تبصره ۳: در صورتی که داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد روستایی اداره کل تهیه گردد، ۱.۵ برابر سهم سازمان از قیمت کل سرانه دارویی مرکز کسر می شود.

۷) مراکز ارائه دهنده خدمات به روستائیان در شیفت‌های صبح و بعداز ظهر (بمدت ۸ ساعت به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه) با حضور پزشک و ماما در تمام روزهای هفته به جز ایام تعطیل رسمی، موظف به ارائه خدمات درمانی می‌باشند. ستاد استان مکلف است برنامه زمانی ارائه خدمات در دو شیفت صبح و عصر را بگونه‌ای طراحی کند که پاسخگویی بیشترین مراجعات مردم منطقه باشد.

تبصره ۱: به منظور جلوگیری از قطع ارائه خدمت به بیمه شدگان، دانشگاه مکلف است در مواقع خارج از برنامه زمانی تعیین شده و تعطیلات رسمی برای ارائه خدمت از طریق بیتوته برنامه ریزی و اطلاع رسانی نمایند.

تبصره ۲: در صورت غیبت موجه پزشک یا تعطیلی داروخانه، بیش از سه روز در طول یکماه، مرکز غیرفعال تلقی شده و کل سرانه روزهای غیبت بیش از این سه روز کسر می‌شود. در صورت غیبت غیرموجه پزشک تا سه روز فقط سرانه پزشک کسر می‌گردد و چنانچه این غیبت بیش از سه روز بود، سرانه کل مرکز برای آن روزها کسر می‌شود.

تبصره ۳: هرگونه تغییر در فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر و خدمات ارائه شده در هر یک از آنها، باید حداکثر ظرف مدت یک ماه توسط اداره کل بیمه خدمات درمانی به شبکه‌های بهداشتی درمانی اعلام گردد.

تبصره ۴: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان بصورت یکسان (دریافت FFS و یا سرانه) عمل نماید.

۸) به ازاء هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی جذب یک پزشک و برای هر مرکز نیز حداقل جذب یک ماما ضروری است.

تبصره ۱: با توجه به سایر وظایف محوله به پزشکان شاغل در طرح (وظایف بهداشتی، ویزیت بیماران غیر روستایی و...) برای هر پزشک حداکثر ۴۰۰۰ بیمه شده روستایی در نظر گرفته می‌شود. در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد و مراتب به تایید اداره کل بیمه خدمات درمانی استان رسیده است این تعداد تا ۸۰۰۰ نفر قابل افزایش خواهد بود.

به منظور بهینه نمودن ارائه خدمات، ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت (با رعایت ماده ۴) به شرح زیر خواهد بود:

- تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پزشک ۱۰۰ درصد سرانه پزشک پرداخت می‌گردد.

- از ۴۰۰۱ تا ۶۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۴۰ درصد از سرانه پزشک کسر می‌گردد.

- از ۶۰۰۱ نفر تا ۸۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۶۰۰۰ نفر ۷۵ درصد از سرانه پزشک کسر می‌گردد.

تبصره ۲: در استانهای محروم (سیستان و بلوچستان، لرستان، خراسان جنوبی، خوزستان، هرمزگان، کردستان، بوشهر، ایلام و دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، گناباد، بم) در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد در صورت تایید سازمان بیمه خدمات درمانی، کل سرانه در مراکز آن منطقه قابل پرداخت می‌باشد. سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است ظرف مدت حداکثر یک ماه پس از دریافت استعلام دانشگاه به همراه مستندات دال بر عدم امکان جذب پزشک توسط دانشگاه و همچنین عدم امکان واگذاری خدمات به بخش خصوصی توسط اداره کل استان مربوطه، مراکز مشمول پرداخت کل سرانه را تعیین نمایند. (مشروط بر اینکه وضعیت بدتر از قبل نباشد)

۹) به منظور ارائه خدمات بهینه و هماهنگی در ارائه خدمات سطح اول، وزارت بهداشت متعهد می گردد با مشارکت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ پروتکل تشخیص و درمان حداقل ۴۰ بیماری شایع را تهیه و به مراکز بهداشتی درمانی ابلاغ نماید. ساختار دبیرخانه متولی این امر از سوی وزارت بهداشت حداکثر سه ماه پس از ابلاغ تفاهم نامه سال ۱۳۹۰ اعلام خواهد شد.

۱۰) مراکز بهداشتی - درمانی جهت ارائه کلیه خدمات سطح اول و به منظور کمک در امور آماری و نظارتی سازمان، موظف به استفاده از دفترچه بیمه بوده و همچنین ملزم به جدا نمودن اوراق مذکور، ارائه به سازمان می باشند. ضمناً نسخ ارائه شده به ویژه دارویی توسط سازمان بیمه خدمات درمانی محاسبه و تجزیه و تحلیل شده و مبنای برنامه ریزی های آینده قرار خواهد گرفت.

تبصره: استمرار پرداختها منوط به ارائه اوراق دفترچه های مربوطه می باشد.

۱۱) شیوه پرداخت بصورت سرانه به میزان ۸۰٪ تا بیستم هرماه و ۲۰٪ باقی مانده بعد از پایش عملکرد حداکثر ظرف یک ماه به شرط تخصیص اعتبار و رعایت مفاد این تفاهم نامه خواهد بود.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان مکلف به پرداخت ۸۰٪ حقوق پرسنل طرح حداکثر تا سوم ماه بعد و نیز ۲۰٪ مربوط به پایش حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش می باشد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان می بایست لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماها را طرف قرارداد را در پایان هرماه به تفکیک اسمی پزشکان و ماماها به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان ارائه نماید. لازم به ذکر است استمرار پرداختها منوط به ارائه لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماها می باشد.

۱۲) تشکیل پرونده سلامت توسط کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات الزامی است. وزارت بهداشت متعهد می گردد در طول سال ۹۰ در ۶ استان کشور (علاوه بر موارد قبلی) برنامه مکانیزاسیون پرونده سلامت را اجرا کند.

۱۳) فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر و خدمات ارائه شده در هریک از آنها توسط ادارات کل بیمه خدمات درمانی به شبکه های بهداشتی درمانی ارائه می شود.

۱۴) هرگونه تجویز خدمات سطح اول پزشک خانواده صرفاً باید در دفترچه بیمه انجام شود، لذا پزشکان خانواده مجاز به تجویز دارو و یا سایر خدمات خارج از دفترچه بیمه و یا دربرگه غیر از برگه مخصوص داروخانه و پاراکلینیک (برگه اول) نمی باشد و نیز پزشکان مجاز به تجویز نسخه در دفترچه غیر نمی باشند. بعد از تجویز نسخه در برگه اول دفترچه، باید قسمت کادر پایین که مخصوص مهر و امضاء پزشک می باشد، توسط پزشک مهر و امضاء شده و سپس برگه دوم جدا شده و پس از مهر کردن، نزد پزشک نگهداری شود و در پایان ماه به همراه فرم تکمیل شده آمار ماهیانه مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی (موضوع پیوست شماره ۵ قرارداد) به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان موظف است پس از جمع آوری کلیه فرم ها و نسخ، آنها را به اداره کل بیمه خدمات درمانی، ارسال

گند. از این رو درمورد دارندگان دفترچه بیمه درمان روستاییان از نظر نحوه استفاده از دفترچه بیمه، مانند مشمولین سایر بیمه ها عمل خواهد شد.

تبصره ۱: درموارد ارجاع بیمه شده به سطوح بالاتر با عنایت به اینکه در دفاتر مربوطه کد ارجاع ثبت می گردد، نیازی به کندن اوراق دفترچه نبوده و ضرورت دارد تعداد موارد ارجاع درپایان همراه براساس اطلاعات دفتر ارجاع پزشک مرکز بهداشتی درمانی، درفرم آمار مراجعین ثبت و به اداره کل بیمه خدمات درمانی ارسال گردد.

تبصره ۲: شبکه های بهداشت و درمان شهرستان موظف هستند، پزشکان خانواده جدید را برای آشنایی با قوانین بیمه ای ونحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران، به ادارات کل بیمه خدمات درمانی معرفی نمایند. ادارات کل بیمه خدمات درمانی نیز موظف می باشند ضمن آموزش قوانین مذکور، برای پزشکانی که دوره مذکور را طی کرده اند، گواهینامه آموزشی صادر نمایند.

۱۵) رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی موظف به هماهنگ نمودن معاونت های بهداشتی و درمانی خود جهت هماهنگی لازم بین سطوح ۱ و ۲ و ۳ می باشند.

۱۶) هزینه مواردی مانند فعالیتهای بهداشتی، آموزش بیماران و غیره از محل منابع در اختیاروزارت بهداشت تأمین می گردد.

۱۷) با توجه به نگاه سلامت محوری، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

۱۸) با توجه به جزء ۳ بند «ز» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه وتأمین اجتماعی، در مناطقی که میزان فعالیت موسسات غیر دولتی برای ارائه خدمات کافی باشد، اولویت عقد قرارداد با این مراکز خواهد بود. (تعیین حداقل معیارهای کفایت بصورت مشترک تهیه و در عرض سه ماه ابلاغ می گردد.)

۱۹) قیمت تمام شده فعالیت نظام ارجاع پزشک خانواده سطح یک براساس مطالعات وتجربیات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی درکمیته های متشکل از نمایندگان دستگاههای یاد شده با محوریت نماینده معاونت برنامه ریزی ونظارت راهبردی ریاست جمهوری، بررسی و نتایج مربوط در برنامه ریزی های آتی مورد بهره برداری قرارگیرد.

تبصره: سازمان بیمه خدمات درمانی با مشارکت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به طراحی و پیاده سازی نرم افزار جامع نظام پرداخت سطح اول روستایی می نماید.

۲۰) هرگونه ارزیابی، پایش وتعدیلات ناشی از آن براساس چک لیست ابلاغی مشترک وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی خواهد بود. و تعدیلات صرفاً در قالب این چک لیست قابل قبول می باشد. موارد مرتبط با سرفصل های چک لیست فوق حداکثر ظرف مدت یکماه پس از امضای تفاهم نامه ابلاغ می گردد.

(۲۱) کلیه دستورالعملهایی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی نرسیده باشد برای طرف مقابل الزام آور نخواهد بود.

مفاد این تفاهم نامه در یک مقدمه و ۲۱ ماده و ۲۴ تبصره و یک تذکر از تاریخ اول فروردین ۱۳۹۰ به مدت یک سال شمسی برای تمامی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و ادارات کل بیمه خدمات درمانی استانها لازم الاجرا است. بدیهی است مفاد این تفاهم نامه تا زمان تنظیم و ابلاغ تفاهم نامه جدید به قوت خود باقی خواهد بود.

دکتر محمد باقر هداوند

مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشتی وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی

دکتر رحیم ممینی

معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری

ازجمله

دریافت

پیوست شماره ۲:

ضرایب محرومیت به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۹۰

فایل مربوطه با عنوان zarayeb1390(17500) به صورت Excel جداگانه ارسال می شود.

پیوست شماره ۳:



شماره: ۴۶۷۷۲/ت/۶۵۱۵۵ هـ

تاریخ: ۱۳۹۰/۳/۲۸

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

باسمه تعالی

«با صلوات بر محمد و آل محمد»

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت بازرگانی، وزارت کار و امور اجتماعی، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت امور اقتصادی و دارایی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۳/۱۱ بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های رفاه و تامین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (هـ) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران- مصوب ۱۳۸۹ - تصویب نمود:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۳۹۰ به شرح ذیل تعیین می گردد:

الف- ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی

۱- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی	سی و هفت هزار	(۳۷۰۰۰) ریال
۲- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص	چهل و چهار هزار و پانصد	(۴۴۵۰۰) ریال
۳- ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	پنجاه و چهار هزار و پانصد	(۵۴۵۰۰) ریال
۴- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک	شصت و پنج هزار	(۶۵۰۰۰) ریال

ب- سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر برای ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (مشروط به ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان به ترتیب معادل (۱.۶) برابر، (۱.۴۵) برابر و (۱.۳۵) برابر نسبت به سهم آنان از بند (الف) و به شرح ذیل خواهد بود:

(ارقام به ریال)

ویزیت	استادیار	دانشیار	استاد
متخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل
فوق تخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل

تبصره ۱- سهم بیماران در پرداخت ویزیت سرپایی موضوع جزء (ب) معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه های مصوب در جزء (الف) می باشد.

تبصره ۲- اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی اطلاق می شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی خارج از دانشگاه مربوطه را نداشته باشند.

تبصره ۳- ویزیت اعضای هیئت علمی که به صورت تمام وقت جغرافیایی مشغول فعالیت می باشند، در جهت تقویت بخش آموزشی در کشور با ارائه گواهی توسط رئیس دانشگاه علوم پزشکی مبنی بر تمام وقت بودن جغرافیایی و ضمیمه نمودن حکم حقوقی تمام وقتی بر مبنای مفاد جزء (ب) بند (۱) این تصویب نامه توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت است.

جدول تعرفه و فرانشیز برخی از خدمات تشخیصی درمانی سال ۱۳۹۰

مبالغ به ریال می باشد.

تعرفه تعدادی از خدمات تشخیصی درمانی سال ۱۳۹۰

ردیف	کد بین المللی	نام خدمت	ضریب ارزش نسبی	واحد	تعرفه بخش دولتی در سال ۱۳۹۰		فرانشیز دریافتی از بیمار در بخش سرپایی		توضیحات
					پزشک	پرستار	پزشک	پرستار	
1	90782	هر نوع تزریق درمانی دارو داخل عضله یا زیر جلدی	2,5	کای داخلی	12100	8500	3700	2600	طبق بخشنامه شماره ۳۵۸۴۰۸ مورخ ۸۶/۱۰/۶ تعرفه تزریقات برای پرستار معادل ۷۰٪ محاسبه می گردد.
2	90783	داخل شریانی	3	کای داخلی	14500	10200	4400	3100	هزینه سرنگ به طور جداگانه قابل محاسبه می باشد.
3	90784	داخل وریدی	4	کای داخلی	19400	13600	5900	4100	
4	90788	هر تزریق داخل عضله آنتی بیوتیک	2,5	کای داخلی	12100	8500	3700	2600	
5	90780	انفوزیون وریدی توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم وی تا یک ساعت (وصل سرم)	6	کای داخلی	29100	20400	8700	6100	
6	90781	هر ساعت اضافه تا ۸ ساعت	4	کای داخلی	19400	13600	5900	4100	
7	90030	پانسمان مختصر	3,5	کای داخلی	17000	12000	5100	3600	
8	12001	ترمیم پوست ساده (بخیه) تا ۲,۵ سانتی متر	1	کای جراحی	60000	0	18000	0	دستکش و نخ بخیه جزء لوازم مصرفی قابل احتساب می باشد
9	12002	ترمیم پوست ساده ۲,۵ تا ۷,۵ سانتی متر	1,4	کای جراحی	8400	0	25000	0	
10		ختنه در تمامی سطوح سنی و بصورت گلوبال	5	کای جراحی	300000	0	90000	0	بخشنامه شماره ۲۴۹۶۳/ک مورخ ۱۳۷۸/۱۲/۱۴
11	80001	پذیرش خدمات آزمایشگاهی	5900						صفحه ۷۷ کتابچه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی ۱۳۹۰ وزارت بهداشت

پیوست شماره ۴:

فرم پایش مشترک بیمه استان و شبکه: اداره بیمه فقط مجاز است با این فرم مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را پایش کند و کسورات فقط بازای موارد دارایی امتیاز اعمال می گردد.

فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

الف: خدمات پزشکی

ردیف	امتیاز	موضوع	و	ن	م	ف	عدم ارائه خدمت
۱	۱۰	آیا پزشک خانواده در هشت ساعت اداری در مرکز حضور فعال دارد؟					
۲	۱	آیا پزشک کلیه بیمه شدگان روستایی را بدون محدودیت در هشت ساعت اداری مرکز پذیرش می نماید؟					
۳	۱۰	آیا ثبت اقدامات درمانی در پرونده سلامت بیماران صورت گرفته است؟					
۴	۰	آیا دفتر آمار روزانه مراجعین به پزشک خانواده تکمیل می شود؟					
۵	۰	آیا پزشک در برگزاری کلاسهای آموزشی جهت پرسنل، بهورزان و بیمه شدگان شرکت فعال دارد؟					
۶	۵	آیا پزشک خدمات درمانی سرپایی را مطابق بسته خدمات در دفاتر بیمه تجویز می کند؟					
۷	۲	آیا نظارت بر خدمات ارائه شده توسط تیم سلامت (بخیه، ختنه، تزریقات و پانسمان) به وسیله پزشک صورت می گیرد؟					
۸	۰	آیا تابلوی شرح وظایف پزشک خانواده در محل مناسبی از اتاق پزشک نصب گردیده است؟					
۹	۱	آیا تابلوی مشخصات پزشک خانواده در محل مناسبی از اتاق پزشک نصب گردیده است؟					
۱۰	۲	آیا مکاتبه با شبکه بهداشت و درمان شهرستان در خصوص پیگیری رفع کمبودها در موارد دارویی، ماما، تجهیزات مرتبط با درمان سرپایی و تعیین و تکلیف پاراکلینیک در طی یکماه گذشته صورت گرفته است؟ (در صورت وجود کمبود)					
۱۱	۵	آیا ثبت موارد ارجاع در دفاتر انجام می شود؟					
۱۲	۳	آیا پزشک خانواده در محل کادر ارجاع کد ارجاع را درج می نماید؟					
۱۳	۳	آیا مهر و امضاء پزشک خانواده در محل مناسب دفاتر بیمه روستایی جهت موارد ارجاع درج می گردد؟					
۱۴	۲	آیا تاریخ ارجاع ویزیت در محل کادر ارجاع درج می گردد؟					
۱۵	۲۶	نسبت تعداد کل ارجاعات به تعداد کل ویزیت های انجام شده بیمه شدگان روستایی (در صد ارجاع به متخصص) چه میزان است؟					
۱۶	۴	آیا پزشک خانواده با بازرسان ناظر بیمه خدمات درمانی همکاری لازم را به عمل می آورد؟					
۱۷	۸	درصد تکمیل پرونده سلامت برای خانوارهای تحت پوشش چه میزان است؟					
۱۸	۰	آیا اطلاعات مراجعات بیماران به طور مستمر در پرونده سلامت ثبت می شود؟					
۱۹	۰	آیا پزشک خانواده آموزشهای لازم جهت طرح پزشک خانواده را دیده است؟					
۲۰	۰	آیا پزشک خانواده در خصوص امور بهداشتی درمانی مرکز با شورای اسلامی روستا هماهنگی لازم را انجام می دهد؟ (با ارائه مستندات)					
۲۱	۰	آیا فرم های آماری ثبت اطلاعات مراجعین، ماهانه توسط پزشک خانواده تکمیل و به مرکز ارسال می گردد؟					
۲۲	۶	آیا دریافت فرانشیز مصوب جهت ویزیت و خدمات پزشک رعایت می شود؟					
۲۳	۰	آیا پزشک همه اقلام دارویی مورد نیاز بیمار را (در تعهد ۲۷۰ قلم و یا خارج از ۲۷۰ قلم) در دفترچه بیمه تجویز می نماید؟					
۲۴	۰	آیا برنامه ریزی دقیق دهگردشی های مرکز بطوریکه جهت هر مرکز حداقل دو بار در هفته سرکشی به خانه های بهداشت تحت پوشش انجام گیرد، صورت گرفته است؟					
۲۵	۰	آیا در مراکز تک پزشک دهگردشی پس از ساعت ۱۱ صبح انجام می شود؟					
۲۶	۰	آیا برنامه ریزی سیاری پزشک خانواده در محل مناسب و قابل رویت در مرکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت نصب شده است؟					

فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

ب: خدمات مامائی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۴	آیا ثبت مراجعین مامائی توسط ماما دردفتر ثبت مراجعین صورت گرفته و این آمار در دسترس می باشد؟					
۲	۰	آیا درخواست دارو و آزمایشات روتین بارداری توسط ماما صورت می گیرد؟					
۳	۰	آیا مامای خانواده کنترل حاملگی و معاینات روتین بارداری را انجام می دهد؟					
۴	۰	آیا مامای خانواده موارد غیر طبیعی و مشکل دار بیماریهای زنان را به پزشک ارجاع می دهد؟					
۵	۰	آیا مامای خانواده مادران باردار با علائم ویژه و پر خطر را شناسایی می کند؟					
۶	۰	آیا مامای خانواده آموزش شیردهی بعد از زایمان می دهد؟					
۷	۰	آیا مامای خانواده طبق برنامه تنظیمی در دهگردشی ها حضور دارد؟ (با بررسی گزارشات موجود در دفاتر گزارش درخانه های بهداشت)					
۸	۰	آیا مامای خانواده پاپ اسمیر انجام می دهد؟					
۹	۱	آیا مامای خانواده برنامه های آموزشی درمورد تنظیم خانواده دارد؟					
۱۰	۰	آیا مامای خانواده دارای دفاتر ثبت خدمات مامائی خود (پاپ اسمیر، تنظیم خانواده و مراقبت های مامائی) می باشد؟					
۱۱	۷	آیا در هنگام بازدید، ماما در مرکز حضور دارد؟(حضور غیر موجه موجب کسورات نمی گردد)					

ج: خدمات دارویی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۰	آیا خدمات دارویی توسط دارویار ارائه می شود؟					
۲	۸	آیا مرکز دارای داروخانه مستقر در محل می باشد ؟ (دولتی یا خصوصی)					
۳	۰	آیا قفسه بندی و طبقه بندی منظم دارو در داروخانه صورت گرفته است؟					
۴	۲	آیا قیمت گذاری نسخ در حضور بیمار صورت می گیرد؟					
۵	۰	آیا در کلیه دهگردشی ها دارو توزیع می شود؟					
۶	۶	آیا فرمهای ابلاغی اداره کل(بازمراجعه دارویی،هزینه و ..) ماهانه تکمیل و به اداره کل ارسال می گردد؟					
۷	۸	آیا داروخانه مرکز در هشت ساعت کاراداری پزشک ارائه خدمت می دهد ؟					
۸	۱	آیا شرایط نگهداری داروها درداروخانه رعایت می گردد؟ (از لحاظ نور،دما،رطوبت،تهویه،نظافت، طبقه بندی و....)					
۹	۲	آیا فرانشیز مصوب در زمان پیچیدن نسخه رعایت می گردد ؟					
۱۰	۲	آیا همکاری با بازرسان ناظر بیمه براساس ضوابط انجام می شود؟					
۱۱	۰	آیا پیگیری ودرخواست کمبود دارویی مرکز توسط مسئول داروخانه بصورت مکتوب انجام شده است؟					
۱۲	۰	آیا داروخانه مرکز با کمبود دارو و تأخیر در ارسال دارو از شبکه روبرو می باشد ؟					
۱۳	۲	آیا گنجی دارویی جهت موارد خارج از ساعات موظف فعالیت مرکز موجود می باشد؟					
۱۴	۲	آیادر یافت حق فنی داروساز تنها منوط به ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی و توسط داروساز می باشد ؟					
۱۵	۱	آیا در مواردیکه داروخانه خصوصی روستای همجوار اقدام به راه اندازی داروخانه قمر در مرکز نموده است تنها هزینه نسخه پیچی مصوب (۱۵۰۰ ریال) از بیمه شده دریافت می شود؟					
۱۶	۰	آیادر صورت تأمین دارو ازگنجی دارویی «حق فنی» یا «هزینه» «نسخه پیچی» ازبیمه شده دریافت نمی گردد؟					
۱۷	۶	آیا دارو ی تاریخ گذشته در مرکز وجود ندارد ؟					

فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

د: خدمات آزمایشگاهی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۲/۵	آیا مرکز دارای آزمایشگاه مستقر می باشد؟ (با نیم ساعت دسترسی)					
۲	۰/۵	آیا لیست نسخ و هزینه آزمایشهای سطح اول انجام شده در مؤسسه طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان دریافت می گردد؟					
۳	۰/۵	آیا مؤسسات طرف قرارداد مرکز رعایت دریافت فرانشیز مصوب از بیمه شدگان را می نمایند؟					
۴	۰	انواع آزمایشات ارائه شده در مرکز شامل چند کد می باشد؟					
۵	۰/۵	آیا در خصوص زنان باردار آزمایشات مورد توافق (مطابق بسته خدمتی پاراکلینیک پیوست قرارداد) انجام می شود؟					
۶	۱/۵	آیا واحد آزمایشگاه در هشت ساعت اداری و روزهای غیر تعطیل فعالیت دارد؟ (مراکز دولتی)					
۷	۰/۵	آیا کلیه مراجعین دارای دفاتر بیمه روستایی و عشایر پذیرش می شوند؟					
۸	۰/۵	آیا کیتهای آزمایشگاهی فاقد اعتبار در مرکز وجود دارد					
۹	۰/۵	آیا در فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی، تعداد و هزینه نسخ آزمایشگاهی بطور کامل ثبت می شود؟					
۱۰	۰/۵	در صورت ارائه خدمات آزمایشگاهی در موسسه طرف قرارداد مرکز آیا تابلوی اطلاع رسانی به بیمه شدگان در محل مناسب مرکز نصب شده است ؟					
۱۱	۰/۵	آیا حق پذیرش آزمایشگاه مستقر در مرکز از بیمه شدگان دریافت نمی شود؟					

ج: خدمات رادیولوژی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۱/۵	آیا مرکز دارای بخش رادیولوژی مستقر می باشد؟ (بانیم ساعت دسترسی)					
۲	۰/۵	آیا لیست نسخ و هزینه رادیولوژی های سطح اول انجام شده در مؤسسات طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۳	۰/۵	آیا مؤسسات طرف قرارداد رعایت دریافت فرانشیز دولتی از بیمه شدگان را می نمایند؟					
۴	۱/۵	آیا تمام رادیوگرافی های بسته خدمتی سطح اول در مرکز انجام می شود ؟					
۵	۰/۷۵	آیا واحد رادیولوژی در تمام ساعات اداری و همه روزهای هفته به جز ایام تعطیل بطور مستمر فعالیت دارد ؟					
۶	۰/۵	در صورت ارائه خدمات رادیولوژی در موسسه طرف قرارداد مرکز، آیا تابلوی اطلاع رسانی به بیمه شدگان در محل مناسب مرکز نصب شده است ؟					
۷	۰/۵	آیا در فرم آمار ثبت اطلاعات مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی تعداد و هزینه نسخ رادیوگرافی ثبت می شود؟					
۸	۰/۲۵	آیا در ماه اخیر به علت خرابی دستگاه و یا عدم حضور پرسنل، واحد رادیوگرافی تعطیل بوده است؟ (با کنترل دفتر مراجعین و حضور و غیاب پرسنل)					

فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

ط: عملکرد مرکز

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	فقط	عدم ارائه خدمت
۱	۰	آیا مرکز بهداشتی و درمانی روستایی طبق ساعت مقرر فعالیت دارد؟					
۲	۰	آیا دفتر حضور و غیاب پرسنل موجود بوده و روزانه تکمیل می گردد؟					
۳	۳	آیا به نسبت جمعیت دارای دفترچه در مرکز مسقر شده است؟					
۴	۲	آیا هر پزشک دارای اتاق ویزیت جداگانه می باشد؟					
۵	۶	آیا تجهیزات و لوازم در مرکز کامل می باشد؟ تخت معاینه ☐ اتوسکوپ ☐ گوشی ☐ افتالموسکوپ ☐ فشارسنج ☐ چکش رفلکس ☐ ترازو ☐ ECG ☐ ترمومتر ☐ نگاتوسکوپ ☐ چراغ قوه ☐ داروهای اورژانس ☐ پایه سرم ☐ وسایل پاپ اسمیر ☐ لارنگوسکوپ ☐ لوله تراشه ☐ ترالی اورژانس ☐ سیلندر اکسیژن با چرخ مربوط و مانومتر ☐ انواع سوند ☐ Airway ☐ تخت احیاء ☐ ساکشن ☐ ست پانسمان ☐ ست جراحی ☐ انواع تامپون ☐ فور یا اتوکلاو ☐					
۶	۲	آیا آمار موالید و فوت در زمان مقرر به اداره کل بیمه ارسال می شود؟					
۷	۲	آیا به نسبت جمعیت، ماما در مرکز مستقر شده است؟					
۸	۲	آیا تجهیزات اتاق مامایی کامل می باشد؟ تخت ژنیکو ☐ اسپکولوم ☐ چراغ پایه دار ☐ گوشی مامایی ☐ ست IUD ☐ فشار سنج ☐					
۹	۱	آیا ارائه خدمات تزریقات و پانسمان و ... توسط ماما یا پرستار در مرکز انجام می شود؟					
۱۰	۱	آیا پگ پانسمان استریل در مرکز موجود می باشد؟					
۱۱	۲	آیا لیست موسسات سطح دوم طرف قرارداد در مرکز نصب و در معرض دید روستائیان می باشد؟					
۱۲	۰	آیا بابت خدمات (تزریقات، پانسمان و ...) به جز هزینه لوازم مصرفی تعرفه ای دریافت نمی شود؟					
۱۳	۰	آیا وسیله نقلیه در ساعات اداری در اختیار مرکز می باشد؟					
۱۴	۰	آیا سرایدار یا نگهبان در مرکز حضور دارد؟					
۱۵	۰	آیا آراستگی و نظافت مرکز قابل قبول می باشد؟					
۱۶	۰	آیا لیست نسخ و هزینه آزمایشهای سطح اول انجام شده در مؤسسه طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۱۷	۰	آیا لیست نسخ و هزینه رادیولوژی های سطح اول انجام شده در مؤسسات طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۱۸	۶	آیا حقوق پزشک و مامای مرکز بر اساس لیست حقوقی (با رعایت حداقل دریافتی ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال و ۴/۴۰۰/۰۰۰ ریال جهت پزشک خانواده و ماما) پرداخت می شود؟					
۲۰	۲	آیا شبکه پزشک و مامای طرح را بیمه نموده است؟					
۲۱	۴	آیا مرکز در صورت مرخصی پزشک، فرد جانشین تعیین نموده است؟ (با ارائه مستندات قبلی)					
۲۲	۳	آیا در صورت پرداخت به موقع اداره کل حقوق پزشک و مامای مرکز به موقع پرداخت می گردد؟					
۲۳	۴	آیا لیست حضور و غیاب (پزشکان و ماما های طرح) ماهانه به اداره کل ارسال می گردد؟					

ی: رضایتمندی بیمه شدگان

رتبه	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۰	آیا مردم از هشت ساعت کاری مرکز رضایت دارند؟					
۲	۰	آیا مردم از نحوه برخورد پرسنل مرکز رضایت دارند؟ (پزشک، ماما، آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی)					
۳	۲	آیا مردم از پزشک خانواده مرکز رضایت دارند؟					
۴	۴	آیا مردم از مامای مرکز رضایت دارند؟					
۵	۰	آیا بیمه شدگان از نحوه ارائه خدمات دارویی رضایت دارند؟					
۶	۰	آیا در صورت ارائه خدمات آزمایشگاهی در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی بیمه شدگان به سهولت خدمات مذکور را دریافت می نمایند؟					
۷	۰	آیا در صورت ارائه خدمات رادیولوژی در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی بیمه شدگان به سهولت خدمات مذکور را دریافت می نمایند؟					

فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

شهرستان : روستا : تاریخ بازدید : ساعت بازدید :
 نام مرکز : جمعیت دارای دفترچه بیمه :
 الف - مشخصات پرسنل مرکز :

نام و نام خانوادگی پزشکان خانواده	شماره نظام پزشکی	کد پزشک	تاریخ روز غیبت
۱-	۱-	۱-	۱-
۲-	۲-	۲-	۲-
۳-	۳-	۳-	۳-

نام و نام خانوادگی ماماهاى طرح	شماره نظام مامای	تاریخ روز غیبت
۱-	۱-	۱-
۲-	۲-	۲-
۳-	۳-	۳-

۱- تعداد مراجعین به پزشک ماه قبل از ابتدای ماه
 ۲- تعداد مراجعین به ماما ماه قبل از ابتدای ماه
 ۳- تعداد ارجاعات به متخصص ماه قبل از ابتدای ماه

وضعیت دریافت حقوق پزشک :

آیا پزشک حق الزحمه خود را ماهانه در صورت پرداخت اداره کل دریافت نموده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
 در صورت اخذ، ذکر مبلغ دریافتی : مبلغ قرارداد : آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۸۰٪) :
 مربوط به ماه : آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۲۰٪) : مربوط به ماه :

وضعیت دریافت حقوق ماما :

آیا ماما حق الزحمه خود را ماهانه دریافت نموده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
 در صورت اخذ، ذکر مبلغ دریافتی : مبلغ قرارداد : آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۸۰٪) :
 مربوط به ماه : آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۲۰٪) : مربوط به ماه :

پیشنهادهای بیمه شدگان :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مرکز :

امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه :

پیوست شماره ۵: گردش کار پزشک خانواده



گردش کار عملکرد پزشک خانواده در برخورد با مراجعه کنندگان به تیم سلامت

خدمات پزشک خانواده در دو شکل عمده، مراجعه تیم پزشک خانواده به در منازل افراد تحت پوشش در قالب ارائه خدمات به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می شود.

در حالت اول: پزشک بعد از استقرار، موظف به تشکیل پرونده سلامت خانوار برای تمام جمعیت تحت پوشش منطقه خود خواهد بود. بعد از تشکیل پرونده و معاینه همه افراد تحت پوشش، موارد بیماری را مطابق آنچه در حالت دوم توضیح داده می شود، اداره و مدیریت خواهد کرد. در حین و پس از پایان معاینه ادواری، واحد تیم سلامت که شامل پرسنل خانه های بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی است، اعلام آمادگی می کنند تا مردم نیازمند خدمات بهداشتی درمانی برای دریافت این خدمات مراجعه نمایند. در حالت دوم، پس از مراجعه فرد به بهورز، در ابتدا فرد توسط بهورز بررسی می گردد تا از Stable بودن مراجعه کننده اطمینان حاصل شود. در صورتیکه فرد از نظر علائم حیاتی Stable نبود، پس از انجام اقدامات اولیه توسط بهورز، فرد به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می شود. با حضور پزشک بر بالین بیمار، باید اقدامات لازم برای Stable کردن او صورت گیرد. پس از آن، بررسی می شود که آیا فرد نیازمند ارجاع به بیمارستان می باشد؟ در صورتیکه چنین است، باید فرم ارجاع به بیمارستان را تکمیل کرد و فرد را به بیمارستان انتقال داد و اطلاعات لازم را ثبت نمود.

در صورتیکه فرد مراجعه کننده به بهورز، Stable بود، نخستین گام باید بررسی علل مراجعه باشد. چنانچه مراجعه کننده نیازمند خدمات بهداشتی باشد این خدمات به وی ارائه می گردد. در جریان ارائه خدمات بهداشتی اگر فرد نیازمند دریافت خدمات پزشکی نباشد، توصیه های بهداشتی، ثبت اطلاعات در پرونده و تعیین تاریخ مراجعه بعدی برای مراجعه کننده صورت می گیرد. چنانچه در جریان ارائه خدمات بهداشتی فرد نیازمند خدمات پزشکی باشد، فرد به پزشک خانواده ارجاع شده و پزشک وی را ویزیت می کند. در صورت نیاز به اقدامات تشخیصی، اقدام می کند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی او را به متخصص ارجاع می دهد. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، متخصص مربوطه وی را بستری می کند تا درمان و مشاوره توسط متخصصین انجام شود. پس خوراند خدمات بستری و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام خواهد شد. کلیه اطلاعات مربوط به بیمار بستری در پرونده بیمار ثبت و در صورت نیاز پی گیری می شود. در صورت عدم نیاز به متخصص و یابستری شدن بیمار، اقدامات درمانی، مشاوره و توصیه های بهداشتی توسط پزشک خانواده صورت می گیرد، اطلاعات در پرونده بیمار و دفترچه بیمه وی ثبت و در صورت نیاز، پی گیری می شود. در مواردی که فرد مراجعه کننده به دلیل دریافت خدمات درمانی به بهورز مراجعه کرده باشد، چنانچه مشکل با درمان علائم ساده علامتی که در آموزشهای بهورز آمده است قابل حل باشد، باید توسط بهورز درمان گردد و در صورتیکه پس از انجام اقدامات لازم بیمار بهبود نیافت، او را به پزشک خانواده ارجاع می دهد. در مواردی که بیمار به دلیلی غیر از موارد درمان ساده علامتی مراجعه می کند، بهورز باید بیمار را مستقیماً به پزشک خانواده ارجاع دهد و کلیه اقداماتی که در بالا توضیح داده شد برای بیمار توسط پزشک صورت پذیرد.

پیوست شماره ۶: فهرست بسته های خدمتی و اقلام دارویی بسته پایه خدمات سلامت

ترکیب اعضای تیم سلامت:

- بهورز
- کاردان ها (مشمول بر کاردان بهداشت خانواده، ماما، کاردان بهداشت محیط، کاردان مبارزه با بیماریها و...)
- کارشناس ها (کارشناس تغذیه، روانشناس، پرستار، ماما)
- پزشک

خدمات ها و مراقبت هایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است:

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس خوراند مناسب

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت ها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر

ز- دریافت پس خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس خوراند

الف- مدیریت سلامت :

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ثبت داده ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری های درون بخشی و بین بخشی
- تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت های مردمی
- همکاری در اجرای برنامه های استانی و کشوری
- همکاری در برنامه های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم های مذکور بر اساس پروتکل های کشوری
- پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت بر اساس دستورالعمل های موجود

ب- آموزش و ارتقای سلامت

➤ آموزش سلامت

➤ ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت بر اساس کتاب / کتابهای

➤ مراقبتهای از کودکان

- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویتهای آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع
- در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبتهای جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیهها و اقدامات لازم
- مراقبت نوزادان (در دوره های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)
 - ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی، توشکشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
 - ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بی حالی، برآمدگی ملاج، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
- مراقبتهای از کودکان سالم (در دوره های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و ...)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- انجام مراقبتهای درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
 - عفونت های موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
 - تشخیص افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
 - تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز

- تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)

- در دوره های سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و ۲۴ سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:
- مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
- پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
- پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدائی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)
- پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای پوستی
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
- آموزش تغذیه مناسب
- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴ سالگی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.
- پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
- آموزش پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات

- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

- پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سکته های قلبی و مغزی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب
- پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران باردار

- مشاوره پیش از بارداری
- دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)
 - انجام ارزیابی های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و ...
 - اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
 - تجویز مکمل های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
 - آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
 - ترسیم جدول وزن گیری
 - توجه به تاریخ تقریبی زایمان
 - ایمن سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستورالعمل کشوری
 - ارجاع برای انجام آزمایش معمول
 - ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت

- مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- تزریق رگام در مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت
- شناسایی مادر در معرض خطر
- ارجاع مادر عارضه دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
- ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
- پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
- ثبت خدمات
- ارایه آموزش های فردی یا گروهی
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) - ملاقات اول و دوم

◀ تنظیم خانواده

- انجام مشاوره قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
- انجام مشاوره حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- بررسی و تعیین مناسب ترین شیوه پیشگیری از بارداری برای هر زوج
- انجام مراقبتهای لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
- ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع

◀ مراقبت و درمان بیماریهای خاص (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد)

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

- هاری
- کالآزار (لشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لشمانیوز جلدی)
- تب مالت

- جذام
- مالاریا
- تزریقات ایمن
- هپاتیت
- مننژیت
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوانزا
- دیفتیری
- سیاه سرفه
- ایدز
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- زنجیره سرما
- سل

◀ سلامت محیط و کار

- سلامت محیط جامعه (مدیریت)
 - آب آشامیدنی سالم
 - آلودگی هوا
 - ابتکارات جامعه محور (CBI)
 - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
 - بهداشت پرتوها
 - جمع آوری و دفع فاضلاب
 - کنترل ناقلین بیماریها
 - پسماندها
 - مواد شیمیایی و سموم
- سلامت محیط خانوار

- ابتکارات جامعه محور (CBI)
- ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
- سوانح و حوادث
- محیط فیزیکی مسکن
- سلامت محیط های جمعی
 - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
 - سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
 - سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی
 - سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
 - سلامت محیط های آموزشی
 - سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
- سلامت محیط کار
 - بهداشت حرفه ای
 - ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به کارگران
 - ایجاد ایستگاههای بهرگر
 - پیشگیری و مراقبت از بیماریهای شغلی
 - پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار

د- درمان اولیه و تدبیر فوریتها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما)

◀ ویزیت

- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
- معاینه (جسمی-روانی)
- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
- تدوین و اجرای برنامه درمانی
- ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد

◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی

- واکتومی
- ختنه
- بخیه زدن و دبریدمان
- کشیدن ناخن
- برداشتن خال و لیپوم و زگیل
- نمونه برداری از پوست و مخاط

- کاتتریزاسیون ادراری
- فیزیوتراپی تنفسی
- آتل بندی شکستگی ها
- شستشوی گوش
- خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق
- کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- اندازه گیری تیز بینی با E-Chart
- نوار قلب
- تزریقات
- پانسمان
- ◀ ویزیت در منزل
 - حضور بر بالین بیمار در منزل
 - مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
 - معاینه (جسمی-روانی)
 - ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
 - تدوین و اجرای برنامه درمانی
 - ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد
- ◀ مشاوره (تلفنی)
- ◀ فوریت ها
 - انجام احیاء قلبی ریوی مغزی (CPR)
 - لوله گذاری تراشه
 - اقدامات اولیه در مسمومیت ها
 - اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
 - اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
 - اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان

۵- ارجاع

- ◀ ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- ◀ پی گیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- ◀ پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ◀ تنظیم و ارائه گزارش های مورد نیاز
- ◀ تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده ی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

فهرست پیشنهادی داروهای پزشک خانواده

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۱	او.آر.اس	پودر خوراکی
۲	ارگوتامین سی	قرص
۳	اریترومایسین	سوسپانسیون
۴	اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم	قرص
۵	استامینوفن	شربت
۶	استامینوفن	قطره خوراکی
۷	استامینوفن ۳۲۵ میلی گرم	قرص
۸	استامینوفن کودکان	شیاف
۹	اشک مصنوعی	قطره چشمی
۱۰	اکسپکتورانت	شربت
۱۱	اگزاپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۲	اگزاپام ۵ میلی گرم	قرص
۱۳	اگزاپام ۱۰ میلی گرم	قرص
۱۴	آلپرازولام ۰.۵ میلی گرم	قرص
۱۵	امپرازول	کپسول
۱۶	انالاپریل ۵ میلی گرم	قرص
۱۷	انسولین NPH انسانی	ویال
۱۸	انسولین رگولار انسانی	ویال
۱۹	ایبوپروفن ۲۰۰ میلی گرم	قرص
۲۰	ایبوپروفن ۴۰۰ میلی گرم	قرص
۲۱	ایزوسورباید ۱۰ میلی گرم	قرص
۲۲	ایزوسورباید ۴۰ میلی گرم	قرص
۲۳	ایمی پرامین ۱۰ میلی گرم	قرص
۲۴	ایمی پرامین ۲۵ میلی گرم	قرص
۲۵	ایندومتاسین	کپسول
۲۶	آب مقطر	آمپول
۲۷	آتنولول ۵۰ میلی گرم	قرص
۲۸	آتنولول ۱۰۰ میلی گرم	قرص
۲۹	آزیترومایسین ۲۵۰ میلی گرم	کپسول
۳۰	آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم	کپسول

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۳۱	آسپرین ۸۰	قرص
۳۲	آسپرین ۱۰۰	قرص
۳۳	آسپرین ۳۲۵	قرص
۳۴	آلومینیوم ام جی اس	قرص
۳۵	آلومینیوم ام جی اس	سوسپانسیون
۳۶	آمپی سیلین ۵۰۰ میلی گرم	کپسول
۳۷	آموکسی سیلین ۵۰۰	کپسول
۳۸	آموکسی سیلین ۱۲۵	سوسپانسیون
۳۹	آموکسی سیلین ۲۵۰	سوسپانسیون
۴۰	آمی تریپتیلین ۱۰	قرص
۴۱	آمی تریپتیلین ۲۵	قرص
۴۲	آمی تریپتیلین ۵۰	قرص
۴۳	آنتی هموروئید	پماد
۴۴	آنتی هیستامین دکونژستانت	قرص
۴۵	باکلوفن ۱۰ میلی گرم	قرص
۴۶	باکلوفن ۲۵ میلی گرم	قرص
۴۷	بتا متازون	آمپول
۴۸	بتا متازون	قطره چشمی
۴۹	بتا متازون LA	آمپول
۵۰	برم هگزین	قرص
۵۱	برم هگزین	شربت
۵۲	بیزاکودیل	قرص
۵۳	بیزاکودیل ۵	شیاف
۵۴	بیزاکودیل ۱۰	شیاف
۵۵	پردنیزولون ۵ میلی گرم	قرص
۵۶	پردنیزولون ۵۰ میلی گرم	قرص
۵۷	پروپرانولول ۱۰ میلی گرم	قرص
۵۸	پروپرانولول ۲۰ میلی گرم	قرص
۵۹	پروپرانولول ۵۰	قرص
۶۰	پروژسترون ۲۵ میلی گرم	آمپول
۶۱	پرومتازین	شربت
۶۲	پرومتازین	آمپول

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۶۳	پزدو افدرین	شربت
۶۴	پنی سیلین	ویال
۶۵	پنی سیلین ۳،۳،۶	ویال
۶۶	پنی سیلین بنزاتین ۱۲۰۰۰۰۰ واحد	ویال
۶۷	پنی سیلین وی ۲۵۰ میلی گرم	سوسپانسیون
۶۸	پنی سیلین وی ۵۰۰ میلی گرم	قرص
۶۹	پوویدون آیداین	ژل واژینال
۷۰	پی پرازین	شربت
۷۱	پیروکسیکام	ژل
۷۲	پیرونیوم پاموات	سوسپانسیون
۷۳	تئوفیلین جی	شربت
۷۴	تئوفیلین ریتارد	قرص
۷۵	تتابولین	آمپول
۷۶	تتراسایکلین	پماد موضعی
۷۷	تتراسایکلین	پماد چشمی
۷۸	تری فلوپرازین ۱ میلی گرم	قرص
۷۹	تری فلوپرازین ۲ میلی گرم	قرص
۸۰	تری هگزی فنیدیل	قرص
۸۱	تريا مترن اچ	قرص
۸۲	تريا مسینولون NN	پماد
۸۳	تریپل سولفا	کرم واژینال
۸۴	تیوریدازین	قرص
۸۵	جم فیبروزویل ۳۰۰ میلی گرم	کپسول
۸۶	جم فیبروزویل ۴۵۰ میلی گرم	کپسول
۸۷	جنتا مایسین	قطره چشمی
۸۸	داکسی سایکلین	کپسول
۸۹	دایجستيو	قرص
۹۰	دایمتیکون	قرص
۹۱	دایمتیکون	قطره خوراکی
۹۲	دکستروز متورفان	شربت
۹۳	دکستروز متورفان پی	شربت
۹۴	دگزا متازون ۴	آمپول

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۹۵	دگزا متازون ۸	آمپول
۹۶	دiazپام	آمپول
۹۷	دی پیریدامول ۷۵	قرص
۹۸	دی پیریدامول ۲۵	قرص
۹۹	دی سیکلومین	شربت
۱۰۰	دی سیکلومین	قرص
۱۰۱	دی سیکلومین	آمپول
۱۰۲	دiazپام ۲	قرص
۱۰۳	دiazپام ۵	قرص
۱۰۴	دiazپام ۱۰	قرص
۱۰۵	دیفن هیدرامین	شربت
۱۰۶	دیفن هیدرامین کامپاند	شربت
۱۰۷	دیکلوفناک	ژل موضعی
۱۰۸	دیکلوفناک ۱۰۰ میلی گرم	شیاف
۱۰۹	دیکلوفناک ۲۵ میلی گرم	قرص
۱۱۰	دیگوکسین	قرص
۱۱۱	دیلتiazم ۶۰ میلی گرم	قرص
۱۱۲	دیمین هیدرینات	قرص
۱۱۳	رانیتیدین	قرص
۱۱۴	رانیتیدین	آمپول
۱۱۵	ریگر ۵۰۰ و ۱۰۰۰	سرم تزریقی
۱۱۶	زینک اکساید	پماد
۱۱۷	سالبوتامول	شربت
۱۱۸	سالبوتامول	اسپری
۱۱۹	سدیم کلراید	قطره بینی
۱۲۰	سدیم کلراید ۵۰۰ و ۱۰۰۰	سرم تزریقی
۱۲۱	سرما خوردگی اطفال	قرص
۱۲۲	سرما خوردگی اطفال	شربت
۱۲۳	سرما خوردگی بزرگسالان	قرص
۱۲۴	سفالکسین ۱۲۵	سوسپانسیون
۱۲۵	سفالکسین ۲۵۰	سوسپانسیون
۱۲۶	سفالکسین ۲۵۰	کپسول

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۱۲۷	سفالکسین ۵۰۰	کپسول
۱۲۸	سوختگی (روغن ماهی)	پماد
۱۲۹	سولفا استامید ۱۰٪	قطره چشمی
۱۳۰	سولفا استامید ۲۰٪	قطره چشمی
۱۳۱	سیپروفلوکساسین	قطره چشمی
۱۳۲	سیپروفلوکساسین ۲۵۰	قرص
۱۳۳	سیپروفلوکساسین ۵۰۰	قرص
۱۳۴	سیلور سولفادیازین	کرم
۱۳۵	فاموتیدین ۲۰ میلی گرم	قرص
۱۳۶	فاموتیدین ۴۰ میلی گرم	قرص
۱۳۷	فروس سولفات	شربت
۱۳۸	فلوکستین ۱۰	کپسول
۱۳۹	فلوکستین ۲۰	کپسول
۱۴۰	فنازو پیریدین	قرص
۱۴۱	فنو باربیتال ۱۵	قرص
۱۴۲	فنو باربیتال ۳۰	قرص
۱۴۳	فنو باربیتال ۱۰۰	قرص
۱۴۴	فنی توئین	کپسول
۱۴۵	فورازولیدون	سوسپانسیون
۱۴۶	فوروسماید	قرص
۱۴۷	فوروسماید ۲۰ میلی گرم	آمپول
۱۴۸	کلرامفنیکل	قطره چشمی
۱۴۹	کلماستین	آمپول
۱۵۰	کلومیپرامین ۱۰	قرص
۱۵۱	کلومیپرامین ۲۵	قرص
۱۵۲	کاپتوپریل ۲۵	قرص
۱۵۳	کاپتوپریل ۵۰	قرص
۱۵۴	کاربامازپین	قرص
۱۵۵	کالامین دی	کرم
۱۵۶	کتوتیفن	شربت
۱۵۷	کتوتیفن	قرص
۱۵۸	کلردیازپوکساید ۵ میلی گرم	قرص

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۱۵۹	کلردیازپوکساید ۱۰ میلی گرم	قرص
۱۶۰	کلر فنرامین	قرص
۱۶۱	کلسیم - د	قرص
۱۶۲	کلسیم جوشان	قرص
۱۶۳	کلوتازول	پماد
۱۶۴	کلوتریمازول	کرم
۱۶۵	کلوتریمازول	کرم واژینال
۱۶۶	گلوکز اسیلین ۵۰۰ میلی گرم	کپسول
۱۶۷	کلونازپام ۱ میلی گرم	قرص
۱۶۸	کلونازپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۶۹	کلیدینیوم سی	قرص
۱۷۰	کو آموکسی کلاو ۱۵۶	سوسپانسیون
۱۷۱	کو آموکسی کلاو ۳۱۲	سوسپانسیون
۱۷۲	کو آموکسی کلاو ۳۷۵	قرص
۱۷۳	کو آموکسی کلاو ۶۲۵	قرص
۱۷۴	کوتریماکسازول	سوسپانسیون
۱۷۵	کوتریماکسازول بزرگسالان ۲۰۰	قرص
۱۷۶	کوتریماکسازول بزرگسالان ۴۰۰	قرص
۱۷۷	گایا فترین	شربت
۱۷۸	گلی بن کلامید	قرص
۱۷۹	گلیسیرین فنیکه	قطره گوش
۱۸۰	لورازپام ۱ میلی گرم	قرص
۱۸۱	لورازپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۸۲	لووتیروکسین	قرص
۱۸۳	لیتیم کربنات ۱۵۰	قرص
۱۸۴	لیتیم کربنات ۳۰۰	قرص
۱۸۵	مبندازول	قرص
۱۸۶	مترونیدازول	قرص واژینال
۱۸۷	مترونیدازول	قرص
۱۸۸	مترونیدازول	سوسپانسیون
۱۸۹	متفورمین	قرص
۱۹۰	متوکاربامول	قرص

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۱۹۱	متوکاربامول	آمپول
۱۹۲	متوکلوپرامید	قرص
۱۹۳	متوکلوپرامید	آمپول
۱۹۴	متوکلوپرامید	قطره خوراکی
۱۹۵	متیل پردنیزولون استات	آمپول
۱۹۶	متیل دوپا	قرص
۱۹۷	محلول شستشو ۵۰۰۰/۱۰۰۰ میلی گرم	محلول
۱۹۸	مفنامیک اسید	کپسول
۱۹۹	منتول - سالسیلات	پماد موضعی
۲۰۰	مولتی ویتامین	قرص
۲۰۱	مولتی ویتامین	قطره خوراکی
۲۰۲	نالیدیکسیک اسید	قرص
۲۰۳	نفازولین	قطره چشمی
۲۰۴	نفازولین + آنتازولین	قطره چشمی
۲۰۵	نوروتریپتیلین ۱۰	قرص
۲۰۶	نوروتریپتیلین ۲۵	قرص
۲۰۷	نیترو فورازون	پماد
۲۰۸	نیتروکانتین ۲/۶	قرص
۲۰۹	نیتروکانتین ۶/۴	قرص
۲۱۰	نیتروگلیسیرین زیر زبانی	پرل
۲۱۱	نیستاتین	قطره خوراکی
۲۱۲	نیفدیپین	کپسول
۲۱۳	نیکلوزامید	قرص
۲۱۴	هالوپریدول ۵/ میلی گرم	قرص
۲۱۵	هماینیک	کپسول
۲۱۶	هیدروکسی زین	شربت
۲۱۷	هیدروکسی زین ۱۰	قرص
۲۱۸	هیدروکسی زین ۲۵	قرص
۲۱۹	هیدروکسید منیزیم	سوسپانسیون
۲۲۰	هیدروکلروتیازید	قرص
۲۲۱	هیدروکورتیزون	پماد
۲۲۲	والپرات سدیم ۲۰۰	قرص

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۲۲۳	والپرات سدیم ۵۰۰	قرص
۲۲۴	ویتامین B1 ۳۰۰ میلی گرم	قرص
۲۲۵	ویتامین B6	قرص
۲۲۶	ویتامین B6	آمپول
۲۲۷	ویتامین D3	آمپول
۲۲۸	کرومولین سدیم	اسپری ریه
۲۲۹	اپیراتروپیوم بروماید	نیولایرز یا اسپری
۲۳۰	اسید نیکوتینیک	قرص
۲۳۱	هیدرالازین	ویال
۲۳۲	هیدرالازین	قرص ۲۵ میلی گرم
۲۳۳	ویتامین K	ویال ۱ گرمی
۲۳۴	ویتامین آ	قرص
۲۳۵	ویتامین آ	پماد چشمی
۲۳۶	ویتامین آ + د	پماد
۲۳۷	ریبوفلاوین (ویتامین B2)	ویال
۲۳۸	اسید فولیک	قرص
۲۳۹	ویتامین B12	ویال
۲۴۰	ویتامین C	قرص
۲۴۱	فروس سولفات	کپسول
۲۴۲	آهن	قطره خوراکی
۲۴۳	آلومینیم هیدروکساید	سوسپانسیون
۲۴۴	آمیلورید	قرص
۲۴۵	اسپیرونولاکتون	قرص
۲۴۶	پرازوسین	قرص ۱ میلی گرم
۲۴۷	پرازوسین	قرص ۵ میلی گرم
۲۴۸	متوپرولول	قرص
۲۴۹	آلندرونات	قرص ۷۰ میلی گرم
۲۵۰	ایزونیازید	قرص ۱۰۰ میلی گرم
۲۵۱	ایزونیازید	قرص ۳۰۰ میلی گرم
۲۵۲	ریفامپین	کپسول ۱۵۰ میلی گرم
۲۵۳	ریفامپین	کپسول ۳۰۰ میلی گرم

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۲۵۴	پیرازینامید	قرص ۵۰۰ میلی گرم
۲۵۵	اتامبوتول	قرص ۴۰۰ میلی گرم
۲۵۶	استرپتومايسين	ویال ۱ میلی گرم
۲۵۷	آمپی سیلین	آمپول
۲۵۸	جنتامایسین	ویال ۸۰ میلی گرم
۲۵۹	سفتریاکسون	ویال
۲۶۰	لیدوکایین	ژل موضعی
۲۶۱	بی پیریدین	قرص
۲۶۲	کوتریموکسازول	
۲۶۳	سفوتاکسیم	ویال ۰.۵ میلی گرم
۲۶۴	کلرامفنیکل	کپسول
۲۶۵	کولستیرامین	سوسپانسیون
۲۶۶	مگلو مین آنتیموانات	آمپول
۲۶۷	کلوفازیمین	کپسول
۲۶۸	داپسون	قرص ۵۰ میلی گرم
۲۶۹	داپسون	قرص ۱۰۰ میلی گرم
۲۷۰	اوفلوکساسین ۲۰۰	قرص
۲۷۱	اوفلوکساسین ۳۰۰	قرص
۲۷۲	هیدروکورتیزون	ویال
۲۷۳	اپی نفرین	ویال
۲۷۴	شارکول فعال	سوسپانسیون
۲۷۵	آتروپین	قرص یا ویال
۲۷۶	بیکربنات سدیم	ویال
۲۷۷	تتراسیکلین	کپسول ۲۵۰ میلی گرم
۲۷۸	کلیندامایسین	کپسول
۲۷۹	کلرامفنیکل	ویال
۲۸۰	کلرامفنیکل	سوسپانسیون
۲۸۱	نیتروفورانتوئین	سوسپانسیون
۲۸۲	موپیروسین	پماد پوستی
۲۸۳	نالوکسان هیدروکلراید	ویال
۲۸۴	گلوکونات کلسیم	ویال
۲۸۵	کلروکین	قرص

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۲۸۶	پریماکین	قرص
۲۸۷	آرتسونت	ویال
۲۸۸	فنسیدار (پریمتامین سولفادوکسین)	قرص
۲۸۹	کینین	ویال
۲۹۰	کلیندامایسین	کپسول یا آمپول
۲۹۱	بی پیریدین	ویال
۲۹۲	پرفنازین	قرص: ۲،۴ و ۸ میلی گرمی
۲۹۳	کلرو پرومازین	قرص: ۱۰۰-۲۵ میلی گرمی
۲۹۴	کلر پرومازین	ویال
۲۹۵	فلوفنازین دکانات	ویال
۲۹۶	استازولامید	قرص
۲۹۷	آسیکلوویر	کرم موضعی
۲۹۸	آمینوفیلین	ویال
۲۹۹	دکستروز ۵۰٪	ویال
۳۰۰	فر فولیک	قرص
۳۰۱	سرم ۱/۳، ۲/۳	محلول تزریقی
۳۰۲	لوامیزول	قرص ۵۰ میلی گرم
۳۰۳	تتراکائین	قطره چشمی
۳۰۴	فلووکسامین	قرص
۳۰۵	کروتامیتون	کرم موضعی

باید از مجموعه داروهای فوق، ۲۷۰ قلم برحسب شرایط منطقه در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موجود باشد.

پیوست شماره ۷:

بسمه تعالی

شماره..... ۵/۲۰۹/۳۵۸۷
تاریخ..... ۱۳۹۰/۱۰/۲۲
پرست..... ندارد.....



معاونت توسعه مدیریت و منابع
اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی

«سال ۹۰، سال جهاد اقتصادی»

جناب آقای دکتر شریعتی

قائم مقام محترم معاونت بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه

با سلام

احتراماً بازگشت به نامه شماره ۳۰۸/۸۴۱۳ د مورخ ۹۰/۹/۲۲ در خصوص مرخصی استحقاقی استفاده نشده مشمولین برنامه پزشک خانواده به استحضار می رساند:
با توجه به تبصره ۴ ماده ۲ دستور العمل تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی اعضا غیر هیئت علمی دانشگاه، ملاک پرداخت فوق العاده ویژه دستور العمل برنامه پزشک خانواده می باشد و با عنایت به صراحت ماده ۵۶ نسخه ۱۱/۱ دستور العمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مبنی بر اینکه در هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی (به استثناء زمان بینوته پزشک در محل) نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد بنابراین ملاک پرداخت، کل دریافتی فرد می باشد.
در خصوص مدت زمان مرخصی همانطور که در بخشنامه شماره ۳۰۸/۳۵۳۰ مورخ ۹۰/۲/۱۹ آن مرکز اعلام گردیده است صرفاً ۱۵ روز مرخصی پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد قابل بازپردی می باشد.
مراتب جهت استحضار و هر گونه اقدام مقتضی ارسال می گردد.

دکتر حسین مبارکی
مشاور معاونت توسعه و مدیریت کل
منابع انسانی و پشتیبانی

پیوست شماره ۸:

فرمت قرارداد برای ارائه خدمات دارویی و دستورعمل آن

شماره ۶۵۹۸۱ تاریخ پست ۲ - ۱۷۷ / ۵۵۵ دستورالعمل دستورالعمل	باسمه تعالی	D12 جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت و درمان معاونت غذا و دارو
شماره ۱۲۴۹۲	جناب آقای دکتر سید موید علویان معاون محترم سلامت جناب آقای دکتر شمس اردکانی مدیر کل محترم سازمان بیمه خدمات درمانی	سلام علیکم احتراماً به پیوست دستورالعمل نحوه ارائه خدمات دارویی در طرح بیمه روستایی پس از بازبینی به عمل آمده در جلسات کارشناسی مربوطه ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمائید با توجه به حجم اعلام های به عمل آمده توسط دانشگاه های علوم پزشکی، مراتب به نحو مقتضی به کلیه دانشگاه ها ابلاغ گردد. شایان ذکر است قرارداد مربوط به انعقاد قرارداد با داروخانه های خصوصی پس از تأیید دفتر حقوقی متعاقباً ارسال خواهد شد.
دکتر رسول دیناروند معاون غذا و دارو	خانم شهبانی	رونوشت: جناب آقای دکتر مهدری - رئیس محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت جهت اطلاع بانضمام ضمیمه - جناب آقای دکتر شهبانی - مشاور محترم اجرایی و امور استانها جهت اطلاع بانضمام ضمیمه - جناب آقای دکتر حسینی - رئیس محترم دبیرخانه تحقیقات کاربردی جهت اطلاع بانضمام ضمیمه

دستورالعمل نحوه ارائه خدمات داروئی توسط داروخانه های بخش خصوصی در طرح بیمه روستائی

۲- روستا داروخانه خصوصی ندارد اما داروخانه خصوصی روستای همجوار حاضر به راه اندازی داروخانه قمر در مرکز بهداشتی درمانی است.	۱- داروخانه خصوصی در روستا وجود دارد و حاضر به انعقاد قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی است.
الف- مرکز بهداشتی درمانی فضای داروخانه را بطور مجانی در اختیار داروخانه قرار میدهد. عدم مغایرت شرایط فیزیکی فضای داروخانه بایستی به تأیید معاونت غذا و دارو دانشگاه رسیده باشد. ب- داروخانه خصوصی مادر داروخانه مرکز را بر اساس لیست داروئی طرح بیمه روستائی راه اندازی میکند. ج- پرسنل ارائه دهنده خدمات داروئی در استخدام داروخانه مادر خواهد بود اما باید در در برنامه های آموزشی داروئی که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید. در این مورد نظارت پزشک بر داروهای تحویلی به بیمار الزامی است. د- مرکز بهداشتی درمانی در ساعات تعطیلی داروخانه به دایر کردن یک گنجه داروئی اقدام می نماید. اقلام داروئی گنجه داروئی بر اساس نظر پزشک روستا و توسط مرکز تأمین میگردد. ه- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" دریافت نمیشود و در عوض مبلغ ۱۵۰۰ ریال بعنوان "هزینه نسخه پیچی" از هر بیمار دریافت می گردد. و- چنانچه داروئی بیمار از گنجه داروئی مرکز تأمین شود دریافت هرگونه وجهی بعنوان "حق فنی" یا "هزینه نسخه پیچی" ممنوع است.	الف- انعقاد قرارداد براساس فرم پیوست بین داروخانه و مرکز بهداشتی درمانی صورت می گیرد. ب- چنانچه مرکز بهداشتی درمانی دارای داروخانه فعال است باید نسبت تعطیل آن اقدام کند. ج- مرکز بهداشتی درمانی تنها به دایر کردن یک گنجه داروئی جهت موارد خارج از ساعات موظف فعالیت مرکز بهداشتی درمانی اکتفا خواهد کرد. اقلام داروئی گنجه داروئی بر اساس نظر پزشک روستا و توسط داروخانه خصوصی تأمین میگردد. د- نظارت بر نحوه مصرف داروهای موجود در گنجه داروئی بر عهده پزشک مرکز می باشد. ه- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" تنها در صورتی که خدمات داروئی توسط داروساز و در محل داروخانه خصوصی ارائه شود از بیمار اخذ خواهد شد. و- چنانچه داروئی بیمار از گنجه داروئی مرکز تأمین شود دریافت هرگونه وجهی بعنوان "حق فنی" یا "هزینه نسخه پیچی" ممنوع است.

دستورالعمل ارائه خدمات داروئی در داروخانه های دولتی مراکز بهداشتی درمانی در طرح بیمه روستائی

۴- داروخانه در روستا وجود ندارد و هیچ داروخانه خصوصی حاضر نیست با مرکز بهداشتی درمانی قرارداد منعقد کند.	۳- داروخانه خصوصی در روستا وجود دارد اما حاضر به انعقاد قرارداد با مرکز بهداشتی درمانی نیست.
الف- داروخانه مرکز بهداشتی درمانی فعال میشود. ب- ارائه خدمات داروئی توسط کاردان مامائی انجام میشود. ج- ارائه دهنده خدمات داروئی باید در برنامه های آموزشی داروئی که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید. د- پزشک موظف است داروئی بیمار را پس از دریافت کنترل کند. ه- اخذ هرگونه وجهی بابت "هزینه نسخه پیچی" یا "تعرفه حق فنی" ممنوع است. و- در صورت امکان بکارگیری مسئول فنی در داروخانه مرکز بهداشتی درمانی اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" و جابت قانونی دارد.	الف- داروخانه مرکز بهداشتی درمانی فعال میشود. ب- ارائه خدمات داروئی توسط کاردان مامائی انجام میشود. ج- ارائه دهنده خدمات داروئی باید در برنامه های آموزشی داروئی که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید. د- پزشک موظف است داروئی بیمار را پس از دریافت کنترل کند. ه- اخذ هرگونه وجهی بابت "هزینه نسخه پیچی" یا "تعرفه حق فنی" ممنوع است. و- در صورت امکان بکارگیری مسئول فنی در داروخانه مرکز بهداشتی درمانی اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" و جابت قانونی دارد.

باسمه تعالی

قرارداد واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه‌های خصوصی

این قرارداد به استناد قانون برنامه پنجساله چهارم و قانون بودجه سال ۱۳۸۵ درخصوص بیمه روستایی و تفاهم نامه‌های سه ماهه اول و نه ماهه دوم سال ۱۳۸۵ (نامه شماره ۸/۵۶۶۴ ب مورخ ۸۵/۵/۲۴) و همچنین ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تنظیم گردیده است.

ماده (۱) موضوع قرارداد:

عبارتست از واگذاری ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه بخش خصوصی از طرف شبکه بهداشت و درمان شهرستان

ماده (۲) طرفین قرارداد:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان به مدیریت آقای / خانم دکتر که از این پس در این قرارداد **کارفرما** و آقای / خانم مؤسس داروخانه به نشانی: شهرستان شهر / روستای که از این پس در این قرارداد **مجری** نامیده می شوند.

ماده (۳) مدت قرارداد:

از تاریخ لغایت به مدت ماه می باشد که در صورت تمایل طرفین و اعلام دو ماه قبل از خاتمه این قرارداد، توسط طرفین قابل تمدید خواهد بود.

ماده (۴) تعهدات مجری:

۴-۱- مجری موظف است نسبت به تدارک و تحویل داروهای فهرست دارویی موجود در دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، بجز در مورد اقلامی که دچار کمبود کشوری می باشند (به تشخیص معاونت غذا و داروی دانشگاه)، به منظور تامین نیازهای دارویی مشمولین برنامه در منطقه تحت پوشش اقدام نماید.

تبصره: در صورت لزوم یک داروخانه میتواند مسئولیت تامین دارو را برای بیش از یک مرکز برعهده داشته باشد که در این صورت تکمیل فرم قرارداد متمم (پیوست) موضوعیت خواهد داشت.

۴-۲- مجری موظف است نسبت به پذیرش نسخ/ دفترچه‌های مشمولین برنامه بیمه روستایی ممهور به مهر و امضای پزشک خانواده مستقر در روستا / شهر محل اجرای قرارداد و تحویل داروهای نسخ، طبق ضوابط این قرارداد در ساعات کاری مصوب داروخانه اقدام و معادل ۳۰٪ بهای نسخه را از بیمار دریافت نماید.

تبصره: 'حق فنی داروساز' مانند دیگر نسخ بیمه تنها زمانی که خدمات دارویی توسط داروساز و در محل داروخانه خصوصی ارائه می گردد از بیمار اخذ خواهد شد. 'حق فنی داروساز' تنها یکبار به ازاء هر بار مراجعه بیمار قابل دریافت است و به نسخه آزاد ضمیمه تعلق نخواهد گرفت.

۳-۴- مجری متعهد می گردد حداکثر تا ۷ روز پس از پایان هر ماه نسبت به تهیه فهرست نسخ و تنظیم صورت حساب ماه قبل، مشابه الگوی سازمانهای بیمه گر اقدام و آن را به همراه نسخ دریافتی به کارفرما تحویل و رسید دریافت نماید.

۴-۴- مجری متعهد می گردد ضوابط کلی پذیرش و مقررات کلی مربوط به سازمانهای بیمه گر از قبیل لزوم مهر و امضای پشت نسخ دریافتی، درج حداقل قیمت داروهای چند قیمتی بر روی نسخ، کاربن گذاری و قیمت زنی در حضور بیمار، خودداری از نگهداری نسخ سفید یا دفترچه های بیمه روستایی در داروخانه و را رعایت نماید.

۵-۴- مجری متعهد می گردد در بازرسی هایی که توسط بازرسین شبکه بهداشت و درمان و سازمان بیمه خدمات درمانی، یا معاونت غذا و دارو برای نظارت بر حسن اجرای قرارداد انجام می گیرد به نحو مطلوب همکاری کند.

۶-۴- مجری متعهد می گردد در صورت ابطال پروانه داروخانه، انتقال سرمایه یا تغییر در مدیریت داروخانه، مراتب را حداقل از یک ماه قبل به اطلاع کارفرما برساند.

۷-۴- مجری حق توقف در ارائه خدمات دارویی را نداشته و در صورت بروز هرگونه اختلال در این امر، کارفرما می تواند با ارجاع موضوع به کمیته بیمه روستایی به استناد ماده ۸۷ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی نسبت به جبران خسارات وارده یا فسخ یک طرفه قرارداد اقدام نماید.

۸-۴- مجری متعهد می شود تعدادی از داروهای مورد نیاز گنجه دارویی که با نظر پزشک مرکز بر اساس فهرست دارویی طرح بیمه روستایی تهیه شده است را به همراه لیست قیمت آنها برای شیفت شب در اختیار مرکز بهداشتی درمانی قرار دهد و روز بعد نسبت به تکمیل و تهیه فهرست داروهای مصرف شده اقدام کند. مسئولیت کنترل این برنامه با مجری طرح و مدیریت آن با مرکز بهداشتی درمانی است.

۹-۴- حداقل ساعات کار جهت ارائه خدمات دارویی توسط مجری بر اساس ساعات موظف کار مرکز (غیر بیتوته) و با توافق به عمل آمده بین کارفرما و مجری خواهد بود.

۱۰-۴- در کلیه برنامه های سیاری (دهگردشی) داروهای مورد نیاز پزشک مرکز توسط مجری تحویل وی می گردد و در پایان برنامه سیاری لیست داروهای مصرفی و باقیمانده داروها توسط مجری تحویل گرفته می شود. مدیریت پرسنلی این امر بر عهده مرکز بهداشتی - درمانی می باشد.

ماده ۵) تعهدات کارفرما:

۱-۵- کارفرما متعهد می گردد ۷۰٪ از هزینه نسخ مشمولین برنامه بیمه روستایی را که توسط مجری تحویل می شود، طبق مفاد مندرج در این قرارداد پرداخت نماید.

۵-۲- کارفرما متعهد می گردد حداکثر تا تاریخ هفتم هر ماه نسبت به تحویل گرفتن نسخ ماه قبل دریافت شده از مجری و صدور رسید اقدام نماید.

۵-۳- کارفرما متعهد می گردد ۶۰٪ از مبلغ درخواستی در صورت حساب ارائه شده توسط مجری را حداکثر ۱۵ روز پس از تحویل نسخ و ۴۰٪ باقیمانده را پس از بررسی نسخ (بر اساس دستورالعمل مربوطه که از سوی کارفرما به مجری ارائه می گردد) و حداکثر در فاصله یک ماه بعد پرداخت کند. کارفرما نمی تواند پرداخت مطالبات داروخانه را منوط به دریافت اعتبار از سازمانهای بیمه گر و سایر دستگاهها نماید و ملزم است مطالبات را تادیه نماید تا خللی در تهیه دارو برای داروخانه ایجاد نگردد.

۵-۴- کارفرما موظف است نمونه مهر و امضاء پزشک/ پزشکان خانواده مستقر در روستا /شهر محل اجرای قرارداد و نیز بروز هرگونه تغییر دراین خصوص را حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت به اطلاع مجری برساند.

۵-۵- کارفرما موظف است هرگونه تغییر در ضوابط اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده که منجر به تغییر در نحوه ارائه خدمات دارویی می گردد، را کتباً به اطلاع مجری برساند. در صورت عدم اطلاع به موقع تامین هزینه های احتمالی بر عهده کارفرما خواهد بود.

ماده ۶) نحوه حل اختلاف:

حسن اجرای مفاد قرارداد و نظارت و ارزیابی از عملکرد مجری بر عهده کمیته بیمه روستایی شهرستان و استان که معاونت/مدیریت غذا و داروی دانشگاه در آن عضویت رسمی دارد خواهد بود. ضمناً در صورت بروز هر نوع اختلاف نظر بین کارفرما و مجری به استناد ماده ۸۷ آئین نامه مالی معاملاتی دانشگاه عمل خواهد شد و همچنین در تمام موارد اختلاف، قوانین مالی معاملاتی دانشگاه و مقررات و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافذ خواهد بود.

ماده ۷- این قرارداد در ۷ ماده و ۱۵ بند و دو تبصره در ۳ نسخه تنظیم و پس از امضاء حکم واحد داشته و برای طرفین لازم الاجرا می باشد.

مجری (موسس داروخانه)

آقای/ خانم

کارفرما

رئیس شبکه بهداشت درمان / رئیس مرکز بهداشت درمان شهرستان

معاونت غذا و داروی دانشگاه

امور حقوقی دانشگاه

معاونت بهداشتی دانشگاه

فرم متمم قرارداد

**واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده
به داروخانه‌های خصوصی در مرکز بهداشتی درمانی قمر**

این قرارداد به عنوان متمم قرارداد واگذاری خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه‌های خصوصی در صورتیکه داروخانه خصوصی خدمات روستائی را در روستا یا روستاهای مجاور ارائه می دهد تکمیل و به قرارداد اصلی ضمیمه میشود.

ماده (۱) موضوع قرارداد:

عبارتست از واگذاری ارائه خدمات دارویی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به داروخانه بخش خصوصی از طرف شبکه بهداشت و درمان شهرستان جهت ارائه خدمات دارویی به مرکز / مراکز بهداشتی درمانی واقع در روستا/ روستاهای

ماده (۲) طرفین قرارداد:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان به مدیریت آقای / خانم دکتر
که از این پس در این قرارداد **کارفرما** و آقای / خانم مؤسس داروخانه به نشانی:
که از این پس در این قرارداد **مجری** نامیده می شوند.

ماده (۳) مدت قرارداد:

از تاریخ لغایت به مدت ماه می باشد که در صورت تمایل طرفین و اعلام دو ماه قبل از خاتمه این قرارداد، توسط طرفین قابل تمدید خواهد بود.

ماده (۴) تعهدات مجری:

۱-۴- مجری نسبت به استخدام پرسنل مورد نیاز در داروخانه مرکز بهداشتی و معرفی ایشان به کارفرما اقدام می نماید. بدیهی است پرداخت حقوق و مزایای پرسنل و توجیه وی در رابطه با شرح وظایف و همکاری با مرکز بهداشتی درمانی بعهده مجری خواهد بود. این نیرو بایستی در دوره های آموزشی مرتبط که در سطح مراکز بهداشتی درمانی ارائه خواهد شد شرکت نماید.

۲-۴- کلیه بندهای ذیل ماده ۴ در قرارداد اصلی عینا در این قرارداد نیز صادق است با این تفاوت که در ارائه خدمات دارویی پرسنل استخدامی مجری بعنوان نماینده وی عمل خواهد نمود و در مورد تبصره ذیل بند ۴-۲ قرارداد اصلی به شکل زیر عمل خواهد شد.
تبصره- تعرفه مصوب "حق فنی داروساز" در این مورد دریافت نمی شود و در عوض مبلغ ۱۵۰۰ ریال بعنوان "هزینه نسخه پیچی" از هر بیمار به ازاء هر بار مراجعه دریافت می گردد.

ماده (۵) تعهدات کارفرما:

عینا مطابق قرار داد اصلی است.

ماده (۶) نحوه حل اختلاف:

عینا مطابق قرار داد اصلی است.

ماده (۷) این قرارداد بعنوان متمم قرارداد اصلی در ۷ ماده و ۲ بند و یک تبصره در ۳ نسخه تنظیم و پس از امضاء حکم واحد را داشته و برای طرفین لازم الاجرا می باشد.

**مجری (مؤسس داروخانه)
آقای / خانم**

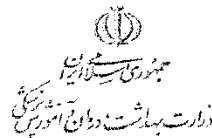
**کارفرما
رئیس شبکه بهداشت درمان / رئیس مرکز بهداشت درمان شهرستان**

معاونت غذا و داروی دانشگاه

امور حقوقی دانشگاه

معاونت بهداشتی دانشگاه

پسند آید



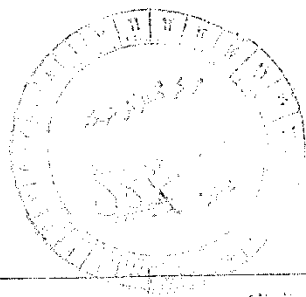
معاونت توسعه مدیریت و منابع

شماره:
تاریخ:
پرست:

- برقراری مبلغ کل حق الزحمه ماهیانه بر مبنای دستورالعمل ۷/۳ می باشد که نهایتاً میزان مبالغ مندرج در احکام کارگزینی و یا قراردادهای مستمر پرداخت می گردد از مجموع مبلغ حق الزحمه کسر خواهد شد.
۶. ذکر شرح وظایف در بند ۱ نمونه قرارداد پیوست الزامی می باشد.
۷. لازم است مبالغ پاداش پایان سال (عیدی) و بازخرید ۱۵ روز مرخصی استحقاقی استفاده نشده که برابر مفاد قرارداد و دستورالعمل تبصره ۳ ذیل ماده ۲ آئین نامه اداری و استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه ها در تعهد پرداخت می باشد از محل اعتبارات برنامه بیمه روستایی و درآمدهای اختصاصی برنامه پزشک خانواده پیش بینی و پرداخت گردد.
۸. مبلغ بازخرید سنوات خدمت ماهیانه مندرج در بند ۳ ردیف ۴ قرارداد بمأخذ ۱/۱۲ مجموع ارقام بندهای الف و هـ محاسبه و برقرار می گردد.
۹. هرگونه تغییر در مقدار نمونه قرارداد، تنظیم و دستورالعملهای ارسالی که دارای بار حقوقی و مالی می باشد مجاز نبوده و در صورت نیاز به تغییر می باید با دفتر وزارتی مکاتبه تا مورد بررسی قرار گیرد.
- در نهایت اعلام می دارد که مسئولیت حسن اجرای برنامه پزشک خانواده در حوزه تحت پوشش آن دانشگاه به عهده شخص جنابعالی است و پیشاپیش از همکاری که مبذول خواهید داشت کمال تشکر را دارد. ج/۵/۷

دکتر رحمت اله حافظی
معاون توسعه مدیریت و منابع

دکتر سید مرید تلویان
معاون سلامت



رونوشت:

دفتر معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر معاونت سلامت
مرکز توسعه شبکه و ارتقاء خدمات
دفتر مدیریت منابع انسانی و جوت اطلاع
اداره ارتباطات و امور بین المللی

<http://tous.moh.gov.ir>
<http://www.moh.gov.ir>

که شریف قاسمی خراسانی، معاون وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شماره: ۸۸۳۳۳۲۷
آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۳۳۲۷

بیمه تنائی

شماره
تاریخ
پرست
.....



معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر مدیریت منابع انسانی

تیمبر ۴۷ ماده ۲ آیین نامه اداری، استخدامی
و تشکیلاتی اجتناب غیر هیئت تأسیس دانشگاه

دانشگاه می تواند در سقف اعتبارات مصوب برای رفع
نیازهای موقت خود به نیروی انسانی برابر دستورالعملی
که به تصویب هیات امضاء می رسد با اشخاص حقیقی که
دارای مدرک تحصیلی مرتبط (مدارک تحصیلی که در
شرایط احراز طبقه بندی مشاغل مورد عمل دانشگاه پیش
بینی گردیده) باشند انعقاد قرارداد نماید.

شماره سند: خیابان سپه ای تهران، پلاک ۱۰۰ و ۱۰۱، سازمان مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۶۶۳۵۶۰ - ۸۰
آدرس: تهران، خیابان سپه ای، پلاک ۱۰۰ و ۱۰۱، سازمان مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
http://touse.mohme.gov.ir
http://www.mohme.gov.ir

قرارداد پزشک خانواده

تاریخ:

شماره:

این قرارداد با استناد تبصره ۲ ذیل ماده ۲ آیین نامه اداری، استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیأت علمی و مقام دستورات العمل مربوطه مصوب مورخ هیأت امضاء دانشگاه بین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و آقای/خانم دارای کد ملی فرزند به شماره شناسنامه صادره از تاریخ تولد دارای مدرک تحصیلی رشته مجرب، ☐ متأهل ☐ دارای نفر اولاد، خدمت سربازی انجام داده ☐ معاف دائم ☐ به عنوان طرف قرارداد به شرح زیر منعقد می شود.

۱- موضوع قرارداد

به موجب این قرارداد انجام امور موقت زیر به عهده طرف قرارداد می باشد.

۲- محل اجرای قرارداد

محل اجرای این قرارداد طبق توافق طرفین مرکز بهداشتی درمانی شامل روستاهای شهرستان تعیین می گردد.

۳- مدت این قرارداد از تاریخ تا است

۴- حقوق ماهیانه به شرح متوادل زیر تعیین می شود.

الف) حقوق پایه موضوع قرارداد ماهیانه بمبلغ ریال برای طول مدت قرارداد

ب) بن خواروبار ریال

ج) کمک هزینه عائله مندی ریال

ح) کمک هزینه اولاد ریال

د) حق مسکن ریال

هـ) سنوات خدمت ریال

و) سایر ریال

جمع کل: ریال

و متوجه می شود این بند در صورت انجام کار موضوع قرارداد و گواهی صادره در بند (۱۰) این قرارداد با رعایت مقررات مالی و پس از کسر کسور قانونی و حق بیمه تأمین اجتماعی از محل اعتبارات و در محل پرداخت بیمه روستایی پزشک خانواده قابل پرداخت است. ضمناً با استناد ماده ۲ دستورالعمل - شکر

از رقم (فوق العاده شغل، فوق العاده جذب و فوق العاده تعدیل) کارکنان پیمانی ششم سطح از نظر مدرک تحصیلی ملاک محاسبه قرار گرفته و مابه التفاوت آن در بند هـ منظور گردیده است.

تبصره ۱: فوق العاده ویژه مبلغی است که براساس دستورالعمل مربوطه محاسبه و هشت ماهه هفتاد درصد آن پرداخت می‌گردد مابه التفاوت مطالبات طرف قرارداد حداکثر تا پایان هر فصل سال پس از انجام پایش عملکرد و براساس نتایج آن پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲: پاداش پایان سال (عیدی) برابر تبصره ۱ ماده ۲ دستورالعمل مصوبه فوق‌الذکر تعیین و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳: مبلغ بازخرید سنوات خدمت به ترتیب مندرج در تبصره ماده ۵ دستورالعمل مذکور در بند س ردیف الف ماده ۴ این قرارداد منظور گردیده است.

۵- طرف قرارداد مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی خواهد بود و حق بیمه مقرر همه ماهه برابر قانون تأمین اجتماعی کسر و به صندوق ذیربط واریز خواهد شد.

۶- تعهدات طرف قرارداد

الف- طرف قرارداد متعهد است مطابق شرح وظایف محوله وفق مقررات و ضوابط نسبت به انجام موضوع قرارداد اقدام کند.

ب- طرف قرارداد اعلام می‌کند مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی مصوب سال ۱۳۳۷ نمی‌باشد.

ج- طرف قرارداد مسئول حفظ و نگهداری وسایل و اموالی است که در اجرای این قرارداد در اختیار وی قرار می‌گیرد و در صورت تعدی و تفریط در نگهداری، به دانشگاه اختیار می‌دهد که با تشخیص خود میزان خسارات را تعیین و از مطالبات نامبرده که در نزد دانشگاه است جبران نماید و مازاد بر مطالبات، خسارات وارده از طریق مراجع ذیصلاح قابل وصول خواهد بود.

د- طرف قرارداد متعهد می‌گردد شخصاً موضوع قرارداد را انجام دهد و حق واگذاری آنرا به غیرکلاً یا جزئاً ندارد.

۷- تعهدات دانشگاه

الف- پرداخت حقوق و عزایای طرف قرارداد پس از تأیید دفتر قرارداد با رعایت مقررات مالی و پس از کسر کسری تأخیری و حق بیمه تأمین اجتماعی از محل اعتبارات و درآمدهای برنامه بیمه روستایی

ب- تأمین اقلام و وسایل کار و براساس شرح وظایف ابلاغی با نهاد ذیصلاح

۸- موارد خاتمه قرارداد

الف- پایان مدت قرارداد

ب- فوت طرف قرارداد

ج- تا یکماه اعلام قبلی هریک از طرفین قرارداد

۹ سایر موارد

الف- مدت مرجعی استحقاقی طرف قرارداد ۲/۵ روز در ماه می باشد و در صورت نیاز واحد مربوطه به خدمت فرد مذکور حداکثر بمیزان ۱۵ روز در پایان سال بازخرد می شود.

ب- روابط فی ما بین طرفین قرارداد تابع مقررات مذکور و مندرجات این قرارداد بوده و به استناد ماده (۱۸۸) قانون کار از شمول قانون کار خارج می باشد و هیچگونه تعهد استخدامی برای دانشگاه ایجاد نمی نماید.

ج- مرجع رسیدگی به تخلفات اداری فرد طرف قرارداد هیأت رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه می باشد.

۱۰ ناظر بر اجرای قرارداد

رئیس مرکز بهداشت شهرستان یا معاون بهداشتی شهرستان به عنوان ناظر بر حسن اجرای قرارداد تعیین می گردد.

نام و نام خانوادگی و امضاء طرف قرارداد

رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان

به نمایندگی از سوی دانشگاه

دستور العمل انعقاد قرارداد

ماده ۲ تبصره ۲ آئین نامه اداری، استحضاری و تشکیلاتی

اعضاء هیئت علمی دانشگاه

این دستور العمل به استناد بند الف ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه و تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه اداری، استحضاری و تشکیلاتی اعضاء غیر هیات علمی دانشگاه، جهت استفاده از خدمات اشخاص حقیقی برای انجام وظایف و مسئولیتهای مشخص و بصورت تمام وقت برای مدت معین در یکی از واحدهای دانشگاه، در ۱۳ ماده و ۱۰ تبصره در مورخه به تصویب هیات امنا دانشگاه رسید و از تاریخ ۸۶/۱/۱ لازم الاجرا می باشد.

ضوابط انعقاد قرارداد

ماده (۱) : بکارگیری نیروی قراردادی حداکثر بمدت یکسال پس از احراز صلاحیت های عمومی بر اساس قانون تسری قانون کزینش معلمان و کارمندان آموزش و پرورش به کارمندان سایر وزارتخانه ها ، سازمانها ، موسسات و شرکتهای دولتی مصوب ۱۳۷۵/۲/۹ مجلس شورای اسلامی انجام می گیرد.

تبصره ۱: انعقاد قرارداد با مستخدمین بازنشسته و بازخرید شده سازمانهای دولتی مجاز نمی باشد.

تبصره ۲: تمدید قرارداد منوط به نیاز دانشگاه و با توجه به نتایج ارزیابی عملکرد به مدت یکسال در هر دوره امکانپذیر است.

تبصره ۳: انعقاد قرارداد با مشمولین قانون منع مداخله کارکنان دولت در معاملات دولتی مصوب ۱۳۳۷ مجاز نمی باشد.

تبصره ۴: افرادی که قبل از سال ۱۳۸۶ با مدرک تحصیلی غیرمرتبط بخدمت گرفته شده اند و با آنان قرارداد منعقد گردیده مشمول محدودیت این دستور العمل قرار نخواهند گرفت.

حقوق و مزایا

ماده (۲) : حقوق و مزایا برابر کارمندان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی به کارکنان طرف قرارداد قابل پرداخت است.

تبصره ۱: میزان حقوق پایه، عائله مندی و اولاد، حق مسکن، بن خواروبار، عیدی و پاداش هرساله توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ خواهد شد. بدیهی است مابه التفاوت حاصله تحت عنوان سایر مزایا محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره ۲: انشأه کار در صورت انجام کار انشأی مورد نیاز و تایید واحد سازمانی، بهمیزان مصوب هیئت رتیب دانشگاه قابل پرداخت است.

تبصره ۴: فوق العاده مأموریت در قبال اعزام به مأموریت خارج از محل خدمت پرداخت می شود.

تبصره ۵: افراد طرف قرارداد که در برنامه پزشک خانواده فعالیت می نمایند فوق العاده ای تحت عنوان فوق العاده ویژه دریافت می دارند و ملاک پرداخت دستورالعمل برنامه مذکور می باشد. پرداخت فوق العاده های مأموریت و اضافه کار به افراد مذکور مجاز نمی باشد.

آموزش رفاهی

ماده (۳): نحوه استفاده از مرخصی استحقاقی و استعلاجی افراد مشمول همانند کارکنان پیمانی خواهد بود. مرخصی استحقاقی استفاده نشده براساس نیاز واحد مربوطه به خدمت فرد حداکثر بمیزان ۱۵ روز در پایان سال بازخرید می شود.

تبصره ۱: استفاده از مرخصی بدون حقوق کارکنان حداکثر بمیزان یک دوازدهم مدت قرارداد در موارد اضطراری با تشخیص واحد مربوطه بلامانع خواهد بود.

فسخ یا خاتمه قرارداد

ماده (۴): رابطه کارکنان مشمول با واحد محل خدمت به یکی از طرق ذیل خاتمه می یابد.

الف- پایان مدت قرارداد

ب- فوت طرف دوم قرارداد

ج- فسخ قرارداد با یکماه اعلام قبلی هر یک از طرفین

ماده (۵): پس از پایان هر دوره قرارداد معادل یک ماه مبلغ مندرج در قرارداد به کارکنان مشمول پرداخت می شود.

تبصره ۱: بازخرید سنوات خدمت در قراردادهایی که مدت انجام آنها کمتر از یکسال باشد به تناسب مدت قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده (۶): در صورت فوت طرف دوم قرارداد مطالبات متعلقه به وراث قانونی وی تعلق می گیرد.

حقوق و تکالیف همسر

ماده (۷): ساعت کار موظف مطابق با ماده ۵۴ آیین نامه اداری استخدامی تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی دانشگاه تعیین می گردد.

تبصره ۱: مشمولین برنامه پزشک خانواده از شمول این ماده مستثنی بوده و ساعت کار موظف آنان برابر دستورالعمل برنامه مذکور خواهد بود.

ماده (۸): اشخاص قرارداد با اشخاص حقوقی براساس این دستورالعمل با استناد ماده ۱۸۸ قانون کار از شمول قانون مذکور خارج بوده و هیچگونه تعهد استخدامی برای دانشگاه ایجاد نمی نماید.

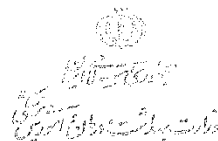
۱۱۳) سرجمع رسیدگی به تقاضاهای اداری فرد حارث قرارداد، هیأت رسیدگی به تقاضاهای اداری کارکنان دانشگاه می باشد.

۱۱۴) کارکنان موضوع این دستورالعمل مشمول قانون تأمین اجتماعی خواهند بود و حق بیمه مقرر طبق ضوابط قانون مذکور شعبه مانده به صندوق ذریعہ واریز خواهد شد.

۱۱۵) قراردادهای منعقدہ براساس این دستورالعمل می بایست شخصاً توسط طرف قرارداد انجام شود و قابل انتقال و واگذاری به غیر کار یا جزئاً نمی باشد.

۱۱۶) انتقال کارکنان مشمول این دستورالعمل در طول مدت قرارداد به سایر دانشگاهها مجاز نمی باشد.

۱۱۷) کلیه مواردی که در این دستورالعمل پیش بینی نگردیده تابع ضوابط و دستورالعملهای خواهد بود که با پیشنهاد دانشگاه به تصویب هیأت امضاء خواهد رسید.



دستورالعمل تدوین شده است و مسئولیت آن متوجه
دولت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

...../...../.....

سلام علیکم

باستناد بند ماده ۱۳۸۴ هیأت امضاء دانشگاه و دستورالعمل تبصره ۳ ماده ۲ آئیننامه اداری و استخدامی و تشکیلاتی دانشگاه بموجب این ابلاغ از تاریخ ماهانه بمیزان ریال تحت عنوان حق الزحمه و فوق العاده ویژه (کارانه) بابت مشارکت و اشتغال در برنامه بیمه روستایی در مورد شما برقرار می گردد که پس از کسر کلیه حقوق و مزایای دریافتی الباقی تا میزان ۷۰٪ سقف مبلغ فوق الذکر همه ماهه از محل اعتبارات در نامه بیمه روستایی قابل پرداخت خواهد بود و مابه التفاوت مطالبات شما حداکثر تا پایان هر فصل سال پس از انجام پایش عملکرد و براساس نتایج آن پرداخت خواهد شد. بدیهی است در طول مدتی که از مزایای فوق اشاره استفاده می نمائید فوق العاده اضافه کار ساعتی و حق معرومیت از مطب و فوق العاده مأموریت روزانه به شما پرداخت نخواهد شد.

.....

کتابخانه ملی و سازمان اسناد و کتابخانه ملی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۰۰، طبقه ۱۰
تلفن: ۸۸۳۳۳۳۳۳ - ۸۸۳۳۳۳۳۳
وبسایت: <http://www.mohme.gov.ir>

ضمائم توضیحی قرارداد:

FROM :

FAX NO. : 0099 21 8363854

Aug. 05 2007 02:34PM P3

شماره ۱۶۸۸۱۸
تاریخ ۸۶/۸/۱۳
پیوست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان امور پزشکی

وزارت مستقیم / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
باسلام و تحیات

- در اجرای تبصره ۶ ماده ۲ دستورالعمل یکارگیوی نیروی قراردادی موضوع تبصره ۳ ماده ۲ آخرین نامه اداری و استعلامی و تشکیلاتی اعضاء غیر هیئت علمی که منضم به نامه شماره ۱۳۲۱۳۲/۴/۱۳۲۵ مورخ ۸۶/۳/۲۵ معاون محترم توسعه مدیریت و منابع جهت طرح و تصویب در هیأت امنا آن دانشگاه ارسال گردیده است. میزان حقوق پایه و بن خواروبار و حق مسکن ماهیانه در سال ۸۶ به شرح ذیل ابلاغ می گردد.
- ضمناً میزان پاداش پایان سال (مبداً) متعیناً تعیین و اعلام خواهد شد.
- ۱- حق قی پایه مبلغ ۶/۸۵۰/۰۰۰ ریال تعیین می گردد. بنیادی است حقوق و مزایای ماهیانه پرسنل معاد فیستورالعمل پیشگفت برای کارمندان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی محاسبه و پرداخت خواهد شد.
- ۲- حداقل حق مسکن ماهیانه بمبلغ ۶۰۰/۰۰۰ ریال تعیین می شود و در صورت تصویب هیأت رئیسه آن دانشگاه این مبلغ بمیزان پرداخت کارکنان پیمانی مشابه قابل افزایش می باشد.
- ۳- بن خواروبار ماهیانه بمبلغ ۰۰/۰۰۰ ریال

دکتر کنورانی

۵۷۶۳۴۹
۱۷/۸/۱۳۸۶

بیمه آسمانی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر مدیریت منابع انسانی

شماره: ۱۷۰۶۵۶
تاریخ: ۱۳۸۶/۵/۱۵

تاریخ: ۱۳۸۶/۵/۱۵

دانشگاه علوم پزشکی تهران / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
.....

احتراماً

پیرونامه شماره ۱۶۶۸۸۶/۳/الف مورخ ۸۶/۵/۱۲ مبنی بر ارسال نمونه قرارداد پزشک خانواده و اعلام چگونگی نحوه انعقاد قرارداد و نظرباینکه میزان حقوق پایه و حق مسکن و خواروبار ملی تاسه شماره ۱۶۸۲۱۸ مورخ ۸۶/۵/۱۲ مقام محترم وزارت به منظور اعمال درمورد کارکنان قراردادی به آن دانشگاه ابلاغ گردیده لذا با عنایت به اهمیت موضوع خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمائید که در اسرع وقت و حداکثر تا تاریخ ۸۶/۵/۲۵ امور اداری آن دانشگاه تسببت به انعقاد قرارداد با نیروهای قراردادی مجری برنامه پزشک خانواده مبادرت نموده و نتیجه اقدام را باین دفتر اعلام دارند. مزید تشکر است.

۵۷۷۳۳۹

معاونت توسعه مدیریت و منابع

سرپرست دفتر مدیریت منابع انسانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران
ورود به دبیرخانه مرکزی

تاریخ: ۱۳۸۶/۵/۱۵

شماره: ۵۷۸۵۰۵

آدرس: شهرک همدان، خیابان سوهانک تهران، پلاک ۱۱ و ۱۲، تهران، استان مرکزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۳۹۵۴۴

آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۱، تهران، استان مرکزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۳۹۵۴۴

آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۱، تهران، استان مرکزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۳۹۵۴۴

آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۱، تهران، استان مرکزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۳۹۵۴۴

آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۱، تهران، استان مرکزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۳۹۵۴۴

بسمه تعالی

شماره ۱۷۶۱۲۶
تاریخ
پست

۱۳۸۶ ۵۰۲۱

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
دفتر مدیریت منابع انسانی

معاونت محترم پشتیبانی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

پیرونامه شماره ۱۶۳۴۶۴/الف مورخ ۸۶/۵/۹ نظریاتیکه برخی از دانشگاهها و دانشکده ها علیرغم توضیحات ابلاغی در مورد نحوه برقراری و محاسبه ردیف ۱۹ قرارداد منضم به نامه پیشگفت سنواتی را مطرح می نمایند لذا ذیلأ نحوه محاسبه موردنظر که ارقام آن همانند کارکنان پیمانی هم سطح از نظر مدرک تحصیلی تعیین می گردد، اعلام می دارد.

الف: محاسبه بند ۱۹ تحت عنوان سایر
(بند ۱۹ سایر) = (حقوق پایه بندالف ردیف ۱۹/۸۵۰/۰۰۰) - (فوق العاده تعدیل + فوق العاده جذب) + (حداقل حقوق ۱۱ ۵۰۰۰۰۰۰)

ب- سایر فوق العاده های مندرج در بند ۱۹ براساس حقوق مبنای گروه مربوطه تعیین و برقرار می گردد.

ممنون از همکاری شما
سرپرست دفتر مدیریت منابع انسانی

رونوشت:
دفتر مدیریت منابع انسانی

<http://touse.mohme.gov.ir>
<http://www.mohme.gov.ir>

شهرک قدس، خیابان سپهبدی ایران، بین فلاح و زولفشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تلفن: ۸۸۳۶۲۵۶۰ - ۸۰
شماره: ۸۸۳۶۲۵۶۷
صفحه الکترونیکی معاونت توسعه مدیریت و منابع:
صفحه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

پیوست شماره ۱۰: فرم های آماری قابل ارائه به بیمه خدمات درمانی
همراه نامه دو امضاء جداگانه ارسال می شود.

شماره: ۹۰/۲۱۴۳۳

تاریخ: ۱۳۹۰/۱۲/۶

پست: دارو

برتانی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



سازمان بیمه خدمات درمانی

ISO 9001:2008

سرپرست / ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مدیر کل محترم بیمه خدمات درمانی استان

موضوع: ارسال فرم قرارداد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان

سلام علیکم

احتراماً، به پیوست تصویر فرم قرارداد همکاری ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان با مرکز بهداشت شهرستان در سال ۹۰ به انضمام موارد ذیل جهت اجرا از تاریخ ۹۰/۱/۱ ارسال می گردد.

۱- لیست مورد توافق بسته های خدمت پزشکی، مامایی، پاراکلینیک و دارویی همانند سال ۸۸ و ۸۹

۲- ضرایب مجروحیت و سرانه شهرستان ها در سال ۹۰

۳- فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی (جداول شماره ۱ و ۲ و ۳)

۴- فرم های پایش مورد توافق همانند سال های ۸۸ و ۸۹

دکتر شریعتی

فانم مگام معاون بهداشتی و رئیس مرکز توسعه مدیریت شبکه
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی شجاعی

رئیس مرکز خرید و اهبودی خدمات سلامت

۳۲۶۵۸۲۴

آدرس: خیابان میراثی، جنبه ارشد، خیابان قبا، بلوار شهزاد، خیابان شهید رجایی، شماره ۸
پست الکترونیک: Info@msio.org.ir
تلفن: ۲۲۸۵۸۷۳۰ - ۷
تلفن گوا: ۱۶۶۶
آدرس سایت: www.msio.org.ir

سازمان بیمه خدمات درمانی	جدول شماره ۱	فرم ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (مركز بهداشتی درمانی روستایی)	آماره کل بیمه خدمات درمانی استان
--------------------------	--------------	---	----------------------------------

شهرستان	شهرستان
مركز بهداشتی درمانی (۱)	آماره کل بیمه خدمات درمانی
ماه	سال

کل جمعیت تحت پوشش مرکز (۱)	جمعیت مشمول سرانه (۲)	مورد نیاز (۳)	تعداد پزشک	مراجعه به داروخانه (۱۳)	مراجعه به آزمایشگاه (۱۵)	مراجعه به رادیولوژی (۱۷)	مراجعه به متخصص (۱۰)
کل جمعیت (ساعت کاری)	خدمات ملای (۱۱)	مورد نیاز (۳)	تعداد پزشک	تعداد ملای			
جمعیت مشمول سرانه (ساعت کاری)	خدمات ملای (۱۱)	موجود (۵)	نام و نام خانوادگی پزشک	نام و نام خانوادگی ملای	جمعیت مشمول سرانه (ساعت کاری)	کل جمعیت (ساعت کاری)	جمعیت مشمول سرانه (ساعت کاری)
جمعیت مشمول سرانه (ساعت کاری)	خدمات ملای (۱۱)	موجود (۵)	نام و نام خانوادگی پزشک	نام و نام خانوادگی ملای	کل جمعیت (ساعت کاری)	کل جمعیت (ساعت کاری)	جمعیت مشمول سرانه (ساعت کاری)

تاریخ و محل امضای پزشک خانواده

[illegible]

[illegible]

دستورعمل و فرم ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و فرمهای جمع آوری آنها در مراکز بهداشت شهرستان و استان

دستورعمل فرم شماره ۱ ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

این فرم در پایان هرماه از جمع آوری داده های ثبت شده در فرمهای اولیه اطلاعاتی که در دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی خواهد آمد، توسط مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل می شود و تا حداکثر دهم ماه بعد به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. خاطرنشان می سازد عدم ارسال بموقع و صحیح اطلاعات در امتیاز پایش هر سه ماه یکبار مرکز بهداشتی درمانی تاثیر دارد و پرداخت ۳۰٪ اعتبارات برنامه منوط به ارسال این داده هاست.

- ❖ نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی، نام شهرستان، نام مرکز بهداشتی درمانی، نوع مرکز و نام اداره کل بیمه استانی که مرکز مزبور در پوشش آن قرار دارد در قسمت فوقانی فرم ثبت می شود. همچنین، سال و ماه ثبت داده درج می گردد.
- ❖ **کل جمعیت تحت پوشش مرکز:** تمامی جمعیت تحت پوشش مرکز براساس سرشماری اول سال بدون درنظر گرفتن نوع بیمه افراد در این قسمت ثبت می گردد. برای این جمعیت باید پرونده سلامت توسط پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مرکز تکمیل شود. یعنی جمعیت ساکن منطقه که به تایید بهورزان و شورای روستاهای تحت پوشش مرکز رسیده باشند.
- ❖ **جمعیت مشمول سرانه:** منظور جمعیتی است که دارای دفترچه بیمه روستایی (یا دفترچه بیمه خاص ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر) هستند و در پوشش مرکز بهداشتی درمانی مربوط قرار دارند.
- ❖ **تعداد پزشک موردنیاز:** براساس دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باید بازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت کل تحت پوشش مرکز یک پزشک خانواده تعیین شود. برخی از مراکز که کمتر از ۴۰۰۰ نفر جمعیت در پوشش خود دارند به حداقل یک پزشک خانواده نیاز دارند. باتوجه به این اصل، تعداد پزشک موردنیاز مرکز ثبت می شود.
- ❖ **تعداد پزشک موجود:** منظور تعداد پزشک خانواده شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است که طرف قرارداد این برنامه می باشد اعم از پزشکان رسمی یا پیمانی یا قرارداد با بخش خصوصی که به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت هستند.
- ❖ **اسامی پزشکان خانواده موجود ثبت می شود.**
- ❖ **تعداد مامای موردنیاز:** براساس دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی باید بازای هر دو پزشک خانواده یک ماما در مرکز تعیین شود و به هرحال حداقل یک ماما برای هر مرکز مجری برنامه ضرورت دارد. باتوجه به این اصل، تعداد مامای موردنیاز مرکز ثبت می شود.
- ❖ **تعداد مامای موجود:** منظور تعداد ماما یا پرستار شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است که طرف قرارداد این برنامه می باشد اعم از ماماها یا پرستاران رسمی یا پیمانی یا قرارداد با بخش خصوصی که به عنوان مامای تیم سلامت پزشک خانواده مشغول فعالیت هستند.
- ❖ **اسامی ماماها یا پرستاران موجود تیم سلامت پزشک خانواده ثبت می شود.**
- ❖ **ویزیت پزشک خانواده:** تعداد ویزیت پزشک یا پزشکان خانواده هر مرکز مجری برنامه برحسب کل جمعیت تحت پوشش مرکز و جمعیت مشمول سرانه (دارای دفترچه بیمه روستایی) ثبت می گردد. این داده برای هرکدام از دو گروه جمعیتی باید به تفکیک زیر ثبت شود:

۱. تعداد ویزیت انجام شده در طول ساعت کاری پزشک (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،

۲. تعداد ویزیت انجام شده در خارج از ساعت کاری (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و

۳. تعداد ویزیت انجام شده در زمان دهگردشی پزشک.
- ❖ **ارجاع به متخصص:** تعداد ارجاعات پزشک به متخصص (اعم از سرپایی یا بستری) فقط برای جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ثبت می شود.
- ❖ **خدمات مامایی:** تعداد ویزیت‌هایی که ماما منحصراً برای ارائه خدمات مامایی درمانی انجام می دهد به تفکیک زیر باید ثبت گردد:
۱. تعداد ویزیت انجام شده در طول ساعت کاری ماما (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،
 ۲. تعداد ویزیت انجام شده در خارج از ساعت کاری در صورت حضور ماما در مرکز در بیش از ۸ ساعت کاری موظف وی و
 ۳. تعداد ویزیت انجام شده ماما در زمان دهگردشی.
- ❖ **خدمات پزشک خانواده به غیر از ویزیت:** منظور مجموع خدماتی است که مشمول تعرفه غیر از تعرفه ویزیت می شوند از قبیل: ختنه، بخیه، تزریق، خارج کردن جسم خارجی از گوش و چشم و بینی، ECG و ... این خدمات برحسب کل جمعیت تحت پوشش مرکز و جمعیت مشمول سرانه (دارای دفترچه بیمه روستایی) ثبت می گردد. این داده برای هر کدام از دو گروه جمعیتی باید به تفکیک زیر ثبت شود:
۱. تعداد خدمات ارائه شده در طول ساعت کاری پزشک (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،
 ۲. تعداد خدمات ارائه شده در خارج از ساعت کاری (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و
 ۳. تعداد خدمات ارائه شده در زمان دهگردشی پزشک.
- ❖ **مراجعه به داروخانه:** تعداد مراجعین به داروخانه داخل مرکز یا طرف قرارداد خارج مرکز برای جمعیت مشمول سرانه یا تعداد خدمات دارویی ارائه شده برحسب افراد به تفکیک زیر ثبت می شود:
۱. تعداد مراجعه به داروخانه در طول ساعت کاری مرکز یا همان ساعت کاری که برای پزشک تعیین شده است (۸ ساعت کار روزانه اعم از یک شیفت یا دو شیفت)،
 ۲. تعداد مراجعه به داروخانه در خارج از ساعت کاری پزشک (غیر از ۸ ساعت کار روزانه مثل شیفت شب) و
 ۳. تعداد مراجعه به داروخانه یا ارائه خدمات دارویی در زمان دهگردشی.
- ❖ **مراجعه به آزمایشگاه:** تعداد مراجعین به آزمایشگاه طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده برای دریافت خدمات سطح یک آزمایشگاهی (اعم از اینکه آزمایشگاه در داخل مرکز باشد یا بیرون از آن)، این داده فقط برای جمعیت مشمول سرانه مورد نیاز است.
- ❖ **مراجعه به رادیولوژی:** تعداد مراجعین به رادیولوژی طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده برای دریافت خدمات سطح یک تصویربرداری (اعم از اینکه رادیولوژی در داخل مرکز باشد یا بیرون از آن)، این داده فقط برای جمعیت مشمول سرانه مورد نیاز است.
- ❖ **تاریخ و محل امضاء مسوول مرکز بهداشتی درمانی در پایین صفحه فرم ثبت می شود.**

نمونه فرم های آماری هر ۳ ماه یکبار مرکز مدیریت شبکه در نظام آمار و اطلاعات

این فرم ها به تفکیک اطلاعات مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، مراکز بهداشت شهرستان و کل دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی در فایل Excel به نام فرم اطلاعات برنامه آمده است. این فرم ها هر ۳ ماه یکبار از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه جمع آوری شده و در فرمت مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی می شوند و همراه سایر داده های مربوط به شهرستان به مرکز بهداشت استان ارسال می گردد. فرمت های نهایی حداکثر با یک ماه تاخیر یعنی ماههای چهارم، هفتم، دهم و اول سال بعد به مرکز توسعه شبکه بصورت نرم افزاری ارسال می شود.

دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی- نسخه ۱۲

جدول شماره ۱- اطلاعات مربوط به برنامه پزشک خانواده. دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی		
ردیف	موضوع	تعداد
۱	کل جمعیت تحت پوشش در دانشگاه/دانشکده	
۲	کل جمعیت روستایی تحت پوشش در دانشگاه/دانشکده	
۳	کل جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش طرف قرارداد با شبکه ها	
۴	کل جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اعم از طرف قرارداد با شبکه یا بخش خصوصی	
۵	تعداد جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی در مناطق روستایی و عشایری دانشگاه	
۶	تعداد جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکن در مناطق شهری طرف قرارداد دانشگاه	
۷	تعداد جمعیت روستایی تحت پوشش سایر بیمه ها در محدوده مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه	
۸	تعداد جمعیت شهری طرف قرارداد تحت پوشش سایر بیمه ها در محدوده مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه	
۹	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه پزشک خانواده	
۱۰	تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری روستایی مجری برنامه پزشک خانواده	
۱۱	تعداد پزشک خانواده مورد نیاز برای برنامه پزشک خانواده	
۱۲	تعداد پزشک خانواده موجود در برنامه پزشک خانواده	
۱۳	تعداد کسری پزشک خانواده	
۱۴	تعداد ماما یا پرستار مورد نیاز برای برنامه پزشک خانواده	
۱۵	تعداد ماما یا پرستار موجود در برنامه پزشک خانواده	
۱۶	تعداد کسری ماما	
۱۷	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه دارای امکانات بپتوته پزشک	
۱۸	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی مجری برنامه دارای امکانات بپتوته ماما	
۱۹	تعداد مراجعات برای پزشک خانواده (ویزیت که شامل تشکیل پرونده سلامت نمی شود)	
۲۰	تعداد مراجعات به ماما (ویزیت درمانی)	
۲۱	تعداد مراجعات برای خدمات دارویی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)	
۲۲	تعداد مراجعات برای خدمات آزمایشگاهی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)	
۲۳	تعداد مراجعات برای خدمات رادیولوژی (اعم از بخش خصوصی طرف قرارداد یا دولتی)	
۲۴	تفکیک استفاده از خدمات دارویی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده	تعداد داروخانه دولتی تعداد داروخانه غیردولتی
۲۵	تفکیک استفاده از خدمات آزمایشگاهی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده	تعداد آزمایشگاه دولتی تعداد آزمایشگاه غیر دولتی
۲۶	تفکیک استفاده از خدمات رادیولوژی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده	تعداد رادیولوژی دولتی تعداد رادیولوژی غیر دولتی
۲۷	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی دارای خودرو دولتی	
۲۸	تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی دارای خودرو غیردولتی (آژانس و ...)	
۲۹	متوسط جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده	
۳۰	متوسط جمعیت تحت پوشش هر ماما	

جدول شماره ۲- اطلاعات مربوط به اعتبارات (درآمد و هزینه) برنامه پزشک خانواده. دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی			
ردیف	موضوع	منطقه	مبلغ / تعداد
۱	از بودجه عمومی	اعتبار بهداشت روستایی (به هزار ریال) - ردیف ۳۰۲۱۶۰۰۰	
۲		اعتبار بهداشت شهری (به هزار ریال)- ردیف ۳۰۳۱۵۰۰۰	
۳		اعتبار تملک دارایی دانشگاه (به هزار ریال)	
۴		اعتبار تملک دارایی سهم بهداشت (به هزار ریال)	
۵		اعتبار واگذاری به بخش غیردولتی (به هزار ریال)	
۶		روستایی	
۷		شهری	
۸	درآمدها	درآمد حاصل از کل فرانشیزها و درآمد نقدی (به هزار ریال)	
۹		روستایی	درآمد ناشی از ارسال برگه دفترچه سایر بیمه ها (به هزار ریال) درمورد ویزیت، دارو و پاراکلینیک
		شهری	
۱۰		مبلغ کل پرداختی به پزشکان خانواده (به هزار ریال)	
۱۱		مبلغ کل پرداختی به ماماها یا پرستاران در برنامه پزشک خانواده (به هزار ریال)	
۱۲		متوسط کل مبلغ قرارداد (دستمزد) پزشکان خانواده (به هزار ریال)	
۱۳		متوسط کل مبلغ قرارداد (دستمزد) ماماها یا پرستاران برنامه (به هزار ریال)	
۱۴		متوسط حقوق پزشکان خانواده رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور از اعتبار جاری (به هزار ریال)	
۱۵		متوسط حقوق ماماها یا پرستاران رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور از اعتبار جاری (به هزار ریال)	
۱۶		تعداد پزشکان خانواده رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور	
۱۷		تعداد ماماها یا پرستاران رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور	
۱۸		میزان کارانه ستادی اعم از استان یا شهرستان (به هزار ریال)	
۱۹		میزان کارانه مراکز بهداشتی درمانی (به هزار ریال)	
۲۰		کل اعتبار تخصیصی از بیمه استان (به هزار ریال) باتوجه به ضرایب محرومیت و سرانه و جمعیت دارای دفترچه	
۲۱		کل اعتبار دارویی بابت برنامه بیمه روستایی (به هزار ریال)	
۲۲		کل اعتبار آزمایشگاه بابت برنامه بیمه روستایی (به هزار ریال)	
۲۳		کل اعتبار رادیولوژی بابت برنامه بیمه روستایی (به هزار ریال)	
۲۴		کل کسورات بیمه (به هزار ریال)	
۲۵		مبلغ کسورات تعلق گرفته بابت کسری تعداد پزشک و ماما (به هزار ریال)	
۲۶		مبلغ کسورات ناشی از پایش عملکرد که به پزشکان و ماماها تعلق گرفته است (به هزار ریال)	
۲۷		مبلغ کسورات ناشی از دارو و پاراکلینیک (به هزار ریال)	

جدول شماره ۳- اطلاعات مربوط به عملکرد برنامه پزشک خانواده .		
	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	
ردیف	موضوع	تعداد / شاخص
۱	تعداد بیماران دیابتی تحت مراقبت	
۲	تعداد بیماران دیابتی کشف شده	
۳	تعداد بیماران پرفشاری خون تحت مراقبت	
۴	تعداد بیماران پرفشاری خون کشف شده	
۵	تعداد بیماران سلی تحت مراقبت	
۶	تعداد بیماران سلی کشف شده	
۷	تعداد بیماران هیپوتیروئیدی نوزادی تحت مراقبت	
۸	تعداد بیماران هیپوتیروئیدی نوزادی کشف شده	
۹	میزان مرگ کودکان زیر یکسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی	
۱۰	میزان مرگ کودکان زیر پنجسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی	
۱۱	میزان مرگ کودکان یکماهه تا زیر پنجسال به هزار تولد زنده در مناطق روستایی	
۱۲	تعداد مرگ مادران باردار به دلیل عوارض بارداری و زایمان در مناطق روستایی	
۱۳	تعداد کل متولدین زنده در مناطق روستایی	
۱۴	میزان مرگ خام	
۱۵	رشد طبیعی جمعیت	
۱۶	درصد مرده زایی	
۱۷	درصد پوشش تنظیم خانواده از روشهای مدرن	
۱۸	درصد زایمان انجام شده توسط افراد دوره ندیده	
۱۹	درصد پوشش ایمنسازی ثلاث نوبت سوم	
۲۰	درصد پوشش ایمنسازی پولیو نوبت سوم	
۲۱	درصد پوشش ایمنسازی MMR نوبت دوم	
۲۲	درصد پوشش ایمنسازی BCG	
۲۳	درصد پوشش ایمنسازی هپاتیت نوبت سوم	
۲۴	تعداد دهگردشی های انجام شده	
چنانچه شاخص عملکرد دیگری در استان ثبت شده است، گزارش کنید.		

پیوست شماره ۱۱:

شماره ۹۰۰/۱۱/۸/۱۳۹۰
تاریخ ۱۶/۱۱/۱۳۹۰
پیوست ندارد

بسمه تعالی



جناب آقای دکتر رضوی

مدیر کل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

با سلام:

احتراما" بازگشت به نامه شماره ۴۰۲/۹۴۳۳ د مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۸ موضوع استعلام برای مجوز تزریق توسط ماماها در برنامه پزشک خانواده بااستحضار می رساند به دلیل نیاز به ارائه این خدمت در مناطق روستایی و نبود نیروی پرستار در تمامی مراکز بهداشتی درمانی و وجود پزشک خانواده در این مراکز در دستورعمل اجرایی آمده است که در صورت آموزش ماماها در مرکز آموزش بهورزی و ارائه گواهی، آنها نیز مانند بهورزان می توانند تزریق عضلانی را انجام دهند. خواهشمند است دستور فرمایند در آیین نامه مربوط به تزریقات، انجام تزریق عضلانی توسط بهورز و مامای آموزش دیده زیرنظر پزشک برای اولین بار و با وجود نسخه پزشک تجویز کننده اضافه گردد.

دکتر محمد شریعتی
قائم مقام معاون بهداشت
و رئیس مرکز مدیریت شبکه

پیوست شماره ۱۲:

بسمه تعالی



شماره ۵/۱۰۷/۲۳۶۶
تاریخ ۱۳۹۰/۰۹/۰۱
پوست ندارد

جناب آقای دکتر شریعتی
رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت

با اهدای سلام

احتراماً، بازگشت به نامه شماره ۳۰۸/۴۸۷۳ مورخ ۹۰/۶/۲۱، موضوع بکارگیری پزشکان بازنشسته، به استحضار می‌رسد:

بنا بر بند (ب) ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه «هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، بازخرید یا بازنشسته شده یا می‌شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایشارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاههای اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که به نحوی از انحاء از بودجه کل کشور استفاده می‌کند، ممنوع و همچنین هرگونه پرداخت از هر محل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازخرید توسط دستگاههای مذکور ممنوع است. کلیه قوانین و مقررات عام مغایر این حکم به استثناء ماده ۴۱ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و ماده ۹۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۹۱ قانون استخدام کشوری لغو می‌گردد».

بنا به مراتب مذکور، فقط، در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری، مذکور در ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه، انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح پزشک خانواده مجاز خواهد بود.

دکتر امور حقوقی

رونوشت:

- دکتر مدیریت
- بایگانی استعلامات
- کارشناس مربوطه

پیوست شماره ۱۳:

فهرست آزمایشات

CBC diff
ESR
CRP
FBS
GCT
BUN
WRIGHT
WIDAL
U/A
STOOL EXAM
URIC ACID
CHOLESTROL
TG
2hpp BS
Hba1c

T4, TSH, T3RU این آزمایش با توجه به غربالگری نوزادان در مرکز بهداشت شهرستان انجام می گردد و برای سایر گروهها در سطح مرکز بهداشتی درمانی انجام این آزمایش پیش بینی نمی شود.

Cr
HDL- LDL

گایاک

آزمایش اسمیر خلط از نظر باسیل کخ

لام خون محیطی

تبصره: درمورد زنان باردار موارد زیر نیز در تعهد سطح اول است:

VDRL
Gravindex
U/C
HbsAg
Indirect Coombs
Rh&BG
پاپ اسمیر
GTT

تمام رادیوگرافی های ساده مرتبط با تروما و رادیوگرافی از قفسه سینه

پیوست شماره ۱۴:

فرمت قرارداد با آزمایشگاه های بخش غیردولتی

شماره: ۱۰۵۷۳/س تاریخ: پیوست:	 جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت
انجام دادن کار نیک بهتر از آغاز کردن آنست ریاست محترم مرکز توسعه و ارتقاء سلامت	
سلام علیکم به پیوست پیش نویس عقد قرارداد با مراکز آزمایشگاهی و شرایط آن جهت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی ارسال می گردد.	
 دکتر افشین صفایی سرپرست اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی	

فرم قرارداد خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش خصوصی
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

طرفین قرارداد:

این قرارداد فیما بین خانم/ آقای دکتر مدیر شبکه بهداشت و درمان / رئیس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان کارفرما و خانم/ آقای دکتر نام پدر..... شماره شناسنامه متولد موسس یا مسئول فنی به شماره پروانه مورخ آدرس کامل آزمایشگاه تلفن به عنوان پیمانکار با شرایط زیر منعقد می گردد.

ماده ۱: موضوع قرارداد

موضوع قرارداد: خرید خدمات آزمایشگاهی در برنامه بیمه روستائی و پزشک خانواده با تعرفه دولتی از بخش خصوصی به عنوان همکار آزمایشگاهی براساس چهارچوب تعیین شده می باشد.

ماده ۲: تعهدات پیمانکار

- ۱-۲- پذیرش و نمونه گیری و انجام آزمایشهای درخواستی با مهر و ارجاع پزشک خانواده شامل: قند (FBS-BS) - اوره یا BUN - اسید اوریک - کلسترول - تری گلیسرید - رایت ویدال - کامل ادرار - CRP آزمایش مدفوع و CBC diff-ESR و بیلی روبین (ALT, AST, GTT, GCT (TOTAL, DIRECT و پذیرش و جوابدهی
- ۲-۲- پیمانکار موظف است در صورت درخواست آزمایشات اورژانس از طرف پزشک خانواده نمونه دریافتی را در همان روز انجام و جواب را گزارش نماید.
- ۲-۳- پیمانکار موظف است کلیه آمار و اطلاعاتی، که مرکز بهداشت از آزمایش بیماران ارجاعی خود نیاز دارد را به مرکز تحویل دهد.
- ۲-۴- پیمانکار موظف است نمونه های خون و سرم بیماران ارجاعی را حداقل بمدت یکماه در شرایط مطلوب نگهداری نماید تا در صورت لزوم از آن استفاده شود.
- ۲-۵- پیمانکار موظف است نهایت همکاری خود را با بازرسین اداره امور آزمایشگاه های معاونت های بهداشتی و درمانی داشته باشد.
- ۲-۶- پیمانکار موظف است مدت حداکثر ۴۸ ساعت بعد از دریافت نمونه یا اخذ نمونه از مراجعین جواب آنرا آماده و به بیمار یا مرکز بهداشت تحویل دهد.
- ۲-۷- پیمانکار موظف است مقدمات انجام کلیه آزمایشات لحاظ شده در این قرارداد را فراهم نموده و حق واگذاری تعهدات مورد توافق، به صورت جزئی و یا کلی به افراد حقیقی یا حقوقی دیگر را ندارد.
- ۲-۸- پیمانکار متعهد می شود براساس ضوابط بیمه گزار ۳۰٪ فرانشیز بخشی دولتی را از مراجعین دریافت و الباقی را از طریق تهیه لیست و ارائه به مرکز بهداشت تادیه نماید.
- ۲-۹- پیمانکار متعهد به رعایت نهایت ادب و احترام و حسن برخورد با معرفی شدگان از بیمه روستائی را می باشد.

- ۱۰-۲- در صورتیکه پیمانکار قصد فسخ قرارداد را داشته باشد لازم است از یکماه قبل مراتب را کتباً به اطلاع کارفرما برساند.
- ۱۱-۲- پیمانکار موظف است در پایان هر ماه لیست بیماران بیمه روستایی به همراه نسخ مربوطه را ظرف مدت ده روز به مرکز بهداشت شهرستان تحویل نماید.
- ۱۲-۲- تهیه کلیه مواد و وسایل مصرفی و غیرمصرفی آزمایشگاه همکار به عهده پیمانکار بوده و کارفرما در این رابطه هیچگونه تعهدی ندارد.
- ۱۳-۲- پیمانکار موظف است خدمات مورد تعهد را بر اساس استانداردهای معمول و تحت نظارت امور آزمایشگاه های بهداشت و یا درمان انجام دهد (کلیه ضوابط و مقررات مربوط به کنترل کیفی).
- ۱۴-۲- پیمانکار تعهدی در قبال انجام آزمایش های خارج از تعهد بیمه روستایی به مرکز بهداشت را ندارد.

ماده ۳: تعهدات کارفرما

- ۱-۳- کارفرما مکلف به پرداخت سهم پیمانکار معرفی شدگان بیمه روستایی می باشد.
- تبصره ۱: کارفرما موظف است ۶۰ درصد تعرفه آزمایشهای درخواستی براساس لیست ارائه شده توسط آزمایشگاه (همراه با نسخ مربوطه) را حداکثر تا ۱۰ روز بعد از پایان هر ماه به اداره حسابداری معاونت بهداشتی تحویل دهد تا به حساب آزمایشگاه واریز شود. ۴۰٪ الباقی بعد از رسیدگی و کسر کسورات قانونی هر سه ماه یکبار قابل پرداخت می باشد.
- ۲-۳- کارفرما موظف است در هنگام عقد قرارداد کلیه ضوابط و بخشنامه ها و درخواستهای خود را بصورت روشن و مکتوب به پیمانکار توضیح داده و رسید دریافت نماید.
- ۳-۳- کارفرما متعهد می شود کلیه بیماران منطقه تحت پوشش را فقط به آزمایشگاه همکار و طرف قرارداد ارجاع دهد.

ماده ۴: تعهدات مشترک

- هر گونه اختلاف ناشی از این قرارداد و تفسیر موارد آن ابتدا با مذاکره طرفین حل و فصل خواهد شد در غیر اینصورت در مراجع قضایی قابل پیگیری خواهد بود.
- طرفین قرارداد صراحتاً اذعان و اقرار می نمایند که از شرایط اجرای قرارداد اطلاع کامل داشته و پس از انعقاد آن نمی توانند ادعا یا مطالبه دیگر بنمایند.
- این قرارداد در ۴ ماده و ۱ تبصره و ۳ نسخه تنظیم و هر سه نسخه پس از امضاء طرفین حکم واحد را دارد.

۱- مهر و امضاء مسئول آزمایشگاه خصوصی طرف قرارداد

۲- مهر و امضاء رئیس مرکز بهداشت شهرستان

۳- مهر و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان

فرم پرداخت صورت حساب نسخ آزمایشگاهی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

این قسمت توسط آزمایشگاه طرف قرارداد تکمیل گردد:
نام آزمایشگاه طرف قرارداد:
صورت حساب ماه سال جمع کل هزینه آزمایشات:
-تعداد پزشکان برنامه بیمه روستایی سهم بیمار:
-تعداد کل نسخه ارسالی: سهم ۷۰٪ شهرستان:

مهر و امضاء آزمایشگاه:

این قسمت توسط شهرستان تکمیل گردد.					
- تعداد کل نسخ تأیید شده:					
- مبلغ کل قابل پرداخت:					
- مبلغ کسر شده:					
شرح کسورات:					
علت	عدم تعهد مرکز بهداشت	اشتباه در محاسبه	مخدوش بودن نسخه	اضافه قیمت	سایر
تعداد					
مبلغ					

این قسمت توسط آزمایشگاه مرکز بهداشت استان تکمیل گردد:

کل مبلغ قابل پرداخت:
- مبلغ کسر شده:
- شرح کسورات:

رئیس مرکز بهداشت شهرستان

کارشناس حسابداری

مهر و امضاء کارشناس مسئول آزمایشگاه مرکز بهداشت استان

فرم صورت حساب نسخ آزمایشگاهی برنامه پزشک خانواده بیمه روستایی

نام مرکز بهداشت شهرستان:

نام مرکز بهداشتی درمانی:

کد بیمه روستایی مرکز بهداشتی درمانی:

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده:

از تاریخ تا تاریخ:

شماره نظام پزشکی: سال:

تعداد کامل نسخه شده توسط پزشک

= تعداد کامل بیمارانی که به آزمایشگاه ارجاع داده شده

نام و نام خانوادگی	تعداد آزمایشات	انواع آزمایشات	کل مبلغ آزمایشات	سهم بیمار	سهم مرکز بهداشت شهرستان

پیوست شماره ۱۵:

دستورعمل نمونه گیری خدمات آزمایشگاهی
اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی

دستورعمل نمونه گیری در محل و انتقال
نمونه به آزمایشگاههای همکار در برنامه
بیمه روستایی و پزشک خانواده

تهیه و تنظیم : دکتر محمد جواد کاویانی
کارشناس مسوول اداره کل امور آزمایشگاههای تشخیص طبی

خونگیری از ورید:

قبل از خونگیری وریدی، فرد خونگیر باید از ناشتا بودن بیمار مطمئن شود. انجام آزمایش قند، کلسترول و تری گلیسرید نیاز به ۱۰ تا ۱۲ ساعت ناشتا بودن بیمار دارد.

هنگام خونگیری، بیمار باید حتماً با آرامش روی صندلی خونگیری نشسته یا روی تخت معاینه به حالت درازکش باشد. بازوی بیمار بایستی در یک خط مستقیم از شانه تا مچ کشیده شود. کدام بازو استفاده شود مهم نیست. ورید میانی ساعد در گودی یا خم آرنج، بهترین محل جهت خونگیری است.

انتخاب ورید برای خونگیری با لمس کردن ورید آسان می شود قبل از خونگیری، ناحیه اطراف ورید مورد نظر را با پنبه آغشته به الکل ۷۰٪ تمیز کنید.

پوست باید در هوا خشک شود، الکل نباید روی پوست باقی بماند چون ممکن است باعث همولیز خون و بی اعتباری نتایج آزمایش شود.

هنگامی که پوست تمیز شد، تورنیکت را (۱۰ تا ۱۵ سانتی متر) بالاتر از مکان خونگیری ببندید تا از بازگشت خون وریدی به قلب جلوگیری و در نتیجه ورید متورم شود.

از طرف دیگر، با مشت کردن دست و افزایش فشارخون می توان تورم ورید را بیشتر کرد.

- تورنیکت نباید بیشتر از یک دقیقه بسته باشد.

قبل از سوراخ کردن ورید، فرد خونگیر باید حجم خون موردنیاز و لوله های مناسب را برای پلاسما یا سرم انتخاب و نامگذاری نماید (مشخصات کامل و شماره کد بیمار قبلاً روی برچسب لوله و با خط خوانا نوشته شده باشد).

همچنین، سوزن مناسب نیز انتخاب شود (اندازه های معمولی مورد استفاده سوزن ۱۹ تا ۲۲ درجه است).

سرنگ ها باید استریل و با تاریخ مصرف قابل قبول باشد.

هنگامی که جمع آوری خون کامل شد، تورنیکت را آزاد کنید و سپس، سوزن را از ورید بیرون آورید و همزمان، پنبه آغشته به الکل را روی مکان خونگیری قرار دهید. از بیمار برای این کار می توان کمک خواست که تا زمان قطع خونریزی و اطمینان کامل، پنبه را در محل خونگیری نگه دارد.

- مواد ضد انعقاد و محافظ خون

برای انجام آزمایشهای هماتولوژی از جمله CBC نیاز به خون تام (کامل) است. یکی از بهترین و متداول ترین مواد ضد انعقاد، نمک (EDTA) است زیرا اجزاء سلولی خون را به خوبی حفظ می کند.

EDTA به صورت نمک دی سدیم و دی پتاسیم در بازار موجود است که نمک دی پتاسیم آن بسیار مناسبتر است. مقدار ۱/۵ میلی گرم EDTA بازای هر میلی لیتر خون برای جلوگیری از انعقاد خون کافی است.

پس از خونگیری، بدون آنکه سوزن را داخل درپوشش آن قرار دهید، با روش مناسب، سوزن را در Safety box انداخته و حدود دو میلی لیتر خون را داخل شیشه CBC ریخته و به آرامی و خوب تکان دهید تا با مخلوط شدن کامل EDTA از لخته شدن خون، جلوگیری نموده و نمونه مناسبی برای آزمایش CBC تهیه کرده باشید.

شیشه حاوی خون CBC را در اولین فرصت ممکن و حداکثر در همان روز و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه طرف قرارداد ارسال نمائید.

- آزمایش *FBS* و بقیه تستهای بیوشیمیایی: (*Bill, ALT, AST, Chol, Tg, Cr, BUN*)

ضمن رعایت ۱۰ تا ۱۲ ساعت ناشتایی که قبلاً نیز اشاره شد باید پس از خونگیری سر سوزن را به طور مناسب جدا کرده و خون را به آرامی از سرنگ داخل لوله های شیشه ای با حجم مناسب تخلیه کنید (جدا کردن سوزن از سرنگ به علت جلوگیری از لیز شدن خون هنگام تخلیه سرنگ است).

- فرصت دهید تا خون کاملاً لخته شود (۲۰ تا ۳۰ دقیقه در حرارت اتاق)

- لوله را به مدت ۵ دقیقه با سرعت ۳۰۰۰ دور در دقیقه (3000rpm) سانتریفوژ کنید.

- پس از سانتریفوژ کردن به وسیله سمپلر، سرم را از لخته خون جدا کرده و در لوله های مخصوص حمل سرم تخلیه نمائید.

مطمئن شوید که در لوله انتقال، بخوبی بسته شده باشد و از نشت سرم جلوگیری می شود. در صورت نیاز و برای اطمینان بیشتر با پارافیلیم اقدام به سیل بندی لوله کنید.

- لوله های پلاستیکی در پیچ دار بهترین وسیله برای نگهداری و انتقال نمونه های سرمی است که در دسترس نیز می باشند.

- ذکر مشخصات کامل بیمار و شماره کد آن روی لوله ها و ظرفهای نمونه گیری، رعایت زنجیره سرما در هنگام انتقال، همچنین تسریع در ارسال نمونه ها همیشه باید مورد توجه قرار گیرد.

- نکته قابل توجه در تهیه نمونه برای آزمایش بیوشیمی مخصوصاً FBS، جداسازی سریع سرم از لخته می باشد، که باید طی مدت کمتر از یک ساعت انجام گرفته و تا قبل از انجام آزمایش، لوله حاوی سرم حتماً در یخچال ۴ درجه سانتیگراد یا زنجیره سرما قرار گیرد.

- برای جمع آوری سرم در آزمایشهای سرولوژی (Coombs wright, Wright, Widal, RF, CRP) از همین روش استفاده می شود.

- جمع آوری ادرار:

برای انجام آزمایش کامل ادرار، ادرار تمیز صبحگاهی، بهترین نمونه و غلیظ ترین نمونه برای اندازه گیری مقادیر غیر طبیعی موادی چون پروتئین، کریستال ها و..... می باشد.

آزمایش باکتریایی ادرار صبحگاهی نیز جهت تشخیص عفونتهای مجاری ادرار یا مثانه بسیار مهم است بنابراین، تهیه نمونه مناسب ادرار خیلی اهمیت دارد.

- قبل از نمونه گیری باید از تمیز و استریل بودن ظرف مخصوص جمع آوری ادرار مطمئن بود.

- به بیمار آموزش دهید: چند قطره از ادرار خود را دور ریخته و سپس مقدار ۱۵ میلی لیتر ادرار را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بریزد، درب آن را فوراً و بخوبی ببندد تا از آلودگی و نشت آن جلوگیری شود. ظرف حاوی نمونه ادرار را در اولین فرصت ممکن و با رعایت زنجیره سرما به آزمایشگاه ارسال نمایید.

برای نمونه گیری ادرار از خانمها به آنها یادآوری کنید تا قبل از نمونه گیری، مجرای ادرار خود را با آب فراوان و بخوبی شستشو داده، سپس اقدام به نمونه گیری نمایند.

برای جمع آوری ادرار بچه ها باید به نکات زیر توجه شود.

- قبل از نصب کیسه پلاستیکی مخصوص، حتماً ناحیه مجرای ادرار را با آب فراوان شستشو دهید.

- کیسه را اطراف دستگاه تناسلی و مجرای ادرار نصب کنید و تا زمان تخلیه ادرار در محل بماند.

- پس از اطمینان از جمع آوری ادرار به میزان کافی، (حدود ۱۵ میلی لیتر) کیسه را به آرامی از محل جدا کرده و با رعایت نکات استریل، آن را داخل ظرف مخصوص جمع آوری ادرار بگذارید و خیلی فوری نمونه را ارسال نمایید.

- جمع آوری مدفوع :

در صورتیکه منظور از درخواست مدفوع، بررسی وجود تخم انگل ها یا خون مخفی در مدفوع است بایستی مقدار کافی، حدوداً ۱۰ تا ۱۵ گرم (به اندازه یک بادام) مدفوع را در داخل ظرف مخصوص گذاشته و آن را به آزمایشگاه ارسال کرد.

برای تشخیص عامل اسهال خونی از جمله آمیب انتامباهیستولیتیکا نیاز به بررسی مدفوع و مشاهده ترو فوزئیت آمیب است. بنابراین، باید توجه داشت که برای انجام آزمایش نیاز به مدفوع تازه و گرم می باشد. لذا دقت کنید که از زمان نمونه گیری تا زمان آزمایش تنها ۳۰ دقیقه برای مشاهده و تشخیص این آمیب فرصت هست.

برای کشت مدفوع و ادرار رعایت نمونه گیری تمیز و دور از آلودگی همچنین، رعایت ارسال فوری و صحیح نمونه مورد نظر است.

- برای انجام آزمایش hcG رعایت زمان نمونه گیری ادرار در زمان ۱۵ روز پس از قاعدگی ضروری است.

- آزمایش BT, CT باید در محل نمونه گیری انجام شود.

پیوست شماره ۱۶:

پوشه پرونده سلامت خانوار



شماره پرونده سلامت فرد:
شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت:

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده
پرونده سلامت فرد

..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

..... مرکز بهداشت شهرستان..... نام بخش

..... نام و نام خانوادگی فرد کد ملی فرد.....

..... نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار.....

..... منطقه سکونت فرد: روستا ☐ عشایر ☐ شهر ☐

..... نوع مرکز بهداشتی درمانی : روستایی ☐ شهری یا شهری روستایی ☐

..... نام مرکز بهداشتی درمانی

..... نام خانه بهداشت نام روستای محل سکونت.....

..... نام پایگاه بهداشت نام شهر محل سکونت.....

..... نشانی محل سکونت

..... شماره تلفن محل سکونت(کد) کد پستی

..... نشانی محل کار.....

..... شماره تلفن محل کار(کد).....

..... نام و نام خانوادگی پزشک خانواده فرد..... شماره نظام پزشکی

..... نام و نام خانوادگی پزشک جانشین شماره نظام پزشکی

..... تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد تاریخ تشکیل پرونده

فرم اولین ویزیت پزشک خانواده

صفحه دوم

فرم بررسی سالانه سلامت فرد

فرد در حال حاضر، شکایت یا علامتی دارد؟ (Symptom) ☐ خیر ☐ بلی

توضیح دهید:

.....

.....

معیانات:

وزن (گرم): / قد (سانتیمتر): / دور سر (سانتیمتر): / دمای بدن (سانتیمگراد): /

تعداد نبض: / تعداد تنفس: / فشارخون (میلیمتر جیوه): /

وضعیت واکسیناسیون: ☐ ناقص ☐ کامل توضیح:

دستگاه بدن	شرح وضعیت	دستگاه بدن	شرح وضعیت
ظاهر		شکم	
پوست و ضمایم آن		دستگاه ادراری و تناسلی	
چشم		دستها و پاها	
گوش و حلق و بینی		ستون فقرات	
دهان و دندان		عدد لنفاوی	
تیر وید		وضعیت روان	
قلب و عروق		وضعیت اعصاب مرکزی و محیطی	
ریه		وضعیت حرکتی	
پستانها			

توضیحات:

.....

تشخیصی احتمالی بیماریهای فرد:

.....

نیاز به اقدام تشخیصی درمانی: ☐ ندارد ☐ دارد ۱-

..... ۲-

..... ۳-

نیاز به پیگیری توسط بهورز: ☐ ندارد ☐ دارد

توضیح:

.....

محل مهر و امضاء پزشک:

فرم های ویزیت پزشک خانواده و متخصصین

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

نام و نام خانوادگی بیمار شماره پرونده سلامت فرد شماره پرونده بهداشتی خانوار خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی

اطلاعات مربوط به شرح حال، معاینه، و اقدامات تشخیصی درمانی:

ردیف	تاریخ ویزیت	علائم بیماری	نشانه های بیماری	اقدامات پاراکلینیکی	تشخیص	دستورات تارویزی، درمانی و پیشگیری

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۳ درمانی سرپایی پزشک خانواده

فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص

نام و نام خانوادگی بیمار شماره پرونده سلامت فرد شماره پرونده بهداشتی ختوار خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی

اطلاعات مربوط به ارجاع، نوع اقدام، پیگیری و توصیه های بهداشتی، مشاوره و سایر دستورات

کد ارجاع	تشخیص احتمالی	تاریخ ارجاع	نام پزشک و نوع تخصص	تشخیص نهایی	اقدام انجام شده برای بیمار	پیگیری	توصیه های بهداشتی و مشاوره و سایر دستورات
			نام و تخصص		نوع اقدام تاریخ اقدام و دستور حضرش، چراغی تولیدش و ...	دستورات و پیگیری	توصیه های بهداشتی
		بلاغت ارجاع تاریخ				تاریخ مراجعه بعدی	مشاوره و سایر دستورات
			نام و تخصص		نوع اقدام تاریخ اقدام و دستور حضرش، چراغی تولیدش و ...	دستورات و پیگیری	توصیه های بهداشتی
		بلاغت ارجاع تاریخ				تاریخ مراجعه بعدی	مشاوره و سایر دستورات
			نام و تخصص		نوع اقدام تاریخ اقدام و دستور حضرش، چراغی تولیدش و ...	دستورات و پیگیری	توصیه های بهداشتی
		بلاغت ارجاع تاریخ				تاریخ مراجعه بعدی	مشاوره و سایر دستورات

هوالئافی		
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به آزمایشگاه (برحسب سطح ارجاع)		
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:		
ردیف	نام و نام خانوادگی	تعداد اقلام آزمایشگاهی درخواستی
نام و نام خانوادگی مسوول آزمایشگاه:		مهر و امضاء:

هوالئافی		
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به رادیولوژی (برحسب سطح ارجاع)		
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی		
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:		
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع نتیجه بررسی
نام و نام خانوادگی مسوول رادیولوژی:		مهر و امضاء:

هوالسانی			
فرم جمع آوری اطلاعات ارجاع به متخصص			
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی			
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)			
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:			
ردیف	نام و نام خانوادگی	علت ارجاع	نتیجه معاینه
نام و نام خانوادگی پزشک متخصص:		مهر و امضاء:	

هوالسانی	
فرم جمع آوری اطلاعات دارویی	
نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی	
نام مرکز بهداشتی درمانی (با ذکر نوع مرکز)	
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: محل خدمت: از تاریخ: تا تاریخ:	
تعداد نسخ ارسالی:	
تعداد کل اقلام تجویز شده:	
تعداد اقلامی که جزو داروهای سطح اول نبوده است:	
نام و نام خانوادگی مسوول داروخانه:	مهر و امضاء:

دستورعمل تکمیل پوشه و فرمهای اولین ویزیت و درمان سرپایی پرونده سلامت فرد در برنامه بیمه روستایی

پوشه پرونده سلامت فرد:

این پوشه شامل مطالبی در روی جلد پوشه و اطلاعات کلی از ویژگیهای هر فرد تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده و تعیین شرایط سلامت آنها براساس برنامه های جاری در نظام سلامت است که بصورت ۲ جدول در صفحات داخلی پوشه قرار می گیرند. فرم مربوط به ویزیت های ادواری (که بایستی سالانه برای هر فرد توسط پزشک خانواده تکمیل شود) و فرمهای درمان سرپایی پزشک خانواده (۲ و ۳) برای هر فرد جداگانه تکمیل و از قسمت بالا سوراخ شده و در داخل پرونده سلامت خانوار جای می گیرند.

روی جلد پوشه سلامت فرد:

چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در قرارداد فی مابین اداره بیمه خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان مورد تفاهم قرار گرفت تا خدمات سطح اول سلامت به آنان نیز ارائه شود و سرانه این جمعیت هم پرداخت شد، گزینه های مربوط به اطلاعات مناطق شهری نیز در این پوشه تکمیل می شود (مثل پایگاه بهداشت و ...). در غیراینصورت، اطلاعات فقط خاص جمعیت های روستایی و عشایری خواهد بود.

کلیه اطلاعاتی که باید در مقاطع مختلف زمانی تغییر کند، باید با مداد نوشته شود تا نیاز به تغییر پوشه یا قلم خوردگی نباشد.

نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی مربوط ثبت می گردد. همچنین، نام مرکز بهداشت شهرستان و نام بخش (براساس طرح های گسترش شبکه و تقسیمات کشوری) که محل سکونت فرد موردنظر می باشد، درج می شود.

نام و نام خانوادگی فرد: براساس اطلاعات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.

کد ملی فرد: کد ملی فرد ثبت می شود.

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار: سرپرست خانوار یعنی کسی که عمده هزینه خانوار را تامین می کند و به اصطلاح نان آور اصلی است و این فرد تحت سرپرستی وی قرار دارد.

منطقه سکونت: محل سکونت دائم فرد برحسب منطقه روستایی، عشایری یا شهری (خاص شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر) با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، مشخص می شود.

نوع مرکز بهداشتی درمانی: نوع مرکزی که فرد مربوطه در پوشش آن قرار دارد و پزشک خانواده در آن محل مستقر است، با علامت ✓ در چهارخانه مقابل هریک، تعیین می شود.

✓ مرکز بهداشتی درمانی شهری: چنانچه جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در تفاهم مشترک با اداره بیمه خدمات درمانی استان جزو قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان قرار گرفت و در آن منطقه نوع مرکز، مرکز بهداشتی درمانی شهری بود با قراردادن علامت ✓ در چهارخانه مقابل مرکز شهری، نوع آن تعیین می گردد.

✓ مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی: مرکزی است که محل آن در شهر قرارداد ولی تعدادی خانه بهداشت و جمعیت روستایی را هم در پوشش خود دارد. درصورت عدم انعقاد قرارداد درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، ارائه دهندگان به جمعیت روستایی نباید در همان محل ارائه دهندگان به جمعیت شهری قرار داشته باشند ولی نوع و نام مرکز همان مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی است.

✓ مرکز بهداشتی درمانی روستایی: مرکزی که در روستا قرارداد.

- نام مرکز بهداشتی درمانی: نام مرکزی که فرد در پوشش آن قرارداد، ثبت می شود.
- نام خانه بهداشت: نام خانه بهداشتی که فرد روستایی یا عشایری در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.
- نام روستای محل سکونت: منظور روستای محل سکونت فرد است.
- نام پایگاه بهداشت: نام پایگاه بهداشتی که فرد روستایی یا شهری (ساکن در شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر، در صورت انعقاد قرارداد) در پوشش آن قرار دارد، ثبت می شود.
- نام شهر محل سکونت: نام شهر محل سکونت فرد ثبت می شود. نام شهر فقط درمورد افراد ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر است و آن هم در صورت انعقاد قرارداد فی مابین اداره خدمات درمانی استان و مرکز بهداشت شهرستان درمورد این مناطق.
- قطعا فقط نام یکی از دو گزینه نام روستا یا شهر و نام خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت ثبت خواهد شد.
- نشانی محل سکونت: نشانی دقیق محل سکونت فرد نوشته می شود.
- شماره تلفن (کد): شماره تلفن منزل فرد با کد منطقه نوشته می شود.
- کد پستی: کد پستی محل زندگی فرد بصورت ۱۰ رقمی ثبت می شود. این کد برروی فیش قبض صورتحساب تلفن نوشته شده است یا می توان از اداره مخابرات منطقه بدست آورد.
- نشانی محل کار: نشانی دقیق محل کار فرد نوشته می شود.
- شماره تلفن محل کار (کد): شماره تلفن محل کار فرد همراه با کد منطقه نوشته می شود.
- شماره پرونده سلامت فرد:
- شماره پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت: منظور شماره پرونده خانواری است که در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت (در مناطق شهری) برای این خانواری که این فرد جزو آن محسوب می شود، تشکیل شده و در آن محل موجود می باشد. این شماره در حاشیه فوقانی سمت چپ پوشه ثبت می گردد.
- نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مربوط به این فرد همراه شماره نظام پزشکی وی نوشته می شود.
- تاریخ آخرین بررسی سالانه پزشک خانواده از فرد: پزشک خانواده موظف است سالانه یکبار تمام افراد تحت پوشش خود را ویزیت نماید که تاریخ آخرین ویزیت ادواری یا بررسی سالانه برحسب روز/ماه/سال ثبت می شود.
- تاریخ تشکیل پرونده: زمان اولین باری که پرونده برای فرد تشکیل داده می شود، ثبت می گردد.

فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

این فرم در ۲ صفحه تنظیم شده است و برای تمامی افراد تحت پوشش پزشک خانواده باید سالانه تکمیل گردد و در داخل پوشه سلامت فرد قرار گیرد. صفحه اول مربوط به اطلاعات عمومی و سابقه پزشکی فرد و خانواده وی می شود که پزشک با گرفتن شرح حال از فرد یا سرپرست وی (در صورتیکه فرد، کودک باشد یا شرایط پاسخگویی را نداشته باشد) آن را تکمیل می کند. صفحه دوم به ثبت نتایج حاصل از معاینات پزشک از فرد مربوط است.

در هنگام تکمیل این فرم برای هر فرد، حضور بهورزی که فرد در پوشش او قرار دارد، الزامی است.

اطلاعات عمومی فرد:

- نام و نام خانوادگی و نام پدر: براساس مشخصات شناسنامه ای فرد ثبت می شود.
- تاریخ تکمیل فرم: زمان تکمیل این فرم ۲ صفحه ای برحسب روز/ماه/سال نوشته می شود.
- تاریخ تولد: تاریخ تولد برای کودکان زیر ۶ سال برحسب روز و ماه و سال (روز/ماه/سال) مطابق با شناسنامه فرد و برای بقیه سنین فقط برحسب سال تولد (مثلا سال ۱۳۴۰) نوشته می شود.

- ← محل تولد و شماره شناسنامه: براساس اطلاعات شناسنامه ای ثبت می گردد.
- ← جنس: به صورت "مرد" یا "زن" با گذاردن علامت ✓ مشخص می گردد.
- ← وضعیت تاهل: یکی از موارد متاهل، مجرد یا هرگز ازدواج نکرده، مطلقه، و بیوه درمقابل این گزینه ثبت می شود.
- ← میزان تحصیلات: بصورت یکی از گزینه های زیر می شود شامل: بی سواد، ابتدایی ناقص یا خواندن و نوشتن، ابتدایی کامل تا راهنمایی ناقص، راهنمایی کامل تا متوسطه ناقص، دیپلم، دانشجو و دارای مدرک دانشگاهی.
- ← شغل: به صورت یکی از گزینه های زیر ثبت می گردد: کارمند یا کارگر بخش دولتی، کارمند یا کارگر بخش غیردولتی، کشاورز یا دامدار، خانه دار، محصل یا دانشجو، شغل آزاد، بیکار، و درمورد کسانی که سن آنها برای داشتن شغل ایجاب نمی کند مثل کودکان قبل از سن مدرسه باید کلمه "مورد ندارد" ثبت گردد.
- ← نوع بیمه: نوع بیمه ای که فرد در پوشش آن قرار دارد، مشخص می شود شامل: بیمه روستایی (اگر فرد دارای دفترچه بیمه روستایی خاص می باشد، کلمه خاص نیز ذکر گردد)، خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سایر بیمه ها. چنانچه فرد در پوشش بیش از یک بیمه قرارداد داشت هر ۲ یا چند مورد آنها ثبت می گردد.
- ← کد بیمه فرد: کد بیمه فرد که بر روی دفترچه وی ثبت است، نوشته می شود.

سابقه فردی: Personal History

- ← نمایه توده بدن فرد (BMI) برحسب کیلوگرم/مترمربع:
- ← مصرف دخانیات: چنانچه فرد هریک از اقلام دخانی مثل: سیگار، قلیان، چپق و ... را حتی یکبار در روز مصرف می کند، بلی علامتگذاری شود.
- ← سوء مصرف دارو و مواد: مصرف هر نوع داروی اعتیادآور یا ماده مخدر یا الکل توسط فرد تعیین می گردد.
- ← فعالیت بدنی مناسب: یعنی حداقل ۱۰ دقیقه مداوم طوری فعالیت کند که تنفس و ضربان نبض وی تندتر شود.
- ← رفتار تغذیه ای مناسب: یعنی از هر ۴ گروه اصلی غذایی در برنامه روزانه فرد وجود داشته باشد.
- ← حساسیت به دارو، مواد، غذا: چنانچه فرد سابقه حساسیت به هر نوع ماده یا غذا یا دارویی داشته باشد، مشخص می شود.
- ← وضعیت باروری زن: در صورتیکه فرد مورد بررسی، زن می باشد وضعیت وی از نظر بارداری با علامتگذاری در مقابل یکی از گزینه های باردار، شیرده، یائسه یا سایر تعیین می شود.

سابقه پزشکی: Past Medical History

- ← سابقه بستری: در صورتیکه فرد سابقه بستری در بیمارستان (۲۴ ساعت یا بیشتر) را دارد، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل علت، زمان، دفعات و طول مدت بستری تعیین می گردد.
- ← سابقه جراحی: در صورتیکه فرد سابقه هر نوع جراحی اعم از جراحی کوچک یا بزرگ داشته است، با علامتگذاری در گزینه "بلی" مشخص می شود و توضیح درمورد آن شامل نوع جراحی، وسعت آن، زمان، دفعات و ... تعیین می گردد.
- ← سابقه بیهوشی: منظور بیهوشی عمومی است که در قسمت توضیح، زمان و علت آن قید می شود.
- ← سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیر از موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

سابقه خانوادگی: Family History

- ← سابقه هریک از بیماریها و مشکلاتی که نام برده شده است، در صورت وجود در خانواده فرد با علامتگذاری درمقابل همان گزینه مشخص می شود. چنانچه مشکل یا بیماری خاصی غیر از موارد گفته شده وجود داشت، در قسمت سایر علامت گذاشته و نام مشکل موردنظر نوشته شود.

سابقه دارویی: Drug History

← چنانچه فرد سابقه مصرف دارو دارد، نوع دارو و مقدار مصرف و زمان مصرف ثبت شود.

صفحه دوم فرم بررسی سالانه سلامت فرد:

← در صورتیکه در زمان بررسی سالانه فرد، علامت بیماری یا شکایتی از جانب بیمار مطرح شد، پزشک مورد را با توضیحات ضروری آن ثبت نماید.

معاینات:

← وزن: وزن فرد با سنجش توسط ترازویی که قبلاً دقت آن تست شده است، برحسب گرم ثبت می شود. به عنوان مثال اگر وزن فرد ۵۷ کیلو و ۲۰۰ گرم بود، نوشته می شود: ۰۵۷:۲۰۰ یا اگر فرد نوزادی ۴ کیلویی بود، نوشته می شود: ۰۰۴:۰۰۰ به عبارت بهتر در ۳ خانه سمت چپ، کیلوگرم و در ۳ خانه سمت راست / ، گرم ثبت می گردد.

← قد: با روش صحیح اندازه گیری قد، قد فرد برحسب سانتیمتر ثبت می شود.

← دور سر: فقط برای کودکان کمتر از ۲ سال ثبت می شود.

← دمای بدن: از طریق زیربغل سنجش شده و برحسب سانتیگراد ثبت گردد.

← تعداد نبض: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

← تعداد تنفس: برحسب تعداد در دقیقه ثبت می شود.

← فشارخون: برحسب میلیمتر جیوه و از چپ به راست فشار ماگزیما و مینیما ثبت می شود.

← وضعیت واکسیناسیون: با کمک بهورز و استفاده از سوابق مندرج در پرونده بهداشتی خانوار وی و براساس آخرین دستورعمل انجام واکسیناسیون مشخص می شود. چنانچه واکسیناسیون ناقص بود، مورد ذکر شود.

← وضعیت ظاهری فرد در کل و تک تک اعضای نامبرده شده در جدول مورد معاینه پزشک قرار گرفته و نتیجه در مقابل هریک ثبت می شود. چنانچه توضیح اضافی نیاز بود، در محل تعیین شده نوشته می شود.

← تشخیص احتمالی بیماریهای فرد: باتوجه به شرح حال گرفته شده و معاینات، چنانچه پزشک تشخیصی برای وجود احتمالی بیماری داد، تشخیص خود را ثبت می کند. در غیر اینصورت سلامت فرد ثبت می شود. در صورت تشخیص بیماری باید فرم شماره ۲ نیز برای فرد تکمیل گردد.

← نیاز به اقدام تشخیصی درمانی: در صورتیکه پزشک نیاز به هرگونه اقدام تشخیصی درمانی از قبیل تجویز دارو یا خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی یا ارجاع به متخصص را تشخیص داد، موارد درخواستی را ثبت می کند و برحسب مورد یکی از فرمهای شماره ۲ یا ۳ تکمیل می شود.

← نیاز به پیگیری توسط بهورز: در صورتیکه برابر برنامه های جاری نظام سلامت، پزشک خانواده نیاز به پیگیری خاصی توسط بهورز را تشخیص داد، مورد را ثبت می کند و به بهورز نیز خاطرنشان می سازد.

← در پایین فرم نام و نام خانوادگی پزشک خانواده به همراه ثبت مهر و امضای وی قرار می گیرد.

فرم های درمان سرپایی پرونده سلامت خانوار:

فرم مراجعات فرد به پزشک خانواده

فرم شماره ۲ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که حداقل در یکی از گزینه های زیر قرار دارند، تکمیل می شود:
 ۱. افرادی که در طی انجام اولین معاینه توسط پزشک خانواده، بیمار تشخیص داده شده اند
 ۲. افرادی که توسط بهورز به علت بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده ارجاع شده اند.
 ۳. افرادی که مستقیماً به دلیل بیماری یا شکایتی خاص به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.هر یک از ردیفهای این فرم در هر بار مراجعه بیمار به پزشک خانواده تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- بازای هر بار مراجعه فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه می شود که شماره ردیف بعدی را می گیرد.

فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص

فرم شماره ۳ درمان سرپایی پزشک خانواده

- این فرم برای تمامی افرادی که توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع داده می شود، تکمیل می گردد.
- نام و نام خانوادگی بیمار: در این قسمت باید نام و نام خانوادگی بیمار ثبت شود.
- شماره پرونده سلامت فرد: شماره پرونده سلامت فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- شماره پرونده بهداشتی خانوار: شماره پرونده بهداشتی خانوار فرد از روی جلد پوشه به این قسمت منتقل می شود.
- نام خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی: نام خانه و مرکزی که فرد در پوشش آن قرار دارد، ثبت می گردد.
- کد ارجاع: براساس دستورعملی که از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی برای ثبت کد ارجاع ارسال شده است، عمل می شود.
- تاریخ ارجاع: زمانی که فرد به متخصص ارجاع شده است، ثبت می گردد.
- تشخیص احتمالی: در این قسمت، هر گونه تشخیصی که براساس یافته های بالینی و پاراکلینیکی حاصل شده است، توسط پزشک خانواده ثبت می گردد.
- نام پزشک و نوع تخصصی که ارجاع به او انجام شده است، به همراه تشخیص نهایی او و فیدبکی که داده شده است، به همراه تاریخ ارائه فیدبک (بازگشت ارجاع) ثبت می شود.
- اقدام انجام شده برای بیمار: شامل کلیه اقدامات دارویی، پاراکلینیکی، جراحی، توانبخشی، بستری و ... با ذکر موارد.
- پیگیری: موارد پیگیریهایی که نیاز است، ثبت می شود.
- توصیه های بهداشتی و مشاوره و سایر دستورات: توصیه ها و دستورات بهداشتی ثبت می شود.
- بازای هر بار ارجاع فرد، یک ردیف تکمیل می شود و در مراجعات بیش از ۳ بار، فرم دیگری اضافه شده و شماره ردیف بعدی به آن داده می شود.

در انتها، نام و نام خانوادگی پزشک خانواده تکمیل کننده فرم و مهر و امضاء وی ثبت می شود.

پیوست شماره ۱۷:

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری.....

بخش: مدیریت

موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود

تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا جمع آوری اطلاعات زیج حیاتی انجام می شود؟			
۲	آیا شاخصهای محاسبه شده پوشش خدمات در جمعیت منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۳	آیا اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی منطقه موجود است؟			
۴	آیا فهرست مشکلات تعیین شده توسط پزشک برای منطقه تحت پوشش موجود است؟			
۵	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص نیروی انسانی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟×			
۶	آیا لیست وضعیت کمبود یا نواقص تجهیزات مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟×			
۷	آیا لیست وضعیت فضای فیزیکی مرکز بهداشتی درمانی موجود است؟×			

بخش: مدیریت

موضوع دوم: برنامه عملیاتی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مشکلات سلامتی منطقه، اولویت بندی شده است ؟			
۲	آیا برنامه مداخله ای برای حل مشکلات سلامتی منطقه موجود است؟			
۳	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			
۴	آیا برنامه ریزی برای فرآیندهای جاری موجود است؟			
۵	آیا در تنظیم برنامه فوق، اصول برنامه ریزی رعایت شده است؟			

بخش: مدیریت

موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا برای دهگردشی، برنامه زمانبندی شده وجود دارد؟			
۲	آیا برنامه هفتگی فعالیتهای پزشک وجود دارد؟			
۳	آیا برای ارزیابی پرسنل (اعضای تیم سلامت)، برنامه ای وجود دارد؟×			
۴	آیا برای پشتیبانی واحدهای تابعه (مرکز و خانه های بهداشت تابعه)، برنامه ای وجود دارد؟×			
۵	آیا پزشک با شرح وظایف پرسنل در مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟×			
۶	آیا برای کنترل وضعیت هزینه و درآمد مرکز بهداشتی درمانی، برنامه ای وجود دارد؟×			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

جمع کل امتیازات بخش مدیریت	۲۰
امتیاز کسب شده	

توجه : سولاتی که با علامت × مشخص شده اند فقط برای مسوول مرکز بهداشتی درمانی تکمیل خواهد شد.

بخش: عملکرد

موضوع اول: مدیریت عملکرد

تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ ×			
۲	آیا کمبودها و نواقص تجهیزات (فنی و اداری) از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ ×			
۳	آیا کمبودها و نیازهای تعمیرات فضای فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می شود؟ ×			
۴	آیا برنامه مداخله ای طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۵	آیا برنامه جاری طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۶	آیا دهگردشی طبق برنامه زمانبندی شده، اجرا می شود؟			
۷	آیا بعداز بازدیدهای انجام گرفته، پس خوراند کتبی به واحدهای بازدید شده، ارسال می شود؟			
۸	آیا برنامه ارزیابی پرسنل تحت پوشش اجرا می شود؟ ×			
۹	آیا برنامه پشتیبانی واحدهای تابعه، اجرا می شود؟ ×			
۱۰	آیا پرسنل برابر تقسیم کار صورت گرفته، انجام وظیفه می کنند؟			
۱۱	آیا برنامه کنترل هزینه و درآمد مرکز اجرا می گردد؟			
۱۲	آیا جلسات هماهنگی با پرسنل تحت پوشش حداقل بصورت ماهانه برگزار می شود؟ ×			
۱۳	آیا ساعات کار مرکز و زمان حضور پرسنل به اطلاع مردم محل رسیده است؟ ×			
۱۴	آیا فرمت استاندارد پرداخت کارانه طرح پزشک خانواده به پرسنل مرکز براساس دستورعمل، رعایت می شود؟ ×			
۱۵	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان، ارسال می شود؟ ×			
۱۶	آیا برنامه زمانبندی نظارت و دهگردشی حداقل بصورت ماهانه به خانه های بهداشت تابعه مرکز، ارسال می شود؟ ×			
۱۷	آیا دهگردشی به خانه های بهداشت با تیم کامل (ماما یا پرستار یا دارویار) صورت می گیرد؟			
۱۸	آیا در حین برنامه دهگردشی به بیماران در صورت نیاز، دارو داده می شود؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک با برنامه ها و اهداف آنها آشنایی دارد؟			
۲	آیا پزشک با گروه هدف برنامه ها در سطح مرکز بهداشتی درمانی آشنایی دارد؟			
۳	آیا پزشک با وضعیت موجود برنامه آشنایی دارد؟			
۴	آیا پزشک برای اجرای برنامه ها در سطح منطقه برنامه ریزی کرده است؟			
۵	آیا پشتیبانی موردنیاز (فرمها، تجهیزات، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) انجام می شود؟			
۶	آیا پایش و نظارت برنامه ها اجرا می شود؟			
۷	آیا ثبت و گزارشدهی از برنامه بموقع انجام می شود؟			

جمع کل امتیازات بخش عملکرد مدیریت و فنی	۴۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: قرارداد و دستورعمل تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک ساعت کار را طبق قرارداد رعایت می کند؟			
۲	آیا نظارت بر حضور و غیاب پرسنل شاغل (اعضای تیم سلامت) صورت می گیرد؟ x			
۳	آیا پزشک برابر قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی بیتوته می کند؟			
۴	آیا پزشک طبق برنامه تنظیمی در روزهای تعطیل در مرکز حضور دارد؟			
۵	آیا پزشک بر عملکرد تیم سلامت تحت پوشش خود، نظارت دارد؟			
۶	آیا پزشک با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت همکاری دارد؟			
۷	آیا ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی را رعایت می کند؟			
۸	آیا در صورت ترک محل خدمت، مراتب را یک هفته قبل به مرکز بهداشت شهرستان اعلام می کند؟			
۹	آیا آمار تعداد مراجعین ماهانه بموقع به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می گردد؟ x			
۱۰	آیا اقلام دارویی مورد نیاز (برابر دستورعمل) را به موقع درخواست می کند؟ x			
۱۱	آیا اقلام اورژانسی (گنجه دارو و ترالی اورژانس) در مرکز وجود دارد؟			
۱۲	آیا پزشک نظام ارجاع را برابر شرایط استانی و ضوابط رعایت می کند؟			
۱۳	آیا برای پوشش کامل وضعیت بیمه ای کل جمعیت اقدامی کرده است؟			
۱۴	آیا نسبت به تکمیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش برابر برنامه زمانبندی شده، عمل می کند؟			
۱۵	آیا درصد تکمیل پرونده سلامت برابر دستورعمل اجرایی می باشد؟			
۱۶	آیا میانگین اقلام دارویی تجویز شده به ازای هر نسخه کمتر از ۲/۵ قلم (برابر دستورعمل) می باشد؟			
۱۷	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام آزمایشات سطح اول کمتر از ۱۰٪ می باشد؟			
۱۸	آیا موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی های سطح اول کمتر از ۴٪ می باشد؟			
۱۹	آیا پزشک تمامی اقدامات انجام گرفته را در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات (برابر دستورعمل) ثبت می کند؟			
۲۰	آیا موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر پزشکی یا پاراکلینیک را پیگیری می کند؟			
۲۱	آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کند؟			
۲۲	آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند می دهد؟			
۲۳	آیا دستورعملها، جزوات، کتب آموزشی و بخشنامه های ابلاغی از مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشد؟			

جمع کل امتیازات بخش قرارداد و دستورعمل	۳۰
امتیازات کسب شده	

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش مشارکت جامعه :

تاریخ تکمیل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پزشک جلسات هیات امناء (روستایی/شهری) را بصورت ماهانه تشکیل می دهد؟ ×			
۲	آیا در جلسات هیات امناء درمورد رفع مشکلات سلامتی منطقه تحت پوشش تصمیم گیری می شود؟×			
۳	آیا برای اجرای مصوبات جلسات، اقدامی صورت می گیرد؟×			
۴	آیا درباره نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و ...) ازطریق جلب مشارکتهای مردمی اقدامی انجام می دهد؟×			
۵	آیا برای بهبود ارائه خدمات ازطریق جلب مشارکتهای مردمی (رابطین روستایی) اقدامی انجام می دهد؟×			

جمع کل امتیازات بخش همکاریهای بین بخشی	۳
امتیازات کسب شده	

بخش: نتایج

موضوع اول : شاخصهای فنی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل شده است؟			

بخش: نتایج

موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا فرم مربوط به محاسبه شاخص های پشتیبانی تکمیل شده است؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

بخش: نتایج

موضوع سوم: رضایتمندی

تاریخ تکمیل

رضایت مردم

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا مردم از ساعات حضور پزشک خانواده در مرکز رضایت دارند؟			
۲	آیا مردم از نحوه پذیرش پزشک رضایت دارند؟			
۳	آیا مردم از نحوه برخورد پزشک رضایت دارند؟			
۵	آیا مردم از راهنمایی های پزشک درمورد علت ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۶	آیا مردم از راهنمایی های پزشک درمورد محل ارجاع آنها رضایت دارند؟			
۷	آیا مردم از راهنمایی های پزشک درمورد مدارک موردنیاز برای مراجعه به محل ارجاع رضایت دارند؟			

رضایت پرسنل

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا پرسنل مرکز از برخورد و رفتار پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۲	آیا پرسنل مرکز از بکارگیری و مشارکت دادن آنها در برنامه ریزیهای مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۳	آیا پرسنل از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی و ...) توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۴	آیا پرسنل از نحوه توزیع کارانه اختصاص یافته به مرکز بهداشتی درمانی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۵	آیا پرسنل از نحوه پایش و ارزیابی توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۶	آیا پرسنل از نحوه انتقال و پیگیری درخواستهایشان به مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۷	آیا پرسنل از نحوه انعکاس دستورعملها و بخشنامه های ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۸	آیا پرسنل از نحوه بکارگیری از خودروی مرکز، رضایت دارند؟			
۹	آیا پرسنل از تقسیم کار در مرکز توسط پزشک خانواده، رضایت دارند؟			
۱۰	آیا پرسنل از مدیریت پزشک درمورد بروز اختلاف (درونی و بیرونی)، رضایت دارند؟			

چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری

رضایت مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱	آیا از نحوه ارائه گزارشها و آمار توسط پزشک، رضایت دارد؟x			
۲	آیا از نحوه تعامل پزشک با دهیار، شورای اسلامی و ... رضایت دارد؟x			
۳	آیا از رعایت مقررات اداری و مالی توسط پزشک، رضایت دارد؟			
۴	آیا از مشارکت پزشک در جلسات، رضایت دارد؟			
۵	آیا از ارائه پیشنهاد، خلاقیت؛ و نوآوری پزشک رضایت دارد؟			

جمع کل امتیازات بخش نتایج	
امتیازات کسب شده	

نتیجه کلی پایش

امتیاز		عناوین پایش
مورد انتظار	کسب شده	
۲۰		مدیریت
۴۰		عملکرد مدیریت وفنی
۳۰		قرارداد و دستورعمل
۳		همماری های بین بخشی
		نتایج
۱۰۰		جمع امتیاز

نام و نام خانوادگی پایش شونده و امضاء
نام و نام خانوادگی، سمت پایش کننده و امضاء

فرم شاخصهای برنامه های جاری و مداخله ای مرکز بهداشتی و درمانی

ردیف	نام شاخص	مقدار شاخص		
		در ابتدای برنامه	پیش بینی شده	تحقق یافته
۱				
۲				

				۳
				۴
				۵
				۶
				۷
				۸
				۹
				۱۰
				۱۱
				۱۲
				۱۳
				۱۴
				۱۵
				۱۶
				۱۷
				۱۸
				۱۹
				۲۰
				۲۱
				۲۲

فرم شماره ۱

فرم شماره ۲

جدول شماره ۳: برآورد وضعیت تجهیزات و فضاهای فیزیکی
مرکز بهداشتی درمانی

ردیف	نام واحد تابعه (مرکز با خانه بهداشت تابعه)	لبست کمبود تجهیزات (براساس لیست استاندارد)	لبست تجهیزات مورد نیاز برای تعمیر	فضای فیزیکی مورد نیاز برای احداث x	موارد ساختمانی نیازمند برای تعمیر xx	واحد (مترمربع و...) برای تعمیرات
۱						
۲						
۳						
۴						

x از قبیل: اتاق پزشک، محل بیتوته پزشک و ...

xx نوع تعمیر مورد نیاز برحسب واحد آن ثبت می شود مثل مساحت مورد نیاز نقاشی ساختمان و ...

راهنمای تکمیل چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (بیمه روستایی و پزشک خانواده)

خواهشمند است قبل از تکمیل چک لیست به نکات زیر توجه فرمایید:

- مطمئن شوید که پزشک آموزشهای لازم را دیده باشد.
- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه پزشکان خانواده شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- سوالاتی که با علامت × مشخص شده اند، فقط از پزشک مسوول مرکز بهداشتی و درمانی پرسیده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشک خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.

• بخش مدیریت

موضوع اول: تحلیل وضعیت موجود

- ۱- در صورت موجود بودن زیج حیاتی تکمیل شده به تفکیک نوع جمعیت (شهری، روستایی و کل) برحسب منطقه، از سال شروع برنامه پزشک خانواده و به روز بودن زیج حیاتی در سال جاری در ستون "بلی" ثبت می گردد.
- ۲- کلیه شاخصهای پوشش خدمات بایستی طبق فرمهای پیوستی در مرکز موجود باشد. شاخصهایی که در خود مرکز قابل محاسبه نبوده و آگاهی پزشک از آنها ضروریست، بایستی توسط پزشک به صورت مکتوب از ستاد شهرستان درخواست کرده و در فرم منعکس گردد (این شاخصها با علامت × در فرم پیوستی مشخص شده اند).
- ۳- اطلاعات جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی مرکز بایستی طبق فرم شماره ۱ (وضعیت جغرافیایی و اجتماعی روستاهای تحت پوشش مرکز) پیوستی تکمیل گردد.
- ۴- در صورتی که پزشک لیست مشکلات موجود بهداشتی درمانی (مثل مشکل اعتیاد، بهداشت روان و ...) و مشکلات مربوط به شاخصهای مندرج در جدول شاخصهای پیوست مربوط به منطقه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورت کامل بودن فرم شماره ۲ "وضعیت پرسنل مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورت کامل بودن جدول شماره ۳ "برآورد وضعیت تجهیزات و فضای مورد نیاز مرکز بهداشتی و درمانی" که به پیوست می باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷- مشابه توضیح بند ۶.

• بخش مدیریت

موضوع دوم: برنامه عملیاتی

- ۱- در صورت ارائه لیست اولویت بندی شده مشکلات سلامتی منطقه مربوط به سوال ۴ ازبند تحلیل وضعیت موجود، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۲- در صورتی که پزشک حداقل یک برنامه مداخله ای مشخص و زمان بندی شده برای حل مشکلات سلامتی اولویت بندی شده منطقه تدوین کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۳- در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (همه موارد: تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۴- در صورتی که پزشک برای فرایندهای جاری خود، برنامه سالانه (عملیاتی) داشته باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۵- در صورتی که پزشک اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی؛ اجرا؛ پایش و ارزشیابی) را رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- تبصره: در صورت برگزار نشدن دوره آموزشی مربوط به برنامه ریزی (سوالات ۲ و ۴) قسمت "مورد ندارد" تکمیل گردد.

• بخش مدیریت

موضوع سوم: فعالیتهای جاری مرکز

- ۱- در صورتی که پزشک برنامه زمانبندی شده ماهانه دهگردشی را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- در صورتی که پزشک برای فعالیتهای جاری در مرکز برنامه هفتگی تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که پزشک یک برنامه زمانی مکتوب برای ارزیابی کارکنان و پرسنل واحدهای تابعه خود تنظیم کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- در صورتی که پزشک راهکار ها و برنامه های موجود مرکز را درمورد نحوه پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، تعمیرات و...) را ارائه نماید یا به طور شفاهی بیان کند، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک حداقل ۴ مورد از وظایف هر پرسنل را بیان نموده و نیز شرح وظایف کلیه پرسنل در مرکز موجود باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورتی که پزشک میزان درآمد مرکز (نقدی - بیمه) از خدمات تخصصی پزشکی و غیر تخصصی پزشکی را در اختیار داشته باشد و همچنین، هزینه های جاری مرکز را بصورت مکتوب ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود (این سوال اختصاصاً از مسوول مرکز پرسیده می شود).

• بخش عملکرد

موضوع اول: مدیریت عملکرد

- در همه موارد، چنانچه کمبودی وجود نداشت، مورد ندارد ثبت گردد.
- ۱- در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی را که دال بر پیگیری کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید (حداقل یک مکاتبه)، امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۲- در صورتی که پزشک سابقه مکاتباتی (حداقل یک مکاتبه) را که دال بر پیگیری کمبود و نواقص تجهیزات (فنی واداری) و تعمیر تجهیزات تعمیری از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.
 - ۳- پزشک سابقه مکاتبات را که دال بر پیگیری رفع کمبود و نیازهای تعمیرات فضاهای فیزیکی مرکز از ستاد مرکز بهداشت شهرستان باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.

- ۴- با درنظرگرفتن زمان انجام پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه مداخله ای، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).
- ۵- با درنظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه های جاری، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد).
- ۶- با درنظر گرفتن زمان پایش و مشاهده برنامه دهگردشی در صورت انجام برنامه امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۷- در صورت ارائه نمونه ای از پسخوراند داده شده به واحدها، امتیاز مربوطه داده شود
- ۸- با درنظر گرفتن زمان پایش و مشاهده تقویم زمانی برنامه ارزیابی، در صورت مطابقت فعالیتهای پایش بینی شده با فعالیتهای انجام گرفته امتیاز مربوطه داده شود (مستندات مربوطه ارائه گردد)
- ۹- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به انجام پشتیبانی واحدها (تامین فرم، اقلام مصرفی، دارو، خودرو و...) را ارائه نماید امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به تقسیم کار و تعیین تکلیف فعالیتها و پرسنل مرکز را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱- جدول مربوط به کنترل هزینه درآمد به تفکیک هر ماه، ارائه گردد، امتیاز مربوطه داده شود (طبق فرم پیوستی). این سوال فقط از مسوول مرکز پرسیده می شود.
- ۱۲- در صورتی که پزشک صورتجلسات مبنی بر تشکیل ماهانه جلسات هماهنگی را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۳- در صورت نصب برنامه در محل مرکز بهداشتی و درمانی بنحوی که در دید مراجعه کنندگان به مرکز باشد امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۴- در صورتی که پزشک لیست پیشنهادی پرداخت کارانه مراکز را ارائه نماید (۶۰٪ کارانه به بهورزان و ۴۰٪ بقیه به پرسنلی که دربرنامه همکاری می کنند، پرداخت گردد) امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه به مرکز بهداشت شهرستان را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۶- در صورتی که پزشک مستندات مربوط به ارسال برنامه دهگردشی و نظارت به خانه های بهداشت تابعه را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۷- برنامه دهگردشی و نظارت اعضای تیم سلامت (پزشک، دارویار، ماما یا پرستار) بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۸- دفتر ثبت مراجعین روزانه با نسخ تجویز شده همان روز در هنگام دهگردشی پزشک، مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

• بخش عملکرد

موضوع دوم: عملکرد فنی

این قسمت بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد.

• بخش قرارداد و دستورعمل

- ۱- در صورتی که پزشک طبق قرارداد، ۸ ساعت حضور فیزیکی داشته و شیفت کاری را مطابق قرارداد رعایت کرده باشد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۲- دفتر حضور و غیاب با پاسها و مرخصیهای موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۳- در صورتی که تعداد بیتوته پزشک دقیقاً مطابق با برنامه تنظیمی باشد (دفتر ثبت فعالیتهای در ساعات غیراداری، نشانگر حضور پزشک خواهد بود) و ساعات ویزیت بیماران در وقت غیراداری یادداشت گردد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۴- برنامه تنظیمی برای روزهای تعطیل از طریق دفتر حضور و غیاب و دفتر ثبت روزانه بیماران بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۵- در صورتی که پزشک حداقل یک مورد برنامه پایش عملکرد تیم سلامت را براساس برنامه تنظیمی ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۶- در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم همکاری با تیم ناظر بیمه و مرکز بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۷- در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، امتیاز مربوطه داده شود.
توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً مدارک مربوط به سوالات ۶ و ۷ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.
- ۸- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۹- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به ارسال آمار و اطلاعات را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۰- در صورتی که پزشک سابقه مکاتبات مربوط به درخواست (با توجه به ضوابط دپوی داروها و دستورعمل مربوطه) را ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۱- گنجینه دارویی و ترالی اورژانس مشاهده گردد و داروهای موجود از نظر کمیت و کیفیت (تاریخ انقضا و...) بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۲- نحوه ارجاع با شرایط استانی موجود مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (اگر شرایط استانی اعلام نشود، موردی ندارد ملحوظ گردد).
- ۱۳- ارائه تکمیل شده جدول "وضعیت پوشش بیمه ای جمعیت به تفکیک صندوقهای بیمه ای" برای دادن امتیاز کامل، ضروریست.
- ۱۴- برنامه زمانبندی شده و پرونده های سلامت تکمیل شده بررسی و با یکدیگر مطابقت داده شوند و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۵- سالانه برای یک سوم از جمعیت تحت پوشش طبق برنامه زمانبندی شده بایستی پرونده سلامت تکمیل شده باشد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود (خداقل تعداد پرونده سلامت تشکیل شده برای جمعیت تحت پوشش مستقیم مرکز بررسی گردد).
- ۱۶- متوسط اقلام دارویی تجویز شده در ۵۰ نسخه بطور تصادفی (راندام) در یک فصل بررسی گردد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.
- ۱۷- تعداد موارد ارجاع بیمار برای آزمایشات با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

۱۸- تعداد موارد ارجاع بیمار برای انجام رادیوگرافی با تعداد کل مراجعین هر فصل محاسبه و درصد مربوطه استخراج شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

۱۹- دفتر مراجعین با پرونده های سلامت تکمیل شده، مورد بررسی قرار گیرد و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

۲۰- در صورت ارائه هرگونه مدرک در رابطه با پیگیری بیماران ارجاع شده، امتیاز مربوطه داده شود.

۲۱- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به ابلاغ لیست بیماران نیازمند پیگیری به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.

۲۲- در صورت ارائه هرگونه مدرک مربوط به دادن پس خوراند بیماران ارجاع شده به خانه بهداشت، امتیاز مربوطه داده شود.

۲۳- فهرست دستورعملها، کتب، جزوات آموزشی و بخشنامه های توزیع شده به مراکز از طرف ستاد شهرستان با موارد موجود در مرکز مطابقت داده شود و در صورت نداشتن مغایرت، امتیاز مربوطه داده شود.

توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً این فهرست را از شهرستان دریافت کند.

• بخش مشارکت جامعه:

۱- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تشکیل جلسات مرتب ماهانه با هیئت امناء می باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.

۲- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر تصمیم گیری و رفع مشکل سلامتی در جلسات هیئت امناء منطقه باشد، ارائه نماید، امتیاز مربوطه داده شود.

۳- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام مصوبات هیئت امناء باشد، ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.

۴- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام درمورد رفع نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات، خودرو و...) از طریق جلب مشارکت مردمی باشد، را ارائه دهد، امتیاز مربوطه داده شود.

۵- در صورتی که پزشک صورتجلسه یا هر مدارک دیگری که دال بر اقدام در راستای بهبود ارائه خدمات از طریق جلب مشارکت مردمی (رابطین روستایی) باشد را ارائه کند، امتیاز مربوطه داده شود.

• بخش نتایج

موضوع اول: شاخصهای فنی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

• بخش نتایج

موضوع دوم: شاخصهای پشتیبانی

در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای پشتیبانی که به پیوست می باشد، امتیاز داده خواهد شد.

• بخش نتایج

موضوع سوم : رضایت

۱)رضایت مردم

این سوالات از ۰/۵ تا ۱٪ جمعیت تحت پوشش و حداقل از ۱۰ نفر و نیزسوالات ۴ تا ۶ درمورد افراد ارجاع داده شده که لیست آنها از دفتر ثبت روزانه استخراج شده باشد، پرسیده و تکمیل می گردد.

۲)رضایت پرسنل

این قسمت از کل پرسنل شاغل درمرکز و واحدهای تابعه پرسیده و تکمیل می گردد.

۳)رضایت مرکز بهداشت شهرستان

سوالات ۱ تا ۵ از معاون بهداشتی شهرستان پرسیده و تکمیل می گردد و با توجه به نظر ایشان و به شرط ارائه مستندات مربوطه (جمع بندی نظرات کارشناسان و مسوولین مرکز بهداشت شهرستان)، امتیاز منظور خواهد شد.

شاخصهای پوشش خدمات در مرکز بهداشتی درمانی

شاخص های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی	شاخص هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان به پزشک باید داده شود
کل جمعیت	میزان خام تولد (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر یکسال به کل جمعیت	میزان خام مرگ (در ۱۰۰۰)
درصد گروه سنی زیر ۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری عمومی
درصد گروه سنی زیر ۱۵ سال به کل جمعیت	میزان باروری کلی
درصد گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال	درصد چند قلو زایی
درصد گروه سنی ۶۵ سال به بالا	درصد مرده زایی به کل تولد زنده
نسبت سرباری	نسبت جنسی در بدو تولد
درصد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به کل زنان	میزان مرگ نوزادان (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
رشد طبیعی جمعیت	میزان مرگ کودکان زیر یکسال (به هزار تولد زنده)
درصد زایمان در بیمارستان به کل زایمانها	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (به ۱۰۰۰ تولد زنده)
درصد زایمان به کمک فرد دوره ندیده	میزان بروز بیماری برحسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ نوزادان	میزان شیوع بیماری برحسب سن و جنس و نوع بیماری
تعداد مرگ کودکان زیر یکسال	میزان بروز و شیوع بیماری برحسب تشخیص کلینیکی و پاراکلینیکی
تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال	متوسط بار مراقبت بهداشت دهان و دندان در گروههای سنی هدف
تعداد مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان	نسبت موارد بیمار ارجاع شده از هر گروه هدف
درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در بدو تولد	متوسط بار مراجعه هریک از گروههای هدف
درصد استفاده از آ. یو. دی	CYP
درصد افراد تحت پوشش تنظیم خانواده از روشهای مدرن	نسبت وسایل پیشگیری از بارداری توزیع شده
پوشش واقعی تنظیم خانواده	درصد IUD خارج شده در ماه اول
میزان مرگ نوزادان به علت نارسی نوزاد	میزان IUD خارج شده در سه ماه اول

شاخص های قابل محاسبه در مرکز بهداشتی درمانی	شاخص هایی که از طریق مرکز بهداشت شهرستان باید به پزشک داده شود
تعداد مرگ ناشی از صدمات زایمانی	میزان IUD خود به خود خارج شده در سه ماه اول
تعداد مرگ از ARI در کمتر از ۵ سال	میزان IUD خود به خود خارج شده بعد از سه ماه
تعداد مرگ ناشی از اسهال و استفراغ در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به آب آشامیدنی سالم
تعداد مرگ ناشی از حوادث و مسمومیت در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به توالیت بهداشتی
تعداد مرگ ناشی از ناهنجاریهای مادرزادی	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به دفع بهداشتی زباله
تعداد مرگ ناشی از سایر علل در کمتر از ۵ سال	میزان دسترسی خانوارهای روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت به دفع بهداشتی فضولات حیوانی
عملکرد پزشکان براساس روز کارکرد	میزان مصرف نمک یددار در خانوارهای تحت پوشش
نسبت مراجعین به تفکیک نوع تخصص پیراپزشکان	نسبت مکان های عمومی دارای معیارهای بهداشتی
نسبت مراجعین به تفکیک نوع تشخیص (کلینیکی، پاراکلینیکی)	نسبت محل های تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی دارای معیارهای بهداشتی
درصد پوشش واکسن کزاز زنان باردار	درصد کارکنان مراکز و مکان های عمومی دارای کارت بهداشتی
درصد پوشش نوبت اول واکسن ب. ث. ز، نوبت دوم سرخک، نوبت سوم ثلاث، نوبت سوم پولیو، نوبت سوم هپاتیت در کودکان زیر یکسال	نسبت کارکنان دوره دیده محل های تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مکان های عمومی
افت نوبت سوم نسبت به نوبت اول واکسن در گروه کودکان زیر یکسال	
نسبت پرونده های جدید و تکراری مراقبت شده	
نسبت کودکانی که دچار تاخیر در رشد هستند	
نسبت کودکان زیر ۶ سال به تفکیک کمتر از ۱۲ ماه، ۱۲ ماه تا یکساله، ۲ ساله، ۳ و ۴ ساله و ۵ ساله که زیر صدک سوم، بین صدک ۳ تا ۵۰، بین صدک ۵۰ تا ۹۷، بالای صدک ۹۷ قراردارند به تفکیک جنسیت	

پیوست شماره ۱۸:

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی شبکه بهداشت شهرستان
مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری تاریخ تکمیل

بخش: تحلیل وضعیت موجود

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا شاخصهای خدمات مربوطه موجود است؟			
۲- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش شناسایی شده است؟			
۳- آیا مشکلات برنامه ها در منطقه تحت پوشش الویت بندی شده است؟			

بخش: برنامه ریزی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا برای بهبود شاخص های مرکز، طراحی مداخله برای اولویت ها انجام شده است؟			
۲- آیا در تنظیم برنامه مداخله ای، اصول برنامه ریزی (تحلیل وضعیت موجود؛ طراحی براساس تحلیل؛ جدول گانت؛ و برنامه پایش) رعایت شده است؟			
۳- آیا برنامه ماهانه پایش از خانه های بهداشت طبق استاندارد تدوین گردیده است؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شبکه بهداشت شهرستان.....
مرکز بهداشتی درمانی روستایی/ شهری..... تاریخ تکمیل.....

بخش: عملکرد

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا برنامه مداخله ای تنظیمی طبق تقویم زمانی تهیه شده، اجرا می شود؟			
۲- آیا پایش ها مطابق با برنامه ماهانه تنظیم شده، اجرا می شود؟			
۳- آیا پس از پایش، پسخوراند همراه با راهکارهای اجرایی به سطح پایش شونده ارسال می شود؟			
۴- آیا در پایش ها، پسخوراند های قبلی و راهکارهای ارائه شده پیگیری می شود؟			
۵- آیا نظارت بر ارائه خدمات مادران در روستاهای اقماری و سیاری صورت می گیرد؟			
۶- آیا برای بررسی گزارش پایش های انجام شده، درخواست برگزاری جلسه از مسوول مرکز بهداشتی درمانی انجام می شود؟			

بخش عملکرد فنی:

این قسمت باید توسط ادارات کل تهیه شود

بخش قرارداد و دستورعمل:

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا ساعت کار حضور ماما یا پرستار طبق قرارداد رعایت می شود؟			
۲- آیا موردی از نقض ضوابط و دستورات آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی وجود ندارد؟			
۳- آیا در صورت ترک محل خدمت براساس دستورعمل، مراتب را یک هفته قبل به مسوول مرکز اعلام کرده اند؟			
۴- آیا کلیه اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات، درج می شود؟			
۵- آیا موارد نیازمند به پیگیری بهورز را به خانه بهداشت ابلاغ می کنند؟			
۶- آیا برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت، پس خوراند داده می شود؟			
۷- آیا دستورعملها و بخشنامه های ابلاغی از طرف مرکز بهداشت شهرستان در دسترس می باشند؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده

(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شبکه بهداشت شهرستان.....
مرکز بهداشتی درمانی روستایی/ شهری..... تاریخ تکمیل.....

بخش: تجهیزات

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا داروهای بهداشت خانواده طبق استاندارد و فرمول پیشنهادی، درخواست می شود؟			
۲- آیا وسایل مورد نیاز آیودی گذاری، درخواست می گردد ؟			
۳- آیا در صورت خرابی و کسری تجهیزات مورد نیاز برای ارائه مراقبت های مادران، پیگیری لازم صورت می گیرد؟			
۴- آیا در نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادران، شرایط استاندارد رعایت می گردد؟			

بخش: دارویاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا موجودی دارو در داروخانه کفایت دو ماه آینده را می کند (براساس توزیع شهرستان)؟			
۲- آیا برآوردی مناسب از مصرف دارو در مرکز انجام می شود؟			
۳- آیا شرایط نگهداری دارو در دارو خانه مناسب می باشد (برابر استاندارد)؟			
۴- آیا داروهای موجود به تفکیک در قفسه ها چیده شده اند؟			
۵- آیا از نبود داروهای تاریخ گذشته اطمینان حاصل می شود؟			
۶- آیا نسخه پیچی در مرکز با صحت و دقت انجام می شود؟			
۷- آیا داروهای اورژانسی مطابق استاندارد در ترالی اورژانس وجود دارند؟			
۸- آیا به تاریخ انقضاء داروهای قفسه اورژانس توجه می شود؟			
۹- آیا برنامه ریزی مناسبی برای جلوگیری از انقضاء تاریخ مصرف داروها صورت می گیرد؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شبکه بهداشت شهرستان.....
مرکز بهداشتی درمانی روستایی/ شهری..... تاریخ تکمیل.....

بخش: پرستاری و بهیاری

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا تجهیزات پانسمان خانه بهداشت توسط مرکز به طور مرتب استریل می گردد؟			
۲- آیا وسایل پانسمان در شرایط استاندارد استریل می شوند؟			
۳- آیا تجهیزات تزریقات و پانسمان در شرایط استاندارد نگهداری می شوند؟			
۴- آیا بسته های استریل و غیر استریل جدا از هم و در محیطی خشک نگهداری می شوند؟			
۵- آیا تخت تزریقات و پانسمان دارای ملحفه و مشمع و پاراوان می باشد؟			
۶- آیا زباله های عفونی به طور جداگانه دفع می شوند؟			
۷- آیا پرستار یا ماما از روپوش تمیز استفاده می کند؟			
۸- آیا پگ پانسمان استریل به تعداد مورد نیاز در مرکز موجود می باشد؟			
۹- آیا برنامه ریزی برای تامین تجهیزات تزریقات پانسمان و احیاء انجام می شود (شامل: فور- اتو کلاو - ECG - قفسه دارویی)؟			

بخش: بازآموزی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا در کلاسهای آموزشی بهروزان برای گروه هدف مامایی به صورت موردی شرکت داشته است؟			
۲- آیا در جلسات و باز آموزی های ستاد شهرستان در سه ماه گذشته (بهداشت خانواده شرکت داشته است)؟			

بخش: نتایج

(۱) شاخصهای فنی

سوال	بلی	خیر	مورد ندارد
۱- آیا فرم مربوط به محاسبه شاخصهای فنی برنامه های جاری و مداخله ای تکمیل می شود؟			

چک لیست پایش از عملکرد ماما / پرستار در برنامه های پزشک خانواده
(برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده)

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شبکه بهداشت شهرستان.....
مرکز بهداشتی درمانی روستایی/ شهری..... تاریخ تکمیل.....

۲) رضایت گیرندگان خدمت

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مردم از ساعات حضور ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۲- آیا مردم از نحوه برخورد ماما یا پرستار رضایت دارند؟			
۳- آیا مردم از نحوه پذیرش ماما یا پرستار رضایت دارند؟			

۳) رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوال	خیر	بلی	مورد ندارد
۱- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما/ پرستار با ارباب رجوع رضایت دارد؟			
۲- آیا مسوول مرکز از نحوه برخورد و رفتار ماما/ پرستار با سایر پرسنل رضایت دارد؟			
۳- آیا مسوول مرکز از اجرای مقررات اداری (حضور و غیاب، مرخصی ...) ماما/ پرستار رضایت دارد؟			
۴- آیا مسوول مرکز از اجرای برنامه های پایش و دهگردشی ماما/ پرستار رضایت دارد؟			
۵- آیا مسوول مرکز از نحوه پیگیری پسخوراند ها توسط ماما/ پرستار رضایت دارد؟			
۶- آیا مسوول مرکز از گزارش بموقع اطلاعات خواسته شده توسط ماما/ پرستار رضایت دارد ؟			
۷- آیا مسوول مرکز از وضعیت برگزاری جلسات آموزشی برای سایر پرسنل توسط ماما/ پرستار رضایت دارد؟			
۸- آیا مسوول مرکز از عملکرد خدمتی ماما/ پرستار رضایت دارد ؟			

نام، نام خانوادگی، سمت و امضای پایش کننده نام، نام خانوادگی و امضای معاون بهداشتی دانشگاه

راهنمای تکمیل چک لیست پایش ماما یا پرستار شاغل در برنامه بیمه روستایی وپزشک خانواده

قبل از تکمیل چک لیست توجه به نکات ذیل ضرورت دارد:

- این چک لیست هر ۳ ماه یک بار توسط تیم پایش شهرستان تکمیل خواهد شد.
- این چک لیست از کلیه ماماها و پرستاران شاغل در مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شده و تکمیل خواهد شد.
- قبل از تکمیل چک لیست، مطالعه دقیق دستورعمل اجرایی و بخشنامه های برنامه پزشک خانواده ضروریست.
- در مواردی که جواب سوال چک لیست "بلی" می باشد، بایستی شواهد مکتوب یا اسنادی که دال بر صحت گفته ها باشد ارائه گردد.
- خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال یا وجود ابهام با مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت تماس حاصل گردد.
- نحوه امتیازدهی بدین قرار خواهد بود که تعداد بلی های کسب شده در هر بخش تقسیم بر تعداد کل سوالات همان بخش شده و به نمره کل ملحوظ برای آن بخش ضرب می شود و در خانه امتیاز کسب شده قرار خواهد گرفت.

تحلیل وضعیت موجود

۱. اگر شاخصهای محاسبه شده مربوط به دو برنامه مادران و تنظیم خانواده موجود باشد، بلی منظور گردد (این شاخصها توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان تدوین و ارائه خواهد شد).
۲. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده (با توجه به شاخصهای محاسبه شده) در آورد شده و لیست شده باشد، بلی منظور گردد.
۳. در صورتی که مشکلات به تفکیک دو برنامه مادران و تنظیم خانواده بصورت مکتوب اولویت بندی شده باشد، بلی منظور گردد.

برنامه ریزی

۱. در صورتی که برنامه مداخله ای با مستندات مربوطه در هر یک از برنامه های مادران و تنظیم خانواده، تنظیم شده و ارائه گردد، بلی منظور شود.
۲. در صورت ارائه مستندات تحلیل وضعیت _ طراحی براساس تحلیل و برنامه پایش _، بلی منظور گردد.
۳. در صورت تنظیم برنامه پایش خانه های بهداشت وروستاهای قمر و سیاری براساس اصول ارائه شده در دستورعمل برنامه بیمه روستایی وپزشک خانواده، بلی منظور گردد.

عملکرد

۱. با توجه به زمان پایش، اگر فعالیتهای اجرایی منظور شده در برنامه مداخله ای، طبق زمانبندی تنظیمی اجرا شده باشد، بلی منظور گردد.
۲. باتوجه به زمان پایش، برنامه تدوین شده ماه قبل بررسی شود. اگر پایش ها طبق برنامه زمانبندی شده انجام و ثبت شده باشد (وجود گزارش بازدید یا پس خوراند یا هر مدرک مکتوب دیگر دال بر انجام برنامه)، بلی منظور گردد.

۳. در صورت وجود نمونه پس خوراند پایش های انجام شده توسط ماما در سه ماهه گذشته (اگر حداقل برای ۸۰٪ از پایشها، پس خوراند موجود باشد)، **بلی** منظور گردد.
۴. اگر در گزارش یا پسخوراند پایش سه ماهه گذشته مدرکی دال بر پیگیری پس خورا ندهای قبلی موجود باشد، **بلی** منظور گردد.
۵. در صورت موجود بودن برنامه پایش و گزارش یا پسخوراندهای مربوطه یا هر مستند دیگر (به تفکیک روستاهای قمر و، سیاری)، **بلی** منظور گردد. اگر مرکز، روستای قمر و سیاری نداشته باشد، **مورد ندارد** ثبت خواهد شد.
۶. در صورت مشاهده درخواست مربوطه در سه ماهه گذشته و تائید آن توسط کارشناس ناظر، **بلی** منظور گردد.

عملکرد فنی

راهنمای این قسمت به همراه خود سوالات توسط اداره مربوطه در وزارتخانه یا گروه مربوطه در مرکز بهداشت استان را تدوین و ارائه خواهد کرد.

قرارداد و دستورعمل

۱. اگر در بررسی دفتر حضور و غیاب وبه تایید رییس مرکز بهداشتی درمانی یا مسوول تیم در ۹۵ درصد از روزهای کاری، ساعت کارحضور توسط ماما/پرستار طبق قرارداد رعایت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
 ۲. در صورت نبودن گزارشی دال بر عدم رعایت ضوابط و دستورات آیین نامه انتظامی، **بلی** منظور گردد.
 ۳. با بررسی دفتر حضور و غیاب، در صورتی که ماما یا پرستار، یک هفته قبل از تمام مواردی که محل خدمت را ترک نموده اند، را به مرکز بهداشت شهرستان اعلام کرده باشد، **بلی** منظور گردد.
- توجه: تکمیل کننده چک لیست بایستی قبلاً مدارک مربوط به سوالات ۲ و ۳ را از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کند.
۴. در صورتی که ۹۰ درصد اقدامات انجام شده در دفاتر و فرمهای ثبت اطلاعات ثبت شده باشد، **بلی** منظور گردد.
 ۵. در صورت وجود مستندات ابلاغ موارد نیازمند به پیگیری به بهورزان خانه های بهداشت، **بلی** منظور گردد.
 ۶. در صورت وجود مستندات پسخوراند موارد ارجاعی به بهورزان خانه های بهداشت **بلی** منظور گردد
 ۷. در صورت در دسترس بودن کلیه دستورعملها و بخشنامه ها (لیست بخشنامه ها و دستورعملهای موجود با لیستی که تکمیل کننده چک لیست قبلاً از مرکز بهداشت شهرستان دریافت کرده است، مطابقت داده شود و در صورت همخوانی)، **بلی** منظور گردد.

تجهیزات

۱. در مشاهده و بررسی آخرین درخواست دارویی، در برنامه های مادران، کودکان و تنظیم خانواده، در صورتی که برآورد یک قلم دارو از هر برنامه، مطابق با فرمول ارائه شده از ستاد، انجام شده باشد، **بلی** منظور گردد.
۲. در صورت موجود بودن درخواست وسایل مورد نیاز آیودی گذاری در مرکز، **بلی** منظور گردد. (اگر موردی برای درخواست وجود نداشت، **مورد ندارد**، ثبت شود).
۳. در صورت وجود هرگونه مستندات مربوط به پیگیری تامین کسری یا تعمیر عیب تجهیزات معیوب، **بلی** منظور گردد. اگر کمبود یا خرابی تجهیزات در مرکز وجود نداشت، **مورد ندارد** ثبت شود.
۴. در صورت رعایت شرایط استاندارد نگهداری وسایل و تجهیزات مراقبتی مادر (این شرایط توسط ستاد مرکز بهداشت بایستی آموزش داده شود)، **بلی** منظور گردد و اگر آموزش لازم داده نشده باشد، **مورد ندارد** ثبت شود.

دارویاری

۱. اگر موجودی داروخانه تا مرحله بعدی توزیع دارو، کافی باشد و صفر نشود بلی منظور گردد
۲. اگر به اندازه مصرفی سه ماهه قبل باشد به طوری که با کمبود دارو مواجه نشود (اگر موجودی به اندازه نیاز باشد)بلی منظور گردد
۳. اگر مطابق استاندارد انباردارویی ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد ، بلی منظور گردد(در صورت عدم ارائه استاندارد از طرف مرکز بهداشت ،مورد ندارد منظور گردد)
۴. اگر مطابق استاندارد انباردارویی ارسالی از مرکز بهداشت شهرستان، باشد یعنی داروهای تاریخ نزدیک جلو و تاریخ بلند، عقب، چیده شود ، داروهای سنگین ،پایین ، و سبک، بالا چیده شوند . بلی منظور گردد
۵. اگر هیچگونه داروی تاریخ گذشته موجود نباشد بلی منظور گردد
۶. ۲۰ نسخه از هرماه در ۳ ماه گذشته بررسی شود اگر کلیه نسخ به دقت و بر اساس نوشتار پزشک پیچیده شده باشد و به شرایط استاندارد نسخ از جمله عدم قلم خوردگی در نوشتار و تاریخ نسخه و وجود مهر و امضاء پزشک در نسخه دقت شود ودر صورت وجود تاییدپزشک را دریافت کرده باشد ، بلی منظور گردد
۷. اگر داروهای موجود بر اساس لیست ارائه شده از مرکز بهداشت شهرستان برای داروهای اروزانسی، باشد بلی منظور گردد
۸. اگر هیچ داروی تاریخ گذشته ای در بین داروهای ترالی اورزانس موجود نباشد بلی منظور گردد
۹. در صورت وجود مکاتبات با مرکز بهداشت شهرستان در مورد داروهای تاریخ نزدیک (مطابق استاندارد تعریف شده توسط مرکز بهداشت شهرستان) بلی منظور گردد
۱۰. در صورت وجود نسخ مربوط به بیماران روستاهای دهگردشی وتایید مسئول مرکز بهداشتی درمانی ،بلی منظور گردد.
۱۱. در صورت ثبت آخرین حواله داروهای وارده ونیز ثبت داروهای مصرفی طبق نسخ موجود در طی هفته قبل از پایش ، بلی منظور گردد.

پرستاری و بهیاری

۱. در صورت وجود پگ های استریل و عدم استفاده پکهای استریل به فاصله یک هفته پس از استریل شدن آنها ، بلی منظور گردد
۲. اگر استریلیزاسیون توسط فور یا اتوکلاو صورت گرفته باشد، بلی منظور گردد
۳. اگر در مکانی خشک و عاری از رطوبت و تمیز نگهداری شوند(ضمناً تاریخ انقضای روی پگ های استریل نصب شود تا قبل از یک هفته مجدد استریل گردد) بلی منظور گردد
۴. اگر بصورت جداگانه و در محیطی خشک نگهداری گردند بلی منظور گردد
۵. اگر تخت تزریقات و پانسمن دارای ملحفه و مشمع باشدویاروان هم موجود باشد بلی منظور گردد
۶. اگر به طور جداگانه در سطل زباله ای خاص جمع آوری شده و به طور استاندارد معدوم گردد (سوزانده شوند و یا به طور بهداشتی دفن گردند) بلی منظور گردد
۷. اگر روپوش تمیز و مرتب به تن داشته باشد بلی منظور گردد
۸. اگر حداقل دو پگ پانسمن در خانه بهداشت و ۵ مورد در مرکز موجود باشد بلی منظور گردد

۹. اگر سابقه درخواست تامین، وجود داشته باشد یا کمبودی از موارد مذکور موجود نباشد بلی منظور گردد
۱۰. یک مورد بایستی در عمل توسط پایش شونده رویت گردد و نیز از پزشک تیم نیز سوال شود در صورت رعایت بلی منظور گردد
۱۱. این سوال بایستی توسط پزشک تیم و بهورزان تایید گردد در صورت انجام بلی منظور گردد

باز آموزی

۱. در صورت وجود صورتجلسه کلاس های برگزار شده در سه ماهه گذشته بلی منظور گردد
۲. اگر در کلاسهای باز آموزی شهرستان به طور مرتب شرکت نماید(با کنترل دفتر حضور و غیاب و مطابقت آن با نظرات مجریان جلسات آموزشی و باز آموزی در ستاد شهرستان در سه ماهه گذشته ، در صورت حضور کامل) بلی منظور گردد

نتایج

شاخصهای فنی

۱. در صورت ثبت و استخراج کلیه شاخصهای جدول شاخصهای فنی که به پیوست می باشد، بلی منظور گردد.(شاخصها بایستی توسط ادارات کل وزارتخانه یا گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان تنظیم گردد).

رضایت :

الف)رضایت گیرندگان خدمت

سوالات این قسمت از حداکثر ۰/۵ درصد یا حداقل ۱۰ نفر از جمعیت تحت پوشش پرسیده شود و تکمیل گردد

ب)رضایت مسوول مرکز بهداشتی درمانی

سوالات این قسمت از مسئول مرکز بهداشتی درمانی پرسیده شود و تکمیل گردد .

پیوست شماره ۱۹:

فرمت قرارداد مشترک بین اداره کل بیمه استان و شبکه شهرستان- ۱۳۹۰

قرارداد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان

این قرارداد به استناد تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر در سال ۹۰ فی مابین معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری فی مابین مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان به عنوان طرف اول (کارفرما) و مدیر شبکه یا رئیس / سرپرست مرکز بهداشت شهرستان به عنوان طرف دوم (پیمانکار)، منعقد می شود.

بند ۱- موضوع قرارداد:

ماده ۱: خرید خدمات سلامت سطح اول شامل: پزشک خانواده، خدمات ماما، پرستاری، دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی مرتبط با پزشک خانواده و نظارت بر رعایت نظام ارجاع در ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری به روستائیان و عشایر تحت پوشش و ساکنین شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی.

بند ۲- تعهدات پیمانکار:

ماده ۲: آموزش پزشکان و پرستل ذیربط با موضوع اصلاحات نظام سلامت و ارائه خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی و قوانین بیمه ای در قالب نظام ارجاع. (با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی)

ماده ۳: با توجه به نگاه سلامت محوری، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود (ماده ۱۷)

ماده ۴: نظارت بر حسن ارائه خدمات مورد تعهد مندرج در تفاهم نامه و اجرای صحیح نظام ارجاع.

ماده ۵: تأمین و استقرار پزشکان عمومی در مناطق مورد قرارداد (برای ۸ ساعت کار روزانه غیر از ایام تعطیل مطابق ماده ۷ تفاهم نامه) بر اساس حداقل یک پزشک بازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی و تأمین و استقرار ماما یا پرستار در مناطق مورد قرارداد (برای ۸ ساعت کار روزانه غیر از ایام تعطیل مطابق ماده ۷ تفاهم نامه) بازای هر دو پزشک یک ماما و در هر مرکز حداقل یک ماما.

تبصره ۱: در مناطقی که مشکل تأمین پزشک وجود دارد برابر ماده ۸ تفاهم نامه عمل خواهد شد.

ماده ۶: فراهم نمودن امکانات دسترسی یا تجهیزات تشخیصی درمانی جهت ارائه خدمات پزشکی، خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه و تصویربرداری)، خدمات دارویی و خدمات ماما، موضوع تفاهم نامه مشترک سالجاری بیمه روستائیان

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان

- تبصره ۲: تأمین پزشک و خدمات دارویی برای شروع به کار مرکز مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده الزامی است.
- تبصره ۳: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان به صورت یکسان (دریافت FFS و یا سرانه) عمل نماید.
- ماده ۷: ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در دو شیفت صبح و بعداز ظهر و یا یک شیفت ۸ ساعته (با توافق اداره کل بیمه استان) و ارائه خدمات دارویی، مامایی و پزشکی در ساعات فعالیت مرکز فوق
- تبصره ۴: هرگونه تغییر در شیفت ارائه خدمت با پیشنهاد ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان و تصویب ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان امکان پذیر می باشد. (به شرطی که کل ساعات کاری در هفته کمتر از ۴۴ ساعت نباشد)
- تبصره ۵: با عنایت به حداقل ساعت کاری ۴۴ ساعت در هفته طبق قانون کار کاهش ساعت کاری پنجشنبه ها مشروط بر عدم ایجاد خلل در ارائه خدمت مانعی ندارد.
- ماده ۸: ترک محل خدمت پزشکان، ماماها یا پرستاران به دلیل شرکت آنان در جلسه آموزشی با اطلاع رسانی به مردم منطقه و هماهنگی قبلی با اداره بیمه شهرستان پلامانع است. در صورت عدم حضور پزشک بیش از سه روز در مراکز بهداشتی درمانی دارای یک پزشک، آن مرکز غیر فعال اعلام می شود. درمورد مراکزی که دارای دو یا چند پزشک می باشند بایستی طوری برنامه ریزی شود که حضور پزشکان در مرکز به صورت ثوبتی یا جایگزین باشد و مرکز بدون پزشک نماند.
- ماده ۹: تجویز و ثبت کلیه خدمات سطح اول پزشک خانواده در دفترچه های بیمه روستایی و ارسال برگه دوم دفترچه (برگه مخصوص پزشک) به انضمام فرم آمار مراجعات ماهانه به مراکز بهداشتی درمانی، به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان الزامی است.
- ماده ۱۰: ارائه گزارش و تکمیل فرمهای آماری و اطلاعات درخواستی ماهیانه پزشکان و ماماها (جداول پیوست ۱) و فهرست پزشکان خانواده هر مرکز (به همراه لیست تغییرات پزشکان مرکز) در مدت مقرر بر اساس فرمهای مورد توافق طرفین به اداره کل بیمه الزامی است.
- تبصره ۶: ارائه آخرین لیست پزشک و مامای شاغل از مراکز مجری به مرکز بهداشت شهرستان و از مرکز بهداشت شهرستان به صورت ماهیانه به اداره کل بیمه استان الزامی است.
- ماده ۱۱: سازمان بیمه خدمات درمانی به عنوان کارفرما می تواند در هر زمان نسبت به نظارت و بازدید از مراکز بهداشتی درمانی بر اساس چک لیست مورد توافق بر روند اجرای پزشک خانواده در سطح استان جهت گزارشگری وضع موجود اقدام نماید.
- تبصره ۷: علاوه بر مفاد فوق الذکر برنامه ریزی جهت انجام نظارت و بازدید بر عملکرد پزشک خانواده و تیم سلامت به صورت مشترک با شبکه بهداشت درمان در قالب چک لیست مورد توافق و زمانبندی صورت می پذیرد.
- ماده ۱۲: مرکز بهداشت شهرستان ملزم است لیست اسامی مولید وفوت جمعیت تحت پوشش به تفکیک مراکز بهداشتی درمانی را هرشش ماه یکبار به اداره کل بیمه ارسال نماید.

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان

ماده ۱۳: حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد. حداقل دریافتی ماما نیز ۴,۹۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

(محدودیتهای ناشی از پایش شامل این بند نمی باشد.)

بند ۳- تعهدات کارفرما:

ماده ۱۴: پرداخت سهم خدمات سلامت سطح اول بازای هر نفر جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی، بر اساس تخصیص بودجه سرانه سالانه و بر مبنای ضرایب محرومیت شهرستان معادل ریال، مامانه معادل ریال خواهد بود، از این مبلغ، ۸۰ درصد تا بیستم هر ماه معادل ریال و ۲۰ درصد باقیمانده حداکثر یک ماه پس از پایش عملکرد سه ماهه به شرط تخصیص اعتبار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۸: اداره کل بیمه متعهد می شود که کلیه پایشهای منتج به تعدیلات خود را براساس چک لیست مشترک انجام داده و نتایج حاصل را قبل از پایش بعدی به ستاد مرکز بهداشت شهرستان طرف قرارداد منعکس نماید.

ماده ۱۵: اداره کل بیمه خدمات درمانی هر ۶ ماه یک بار مکلف به ارسال لیست اسامی دفترچه های بیمه روستایی، صادر شده در هر مرکز جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول، و محاسبه سرانه می باشد. بدیهی است از تاریخ مبادله این قرارداد، اولین لیست به عنوان آمار اولیه ارسال خواهد شد.

تبصره ۹: در صورتی که داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده (در تعهد ۲۷۰ نوع قلم و یا خارج از ۲۷۰ نوع) به علت نبود دارو در داروخانه طرف قرارداد مرکز از سایر داروخانه های طرف قرارداد روستایی اداره کل تهیه گردد ۱/۵ برابر قیمت کل نسخ از سرانه داروی مرکز کسر می شود. صرفا تجدید نسخ پزشکان متخصص برای بیماریهای مزمن با قید «تجدید نسخه متخصص» براساس دستورالعمل اجرایی قابل پذیرش است. (پرداخت این گونه نسخ به عهده اداره کل می باشد.)

بند ۴/ شرایط عمومی قرارداد:

ماده ۱۶- مرجع تشخیص وقوع تخلف از مفاد قرارداد، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده استان می باشد. (مطابق بند ۵ تفاهمنامه سالجاری)

تبصره ۱۰: پرداخت ۲۰٪ سرانه موضوع پایش پس از کسر سهم خدماتی است که به بیمه شدگان ارائه نشده و با مهلت یک ماهه اصلاح نگردیده است. ضمنا لیست کسورات هر ماه بصورت کتبی به مرکز بهداشت شهرستان و استان اعلام خواهد شد.

ماده ۱۷: هر دستورالعملی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت سلامت وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی نرسیده باشد برای طرف مقابل الزام آور نخواهد بود.

ماده ۱۸: سایر شرایط و مواردی که در این قرارداد پیش بینی نشده است، تابع ماده ۲۰ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران بوده و برای طرفین لازم الاجرا است.

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان

صفحه ۳ از ۴

قرارداد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان در سال ۹۰

ماده ۱۹: پیوستهای قرارداد که با امضاء مشترک طرفین ابلاغ خواهد شد، شامل موارد ذیل است :

- پیوست شماره ۱: لیست مورد توافق بسته های خدمات پزشکی، مامایی، پاراکلینیک و دارویی همانند سال ۸۸ و ۸۹.
- پیوست شماره ۲: فهرست تعداد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به همراه تعداد پزشک، ماما یا پرستار موردنیاز، وضعیت ارائه خدمات دارویی و پاراکلینیکی هر یک از آنها.
- پیوست شماره ۳: فهرست کامل پزشکان و مراکز طرف قرارداد اداره کل بیمه خدمات درمانی و خدمات قابل ارائه.
- پیوست شماره ۴: ضرایب محرومیت شهرستانها در سال ۹۰.
- پیوست شماره ۵: فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی (جدول شماره ۱ و ۲ و ۳)
- پیوست شماره ۶: فرمهای پایش مورد توافق همانند سال ۸۸ و ۸۹

بند ۵- مدت قرارداد :

ماده ۲۰: اعتبار این قرارداد از تاریخ ۹۰/۱/۱ تا پایان سال شمسی جاری خواهد بود، ادامه عمل به مفاد این قرارداد در سال بعد تا زمان ابلاغ قرارداد جدید بلامانع است. بدیهی است قرارداد در سال جدید مطابق با سرانه مصوب و شرایط موجود در تفاهم نامه جدید مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی تغییر خواهد کرد.

این قرارداد در ۵ بند و ۲۰ ماده و ۱۰ تبصره به همراه ۶ پیوست و در ۴ نسخه تنظیم شده است و هر ۴ نسخه حکم واحد و اعتبار قانونی دارد.

مدیر شبکه یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان

مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان

صفحه ۴ از ۴

پیوست شماره ۲۰:

نامه درمورد ساعات کاری تیم سلامت در ایام ماه مبارک رمضان

شماره ۳۰۸/۱۴۰۲۱
تاریخ ۱۳۹۰/۰۵/۱۱
پیوست ندارد

بسمه تعالی



معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با سلام و احترام:

موضوع ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد برنامه در ایام ماه مبارک رمضان، به اطلاع می رساند ساعت کاری براساس مصوبه هیات محترم دولت برای ساعات اداری تعیین می گردد. درمورد ساعات غیراداری و روزهای تعطیل همانند دستورعمل بصورت بیتوته و شیفت کاری پزشکان خانواده عمل می شود.

دکتر محمد شریعتی
قائم مقام معاون بهداشت
و رئیس مرکز مدیریت شبکه