

دستور عمل برنامه پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع

نسخه ۲۵ (سال ۱۴۰۴)



تحت نظارت:

آقای دکتر علیرضا رئیسی، آقای دکتر محمد مهدی ناصحی

گروه تدوین:

معاونت بهداشت: آقای دکتر بابک فرخی، آقای دکتر کورش اعتماد، آقای دکتر آقای دکتر سعید تاملی، آقای دکتر عزیزالله عاطفی، آقای دکتر اصلان نظری، آقای دکتر کوروش فرزین، آقای دکتر رضا زرگران، خانم دکتر نگین طاهری، آقای دکتر محمدعلی ادیب فر، خانم رقیه ضرابی، خانم حوریه باقرنژاد، آقای مهندس مسعود آزاد و خانم فریبا حسنی.

سازمان بیمه سلامت: آقای دکتر فرشید عابدی، خانم دکتر آناهیتا کشاورزی، خانم پریسا تلاوری، آقای نادر محمدطاهری.

فهرست مطالب

صفحه

۳	<u>مقدمه</u>
۳	<u>ماده ۱: تعاریف</u>
۵	<u>ماده ۲: ستادها و کمیته ها</u>
۶	<u>ماده ۳: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت</u>
۸	<u>ماده ۴: روند جذب اعضای تیم سلامت</u>
۶	<u>ماده ۵: قراردادها</u>
۱۱	<u>ماده ۶: وظایف اعضای تیم سلامت</u>
۱۲	<u>ماده ۷: ساعات فعالیت اعضای تیم سلامت</u>
۱۴	<u>ماده ۸: ارائه خدمات دارویی</u>
۱۷	<u>ماده ۹: ارائه خدمات یاراکلینیک</u>
۲۰	<u>ماده ۱۰: خدمات سلامت دهان و دندان</u>
۲۲	<u>ماده ۱۱: درآمدها</u>
۲۴	<u>ماده ۱۲: اعتبار و تعدیلات</u>
۲۵	<u>ماده ۱۳: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت</u>
۲۷	<u>ماده ۱۴: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته</u>
۲۷	<u>ماده ۱۵: ارجاع در سطح اول خدمات</u>
۲۷	<u>ماده ۱۶: ارجاع در سطح دوم خدمات</u>
۲۸	<u>ماده ۱۷: پایش فصلی تیم سلامت</u>
۲۸	<u>ماده ۱۸: پایش مشترک</u>
۲۸	<u>ماده ۱۹: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت</u>
۲۹	<u>ماده ۲۰: مسئولیت اجرا</u>
۲۹	<u>ماده ۲۱: روش پرداخت اعضای تیم سلامت</u>
۳۴	<u>ماده ۲۲: زمان اجرا</u>
۳۵	<u>ماده ۲۳: جداول راهنما و مکانیسم پرداخت تیم سلامت</u>
	<u>پیوست ها</u>

مقدمه:

دراجرای بند (الف) و (پ) ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر ارتقای خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر کشور مقرر گردید، با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دوم و سوم، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقا یابد. در پزشکی خانواده، پزشک خانواده به همراه دیگر اعضای تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود و در صورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارد. خدمات سلامت به شکل فعال (Active) به جمعیت تحت پوشش ارائه می شود.

واژگان رایج:

سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ادارات کل استانی: ادارات کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان.

وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

معاونت بهداشت: معاونت بهداشت وزارت.

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

معاونت های بهداشت: معاونت بهداشت دانشگاه ها/دانشکده ها.

مرکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی.

مراکز ارائه خدمت: مراکز خدمات جامع سلامت وابسته به مراکز بهداشت.

تفاهم نامه: تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر

برنامه: برنامه پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع.

ماده ۱: تعاریف:

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

۱- **پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است که عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر است و از طریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز ارائه خدمت برنامه، به صورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و براساس بسته خدمات سلامت و آخرین ابلاغیه های مرتبط، ارائه خدمت می نماید.

۲- **نظام ارائه خدمات سلامت:** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز بیمار/ خدمت گیرنده که شامل طیفی از مراقبت های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، مدیریت درمان و پیگیری، بازتوانی، مراقبت های تسکینی و نیز مراقبت های مزمن طولانی در منزل می شود. این مراقبت ها از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت، در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می شود.

۳- **نظام ارجاع:** ارائه خدمات سلامت به صورت زنجیره ای مرتبط و تکاملی است تا چنانچه مراجعه کننده از واحد

محیطی سطح اول به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطوح بالاتر ارجاع نموده، نتیجه و پس خوراند اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

۴- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت: چیدمان واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت به نحوی که دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد. خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می شود:

الف- سطح اول: شامل خدمات/مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین، توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز ارائه خدمت، خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت 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 اتفاق می افتد.

ب- سطح دوم و سوم: سطح دوم خدمات شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط واحدهای سرپایی و سطح سوم خدمات شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط واحدهای بستری در نظام سلامت ارائه می گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/بازتوانی/نوتوانی است.

۵- بسته های خدمات سطح اول: خدمات سلامت سطح اول (ابلاغی توسط معاونت بهداشت) که توسط تیم سلامت ارائه می شود.

۶- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان ماما، پرستار، بهیار، بهداشت عمومی، ناظر بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، روانشناس، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان، مراقب سلامت دهان، بهورز و سایر نیروهای مورد نیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته ی خدمات سطح اول ابلاغی از سوی معاونت بهداشت را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

۷- نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات: شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که اعضای تیم سلامت به جمعیت هدف برنامه ارائه می دهند.

۸- تفاهم نامه: سندی است که به منظور تدوین ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح اول به طور مشترک بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و سازمان منعقد می گردد.

۹- دستور عمل برنامه: منظور دستور عمل اجرایی برنامه است که شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه ارائه می دهد.

۱۰- قرارداد همکاری مشترک: قرارداد همکاری است که بین ادارات کل و معاونت های بهداشت به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه و دستور عمل پزشکی خانواده روستایی منعقد می گردد. طی این همکاری، خرید خدمات در قالب بسته خدمات سطح اول با اجرای برنامه مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان به صورت ادغام یافته و به صورت عملکردی، متمرکز و سرانه ای انجام می گردد.

۱۱- خدمت بیتوته: خدمات پزشکی و حداقل خدمات دارویی اورژانس است که در ساعات غیراداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل) ارائه می گردد.

۱۲- مرکز دارای بیتوته: مراکز ارائه خدمت که در آن خدمت بیتوته، توسط پزشک ارائه می شود.

۱۳- **مراکز ارائه خدمت شبانه‌روزی:** مراکز ارائه خدمت ۲۴ ساعته است که طبق اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه، مستقر و در آن علاوه بر خدمات درمانی و مراقبتی سطح یک، در خارج از ساعات اداری خدمات درمانی (ویزیت، پرستاری، پاراکلینیک و دارویی) ارائه می‌گردد.

۱۴- **جمعیت هدف وزارت:** کل ساکنین روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر

۱۵- **جمعیت هدف سازمان:** کلیه بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستاییان و عشایر ساکن در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر سازمان.

۱۶- **هیات امنای سلامت:** شورایی است که به منظور هماهنگی بین بخشی جهت رفع مشکلات سلامت و بهبود شاخص های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمت تشکیل می‌گردد تا با جلب مشارکت های مردمی و خیرین در زمینه های عمرانی، آموزش و فرهنگ سازی فعالیت نماید.

ماده ۲: ستادها و کمیته‌ها:

به منظور عملیاتی کردن برنامه پزشکی خانواده روستایی در سطوح ملی، دانشگاهی و شهرستانی، ستاد های هماهنگی برنامه تشکیل می‌شود. در این ستادها طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمک های فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و به هنگام در هر سطح منطبق با قوانین و مقررات جاری، در نظر گرفتن اصول، استراتژی ها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پایین تر، هماهنگی با کلیه شرکای برنامه در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجرای برنامه و پس از استقرار، انجام تمامی فعالیت های لازم به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت می‌گیرد.

۱- ستاد کشوری:

الف) اعضای ستاد: اعضای اصلی کشوری عبارتند از معاون بهداشت وزارت (رئیس ستاد)، مدیرعامل سازمان (دبیر ستاد)؛ معاونین درمان و توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی، رئیس مرکز مدیریت شبکه و مدیر گروه پزشک خانواده وزارت؛ معاونین پیشگیری و خدمات پایه سلامت، بیمه و خدمات سلامت، توسعه مدیریت و منابع، مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع و رئیس اداره نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده سازمان و رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه.

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

ب) وظایف ستاد: وظایف ستاد کشوری عبارتند از نظارت بر اجرای صحیح طرح، بررسی مصوبات ستادهای استانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم‌نامه، بررسی و تصویب گزارش‌های مالی ستادهای استانی، پایش ستادهای استانی، برآورد بودجه سالانه طرح و حل اختلاف احتمالی.

ج) دبیرخانه ستاد: دبیرخانه ستاد کشوری در محل ستاد سازمان مستقر می‌باشد.

۲- ستاد استانی:

الف) اعضای ستاد: اعضای اصلی ستاد استانی عبارتند از رئیس دانشگاه (در استان‌های با بیش از یک دانشگاه/دانشکده رئیس دانشگاه مستقر در مرکز استان) (رئیس ستاد)، مدیرکل بیمه سلامت استان (دبیر ستاد)، معاون بهداشت و رئیس گروه گسترش دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها، معاونین مدیرکل و رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل؛ معاون سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان.

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

ب) وظایف ستاد: وظایف ستاد استانی عبارتند از نظارت بر اجرای صحیح طرح، بررسی مصوبات ستادهای شهرستانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم‌نامه، بررسی و تصویب گزارش‌های مالی ستادهای شهرستانی، تهیه و ارائه گزارش‌های مالی به ستاد کشوری، پایش ستادهای شهرستانی، اجرایی نمودن دستورعمل‌ها و حل اختلافات احتمالی.

ج) دبیرخانه ستاد: دبیرخانه ستاد استانی در محل ستاد ستاد اداره کل استانی مستقر می‌باشد.

۳- ستاد شهرستانی:

الف) اعضای ستاد: اعضای ستاد شهرستانی عبارتند از رئیس مرکز بهداشت (در شهرستان‌های دارای دانشگاه/دانشکده، رئیس دانشگاه/دانشکده) (رئیس ستاد)، رئیس اداره بیمه سلامت (در شهرستان‌های فاقد اداره بیمه سلامت، رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل) (دبیر ستاد)، رئیس گروه گسترش شبکه مرکز بهداشت و کارشناس سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره بیمه سلامت.

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

ب) وظایف ستاد: وظایف ستاد شهرستانی عبارتند از تهیه و ارائه گزارش‌های مالی به ستاد استانی، پایش مراکز ارائه خدمت و اجرایی نمودن دستورعمل‌ها.

ج) دبیرخانه ستاد: دبیرخانه ستاد شهرستانی در محل اداره بیمه سلامت شهرستان (در شهرستان‌های فاقد اداره بیمه سلامت در محل مرکز بهداشت) می‌باشد.

۴- تشکیل جلسات ستادها و اتخاذ تصمیمات:

الف) جلسات عادی ستادهای کشوری، استانی و شهرستانی به ترتیب هر شش ماه یک‌بار، هر سه ماه یک‌بار و هر سه ماه یک‌بار تشکیل می‌شود و جلسات فوق‌العاده آنها حسب ضرورت به تشخیص رئیس ویا دبیر ستاد برگزار خواهد شد.

ب) تشکیل جلسات با اعلام (از سوی دبیر) یک هفته قبل از تاریخ جلسه بوده و جلسات با حضور بیش از نیمی از اعضای اصلی رسمیت خواهند داشت.

تبصره: حضور رئیس و دبیر ستاد برای رسمیت جلسات در کلیه ستادها، ضروری است.

ج) تصمیمات جلسات با اجماع حاضرین، اتخاذ و مصوب می‌شود، در صورت نبود اجماع در ستاد شهرستانی، مراتب برای اتخاذ تصمیم به ستاد استانی و در صورت نبود اجماع در ستاد استانی، مراتب برای اتخاذ تصمیم به ستاد کشوری، ارسال خواهد شد.

د) گزارش جلسات ستاد شهرستانی به ستاد استانی و ستاد استانی به ستاد کشوری، فصلی یکبار ارسال می‌شود.

ماده ۳: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت:

۱- پزشک: برای ارائه خدمت در هر مرکز، یک نفر پزشک (پزشک خانواده عمومی/متخصص پزشکی خانواده) به‌ازای ۴۰۰۰ نفر جمعیت فعال تعیین می‌گردد.

تبصره ۱: خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت روستایی موجود و جمعیت مرکز می‌بایست حتی‌المقدور بصورت مساوی

بین پزشکان مرکز تقسیم کردند.

تبصره ۲: برای مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۴۰۰۰ نفر، حداقل یک پزشک باید در نظر گرفت. در مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۲۰۰۰ نفر، می توان از پزشک به صورت سه روز در هفته طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است این افراد سه روز دیگر هفته را در سایر مراکز ارائه خدمت مشابه و یا به عنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروری است از پزشک مشخص در این مراکز استفاده گردد.

۲- **ماما:** به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت فعال جهت خدمات مامایی و بسته های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین گردد. تبصره ۱: خانه های بهداشت / پایگاه های سلامت روستایی موجود و جمعیت مرکز می بایست حتی المقدور بصورت مساوی بین ماماها مرکز تقسیم کردند.

تبصره ۲: برای مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۴۰۰۰ نفر، حداقل یک ماما باید در نظر گرفت. در مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۲۰۰۰ نفر، می توان از ماما به صورت سه روز در هفته طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است این افراد سه روز دیگر هفته را در سایر مراکز ارائه خدمت مشابه و یا به عنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروری است از ماما مشخص در این مراکز استفاده گردد.

۳- **دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان:** برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان حضور خواهد داشت که برای بیش از یک مرکز باید نیرو به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) حرکت کند.

۴- **مراقب سلامت دهان:** به ازای هر دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان باید یک نفر مراقب سلامت دهان (کاردان بهداشت دهان)، بعنوان دستیار دندانپزشک به کار گیری شود.

۵- **کارشناس آزمایشگاه:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی، یک کارشناس علوم آزمایشگاهی تعیین می گردد. در صورتیکه مرکز ارائه خدمت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو تا واحد آزمایشگاهی دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد است، به ازای هر ۲۰ هزار نفر (حداکثر برای سه مرکز)، یک نیروی کاردان / کارشناس آزمایشگاه به عنوان نمونه گیر در نزدیکترین مرکز دارای آزمایشگاه فعال بکارگیری می شود. برای جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر یک روز در هفته و پس از آن به ازای هر ۲۰۰۰ نفر جمعیت مازاد یک روز دیگر به حضور نمونه گیر (تاسقف ۵روز) اضافه می گردد.

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

۷- **کارشناس تغذیه:** برای ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه، تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (ترجیحا مراکز با جمعیت بیشتر)، یک روانشناس و یک کارشناس تغذیه، حضور خواهد داشت.

۸- **کارشناس سلامت روان:** برای ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه، تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (ترجیحا مراکز با جمعیت بیشتر)، یک کارشناس سلامت روان، حضور خواهد داشت.

۹- سایر نیروهای بهداشتی موردنیاز تیم سلامت:

- بهیار/ پرستار: تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز، یک نفر بهیار/ پرستار تعیین می‌شود.
- کارشناس ناظر بیماری‌ها: به‌ازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت تحت پوشش (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه)، یک کارشناس ناظر بیماری‌ها حضور خواهد داشت.
- کارشناس بهداشت محیط: به‌ازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت محیط در نظر گرفته می‌شود.
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای: به‌ازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی یک کارشناس بهداشت حرفه‌ای در نظر گرفته می‌شود.
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات: در مراکز روستایی، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش در نظر گرفته می‌شود.
- جذب سایر نیروهای موردنیاز مراکز ارائه خدمت از محل اعتبارات برنامه، مطابق با اصول، ضوابط و استانداردهای شبکه‌های بهداشت و درمان، صرفاً در صورت کفایت اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پست‌های بالاتصدی رده‌های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت براساس تشکیلات تفصیلی و قوانین اداری و استخدامی مربوطه میسر است. در صورت به‌کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت مازاد به‌عهده دانشگاه/ دانشکده است.

- ۱۰- **نگهبان/ سرایدار:** به‌ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر نگهبان/ سرایدار تعیین می‌شود. جذب نیروی سرایدار و نگهبان بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه به‌عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می‌باشد. تبصره: در بکارگیری نیروهای پزشک، ماما، بهیار/پرستار، پاراکلینیک، روانشناس و کارشناس تغذیه، بکارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- تبصره: در صورت عدم بکارگیری اعضای تیم سلامت متناسب با شاخصهای جمعیتی فوق‌الذکر، موضوع در ستاد شهرستان مطرح و در صورت اصلاح نشدن، موضوع جهت اخذ تصمیمات مدیریتی با هدف رعایت شاخصهای جمعیتی مذکور در ستاد استانی مطرح گردد.

ماده ۴: روند جذب اعضای تیم سلامت

اولویت جذب اعضای تیم سلامت: به‌ترتیب عبارت است از نیروهای رسمی و پیمانی شاغل در مراکز ارائه خدمت محل خدمت، نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام‌آوران بهداشت و سایر نیروهایی که براساس فراخوان و مصاحبه تخصصی، عمومی و ضوابط تعیین شده توسط مراکز بهداشت، متقاضی همکاری در برنامه می‌باشند.

در بکارگیری وجابه‌جایی اعضای تیم سلامت توجه به سوابق کاری مرتبط، سیاستهای جوانی جمعیت و نمرات پایش عملکرد مورد تاکید است

- ۱- **نیروهای رسمی/پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام‌آوران:** همکاری با برنامه، از طریق صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت توسط مرکز بهداشت است.

۲- نیروهای قراردادی: رابطه استخدامی نیروهای مورد نیاز تیم سلامت بر اساس دستورعمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/دانشکده ها است.

۳- نیروهای شرکتی: به صورت خرید خدمت از طریق شرکتی طبق مقررات مربوطه است.

۴- فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی/خیریه/نهادهای عمومی غیردولتی: نیروهای مشمول پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد (موضوع این دستورعمل)، اجازه فعالیت در بخش خصوصی/خیریه/نهادهای عمومی غیردولتی را در زمان همکاری با برنامه (داشتن قرارداد) ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده در مورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می نماید. و صدور گواهی عدم نیاز صرفاً جهت اخذ پروانه مطب انجام می گیرد. در صورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی/خیریه/نهادهای عمومی غیردولتی خلاف ضوابط مربوطه، پس از اطلاع از موضوع (از هر طریق) مرکز بهداشت باید موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو مورد نظر اطلاع رسانی نموده و در صورت استمرار فعالیت در بخش خصوصی، قرارداد وی را از زمان احراز شروع فعالیت مزبور لغو نماید، از زمان لغو قرارداد، سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت کسر خواهد شد. بدیهی است در این گونه موارد، مرکز بهداشت مطابق ضوابط جاری با عضو خاطی برخورد خواهد نمود. دارا بودن پروانه مطب و پروانه بهره برداری موسسات پزشکی (قبل از همکاری در برنامه و یا صدور/تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده و سایر نیروهای طرف قرارداد برنامه بلامانع است.

تبصره: در صورت عدم تکافوی پزشک و سایر نیروهای بالینی برای بخش اورژانس بیمارستان های دانشگاهی و دولتی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتهای به جمعیت ساکن فعال، فعالیت نیروهای طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی)، مشروط به موافقت نیرو و موافقت معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده، در ساعات غیرموظف، بلامانع است. به منظور اجتناب از بروز اختلال در عملکرد وی در مرکز ارائه خدمت، ساعت کاری شیفت شب اورژانس در شیفت قبل از روز کاری فرد؛ حداکثر تا ساعت ۲۴ مجاز است. پرداختی به آنان بابت شیفت های مذکور، معادل پرداختی نیروهای مشابه در بخش اورژانس (و از محل درآمدهای بیمارستان) است.

ماده ۵: قراردادها

الف- قرارداد همکاری معاونت های بهداشت و ادارات کل استانی: قرارداد سالانه بین معاونت بهداشت و اداره کل استانی، بر اساس سرانه و بسته خدمات سطح اول در راستای اجرای تفاهم نامه منعقد می گردد.

تبصره: در صورت تحمیل هرگونه هزینه مغایر با ضوابط و دستورعمل های ابلاغی ناشی از عملکرد اعضای تیم سلامت به سازمان یا بیمه شدگان، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه در دستورعمل نظارت بر مراکز طرف قرارداد، به عمل خواهد آمد و موضوع به صورت کتبی از سوی اداره کل استانی به معاونت بهداشتی منعکس خواهد شد.

ب- قرارداد همکاری مرکز بهداشت شهرستان با اعضای تیم سلامت: قرارداد سالانه مرکز بهداشت شهرستان با اعضای تیم سلامت بر مبنای نوع بکارگیری و مکانیسم پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد تعیین می گردد. عقد قرارداد پاره وقت با اعضای تیم سلامت مجاز نیست.

تعهدات مرکز بهداشت در قبال اعضای تیم سلامت به شرح زیر است:

(۱) صدور ابلاغ همکاری و محل خدمت، صدور حکم کارگزینی و ارائه یک نسخه از متن قرارداد پرداخت کارانه مبتنی بر

عملکرد در ابتدای فعالیت و یا تمدید آن به فرد طرف قرارداد. بر این اساس مستخدم، متعهد به پذیرش مفاد دستورعمل اجرایی خواهد بود.

۲) برگزاری دوره آموزشی با هدف شناخت نظام شبکه، وظایف تیم سلامت، دستورعمل اجرایی، آموزش‌های مرتبط با ارائه خدمات در بسته‌های خدمت، آشنایی با سامانه‌های سطح اول، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور گواهی مربوط به این دوره.

۳) معرفی به اداره کل استانی جهت برگزاری دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد در خصوص قوانین بیمه‌ای، آشنایی با سامانه نسخه الکترونیک و سایر دستورعمل‌ها و ضوابط حسب نیاز انجام می‌گردد. (تاییدیه این دوره توسط اداره کل استانی صادر می‌شود).

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

۵) تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر (مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)

۶) برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان / اعضای تیم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان.

۷) اعطای مرخصی به اعضای تیم سلامت مطابق با مقررات مربوط به شرایط اداری و استخدامی نیروها و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.

تبصره ۱: غیبت غیرموجه در روزهای کاری و در شیفت روزهای تعطیل مشمول مقررات اداری استخدامی و کسر ضریب حضور و کسر امتیاز خواهد شد.

تبصره ۲: در راستای امنیت شغلی و قوانین و دستورعمل‌های مربوطه (قانون جوانی جمعیت و ...)، مرکز بهداشت موظف است در پایان مرخصی نیروهای طرف قرارداد، فرد را در محل فعالیت قبلی به‌کارگیری نماید.

تبصره ۳: ذخیره مرخصی اعضای تیم سلامت، با توجه به رابطه استخدامی و تابع ضوابط مربوطه است.

تبصره ۴: حاضر نبودن هریک از اعضای تیم سلامت به علت دهگردشی، شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری، اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص، مرخصی پزشکان و ماماها در سقف تعیین شده (میانگین ۲.۵ روز در ماه)، مرخصی استعلاجی (تا ۳ روز در ماه) در صورت نبود جانشین (با هماهنگی اداره بیمه سلامت شهرستان)، با رعایت سلسله‌مراتب اداری، مشمول کسر از حضور و تعدیل مربوط به غیبت نمی‌شود.

تبصره ۵: حضور در جلسات آموزشی، مرخصی استحقاقی و همچنین ماموریت‌های موردتایید، جزو روزهای حضور اعضای تیم سلامت است.

تبصره ۶: در صورت اعلام تعطیلی خارج از برنامه تعطیلات رسمی تقویم (توسط استانداری ...)، روزهای مذکور جهت جزو تعطیلات رسمی محاسبه می‌شود.

۸) پزشک و مامای جانشین:

- ضروری است مرکز بهداشت به‌ازای حداکثر ۱۱ پزشک و مامای خانواده، با یک پزشک و ماما به‌عنوان پزشک و مامای جانشین نیز قرارداد منعقد نماید.

- وجود حداقل یک پزشک و مامای جانشین به‌ازای هر مرکز بهداشت الزامی است.

- پزشکان و ماماهاى جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری لازم را داشته باشند. پزشکان و ماماهاى جانشین کلیه فعالیت‌های پزشک و مامای خانواده اصلی را باید انجام دهند.

تبصره ۱: مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به‌نحو مقتضی به اداره کل استانی/اداره بیمه سلامت شهرستان اطلاع دهد.

تبصره ۲: پزشک و مامای جانشین صرفاً جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهاى طرف قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می‌گردد. مرکز بهداشت می‌تواند در مرخصی‌های طولانی مدت مانند مرخصی زایمان، نسبت به بکارگیری نیروی جانشین، اقدام نماید.

۹) گواهی انجام کار به اعضای تیم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت صادر می‌گردد.

۱۰) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضای تیم سلامت به‌صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره کل استانی/ اداره بیمه سلامت شهرستان ارسال می‌گردد.

۱۱) فیش پرداختی بابت حکم کارگزینی و پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به‌شکل کاغذی/الکترونیک از سوی معاونت بهداشت/ مرکز بهداشت به اداره کل استانی/ اداره بیمه سلامت شهرستان ارائه می‌گردد.

۱۲) معاونت بهداشت موظف است لیست اعلامی مشمولین معافیت مالیاتی ارسالی از سوی مرکز بهداشت را جهت اعمال به معاونت توسعه آن دانشگاه / دانشکده اعلام نماید.

ج- قرارداد با واحدهای غیردولتی ارائه‌دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه):

۱) انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی خدمات پاراکلینیک صرفاً از سوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشت میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک، یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می‌گردد.

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

د- قرارداد خدمات بیتوته: قرارداد خرید خدمات بیتوته صرفاً از بیمارستان دولتی دانشگاهی، بر اساس ضوابط مربوطه توسط مرکز بهداشت شهرستان منعقد می‌گردد. در این وضعیت، هزینه‌های مربوطه حسب ساعات بیتوته، توسط مرکز بهداشت به بیمارستان جهت ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش، پرداخت می‌شود. بدیهی است اداره کل استانی پرداخت جداگانه‌ای برای ارائه خدمت به بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر سازمان به‌صورت پرداخت مبتنی بر خدمت (FFS) به بیمارستان ندارد. ضروری است هماهنگی لازم بین بیمارستان و مرکز بهداشت، به‌منظور پذیرش این بیمه‌شدگان در ساعات غیراداری توسط بیمارستان (به‌عنوان مرکز ارائه خدمت بیتوته) انجام شود.

ماده ۶: وظایف اعضای تیم سلامت:

۱- مدیریت سلامت: تیم سلامت با راهبری پزشک خانواده مسئولیت شناخت جمعیت تحت پوشش، مشکلات سلامت منطقه و سایر مولفه‌های موثر بر سلامت را به عهده دارند تا بر این اساس نسبت به اولویت بندی و برنامه ریزی برای بهبود و ارتقای سلامت منطقه تحت پوشش با هماهنگی مرکز بهداشت و سایر ذینفعان اقدام نمایند

۲- تشکیل و تکمیل پرونده سلامت: تشکیل و تکمیل پرونده سلامت براساس پروتکل‌ها، بسته خدمتی ابلاغی

وزارت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت از طریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد.

۳- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت: تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف به ارائه بسته خدمت ابلاغی و ثبت آن‌ها در سامانه‌های سطح اول می‌باشند.

تبصره: کلیه مراقبت‌ها و خدمات ارائه‌شده می‌بایست در سامانه‌های سطح اول ثبت گردد.

۴- بازدید و نظارت (دهگردشی): تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت باید طبق برنامه در روستاهای تحت-پوشش دهگردشی کنند. لازم است دهگردشی در روستاهای اصلی (دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت) حداقل هفته‌ای یک‌بار، در روستاهای قمر (فاقد خانه بهداشت و با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت)، حداقل ماهی یک‌بار و در روستاهای سیاری (فاقد خانه بهداشت و با فاصله بیشتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت) و جمعیت عشایری (به شرط وجود راه برای عبور) حداقل هر سه ماه یک‌بار انجام گردد. دهگردشی در خانه‌های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می‌شود. دهگردشی دندانپزشک، کارشناس تغذیه و روانشناس و سایر اعضای تیم سلامت مرکز باید به گونه‌ای تنظیم شود که در هر ماه به یکی از خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های بهداشت تحت پوشش خود، بازدید نماید. تبصره ۱: جهت انجام دهگردشی برنامه ریزی باید به نحوی صورت گیرد که خدمات مرکز در زمان دهگردشی پزشک مختل نشود. شایان ذکر است زمان شروع دهگردشی در مراکز تک پزشک، براساس منطقه جغرافیایی و فصول توسط ستاد شهرستانی تعیین شود.

تبصره ۲: در مورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه‌های بهداشت و روستاهای سیاری و قمر باید بین پزشکان و ماماها تا حد امکان بطور مساوی توزیع گردد.

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

۵- نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک: استحقاق سنجی، نسخه نویسی، نسخه پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت توسط اعضای تیم سلامت (با توجه به شرح وظایف) در سامانه‌های سطح یک الزامی است. در صورت فراهم نبودن امکان نسخه نویسی و ارجاع الکترونیک در بستر سامانه‌های سطح یک، از طریق سامانه نسخه الکترونیک سازمان اقدام شود.

تبصره: در مواردی که زیرساخت الکترونیک وجود ندارد، طبق مفاد دستورالعمل فرمت کاغذی یکسان برای نسخه الکترونیک در شرایط اضطرار و در موارد اختلال زیرساخت‌های ارتباطی مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور اقدام خواهد شد. لکن ضروری است به محض فراهم شدن دسترسی الکترونیک، اطلاعات کاغذی در سامانه‌های سطح اول وزارت ثبت گردد.

۶- تشکیل جلسات هیات امنای سلامت: در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز ارائه خدمت مجری برنامه، جلسات هیات امنای حداقل فصلی یک بار توسط مسئول مرکز و با همکاری سایر اعضای تیم سلامت تشکیل می‌گردد. می‌توان این جلسات را با جلسات شورای سلامت روستا ادغام نمود.

تبصره ۱: اعضای هیئت امنای شامل: دهیار، ۱ یا ۲ نماینده شورای اسلامی روستا/ شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز، ۱ نفر ماما، ۱ نفر کارشناس بهداشت محیط و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است و بنابر صلاحدید

و شرایط منطقه می‌توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره ۲: درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به‌جای دهیار، بخشدار عضو هیات امن است.

تبصره ۳: وظایف و اختیارات هیات امنای روستا شامل برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش پزشکی خانواده توسط پزشک و مسئول شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع‌رسانی به آنها درمورد شاخص‌های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت منطقه، جلب مشارکت‌های مردمی/خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و سایر کارکنان مرتبط می‌باشد.

۷- خدمات پزشک: انجام خدمات بر اساس بسته خدمت ابلاغی توسط پزشک الزامی بوده و سایر خدمات طبق کوریکولوم آموزشی مصوب دوره مجاز می‌باشد.

۸- خدمات جانبی ماما: خدمات غیر مامایی مانند دارویاری و پرستاری توسط ماما (تا زمان تامین پرستار/ بهیار و حسب مهارت و تمایل مامای خانواده) بعنوان خدمات جانبی مامای خانواده قابل انجام است.

۹- خدمات دندانپزشکی خارج از بسته خدمتی دندانپزشکی: خدمات دندانپزشکی قابل انجام در مراکز ارائه خدمت، که خارج از بسته های ابلاغی خدمت، انجام می گردند.

۱۰- خدمت بیتوته: ارائه خدمات پزشکی و دارویی اورژانس در ساعات غیراداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل)، به جمعیت تحت پوشش است.

۱۱- مشارکت در برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت (پوشش های سلامت، مدیریت اپیدمی ها و بلایا ...)

ماده ۷: ساعات کار اعضای تیم سلامت:

الف- ساعات کاری اداری: روزها و ساعات کاری اعضای تیم سلامت منطبق با نوع فعالیت مراکز ارائه خدمت است. زمان شروع و پایان ساعات اداری مراکز ارائه خدمت بر اساس قوانین اداری و استخدامی و همگام با مرکز بهداشت شهرستان می باشد. هر گونه تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، بنا به شرایط خاص جغرافیایی و یا در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز و مدیریت مصرف انرژی و ... (براساس ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری ها)، با در نظر گرفتن عدم اختلال در خدمات رسانی انجام می شود.

ب- مرکز ارائه خدمت دارای بیتوته: به منظور دسترسی بهتر جمعیت تحت پوشش در ساعات غیر اداری به منظور ویزیت و ارائه خدمات اورژانسی (بعلا فاصله از مرکز شهرستان، فاصله از مرکز شبانه روزی، صعب العبور بودن و...) مرکز بهداشت شهرستان، مرکز ارائه خدمت واجد شرایط بیتوته را مشخص می نماید.

تبصره ۱: تهیه محل سکونت مناسب و حضور نگهبان/ سرایدار در این مراکز الزامی است.

تبصره ۲: برای مراکز تک پزشک براساس نظر مرکز بهداشت، می‌توان جمعه‌ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد. در این صورت ضروری است مرکز بهداشت، درخصوص نحوه ارائه خدمت به مردم منطقه اطلاع‌رسانی کافی نماید.

تبصره ۳: مرکز بهداشت مکلف است در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به‌صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

ج) مراکز شبانه‌روزی: بر اساس اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مراکز شبانه‌روزی خدمات در ساعات

غیراداری به صورت فعال در مرکز ارائه می گردد. در موارد کمبود در تعداد پزشکان مراکز شبانه روزی، مرکز بهداشت از پزشکان سایر مراکز فاقد بیتوته، پزشک تامین می نماید.

تبصره ۱: در مراکز شبانه روزی، در صورتی که پزشک در شیفت عصر و شب فعالیت نماید اجازه استراحت (بدون لحاظ غیبت) در روز کاری بعد را دارد.

تبصره ۲: در صورت کمبود، استفاده از پزشکان سایر مراکز در ساعات شیفت عصر/شب مراکز شبانه روزی، استراحت (Off) روز بعد شامل این پزشکان نیز می شود. مرکز بهداشت شهرستان موظف است جهت جلوگیری از اختلال در کار مراکز، این شیفت ها را حتی المقدور برای پزشکان مراکز چند پزشک و نیز قبل از تعطیلات رسمی تعریف نماید.

د) مراکز تجمیعی و ۱۶ ساعته: در صورت نبودن شرایط ایجاد مرکز شبانه روزی، در صورت نیاز، می توان اقدام به افزایش ساعت فعالیت مرکز از تک نوبت تا ۱۶ ساعته و یا امکان سنجی به منظور استقرار پزشک بیتوته مطابق با ضوابط و استانداردهای نظام شبکه نمود. حداقل یکی از مراکز ارائه خدمتی که بیش از ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز شبانه روزی/ بیمارستان فاصله دارند به عنوان مرکز تجمیعی (معین) برای پوشش شیفت بیتوته تعیین می گردد. در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰۰۰۰ نفر در نظر گرفته شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه دهندگان فراهم گردد. حضور پرستار/ بهیار و نگهبان/ سرایدار به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است..

تبصره ۱: انتخاب مرکز تجمیعی از بین مراکز محدوده ذکر شده با توجه به شرایط دسترسی جمعیت و امکانات مرکز (زیست پزشک و پرستار و...) انجام گیرد.

تبصره ۲: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی باید توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت و براساس برنامه ریزی، به صورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۳: حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعات اداری در این مراکز ارائه می گردد.

تبصره ۴: مرکز بهداشت باید برنامه زمان بندی شیفت بیتوته (و تغییرات پس از آن) برای پزشکان را به صورت نوبتی و با پیشنهاد پزشک مسئول مرکز تدوین و ابلاغ نماید. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به گونه ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در آن حضور یابند.

تبصره ۵: لازم است نام، محل و نشانی مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشیک به نحو مقتضی به اطلاع مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا بدانند خدمت بیتوته را از کدام مرکز ارائه دهنده دریافت نمایند.

ماده ۸: ارائه خدمات دارویی:

۱- نظارت بر عملکرد واحد ارائه دهنده خدمت دارو: نظر به تولید دانشگاه/ دانشکده ها در ارائه بسته خدمات داروی سطح اول، مرکز بهداشت، وظیفه نظارت بر تامین اقلام دارویی مورد نیاز سطح اول را برعهده دارد.

- در صورت غیرفعال بودن خدمت داروخانه و خدمات پزشکی، سرانه دارو و پزشک کسر و سرانه سایر خدمات توسط سازمان قابل پرداخت است.

نظارت بر ارائه خدمات دارویی و تامین اقلام دارویی (موجودی حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) از طریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

۲- ارقام دارویی: پزشکان خانواده شاغل مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان (قابل تجویز توسط پزشک عمومی) هستند. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، لیست داروهای منتخب پزشک خانواده مرکز ارائه خدمت و مورد توافق اداره کل استانی است که به داروخانه اعلام شده است.

۳- نسخه دارویی: داروخانه‌های مراکز ارائه خدمت (ملکی) و داروخانه‌های طرف قرارداد اداره کل استانی (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده شود. داروخانه‌ها ملزم به نسخه پیچی الکترونیک همگام با نسخه نویسی الکترونیک در مراکز ارائه خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام الکترونیک (نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه الکترونیک (نسخه نویسی کاغذی و نسخه پیچی الکترونیک) بارعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره کل استانی و معاونت بهداشت، ضمن رعایت ضوابط مربوطه و تنظیم صورت جلسه؛ پزشکان خانواده، مجاز به نسخه نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان ثبت شود.

سهم سازمان از داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق‌های تحت پوشش سازمان به داروخانه‌های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابل پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های ملکی مراکز ارائه خدمت، به مرکز بهداشت پرداخت می‌گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) طرف قرارداد، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات کل استانی پرداخت می‌گردد.

ادارات کل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه‌های طرف قرارداد سازمان و در محدوده جغرافیای شهرستان خود هستند، در صورت عدم وجود متقاضی با تایید اداره کل استان، عقد قرارداد با داروخانه ای خارج از محدوده شهرستان امکان پذیر می باشد. بدیهی است پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانه‌های غیر طرف- قرارداد سازمان، امکان پذیر نمی باشد.

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

انتقال داده‌های بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای از سامانه‌های سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان از طریق درگاه دیتاس، نشاندار و انجام می‌گردد. در صورت نشاندار شدن بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان، ارائه رایگان این داروها ممکن است، در غیر این صورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می‌شود.

- سهم بیمه شده از هزینه داروهای OTC که توسط پزشکان خانواده تجویز می‌شوند، برای کلیه گروه‌های سنی بیمه شدگان صندوق روستائیان و عشایر، معادل ۳۰ درصد و برای سایر صندوق‌های بیمه‌ای سازمان، مطابق قواعد بیمه‌ای در سامانه نسخه نویسی الکترونیک سازمان خواهد بود.

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

۴- موجودی دارو: داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت و داروخانه‌های خصوصی طرف قرارداد

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

۵- اعتبارات دارویی: تامین داروهای سطح اول به جز داروهای ترالی اورژانس و داروهای خانه بهداشت، از محل اعتبار سهم دارو (اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده) است.

- تامین داروی ترالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه خدمت براساس آخرین مصوبه اورژانس کشوری، به عهده مرکز بهداشت است.

- تامین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه های بهداشت براساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به عهده مرکز بهداشت است.

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

۶- توزیع نیروی انسانی دارویی: تامین نیروی انسانی در داروخانه های ملکی به عهده مرکز بهداشت و در داروخانه های غیرملکی بخش خصوصی (داروخانه اصلی در شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) به عهده داروخانه اصلی طرف قرارداد سازمان است.

داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیروی آموزش دیده برای ارائه خدمت در دهگردشی پزشک خانواده در روستاهای تحت پوشش مرکز ارائه خدمت می باشد.

لازم است نیروی انسانی به کارگیری شده به عنوان دارویار در داروخانه های مرکز ارائه خدمت، حائز شرایط اعلام شده از سوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده و دارای گواهی آموزشی معتبر باشد.

۷- انعقاد قرارداد ارائه خدمات داروی سطح اول توسط داروخانه بخش خصوصی: به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، در صورت ممکن بودن ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت های بخش دولتی، اداره کل استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، مرکز شهرستان و مرکز استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، عقد قرارداد می نماید. بدیهی است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است. در موارد خاص از جمله نزدیکی جغرافیایی، با تصمیم و صورت جلسه مشترک ادارات کل همجوار، امکان عقد قرارداد با یک داروخانه در محدوده جغرافیایی یک استان برای ارائه خدمت دارو در مرکز ارائه خدمت در استان همجوار وجود خواهد داشت.

در صورتیکه داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نبود، اداره کل استانی، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت اعلام می نماید تا مرکز بهداشت راسا خدمات دارو را به صورت ملکی در مرکز مذکور، ارائه نماید.

تبصره ۱: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل های مربوطه از سوی داروخانه طرف قرارداد اداره کل استانی برای تامین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت موارد را به صورت کتبی به اداره کل استانی منعکس نموده، اداره کل استانی موظف است در نوبت اول به داروخانه تذکر کتبی داده، در صورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه

مذکور را لغو و برای تامین داروی سطح اول با داروخانه دیگری عقد قرارداد نماید.

تبصره ۲: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه‌شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد و یا هرگونه عملکرد مغایر ضوابط مربوطه، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می‌شود.
تبصره ۳: تامین امکانات نرم افزاری و سخت افزاری الکترونیک داروخانه‌های کانکس مراکز ارائه خدمت به عهده داروخانه بخش خصوصی مربوطه است. مراکز بهداشت شهرستان می‌توانند در صورت امکان به تامین این موارد اقدام نمایند.

۸- میزان تجویز دارو: میانگین موردانتظار قلم دارویی در نسخ هر پزشک در هر فصل ۳ قلم است. در صورتی که بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده سن بالای ۶۰ سال داشته باشند، این میانگین می‌تواند تا ۳/۵ قلم، افزایش یابد.

۹- تعرفه ارائه خدمات دارویی: اخذ حق فنی خدمات دارویی از بیمه‌شدگان در داروخانه ملکی و غیرملکی طرف- قرارداد در سطح اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است. قیمت دارو و فرانشیز بیمه‌شدگان در داروخانه‌های مذکور براساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی از سوی سازمان غذا و دارو و سازمان است. تامین دارو در زمان بیتوته برای موارد اورژانس از طریق تالی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.

تبصره ۱: داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری خون) در مناطق عشایری در ایلگردشی رایگان و از محل اعتبارات وزارت تامین می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعرفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می‌گردد.
تبصره ۳: داروخانه در قبال ارائه خدمات دارویی، موظف به ارائه فاکتور به بیمه شده می‌باشد که حاوی مبلغ کل هزینه خدمات دارویی، سهم سازمان و سهم بیمه‌شده باشد و همچنین داروخانه تحت هیچ شرایطی مجاز نیست هزینه داروهای سطح اول برای بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر را به صورت آزاد محاسبه نماید، در اینصورت حسب ضوابط سازمان اقدام خواهد شد.

۱۰- ارقام مکمل: مرکز بهداشت موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل جهت گروه‌های هدف است. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده براساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه‌های سنی و فیزیولوژیک (گروه‌های هدف) و آخرین ابلاغیه‌های صادره در اختیار خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های سلامت روستایی/شهری مجری قرار گرفته و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه‌ها قرار می‌گیرد و نیازمند تجویز نیست.

ماده ۹: ارائه خدمات پاراکلینیک:

۱- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک: راه‌اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک براساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش است. هر مرکز بهداشت می‌تواند برای ارائه خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط، اقدام نماید. در صورت ارائه نشدن خدمات سطح اول آزمایشگاه و رادیولوژی و خرید خدمات مذکور توسط بیمه‌شده روستایی، اداره کل استانی برابر سهم سازمان از اقلام خریداری شده، از سرانه آزمایشگاه و رادیولوژی شهرستان کسر خواهند نمود.

مرکز بهداشت موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز ارائه خدمت از طریق راه‌اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع‌آوری نمونه از مراکز و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف قرارداد مرکز بهداشت خواهد بود.

۲- شرایط دریافت خدمات آزمایشگاهی: در صورت تعیین واحد آزمایشگاهی خاص برای ارائه خدمات توسط مرکز بهداشت، پزشک ملزم است بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد. در صورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه برعهده بیمار است. در صورت تجویز خدمات پاراکلینیک در محدوده صلاحیت تجویز پزشک خانواده ولی خارج از فهرست خدمات پاراکلینیک پزشک خانواده و بسته خدمت سطح اول (سایر موارد آزمایشگاه، سونوگرافی و تصویربرداری) سهم سازمان حسب ضوابط مربوطه قابل پرداخت است.

۳- سطح بندی آزمایشگاه: سطوح ارائه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه / آزمایشگاه های مرکزی طبق "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت می باشد. در صورتیکه مراکز ارائه خدمت، فاقد آزمایشگاه فعال و یا اینکه در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی طرف قرارداد دیگری وجود نداشته باشد، راه اندازی واحد نمونه گیری در مرکز الزامی است. آزمایشات تجویزی پزشک خانواده از مسیر ارجاع از مراکز ارائه خدمت در آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در صورت عدم امکان انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمت، خدمات آزمایشگاهی از طریق نمونه گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نمی باشد.

تبصره ۱: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره کل استانی مصوب و در کلیه مراکز ارائه خدمت در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

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

۵- خدمات و آزمایش های قابل انجام آزمایشگاه های بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی بر اساس بسته های خدمت و خدمات در تعهد برنامه در آزمایشگاه های بهداشتی قابل انجام می باشد. آزمایشات غربالگری بیماری ها براساس بسته خدمتی و دستورعمل مربوطه، انجام می گردد.

تبصره ۱: به تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری ها و برنامه های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایش های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.

تبصره ۲: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروه های سنی به شرح زیر رایگان هستند:

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

یک نوبت Blood Group & RH، آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار، Serum Creatinin، Serum BUN، آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادران RH منفی)، FBS، TSH، VDRL، HIV، HBSAg،

آزمایش غربالگری دیابت بارداری، Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) و GCT .

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

ج) غربالگری نوزادان: اندازه گیری TSH (CH)، اندازه گیری کمی فنیل آلانین (PKU) و G6PD (در صورت وجود امکانات و حسب نیاز)، هزینه های غربالگری نوزادان بر اساس مصوبات هیئت محترم دولت از سازمانهای بیمه گر پایه دریافت گردد)

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه های بهداشت:

واحد پذیرش و نمونه گیری	آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی شهری دارای آزمایشگاه	آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان
پذیرش و نمونه گیری جهت انجام آزمایش های قابل نمونه گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده	آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی هموگلوبین هماتوکریت	کلیه خدمات آزمایشگاه های مراکز ارائه خدمت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه به علاوه: بیلیروبین مستقیم و توتال
کلیه نمونه های گرفته شده باید در اسرع وقت با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه های بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و آزمایشگاه بیمارستان و ارسال گردند.	گروه خون Blood Group & Rh قند خون ناشتا (FBS) آزمایش Glucose Challenge Test (GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)	آزمایش Uric Acid آزمایش HbA2 آهن ظرفیت اتصال آهن (TIBC) فریتین سرم کومیس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکاپتوتانول (2ME) آزمایش کمی Beta-HCG سرم آزمایش کومیس غیرمستقیم بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T4
در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیری و ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه و استفاده شود.	آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (2hPP) آزمایش Serum BUN آزمایش Serum Creatinin آزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglyceride آزمایش Serum HDL-Cholesterol آزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود) آزمایش Serum SGOT آزمایش Serum SGPT	آزمایش کومیس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکاپتوتانول (2ME) آزمایش کمی Beta-HCG سرم آزمایش کومیس غیرمستقیم بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T4 اندازه گیری کمی فنیل آلانین (PKU) آزمایش HbA1c آزمایش HIVAb آزمایش HBSAg آزمایش HBsAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P
	آزمایش Serum RPR/VDRL سدیمنتاسیون (ESR) آزمایش (Stool Examination -Ova/Parasite) iFOBT-آزمایش خون مخفی در مدفوع تشخیص به روش ایمونوکیمال	آزمایش Na/K (فقط برای کنترل درمان بیماران سل و اچ آی وی مثبت) ALP Serum نمونه گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماری های واگیر) آزمایش پاپ اسمیر
	آزمایش کامل ادرار آزمایش کشت ادرار رایت ویدال لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا) CRP HbA1C	

۶- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیلوژی): خدمات تصویربرداری موردتعدد سطح اول شامل رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب است. شرایط خدمات مذکور به شرح زیر است:

الف) بسته خدمات تصویربرداری سطح اول صرفاً از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد طبق مفاد تفاهم‌نامه) قابل ارائه است.

ب) در صورت انعقاد قرارداد مرکز بهداشت با مراکز تصویربرداری دولتی و غیردولتی طرف قرارداد سازمان، بیمه‌شدگان جهت دریافت خدمات تصویربرداری سطح اول، تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت می‌کنند، بدیهی است برای این خدمات، سهم سازمان بابت بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر قابل پرداخت نیست.

ج) اطلاع‌رسانی در خصوص نشانی مراکز تصویربرداری طرف قرارداد مرکز بهداشت در مراکز ارائه خدمت، ضروری است. فهرست مراکز مذکور به اداره کل استانی اعلام گردد.

د) گرافی OPG جزو خدمات سطح دوم است.

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

ماده ۱۰: خدمات سلامت دهان و دندان:

۱- مکانیسم فعال‌سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:

الف) به‌کارگیری و عقد قرارداد با دندانپزشکان مشمول طرح نیروی انسانی و متعهدین خدمت قانون برقراری عدالت آموزشی اعزامی به مناطق مجری برنامه، در پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع در صورت نیاز دانشگاه الزامی است.

ب) اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت، فعال‌سازی ساعات بعدازظهر و شب مراکز ارائه خدمت با به‌کارگیری دندانپزشکان شاغل در مراکز است لذا دانشگاه/دانشکده بایستی شرایط و امکانات فعال‌سازی بعدازظهر مراکز ارائه خدمت را برای بهره‌وری بیشتر واحدهای دندانپزشکی فراهم نماید تا با مشارکت دندانپزشکان، ارائه خدمت در خارج از ساعات کاری برنامه پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع، با هماهنگی مرکز بهداشت صورت گیرد. در صورت عدم امکان فعال‌سازی شیفت عصر یا شب در تمامی مراکز، برخی مراکز فعال با به‌کارگیری چرخشی دندانپزشکان شبکه فعال‌سازی گردند.

۲- نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان:

ارتقای سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی در مناطق روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه‌های هدف صورت می‌پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیری اولیه قابلیت اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ‌کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه‌ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدهای کودک از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می‌گردد). خدمات پیشگیری و درمانی نیازمند به یونیت، در مراکز دارای واحد دندانپزشکی ثابت و یا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می‌گردد. صدور مجوز بهره‌برداری و نظارت بر عملکرد آن براساس آیین‌نامه مربوطه به‌عهده معاونت‌های بهداشت است.

تبصره ۱: فهرست مراکز ارائه‌دهنده خدمت سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، از سوی مرکز بهداشت به اداره کل استانی و از طریق معاونت بهداشتی به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت ارسال می‌گردد. باتوجه به ضرورت گسترش خدمات به‌منظور ایجاد پوشش صددرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید باید با جدیت پیگیری و فهرست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع صدرالذکر گزارش شود.

تبصره ۲: باتوجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/دانشکده‌ها، در صورت تامین نشدن



دندانپزشک توسط مرکز بهداشت، دانشگاه/ دانشکده می‌تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. فهرست این مراکز به منظور اطلاع‌رسانی مناسب به بیمه‌شدگان، در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

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

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

۳- خدمات سلامت دهان و دندان:

الف) مراقبت سلامت دهان و دندان در پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت: به‌رورز و مراقب سلامت خدمات را براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به منظور آموزش و پیشگیری برای ارتقای سلامت دهان و دندان ارائه می‌دهند.

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

- آموزش موردنیاز ارائه‌دهندگان خدمت زیر نظر دفتر سلامت دهان دندان معاونت بهداشت، توسط واحد بهداشت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده و با مشارکت مرکز آموزش به‌رورزی انجام می‌گیرد.

ب) خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز ارائه خدمت دارای واحد دندانپزشکی، مطب‌ها و درمانگاه‌های دندانپزشکی طرف قرارداد:

۱. آموزش بهداشت دهان و دندان.

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

۳. فلورایدتراپی.

۴. فیشورسیلانت تراپی.

۵. ترمیم دندان‌های شیری و دایمی.

۶. جرم‌گیری و برساز.

۷. پالپوتومی.

۸. درمان پالپ زنده (VPT) دندان‌های دایمی.

۹. کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری (شیری و دایمی).

اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به کار در مرکز، احصای آمار و اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گروه‌های هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده (مادران تا دو سال پس از زایمان) و کودکان زیر دو سال و سایر گروه‌های هدف (بر اساس ابلاغیه‌های معاونت بهداشت) است.

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

۴- دهگردشی، پایش و آموزش‌های گروهی: به منظور ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت‌های دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. با توجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان لازم است هر ماه دهگردشی به یکی از خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود انجام شود. زمانی که دندانپزشک ارائه خدمات دندانپزشکی را در دو یا سه مرکز به عهده دارد، دهگردشی هر مرکز ماهانه انجام گردد، به نحوی که طی یک سال دهگردشی برای کلیه خانه‌های بهداشت تحت پوشش انجام شود.

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

الف. نظارت بر عملکرد و مراقبت‌های سلامت دهان و دندان انجام شده توسط بهورز/مراقب سلامت.

ب. معاینه دهان و دندان گروه هدف (با اولویت مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال) ارجاع شده از سوی بهورز/مراقب سلامت

ج. مراجعه به مدرسه برای:

۱) آموزش گروهی به دانش آموزان، والدین، معلمان و مربیان مدارس

۲) پایش و نظارت بر برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان

۳) ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه‌های سطح اول وزارت.

۴) ارائه خدمات در فیلد با کلینیک سیار یا همکاری در فعالیت‌های جهادی هماهنگ شده با معاونت بهداشتی

۵- نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان: به منظور برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی معاونت بهداشت نسبت به تشکیل کمیته‌ای با حضور مدیر گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان و نماینده اداره کل استانی و کارشناس مسئول گسترش شبکه در معاونت بهداشت و به همین منوال در شهرستان اقدام می‌نماید. نظارت و پایش خدمات بر اساس دستورالعمل‌های سلامت دهان و دندان مادران، کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال و دستورالعمل مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باردار انجام می‌گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط کارشناس ناظر مرکز، همچنین توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می‌گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت و نظارت بر عملکرد مسئول واحد سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت انجام می‌شود.

ماده ۱۱: درآمدها:

درآمدها شامل:

۱- درآمد اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزییقات، پانسمان، نمونه‌گیری و ...) بر اساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ضوابط و مقررات سازمان.

۲- درآمد اخذ هزینه کامل مواد مصرفی ارائه خدمات جانبی (دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الک، لیدوکائین، بتادین و

(...)

۳- درآمد اخذ سهم سایر سازمان‌های بیمه‌گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق‌های سازمان و ...).

۴- درآمد اخذ ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات ارائه‌شده به افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.

۵- درآمد مرتبط با بند "و" موضوع حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام‌آور بهداشت که از محل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده پرداخت می‌شود.

۶- درآمد اخذ تعرفه خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده:

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

ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:

ارائه آموزش و مراقبت‌های پیشگیری توسط بهروز و مراقب سلامت، رایگان و ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت ساکن روستا تحت پوشش صندوق بیمه روستائی، رایگان خواهد بود.

سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت پوشش مطابق با مصوبه تعرفه هیئت وزیران و ابلاغیه های معاونت بهداشت است.

در راستای اجرای طرح عدالت در نظام سلامت و ارائه مناسب خدمات دندانپزشکی به آحاد جامعه، کاهش ۳۵ درصدی سهم بیمار در مراکز خدمات جامع سلامت برای کلیه مراجعه کنندگان اعم از دارای پوشش بیمه پایه یا فاقد پوشش بیمه پایه ساکن در شهر های زیر ۲۰ هزار نفر، روستاها، عشایر و شهر های بالای ۲۰ هزار نفر از محل منابع وزارت اعمال گردد. (موضوع نامه شماره ۵۳۷۱/۳۰۰ مورخ ۱۴۰۴/۰۳/۲۱ معاونت بهداشت)

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

تبصره ۱: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح بندی خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز ارائه خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعه بیمه شده روستایی مهمان به مراکز ارائه خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی، درمانی و اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه شده صرفاً در مراکز معین مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیراورژانسی در این موارد مراجعه از سایر مراکز براساس جدول پرداختی تعدیل یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می‌گردد.

تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت‌های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای خانواده انجام می‌شود، رایگان است و برای تمام موارد خارج از بسته‌های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می‌گردد.

تبصره ۳: تا زمان صدور بیمه نامه برای نوزادان، دریافت خدمت از بیمه نامه مادر ممکن است.

تبصره ۴: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان است. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می‌گردد.

در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث ترافیکی ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در طول شبانه روز

(مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.

تبصره ۵: در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیراورژانسی (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی مطابق تعرفه مصوب هیئت دولت است.

تبصره ۶: لازم است اطلاع‌رسانی به جمعیت ساکن فعال در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه‌روز با همکاری دهیار/ بخشدار صورت‌پذیرد. جهت اطلاع‌رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

تبصره ۷: با توجه به تبصره بند پ مصوبه شماره ۷۵۶۸/ت/۶۲۴۵۳ هـ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ هیات وزیران مبنی بر تغییر پوشش بیمه ای بیمه شدگان صندوق روستاییان و عشایر به صندوق سلامت همگانی ایرانیان در شهرهایی که جمعیت آنها به بالای بیست هزار نفر افزایش یافته و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از بیست هزار نفر ملحق شده اند، ارائه خدمات سطح اول به این بیمه شدگان کمافی السابق از طریق خرید خدمات به روش سرانه ای ادامه می‌یابد.

تبصره ۸: سهم سازمان برای اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه‌خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول برای بیمه‌شدگان تحت پوشش سایر صندوق‌های سازمان (به جزء بیمه شدگان تحت پوشش صندوق روستاییان و عشایر و بیمه سلامت همگانی ایرانیان مشمول تبصره ۷) معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل پرداخت است.

ماده ۱۲: اعتبارات و تعدیلات :

۱- محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس مؤلفه‌های جمعیت هدف وزارت، برنامه‌های فنی و بهبود استاندارد فضای واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و ضریب محرومیت برای خدمات پاراکلینیک و ضریب محرومیت و پراکندگی برای تامین خودرو جهت دهگردشی، از طریق معاونت بهداشت صورت می‌گیرد.

۲- محاسبه اعتبار اجرای برنامه پزشکی خانواده از محل اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه‌های جمعیت هدف سازمان و ضرایب محرومیت شهرستانی اعلام شده توسط وزارت کشور و منطبق بر طرح گسترش شبکه، توسط سازمان صورت می‌گیرد.

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

۴- در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از ۵۰۰ متر و کانکس) توسط ادارات کل استانی لغو می‌شود.

۵- ارائه‌نشدن هر یک از اجزای خدمات تعریف شده در این دستورعمل که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.

۶- براساس مصوبات هیئت امنا دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد برنامه پزشکی خانواده روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/دانشکده، معاف است. براساس مصوبه هیات امنا (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) به منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/ دانشکده مکلف است کلیه اعتبارات تخصیص یافته، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر و یا سایر درآمدهای ناشی از این برنامه را منحصراً در چهارچوب دستورعمل‌های ارسالی وزارت در برنامه مربوطه هزینه و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه/ دانشکده برای مراکز تعیین شده توسط وزارت اقدام کنند. اجرای مفاد دستورعمل مربوطه، صادره از طرف

وزارت الزامی می باشد.

۷- استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر موارد تعیین شده در تفاهم نامه و این دستور عمل توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات کل استانی ممنوع است.

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

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

۱۰- معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع، اعتبار از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده را به شرط تخصیص از سوی سازمان برنامه و بودجه، اعتبار را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ و سازمان طی ۷۲ ساعات کاری بعد از دریافت، منابع تعریف شده را به حساب ادارات کل استانی پرداخت نماید. ادارات کل استانی طی ۷۲ ساعات کاری بعد از دریافت، نسبت به پرداخت به دانشگاه/دانشکده اقدام نمایند. دانشگاه/دانشکده مکلف است حداکثر یک هفته پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبار صرفاً در قالب تفاهم نامه و در سرفصل های تعیین شده در این دستور عمل اقدام نماید.

سازمان مکلف است به شرط دریافت وجه اعتبار اعلام شده از سوی سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات کل استانی پرداخت نماید. (ماهانه ۸۰ درصد از اعتبار را در قالب پرداخت علی الحساب و ۲۰ درصد باقی مانده را بر اساس نتایج پایش، سه ماهه پرداخت قطعی نماید).

تبصره ۱: اعتبارات موضوع این ماده از کسورات ناشی از مصوبات هیئت امنای دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، مستثنی بوده، باید عملکرد این دستور عمل را در بند مجزا در گزارش حسابرس به هیئت امنای دانشگاه/دانشکده ارائه نمایند.

تبصره ۲: معاونت بهداشتی در پایان هر فصل، گزارشات پرداختی به تیم سلامت موضوع این دستور عمل را به ادارات کل استانی ارائه نمایند.

۱۱- فهرست آخرین تغییرات ساختار شبکه، سالانه (به تفکیک دانشگاه/دانشکده، مرکز بهداشت و مراکز ارائه خدمت) از سوی معاونت بهداشت به سازمان اعلام می شود.

ماده ۱۳: توزیع اعتبار برنامه:

سرفصل اعتبار از محل سهم سازمان (مبالغ میلیارد ریال)	
اعتبار	سرفصل
۳۶.۰۰۰	پزشک
۱۰.۰۰۰	دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان و دستیار دهان و دندان
۲۳.۰۰۰	ماما و سایر نیروهای بهداشتی
۱۵۰۰	کارشناس بهبود تغذیه
۱۵۰۰	کارشناس سلامت روان

کمک به مناطق ویژه	۹.۰۰۰
جمع کل	۸۱.۰۰۰

- حداکثر ۲۰ درصد از مبلغ اعتبار خدمات ماما و سایر نیروهای بهداشتی بابت سایر نیروهای بهداشتی موردنیاز، هزینه می گردد.
- سقف تعداد کارشناسان بهبود تغذیه و سلامت روان قابل جذب به تفکیک دانشگاه/دانشکده ازسوی معاونت به سازمان ابلاغ می شود. ارقام هزینه های پرسنلی خدمات کارشناس بهبود تغذیه و سلامت روان، براساس بکارگیری کارشناسان مذکور تحت عنوان برنامه پزشکی خانواده روستایی قابل پرداخت خواهد بود.
- فهرست مراکز ارائه خدمت ویژه و مبالغ پرداختی، به صورت مشترک، توسط معاونت بهداشت و سازمان، ابلاغ می شود.
- توزیع اعتبار بابت خدمت پزشک، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان و دستیار دهان و دندان و ماما و سایر نیروهای بهداشتی به صورت سرانه ای و بابت خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه در صورت بکارگیری کارشناسان مذکور و منوط به ارائه گزارش دانشگاه/دانشکده است.
- مسئولیت هرگونه هزینه کرد بیش از اعتبار فوق به عهده دانشگاه ها/ دانشکده ها است.

سرفصل اعتبار از محل سهم وزارت (مبالغ میلیارد ریال)	
اعتبار	سرفصل
۷.۰۰۰	ملزومات مصرفی دهان و دندان
۲۷.۰۰۰	خدمات دارویی
۱۲.۰۰۰	پاراکلینیک
۱۷.۰۰۰	بهبود استاندارد
۹.۰۰۰	خودرو
۳.۰۰۰	برنامه های فنی ادغام یافته
۱۹.۰۰۰	مکمل دارویی
۲.۰۰۰	آموزش و فرهنگ سازی
۴.۰۰۰	توازن
۱۰۰.۰۰۰	جمع کل

- در راستای استمرار توافق نامه انتقال سهم دارو از وزارت به سازمان به شماره ۱۴۰۱/۲۹۴۲۰۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۹، از اعتبار خدمات دارویی، مبلغ ۲۳،۰۰۰ میلیارد ریال به سازمان متناسب پس از دریافت تخصیص، ابلاغ اعتبار می شود تا با سازوکار خرید راهبردی توسط سازمان مدیریت گردد و مبلغ ۴،۰۰۰ میلیارد ریال بابت تأمین داروهای خانه های بهداشت و ترالی اورژانس مراکز ارائه خدمت در اختیار معاونت های بهداشت قرار می گیرد.
- اعتبار برای تأمین مکمل های دارویی (شامل قطره آهن، قطره ویتامین A+D، قطره مولتی ویتامین، قرص اسید فولیک همراه ید، کپسول مولتی ویتامین به همراه مینرال، قرص آهن / آهن به همراه اسید فولیک، پرل ویتامین D و قرص کلسیم به همراه ویتامین D) به صورت سرانه ای پرداخت می شود.

- اعتبار بابت تأمین تجهیزات و مواد مصرفی دندانپزشکی به صورت سرانه‌ای پرداخت می‌شود.
- اعتبار بابت ارائه خدمات پاراکلینیک (خدمات آزمایشگاه ۸۰ درصد و خدمات تصویربرداری ۲۰ درصد) به صورت سرانه‌ای پرداخت می‌شود.
- اعتبار بابت هزینه‌های اجرای برنامه‌های فنی ادغام‌یافته براساس برنامه عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه پرداخت می‌شود.
- مبلغ ۱۷,۰۰۰ میلیارد ریال برای آماده‌سازی و بهبود استاندارد فضای مراکز ارائه خدمت (محل ارائه خدمت، محل بیتوته، مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی و خانه بهداشت) براساس سیاست‌های ابلاغی معاونت بهداشت برای دسترسی عادلانه به خدمات از طریق بازسازی، تعمیر و نگهداری و تجهیز مراکز ارائه خدمت پرداخت می‌شود.
- الف- مبلغ ۳,۵۰۰ میلیارد ریال برای بازسازی به صورت پروژه‌ای پرداخت می‌شود.
- ب- مبلغ ۵,۵۰۰ میلیارد ریال برای تعمیر و نگهداری فضای فیزیکی و نگهداشت تجهیزات (تعمیر، سرویس و کنترل کیفی) به صورت سرانه واحد پرداخت می‌شود.
- ج- مبلغ ۸,۰۰۰ میلیارد ریال برای تجهیز به صورت پروژه‌ای پرداخت می‌شود.
- اعتبار خودرو، بابت خودروی مطمئن (سالم، مناسب با شرایط منطقه و عمر حداکثر پنج سال) و متعلق به منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمت برای دهگردشی به صورت سرانه‌ای پرداخت می‌شود.
- از اعتبار آموزش و فرهنگ سازی، مبلغ ۲۰۰ میلیارد ریال بابت تدوین محتواهای آموزشی بر اساس بسته خدمت و پیشگیری و اجرای برنامه‌ها در اختیار سازمان و مبلغ ۱۸۰۰ میلیارد ریال در اختیار معاونت بهداشت قرار می‌گیرد.
- مبلغ اعتبار توازن براساس لیست پیشنهادی وزارت، پرداخت می‌شود.
- تبصره ۱: معاونت بهداشت مکلف است فهرست توزیع اعتبار از محل سهم وزارت (متمرکز و سرانه‌ای) را به تفکیک دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها را برای سازمان ارسال نماید.
- تبصره ۲: سازمان مکلف هستند کلیه اعتبارات را در سرفصل‌های مربوطه و در قبال ارائه خدمت به جمعیت هدف توزیع نماید.
- تبصره ۳: دانشگاه/دانشکده مکلف است، اعتبار دریافتی را صرفاً در سرفصل‌های تعیین شده در این دستورعمل هزینه نماید، مسئولیت حسن اجرای این تبصره با رئیس دانشگاه/دانشکده است.

ماده ۱۵: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت:

- ۱- وزارت، اعتبار مربوطه از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده را برای توزیع در اختیار سازمان قرار می‌دهد. سازمان براساس شرح هزینه اعلامی وزارت، اعتبار مربوطه را توزیع می‌نماید از اعتبار صندوق روستائیان و عشایر (اعتبار سازمان) حقوق اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما و سایر نیروهای بهداشتی، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) پرداخت می‌شود.
- ۲- مبلغ ۸۰ درصد در قالب علی‌الحساب از محل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر توسط اداره کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد ذیل توسط دانشگاه/دانشکده مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما و سایر نیروهای بهداشتی،

- دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک (پرداخت می‌شود):
- الف- مرکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره کل تحویل نماید.
- ب- مرکز بهداشت تا پنجم هر ماه مبلغ حکم/ قرارداد ماه قبل تیم سلامت را پرداخت نماید.
- ج- مرکز بهداشت سیاهه ریزحقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت را طی مکاتبه ای توسط ذی حسابی دانشگاه/ دانشکده؛ که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است، به اداره کل استانی ارائه نماید.
- د- مرکز بهداشت علی‌الحساب مبلغ مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره کل پرداخت نماید.
- ۳- مبلغ ۲۰ درصد پایش عملکرد از محل اعتبارات سازمان توسط اداره کل استانی به صورت سه ماهه و پس از اعمال نتایج پایش مربوطه پرداخت می‌شود.
- ۴- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده موظف است به محض واریز از سوی اداره کل استانی به حساب درآمد دانشگاه/دانشکده، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجوه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/دانشکده، مراتب را به اطلاع معاون بهداشتی برساند.
- ۵- معاون بهداشتی با استناد جمعیت، حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی (دانشگاه/دانشکده)، شهرستانی و محیطی شامل پزشک، ماما و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه و دستور عمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نماید.
- ۶- معاون توسعه دانشگاه/دانشکده موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه را هر ماه یکبار با دستور شرح هزینه‌ای که معاون بهداشتی در اختیار وی قرار می‌دهد، میان مراکز بهداشت تابعه توزیع نماید.
- ۷- رئیس مرکز بهداشت موظف است وجوه منابع اعتباری تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه‌ای معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نموده و اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/دانشکده به تائید معاون بهداشتی برساند.
- ۸- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از تائید معاون بهداشتی از مرکز بهداشت ندارد.
- ۹- مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف است در ابتدای سال، کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه برنامه را به- تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری به معاون بهداشتی اعلام نماید، معاون بهداشتی نیز مراتب را به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل استان اعلام کند.
- ۱۰- معاون بهداشتی موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از مرکز بهداشت، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه/دانشکده به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.
- ۱۱- مرکز بهداشت موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه کلیه درآمدهای پزشکی خانواده روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهای مرکز بهداشت را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه/دانشکده واریز و گزارش آن را به معاونت بهداشتی اعلام نماید.
- ۱۲- رئیس دانشگاه/دانشکده و معاون بهداشتی موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم‌نامه و دستورعمل هستند و باید از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش‌های مرکز بهداشت (خارج از سطح اول خدمات) جداً اجتناب و تلاش نمایند سهم سرانه مراکز مجری هر مرکز بهداشت به شکل واقعی در همان شهرستان هزینه

گردد.

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

۱۴- مرکز بهداشت مکلف است سیاهه ریزحقوقی شامل پرداخت حکم/قرارداد (به تفکیک اسمی) اعضای از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر پرداخت می شود را تا پنجم ماه بعد به اداره کل استانی ارائه نماید.

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

ماده ۱۶: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته:

اعتبار اجرای برنامه های فنی ادغام یافته بر اساس برنامه عملیاتی موردتایید مرکز مدیریت شبکه هزینه می گردد.

ماده ۱۷: ارجاع در سطح اول خدمات:

در شرایط معمول، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت/پایگاه سلامت است، پس از ارائه خدمت توسط بهورز یا مراقب سلامت، در صورت لزوم و بنا بر آنچه در پروتکل ها ابلاغ شده است، فرد را به مراکز ارائه خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی خانه های بهداشت یا پایگاه های سلامت را ویزیت و درمان نموده، نتیجه اقدامات و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع دهنده برساند.

تبصره ۲: در صورت نیاز بیمار، پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع الکترونیک و یا کاغذی، بیمار را به سطح دوم یا سوم ارجاع می نماید.

تبصره ۳: در هر حال مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش (تشخیص، درمان و پیگیری)، در سطح اول برعهده پزشک خانواده است.

ماده ۱۸: ارجاع در سطح دوم خدمات:

الف- فرایند ارجاع: اجرای سطح بندی خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر براساس دستورعمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهد بود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دوم خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح اول صورت می گیرد. در صورت وجود ساختارهای الکترونیک مربوطه، پذیرش مرکز موظف به نوبت گیری و ارجاع الکترونیک پزشک خانواده نیز موظف به مدیریت انجام نوبت گیری و ارجاع الکترونیکی می باشد.

ب- سقف ارجاع به سطوح بالاتر: سقف ارجاع به متخصص سطح دوم حداکثر ۱۰ درصد مراجعین (غیر از ارجاع مادران باردار و بیماری های مزمن طبق دستورعمل ابلاغی) به پزشک خانواده است. درصد مذکور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دوم براساس مراقبت گروه های هدف و بسته خدمتی نیز هست. باتوجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده از جمله مدیریت سلامت منطقه، مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاری تمام وقت در هدایت،

توانمندسازی، ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می‌رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکور کاهش یابد.

ماده ۱۹: پایش فصلی تیم سلامت:

باتوجه به اهمیت پایش نحوه فعالیت‌ها در سطوح مختلف و به‌ویژه سطح محیطی، ضرورت دارد کلیه گروه‌ها و واحدهای زیرمجموعه معاونت بهداشت، ارائه خدمت به گروه‌های هدف را براساس بسته‌های خدمت پایش نمایند. نتیجه پایش در مرکز بهداشت تحلیل و مداخله لازم جهت پرسنل محیطی به‌ویژه پزشک خانواده انجام شود.

تبصره ۱: لازم است ارزیابی عملکرد اعضای تیم سلامت توسط ستاد مرکز بهداشت براساس گزارش‌گیری اطلاعات از سامانه‌های سطح یک جهت اجرای دستورعمل‌ها و حصول شاخص‌های کمی و کیفی مبتنی بر مکانیسم پرداخت صورت گیرد.

تبصره ۲: به‌منظور بهبود کیفیت فرایند پایش از پزشکان خانواده، لازم است در صورت وجود متخصص پزشکی خانواده یا پزشک عمومی با سابقه کاری مرتبط و دارای مدرک MPH، در پایش استفاده گردد.

تبصره ۳: لازم است پایش متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

تبصره ۴: لازم است نمره پایش سه‌ماهه به‌منظور روشن‌بودن علت کسر یا تشویق به اعضای تیم سلامت اطلاع‌رسانی گردد.

ماده ۲۰: پایش مشترک:

الف- با توجه به نقش بی‌بدیل پایش اثربخش و کارا در بهبود عملکرد تیم‌های سلامت و به‌منظور اطمینان خاطر از ارتقای مستمر کیفیت و کمیت خدمات موضوع این دستورعمل و تفاهم‌نامه، تیم‌های سلامت و مراکز ارائه خدمت پایش می‌شوند.

ب- پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت) حداقل هر فصل یکبار انجام می‌شود. در صورت نیاز به پایش مازاد، معاونت بهداشت و سازمان می‌توانند جداگانه پایش نموده و نتیجه پایش را جهت بهبود عملکرد اطلاع دهند. در صورت عدم حضور هر یک از طرفین در پایش، موضوع در ستاد هماهنگی استان مطرح و بررسی گردد. نتایج پایش مشترک در همه سطوح شهرستانی، استانی و کشوری ملاک پرداخت است. در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه‌شده از محل اعتبار سهم سازمان و از محل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری است. با توجه به لزوم هزینه‌کرد اعتبار اجرای تفاهم‌نامه، بابت ارائه خدمات سطح اول، مبلغ تعدیلات در قالب کمک به مناطق محروم از محل اعتبار سازمان، توسط سازمان و از محل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده، توسط معاونت بهداشت مدیریت می‌شود.

تبصره: برنامه زمان‌بندی پایش مشترک توسط ادارات کل استانی، به صورت فصلی، تنظیم و به دانشگاه/دانشکده ابلاغ می‌گردد.

ج- قالب پایش مشترک توسط سازمان تدوین و برای اعمال در پایش به معاونت‌های بهداشتی و ادارات کل استانی ابلاغ می‌گردد. نتایج پایش از طریق نرم‌افزار واسطه رقیب به صورت الکترونیک طی پایش حضوری ثبت می‌شود.

د- نتایج پایش در نرم افزار رقیب پس از ثبت نهایی با دسترسی فراهم‌شده از سوی اداره کل استان برای نماینده مرکز بهداشت، بلافاصله قابل‌رویت گردد.

ماده ۲۱: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت:

ستاد شهرستان با مشارکت گروه‌های آموزشی دانشگاه/دانشکده و اداره کل استان برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت‌ها در مرکز آموزش به‌پورزی اقدام می‌نماید. با توجه به ناهمگونی مهارت‌های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش‌های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش به‌پورزی تقویت شده با مکانیسم‌های متفاوت از جمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد کشوری/استانی انجام شود.

تبصره ۱: ستاد استانی موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماها را طرف قرارداد و سایر نیروهای تیم سلامت را مطابق بسته آموزشی تعیین شده به عمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنان و بسته‌های خدمت ضروری است. آموزش‌های ضمن خدمت براساس نتایج پایش، تعیین می‌گردد. برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره کل استانی برنامه‌ریزی می‌شود.

ماده ۲۲: مسئولیت اجرا:

مسئولیت کلی اجرای برنامه در منطقه تحت پوشش هر دانشگاه/دانشکده به عهده رییس آن دانشگاه/دانشکده است. همچنین مسئولیت و نظارت بر کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتی و در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان دانشگاه/دانشکده است. مسئولیت حسن اجرای برنامه در سطح شهرستان به عهده رییس مرکز بهداشت است. بدیهی است هیچ یک از نظارت‌های مربوط به دانشگاه/دانشکده، نافی نظارت اداره کل استانی بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نیست.

تبصره ۱: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره تیم‌های سلامت تحت پوشش را به عهده داشته و مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانه‌های بهداشت/پایگاه‌های سلامت تحت پوشش آن نیز هست. مسئولیت مرکز ارائه خدمت و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده (با اولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مدارک مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع است.

تبصره ۲: محل خدمت پزشک، ماما و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد پزشکی خانواده روستایی نیز صرفاً در مراکز خدمات جامع سلامت بوده و از بکارگیری آنان در دیگر واحدها از جمله پایگاه‌های سلامت، خانه بهداشت و ستاد دانشگاه/دانشکده و مرکز بهداشت با عناوین مختلف از جمله مراقب سلامت یا مسئول پایگاه سلامت ضمیمه و غیرضمیمه و یا به‌پورز و.... اجتناب گردد.

تبصره ۲: اولویت به‌کارگیری متخصصین پزشکی خانواده به ترتیب در مراکز ارائه خدمت آموزشی، مراکز ارائه خدمت شهری و سایر مراکز ارائه خدمت (شهری و روستایی واجد جمعیت ساکن فعال بیشتر)، مجری برنامه هستند.

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

ماده ۲۳: روش پرداخت اعضای تیم سلامت

۱- پرداخت پزشک، ماما، روانشناس و کارشناس تغذیه:

الف- روش پرداخت: برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه‌های مختلف خدمت، پرداخت به روش ترکیبی (Mixed)

(Payment) به شکل زیر صورت می‌پذیرد:

پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)

پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جمعیتی

پرداخت مبتنی بر ارزش (Value Based Payment)

۱- پرداخت ثابت (حکم کارگزینی):

این مبلغ براساس ضوابط مرتبط با رابطه استخدامی شامل رسمی، پیمانی، قراردادی، مضمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیام‌آوران بهداشت؛ تعیین و پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می‌گردد.

۲- پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جمعیتی:

این مبلغ بر مبنای سهم جمعیت، سهم ماندگاری، سهم پراکندگی یا دهگردشی، سهم بیتوته باتوجه به ضریب محرومیت محاسبه و آخر هر ماه پرداخت می‌گردد. ضریب حضور در این پرداخت موثر خواهد بود.

الف- سهم جمعیت: بر اساس جمعیت هدف وزارت تحت پوشش فرد محاسبه می‌گردد. جمعیت ثبت شده در سامانه در پایان فصل گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت است.

تبصره ۱: در صورتی که جمعیت تحت پوشش پزشک و ماما کمتر از ۲۵۰۰ نفر باشد. سهم جمعیت بر اساس ۲۵۰۰ نفر محاسبه می‌گردد.

تبصره ۲: جمعیت مازاد تحت پوشش نیروها، حداکثر تا ۵۰ درصد تعیین شده آن نیرو، ملاک محاسبه در سهم جمعیت می‌باشد.

ب- سهم ماندگاری: سوابق سالانه خدمت در برنامه پزشکی خانواده روستایی بعنوان سهم ماندگاری محاسبه می‌گردد.

تبصره ۱: در صورت فعالیت همکاران ستادی در مراکز ارائه خدمت به عنوان تیم سلامت، سال های خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه در سطوح ستادی شاغل در مرکز مدیریت شبکه وزارت، گسترش شبکه معاونت بهداشت/شهرستان در دانشگاه/دانشکده تا ۵۰ درصد سوابق کاری در ستاد و در غیر موارد مذکور تا ۲۵ درصد سوابق کار ستادی نیز جزو سوابق ماندگاری محسوب می‌شود.

تبصره ۲: برای افرادی که در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل استانی در سال های قبل به عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/دانشکده در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده‌اند، سهم ماندگاری در نظر گرفته شود.

ج- سهم پراکندگی: این سهم، شامل چند مولفه است:

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

۲) فواصل (نحوه محاسبه فواصل): (مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش فرد برحسب کیلومتر ضربدر چهار و در خانه های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می‌شوند ضربدر دو) به اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش فرد تا مرکز برحسب کیلومتر) به اضافه (مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش فرد تا مرکز

تقسیم بر سه برحسب کیلومتر)

نحوه محاسبه: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسیم بر تعداد دهگردشی استاندارد.

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

ضریب دهگردشی * (سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحدهای تحت پوشش فرد) = سهم پراکندگی

د- سهم بیتوته: بر اساس ویژگی مرکز (عادی، شبانه روزی، تجمیعی) و با توجه به تعداد بیتوته انجام شده محاسبه می گردد.

تبصره ۱: در مراکز ارائه خدمت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمانی، در صورت نیاز مرکز بهداشت به ارائه خدمات پزشکی در این واحد، حق بیتوته معادل حق بیتوته مرکز شبانه روزی تعلق خواهد گرفت.

تبصره ۲: در صورت نیاز به بیتوته پرستار/بهبیاریار، معادل حق بیتوته ماما به صورت اضافه کار بابت خدمت بیتوته به آنان پرداخت شود.

ه- ضریب حضور: ضریب حضور عبارت است از: روزهایی (ساعات اداری) که فرد در محل خدمت حاضر بوده (صورت کسر) تقسیم بر تعداد روزهای "کاری" ماه (مخرج کسر).

پزشک خانواده موظف است در صورت نیاز به خدمات آنان و براساس شیفت بندی مرکز بهداشت، در صبح روزهای تعطیل در مراکز ارائه خدمت، ارائه خدمت نماید. در این صورت، در محاسبه ضریب حضور، این روزها به صورت کسر ضریب حضور اضافه و ضریب حضور بیش از یک خواهد شد. در صورت عدم همکاری پزشک در انجام خدمت در صبح روز تعطیل به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه، در مخرج کسر ضریب حضور لحاظ شده در نتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهد شد.

و) حق مسئولیت:

حق مسئولیت پزشک مسئول در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی اضافه می گردد. به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است ۲ درصد به این مبلغ اضافه می گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۱۰ درصدی پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می گردد. به عنوان مثال در مراکز ارائه خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول ۱۲ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی است. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۱۶ درصد است.

تبصره: با توجه به نوع خدمات و نحوه پرداخت به نیروهای مشمول پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد، این نیروها مشمول کلیه قوانین تمام وقتی می گردند و مزایای مربوطه نیز در مکانیسم پرداخت آنها محاسبه شده است.

۳: پرداخت مبتنی بر ارزش (Value Based Payment)

الف- عملکرد کمی: شامل ویزیت، مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی برای پزشکان و ماماها بر اساس جدول پیوست می باشد. برای روانشناس و کارشناس تغذیه شامل مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی طبق جدول پیوست میباشد. عملکرد کمی اعضای تیم سلامت براساس گزارش ماهانه از سامانه های سطح یک احصا و پرداخت می گردد. حد انتظار عملکرد کمی بر اساس جمعیت گروه های سنی تحت پوشش فرد و ویژگی های منطقه ای می باشد.

در سال اول اجرای شیوه فوق، در صورت کسب عملکرد حداقل ۷۵ درصد حد انتظار، عملکرد کمی معادل یک در نظر گرفته می شود و در صورت هر نمره عملکرد کمتر از ۷۵ درصد حد انتظار، یک نمره از عملکرد کامل (۱۰۰ درصد)

کسر می گردد.

ب- عملکرد کیفی: عملکرد کیفی اعضای تیم سلامت براساس شاخص های کیفی اخذ شده (طبق جدول پیوست) از سامانه های سطح یک هر کدام از اعضای تیم سلامت بصورت فصلی محاسبه و پرداخت می گردد. حد انتظار عملکرد کیفی بر اساس مطالعات موجود و شرایط و ویژگی های منطقه ای می باشد. امتیاز مربوط به عملکرد کیفی بر اساس درصد از حصول عملکرد حد انتظار تعیین شده خواهد بود.

ج- عملکرد رضایت سنجی: بر اساس دریافت نظرات گیرندگان خدمت و نتایج پایش و نظارت مرکز بهداشت بصورت فصلی محاسبه و پرداخت می گردد.

*** فرمول روشن پرداخت در برنامه: شامل سرجمع بندهای زیر است:**

پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی: سهم بیتوته + ضریب حضور * [(سهم پراکندگی + K) ریال * جمعیت) + سهم ماندگاری]

سهم عملکردی: (ضریب عملکرد کمی * سهم عملکرد فنی) + (ضریب عملکرد کیفی * سهم عملکرد کیفی) + (ضریب عملکرد رضایت سنجی * سهم عملکرد رضایت سنجی)

تبصره ۱: به منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها در مراکز ارائه خدمت که جذب آنان در این مراکز با شرایط موجود ممکن نیست، به شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و نیز تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/دانشکده می توان مبلغی به پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطر نشان می سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی شود.

تبصره ۲: در صورت انجام خدمات جانبی درمانی موضوع بند ۷ و ۹ ماده ۶، توسط پزشک/دندانپزشک ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته های خدمتی پزشک/دندانپزشک مرکز (طبق تعرفه دولتی)، پس از کسر هزینه های مرتبط با خدمت خارج بسته (از جمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) و پس از بررسی کارشناسی معاونت بهداشت، به صورت FFS ماهانه به پزشکان خانواده/دندانپزشکان آن مرکز پرداخت گردد.

تبصره ۳: در صورت انجام خدمات جانبی موضوع بند ۸ ماده ۶، توسط مامای خانواده، مبلغی تحت عنوان حق خدمات جانبی (طبق جدول پرداخت)، پس از بررسی کارشناسی معاونت بهداشت، ماهانه به پرداختی ماما اضافه می گردد.

۲- پرداخت به نیروهای پاراکلینیک: شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)، پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جمعیتی (بر مبنای سهم جمعیت، سهم ماندگاری و پراکندگی) با توجه به ضریب محرومیت) محاسبه و پرداخت می گردد.

۳- پرداخت به سایر نیروها: شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی) و مزایا و کارانه می باشد.

۴- پرداخت به پرسنل جانشین: شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)، پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جمعیتی و مبتنی بر ارزش می باشد. پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جمعیتی برابر متوسط این بخش از پرداخت شهرستان بدون احتساب ماندگاری و بیتوته است. پرداخت سهم بیتوته براساس نوع مرکز و تعداد بیتوته انجام شده، می باشد. سهم ماندگاری نیز براساس سنوات خدمت در برنامه (با در نظر گرفتن ضریب ماندگاری کامل در سطح شهرستان) پرداخت می گردد.

۵- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد به متخصصین پزشکی خانواده

براساس شیوه‌نامه مربوطه و معادل ۱۶۰ درصد کل پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی است. تبصره ۱: در صورت نبود امکانات آموزشی در مراکز ارائه‌خدمت محل خدمت متخصصین پزشکی خانواده (طبق شیوه نامه به‌کارگیری متخصصین پزشکی خانواده)، از پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد پرداختی به این متخصصین مبلغی کسر نخواهد شد.

تبصره ۲: باتوجه به مهارت‌های آموخته‌شده توسط پزشکان خانواده در دوره‌های مرتبط (MPH، بریجینگ یا ...) به‌غیر از متخصصین پزشکی خانواده، مبلغی معادل ۵ درصد کل پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد، به پرداختی این پزشکان اضافه می‌گردد.

۶- پرداخت در مراکز اقماری: مرکز بهداشت می‌تواند در مراکز ارائه‌خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و یا بالاتر به شرط موافقت و تایید ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده می‌تواند برای جذب پزشک و ماما از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روزه با احتساب مرخصی استحقاقی) استفاده نماید. پرداخت شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)، پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه‌ای و جمعیتی و مبتنی بر ارزش می‌باشد. برای محاسبه ضریب حضور پزشک و ماما در این مراکز به‌ازای هر روز کارکرد معادل ۱/۴ روز حضور در نظر گرفته می‌شود. لازم‌است فهرست پزشکان و ماما‌های مراکز اقماری به‌همراه شماره ملی ازسوی معاونت بهداشتی به اداره کل استانی ارسال شود. این پزشکان در ایام عدم حضور، حق هیچ‌گونه فعالیت پزشکی در بخش خصوصی ندارند. نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی بر عملکرد آنها در این مراکز همانند سایر مراکز ارائه‌خدمت است.

۷- پرداخت در مراکز دو شیفت اداری مجزا: در مراکز ارائه‌خدمت دو شیفت، مبلغ ۱۰ درصد، مشروط به فعال بودن در ساعات بین دو شیفت، به کل مبلغ پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می‌گردد.

۸- ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: در مراکز ارائه‌خدمت، هرگاه پزشک/ ماما، بیماران غیر جمعیت تحت پوشش خود را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت باید ۴۰ درصد تعرفه پزشک/ ماما را برای پزشک/ ماما و براساس گزارش ویزیت از سامانه‌های سطح اول، محاسبه و پرداخت نماید.

۹- پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:

الف) اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان شامل مجموع خدمات وزن دهی ماهانه ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K) و ضریب عملکرد است.

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

خدمات وزن دهی شده بسته سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی					
ردیف	خدمت	وزن خدمت	ردیف	خدمت	وزن خدمت

۴۵	ترمیم سه سطحی آمالگام/SSC	۹	۱۵	فلورایدترابی دو فک	۱
۴۰	ترمیم یک سطحی کامپوزیت(قدامی-خلفی) PRR	۱۰	۲۵	فیشر سیلنت هر دندان (۶ و ۷)	۲
۴۵	ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۱۱	۲۵	جرمگیری دو فک	۳
			۱۰	بروساژ دو فک	۴
۵۰	ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۱۲	۱۵	کشیدن دندان شیری	۵
۳۰	پالپوتومی	۱۳	۲۵	کشیدن دندان دائمی	۶
۴۰	درمان پالپ زنده	۱۴	۳۵	ترمیم یک سطحی آمالگام	۷
			۴۰	ترمیم دو سطحی آمالگام	۸

ب) فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به شرح ذیل است:
پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد=

ضریب محرومیت x جمع وزنی خدمات ماهانه ثبت شده در سامانه x ضریب K (ارزش ریالی خدمت) x ضریب عملکرد
ضریب محرومیت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان طی اجرای دستورعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۵۵۰۰۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۳۸۰۰۰ ریال لحاظ می گردد.

تبصره ۱: ارزش ریالی خدمت (ضریب K) برای گروه هدف عدد ۶۹۰۰۰ محاسبه شود.

تبصره ۲: به ازای هر سال ماندگاری دندانپزشک در مرکز/شبکه، یک درصد به K پایه اضافه می شود.

ج- درخصوص خدمات ارائه شده، به موارد ذیل توجه شود:

د- در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۵۰ درصد کل خدمات ارائه شده باشد.

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

۱۰- پرداخت نگهدارنده / سرایدار / خدمتگذار / پذیرش: جذب نیروی نگهدارنده / سرایدار / خدمتگذار / پذیرش جهت مراکز ارائه خدمت از طریق خرید خدمات و عقد قرارداد با شرکتها، در صورت اخذ مجوز از هیئت رئیسه و یا هیئت امنای دانشگاه/دانشکده و از محل اعتبارات جاری، مقدور است.

ماده ۲۴: زمان اجرا:

تاریخ اجرای این دستور عمل از ۱۴۰۴/۰۱/۰۱ تا ابلاغ دستور عمل جدید، مسئولیت حسن اجرا و پاسخگویی در قبال هر گونه تغییر و اجرانکردن آن به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده و مدیر کل بیمه سلامت استان است.

ماده ۲۵: جداول راهنمای روش پرداخت تیم سلامت:

پرداخت پزشک خانواده													
مبتنی بر ارزش (طبق جدول پیوست)		مبتنی بر شاخصهای منطقه ای											ضریب محرومیت
		سهم پراکندگی			سهم بیتوته					سهم ماندگاری	سهم جمعیت		
رضایتمندی	کیفی	کمی - k	به ازای هر کیلومتر جاده خاکی آسفالته	به ازای هر کیلومتر جاده آسفالته	به ازای واحد	شبانہ روزی	معین و تجمیعی، ۱۶ ساعته	سه پزشک و بیشتر	دو پزشک	تک پزشک	به ازای ارسال خدمات در مراکز ارائه خدمات	به ازای جمعیت تحت پوشش	
10,000,000	30,000,000	4839	14,600	10,500	450,000	10,000,000	7,000,000	3,500,000	3,000,000	2,500,000	2,350,000	44,000	1
10,200,000	40,000,000	6452/2	16,240	12,150	603,000	12,000,000	8,400,000	4,200,000	3,600,000	3,000,000	3,069,000	45350	1/1
10,400,000	50,000,000	8065/4	17,880	13,800	756,000	14,000,000	9,800,000	4,900,000	4,200,000	3,500,000	3,788,000	46700	1/2

10,600,000	60,000,000	9678/6	19,520	15,450	909,000	16,000,000	11,200,000	5,600,000	4,800,000	4,000,000	4,507,000	48050	1/3
10,800,000	70,000,000	11291/8	21,160	17,100	1,062,000 0	18,000,000	12,600,000	6,300,000	5,400,000	4,500,000	5,226,000	49400	1/4
11,000,000	80,000,000	12905	22,800	18,750	1,215,000 0	20,000,000	14,000,000	7,000,000	6,000,000	5,000,000	5,945,000	50750	1/5
11,200,000	90,000,000	14518/2	24,440	20,400	1,368,000 0	22,000,000	15,400,000	7,700,000	6,600,000	5,500,000	6,664,000	52100	1/6
11,400,000	100,000,000 0	16131/4	26,080	22,050	1,521,000 0	24,000,000	16,800,000	8,400,000	7,200,000	6,000,000	7,383,000	53450	1/7
11,600,000	110,000,000 0	17744/6	27,720	23,700	1,674,000 0	26,000,000	18,200,000	9,100,000	7,800,000	6,500,000	8,102,000	54800	1/8
11,800,000	120,000,000 0	19357/8	29,360	25,350	1,827,000 0	28,000,000	19,600,000	9,800,000	8,400,000	7,000,000	8,821,000	56150	1/9
12,000,000	130,000,000 0	20971	31,000	27,000	1,980,000 0	30,000,000	21,000,000	10,500,000	9,000,000	7,500,000	9,540,000	57500	2

پرداخت مامای خانواده										
سایر	میتنی بر ارزش (طبق جدول پیوست)			میتنی بر شاخصهای منطقه ای						ضریب محرومیت
				سهم پراکنده			سهم بیتوته	سهم ماندگاری	سهم جمعیت	
خدمات جانبی	رضایت سنجی	کیفی	کمی- خدمت	به ازای هر کیلومتر جاده خاکی/شنی	به ازای هر کیلومتر جاده آسفالت	به ازای هر واحد دهگردشی	بیتوته	به ازای هر سال خدمت در مراکز ارائه خدمت	به ازای جمعیت تحت پوشش	
15,000,000	10,000,000	20,000,000	100%	14,600	10,500	450,000	1,500,000	2,000,000	15,000	1
16,500,000	11,000,000	22,000,000	80%	16,060	11,550	495,000	1,650,000	2,200,000	16,500	1/1
18,000,000	12,000,000	24,000,000	60%	17,520	12,600	540,000	1,800,000	2,400,000	18,000	1/2



19,500,000	13,000,000	26,000,000	93%	18,980	13,650	585,000	1,950,000	2,600,000	19,500	1/3
21,000,000	14,000,000	28,000,000	86%	20,440	14,700	630,000	2,100,000	2,800,000	21,000	1/4
22,500,000	15,000,000	30,000,000	80%	21,900	15,750	675,000	2,250,000	3,000,000	22,500	1/5
24,000,000	16,000,000	32,000,000	64%	23,360	16,800	720,000	2,400,000	3,200,000	24,000	1/6
25,500,000	17,000,000	34,000,000	60%	24,820	17,850	765,000	2,550,000	3,400,000	25,500	1/7
27,000,000	18,000,000	36,000,000	70%	26,280	18,900	810,000	2,700,000	3,600,000	27,000	1/8
28,500,000	19,000,000	38,000,000	75%	27,740	19,950	855,000	2,850,000	3,800,000	28,500	1/9
30,000,000	20,000,000	40,000,000	80%	29,200	21,000	900,000	3,000,000	4,000,000	30,000	2

پرداخت روانشناسی

مبثنی بر شاخصهای منطقه ای							ضریب محرومیت
مبثنی بر ارزش (طبق جدول پیوست)			سهام پراکندگی	سهام ماندگاری	سهام جمعیت	به ازای جمعیت تحت پوشش	
رضایت سنجی	کیفی	کمی-k خدمت	سهام مرکز-به ازای هر مرکز	به ازای هر سال خدمت در مراکز رانه خدمت			
5,000,000	10,000,000	99%	3,000,000	2,000,000		2,500	1
5,500,000	10,500,000	8180%	3,200,000	2,200,000		2,600	1/1
6,000,000	11,000,000	5379%	3,400,000	2,400,000		2,700	1/2

6,500,000	11,500,000	56.52%	3,600,000	2,600,000	2,800	1/3
7,000,000	12,000,000	58.33%	3,800,000	2,800,000	2,900	1/4
7,500,000	12,500,000	60%	4,000,000	3,000,000	3,000	1/5
8,000,000	13,000,000	61.54%	4,200,000	3,200,000	3,100	1/6
8,500,000	13,500,000	62.96%	4,400,000	3,400,000	3,200	1/7
9,000,000	14,000,000	64.29%	4,600,000	3,600,000	3,300	1/8
9,500,000	14,500,000	65.52%	4,800,000	3,800,000	3,400	1/9
10,000,000	15,000,000	66.67%	5,000,000	4,000,000	3,500	2

پرداخت کارشناس تغذیه						
مبتنی بر ارزش (طبق جدول پیوست)			مبتنی بر شاخصهای منطقه ای			ضریب محرومیت
			سهام پراکندگی	سهام ماندگاری	سهام جمعیت	
رضایت سنجی	کیفی	کمی-k خدمت	سهام مرکز-به ازای هر مرکز	به ازای هر سال خدمت در مراکز ارائه خدمت	به ازای جمعیت تحت پوشش	
5,000,000	10,000,000	50%	3,000,000	2,000,000	2,500	1
5,500,000	10,500,000	52.38%	3,200,000	2,200,000	2,600	1/1

6,000,000	11,000,000	6379/6	3,400,000	2,400,000	2,700	1/2
6,500,000	11,500,000	6379/2	3,600,000	2,600,000	2,800	1/3
7,000,000	12,000,000	6378/6	3,800,000	2,800,000	2,900	1/4
7,500,000	12,500,000	6377	4,000,000	3,000,000	3,000	1/5
8,000,000	13,000,000	7177/4	4,200,000	3,200,000	3,100	1/6
8,500,000	13,500,000	7376/8	4,400,000	3,400,000	3,200	1/7
9,000,000	14,000,000	7476/2	4,600,000	3,600,000	3,300	1/8
9,500,000	14,500,000	7775/6	4,800,000	3,800,000	3,400	1/9
10,000,000	15,000,000	7975	5,000,000	4,000,000	3,500	2

پرداخت نیروی پاراکلینیک			
سایر	مبتنی بر شاخصهای منطقه ای		ضریب محرومیت
	سهام ماندگاری	سهام جمعیت	
پراکندگی - نمونه گیری به ازای هر مرکز	به ازای هر سال خدمت در مراکز ارائه خدمت	به ازای جمعیت تحت پوشش	
2,500,000	2,000,000	12,500	1
3,200,000	2,200,000	12,750	1/1
3,900,000	2,400,000	13,000	1/2
4,600,000	2,600,000	13,250	1/3



<u>5,300,000</u>	<u>2,800,000</u>	<u>13,500</u>	<u>1/4</u>
<u>6,000,000</u>	<u>3,000,000</u>	<u>13,750</u>	<u>1/5</u>
<u>6,700,000</u>	<u>3,200,000</u>	<u>14,000</u>	<u>1/6</u>
<u>7,400,000</u>	<u>3,400,000</u>	<u>14,250</u>	<u>1/7</u>
<u>8,100,000</u>	<u>3,600,000</u>	<u>14,500</u>	<u>1/8</u>
<u>8,800,000</u>	<u>3,800,000</u>	<u>14,750</u>	<u>1/9</u>
<u>9,500,000</u>	<u>4,000,000</u>	<u>15,000</u>	<u>2</u>

پیوست های این دستورعمل به شرح ذیل همزمان ارسال میگردد:

- بسته خدمت ابلاغی
- ضوابط و استاندارد سطح بندی آزمایشگاه ها
- اصول و ضوابط استاندارد ها و ساختارهای شبکه بهداشت و درمان
- جدول پرداخت مبتنی بر ارزش تیم سلامت