

# دستور عمل

# پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳

(ویرایش ۲۴)

مندرجات این دستور عمل براساس مفاد تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ تدوین گردیده است.

تحت نظارت: آقای دکتر عباس علی پور و آقای دکتر فرشید عابدی

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

سایر همکاران: خانم دکتر فاطمی، خانم دکتر ترابی، خانم دکتر زیادلو، خانم اسلامی، آقای دکتر مغیثی، آقای مهندس فرهادی، خانم مهندس روشنی، خانم شجیعی.



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

## مقدمه:

در اجرای بند (الف) 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 (اعم از پزشک خانواده عمومی یا پزشک خانواده متخصص پزشکی خانواده) به همراه دیگر اعضای تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته، 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.

معاونت‌های بهداشتی: معاونت بهداشتی دانشگاه ها/دانشکده‌ها.

مرکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی.

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

برنامه: برنامه پزشکی خانواده روستایی.

## ماده 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 حرفه‌ای 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 مجری برنامه، به صورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و براساس بسته خدمات سلامت و آخرین ابلاغیه‌های مرتبط، ارائه خدمت می نماید.

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

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

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

۵- **مراقبت‌های اولیه سلامت:** خدمات اساسی سلامت است؛ مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می گیرد و با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر

مرحله از توسعه، با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

**۶- نظام ارجاع:** ارائه خدمات سلامت به صورت زنجیره‌ای 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 پس‌خوراند اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

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

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

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

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

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

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

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

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

**۱۳- دستورعمل پزشکی خانواده روستایی:** منظور دستورعمل اجرایی پزشکی خانواده روستایی است که شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم‌نامه مشترک ارائه می‌دهد.

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

**۱۵- مرکز خدمات جامع سلامت فعال:** مرکزی که حداقل خدمات پزشک و دارو در داروخانه فعال را ارائه می‌دهد.

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

**۱۷- مراکز ارائه خدمت شبانه‌روزی:** مراکز ارائه خدمت مجری که طبق ضوابط طرح گسترش شبکه، تمامی واحدهای

ارائه‌دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه به صورت ۲۴ ساعته فعال است.

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

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

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

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

**۲۲- جمعیت هدف وزارت:** شامل کلیه جمعیت ساکن فعال روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر مستند به آمار معاونت بهداشت (اعم از تحت پوشش صندوق روستائیان و عشایر، سایر صندوق‌های سازمان، سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه، فاقد پوشش بیمه و افراد غیرایرانی) در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایری که طی سال گذشته توسط هر یک از اعضای تیم سلامت خدمات موردنظر را دریافت نموده، این خدمات در سامانه‌های سطح اول وزارت بهداشت (سیب، سینا، ناب و پارسا) ثبت و در پایان سال ۱۴۰۲ اعلام شده است.

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

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

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

## ماده ۲: ستادها و کمیته‌ها:

ستادها و اجرای فرایندهای آن براساس مفاد تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ است.

## ماده ۳: هیات امناء:

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

اعضای هیات امناء:

هیئت امناء 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: درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار عضو هیات امناء است.

وظایف و اختیارات هیات امناء روستا: 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 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.

#### ماده ۴: انواع روستا:

خدمات سطح اول در کلیه مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر ارائه می‌شود. با تکیه بر اصل سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهری کشور در قالب طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. در طرح گسترش شبکه مربوط به هر مرکز بهداشت، هر روستا، مشمول یکی از چهار حالت ذیل است:

۱- روستای اصلی: روستایی که طبق طرح گسترش، دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است. برخی از این روستاها محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی هستند. معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز ارائه خدمت هستند. در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار گیرد که آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی نامیده می‌شود.

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

۳- روستای سیاری: روستایی که خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مراکز ارائه خدمت یا سیاری مرکز بهداشت) به جمعیت آنها ارائه می‌گردد و فاصله آن با خانه بهداشت بیشتر از شش کیلومتر است.

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

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

در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم از طریق ظرفیت بخش دولتی ممکن نیست، ادارات کل استانی با رعایت ارجاع نسبت به خرید خدمت از بخش غیردولتی اقدام می‌نمایند.

۵- خانه بهداشت عشایری: خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری به صورت چادر/کانکس مخصوص یا به صورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه‌اندازی می‌گردد.

#### ماده ۵: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت:

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

۱- پزشک: برای ارائه خدمت در هر مرکز، یک نفر پزشک (پزشک خانواده عمومی/متخصص پزشکی خانواده) به‌ازای ۴۰۰۰ نفر تعیین می‌گردد. چنانچه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت مرکز اضافه شود، پزشک دوم به‌کارگیری می‌شود. در صورتیکه بیش از ۴۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک پزشک است، سرانه مربوط به پزشک، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به پزشک می‌گردد.

تبصره ۱: چنانچه برای پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجری، بیش از یک پزشک مورد نیاز است، توزیع پزشکان براساس خانه‌های بهداشت موجود و حتی‌الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

تبصره ۲: در خصوص سازوکار آموزش در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی شیوه‌نامه جداگانه‌ای تدوین و ابلاغ می‌شود.

۲- ماما: به‌ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال جهت خدمات مامایی و بسته‌های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین کرد. به‌کارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجری، بیش از ۷۰۰۰ نفر است و ۲ یا چند ماما برای آن مرکز نیاز است، توزیع ماماها براساس خانه‌های بهداشت/ پایگاه سلامت موجود و حتی‌الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می‌پذیرد. در صورتیکه بیش از ۷۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک ماما است، سرانه مربوط به ماما، مشمول

تعدیل عدم تناسب جمعیت به ماما می‌گردد.

۳- دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان: برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت که برای بیش از یک مرکز باید نیرو به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) حرکت کند. در صورتیکه بیش از ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک دندانپزشک/بهداشتکار است، سرانه مربوط به دندانپزشک/بهداشتکار، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به دندانپزشک/بهداشتکار می‌گردد.

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

۵- کاردان/کارشناس آزمایشگاه: برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی، یک کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی تعیین می‌گردد. 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 ۱۵ هزار نفر، یک کاردان/کارشناس آزمایشگاه به عنوان نمونه گیر به پست‌های سازمانی در نزدیکترین مرکز دارای آزمایشگاه فعال اضافه می‌شود. برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر نمونه گیر یک روز در هفته و پس از آن به ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک روز به حضور نمونه گیر اضافه می‌گردد. در مناطق با شیوع بالای بیماری‌های منتقله توسط ناقلین، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی تصمیم‌گیری خواهد شد.

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

۷- روانشناس و 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 (ترجیحاً مراکز با جمعیت بیشتر)، یک روانشناس (ترجیحاً روانشناس بالینی) و یک کارشناس تغذیه، حضور خواهند داشت.

تبصره: جذب کارشناس صنایع غذایی و یا رشته‌های مشابه، به جای کارشناس تغذیه ممنوع است.

۸- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت: جذب سایر نیروهای مورد نیاز با اولویت جذب پرستار/بهبود برای مراکز ارائه خدمت و ماما برای ارائه خدمت در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً در صورت کفایت اعتبارات در نظر گرفته شده در ماده ۵ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پست‌های بلاتصدی رده‌های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت براساس تشکیلات تفصیلی میسر است. در صورت به کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت هزینه‌های بیش از اعتبارات به عهده دانشگاه/دانشکده است.

### ماده ۶: روند جذب اعضای تیم سلامت:

اولویت جذب اعضای تیم سلامت: به ترتیب عبارت است از نیروهای رسمی و پیمانی شاغل در مراکز ارائه خدمت محل خدمت، نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام‌آوران بهداشت، نیروهای بخش خصوصی فعال در منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمت و سایر نیروهایی که براساس فراخوان و مصاحبه تخصصی و عمومی (به ویژه برای نیروهای روانشناس) و ضوابط تعیین شده توسط مراکز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد پزشکی خانواده هستند.

۱- پرسنل 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- پرسنل قراردادی: رابطه استخدامی نیروهای موردنیاز تیم سلامت براساس دستورعمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین‌نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/دانشکده ها سال ۱۳۹۱ و اصلاحات بعد آن است. نحوه جذب، گزینش و اولویت‌بندی به‌کارگیری نیروها براساس قوانین و آیین‌نامه‌های ابلاغی مربوطه است.

تبصره ۱: پرداخت به نیروهای قراردادی موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین‌نامه اداری استخدامی همانند سایر نیروهای شاغل قرارداد این موضوع در برنامه است.

تبصره ۲: اولویت به‌کارگیری نیروها در مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت با نیروهای موجود در حال خدمت طرف قرارداد برنامه بوده و انتقال یا جابجایی نیروهای طرف قرارداد برنامه از محل خدمت، در صورت درخواست فرد و توجه به نیاز مرکز بهداشت صرفاً در صورت ثبت در سامانه انتقال نیروها که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت معرفی می‌گردد و طبق قوانین مربوطه مجاز است.

۳- پرسنل شرکتی: به‌صورت خرید خدمت از طریق شرکتی طبق مقررات مربوطه است. انعقاد قرارداد شرکتی (۸۹ روزه) با ماما صرفاً برای یک نوبت مجاز و در صورت تاییدیه عملکرد از سوی مرکز بهداشت، ادامه همکاری با عقد قرارداد سالانه در برنامه پزشکی خانواده روستایی ممکن است. در غیراین صورت اعتبار مربوط به ماما در آن بازه زمانی تعدیل می‌شود.

۴- جذب به‌صورت اقماری: در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک/ماما به‌هیچ عنوان مقدور نیست، به‌شرط موافقت ستاد استانی استفاده از قرارداد اقماری (حداقل ۱۵ روز کاری در ماه برای هر پزشک/ماما) ممکن است، فعالیت مراکز اقماری و روزهای حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع است. (ضروری است ضریب محرومیت مراکز از سوی معاونت بهداشت به سازمان اعلام شود).

۵- فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان‌های دولتی: پزشکان خانواده، دندانپزشکان و سایر نیروهای مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد (موضوع این دستورعمل)، اجازه فعالیت در بخش خصوصی و دولتی را در زمان همکاری با برنامه ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت به‌منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده در مورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می‌نماید. همچنین معاونت‌های بهداشتی مجوز صدور عدم‌نیاز در ساعات غیراداری را ندارند. در صورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و دولتی خلاف ضوابط مربوطه، پس از اطلاع از موضوع (از هر طریق) مرکز بهداشت باید موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو موردنظر اطلاع‌رسانی نموده، در صورت تکرار قرارداد وی را لغو نماید، از 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 بهره‌برداری 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 بیمارستان‌های دانشگاهی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتی 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. به‌منظور اجتناب از بروز اختلال در عملکرد وی در مرکز ارائه خدمت، ساعت کاری شیفت شب اورژانس در شیفت قبل از روز کاری فرد؛ حداکثر تا ساعت ۲۴ مجاز است. پرداختی به آنان بابت شیفت‌های مذکور، معادل پرداختی نیروهای مشابه در بخش اورژانس (و از محل درآمدهای بیمارستان) است.

#### ماده ۷: عقد قرارداد معاونت بهداشتی و ادارات کل استانی:

قرارداد سالانه بین معاونت بهداشتی و اداره کل استانی، براساس سرانه و خدمات ارائه‌شده سطح اول است. پس از ابلاغ قالب قرارداد همکاری و سهم سرانه خدمات، انعقاد قرارداد همکاری الزامی است.

تبصره: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه‌شدگان، ناشی از عملکرد اعضای تیم سلامت، ضمن انعکاس کتبی موضوع از سوی اداره کل استانی به معاونت بهداشتی، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول





خواهد شد؛ در این موارد معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت مجاز به تعدیل سرجمع پرداختی مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت، متناسب با اقدامات اداره کل استانی است.

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

##### **۱- انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی ارائه دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه):**

الف) انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی خدمات پاراکلینیک صرفاً از سوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشتی میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک، یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می‌گردد. ب) نحوه انعقاد قرارداد با داروخانه‌ها براساس ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه (توافق‌نامه انتقال سهم دارو) است.

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

##### **ماده ۹: تعهدات مرکز بهداشت در قبال اعضای تیم سلامت:**

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

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

(۲) برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه، وظایف تیم سلامت، دستورعمل اجرایی، آموزش‌های مرتبط با جوانی جمعیت و فرزندآوری برای اعضای تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره؛ لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش‌ها در مراکز ارائه خدمت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده (به مدت ۳ روز) انجام گردد.

ابلاغ مراکز ارائه خدمت مجری آموزش و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر/رئیس مرکز بهداشت صادر می‌گردد. (۳) برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت به جمعیت ساکن فعال و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشک خانواده.

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

(۵) برگزاری دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد در خصوص قوانین بیمه‌ای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور تاییدیه آموزشی توسط اداره کل استانی.

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

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

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

(۸) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضای تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره کل استانی ارسال می‌گردد.

(۹) فیش پرداختی بابت حکم کارگزینی و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به شکل کاغذی/الکترونیک از سوی معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت به اداره کل استانی ارائه می‌شود.

##### **ماده ۱۰: وظایف اعضای تیم سلامت:**

(۱) تشکیل و تکمیل پرونده سلامت: تشکیل و تکمیل پرونده سلامت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت پس

از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، از طریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد. ثبت اطلاعات براساس پروتکل‌های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت صورت می‌پذیرد. هر زمان خانواری به منطقه دیگری نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار برای پزشک جدید منتقل می‌گردد.

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

دهگردشی در خانه‌های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می‌شود.

برنامه‌ریزی باید به نحوی صورت گیرد که دهگردشی بعد از ساعت ۱۱ صبح انجام شود.

تبصره ۱: در مراکز دارای بیش از یک پزشک، ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تحت پوشش پزشک و مامایی که به دهگردشی رفته‌است، باید توسط پزشک/پزشکان ماما/ماماهای دیگر حاضر در مرکز انجام گیرد.

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

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه‌های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش، 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.

تبصره ۴: در صورتیکه داروخانه طرف قرارداد در مرکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی است، دارو یاری در هنگام دهگردشی در صورت نبود نیروی مرتبط، برعهده مامای تیم سلامت است.

تبصره ۵: در مراکز ارائه خدمت که فاقد روستای اصلی، قمر و سیاری هستند، دهگردشی انجام نشده، بالطبع مشمول تعدیل خدمت دهگردشی و خودرو نمی‌گردند.

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

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

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

تبصره ۱: در راستای ارتقای سطح دسترسی و رضایت‌مندی گیرندگان خدمت و ترمیم حقوق پزشکان خانواده، خدمات درمانی جانبی از جمله ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال، لیپوم و زگیل، نمونه‌برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل‌بندی شکستگی‌ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده (پزشک عمومی/متخصص پزشکی خانواده) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل انجام است. انجام‌نشدن خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت، شامل پایش و تعدیل نیست.

تبصره ۲: طبق شیوه‌نامه به‌کارگیری متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت به‌کارگیری این نیروها در مراکز ارائه خدمت آموزشی، وظایف این متخصصین علاوه بر ارائه بسته‌های خدمتی پزشکان خانواده، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و خدمات مشاوره‌ای به سایر پزشکان مراکز ارائه خدمت است.

### ماده ۱۱: ساعات کار اعضای تیم سلامت:

روزها و ساعات کاری اعضای تیم سلامت منطبق با مصوبات مرتبط با فعالیت مراکز بهداشتی درمانی است. زمان شروع و پایان شیفت‌ها براساس توافق ادارات کل استانی و معاونت‌های بهداشت، متناسب با فصل و شرایط جغرافیایی تعیین می‌شود. حضور روزانه بعد از ساعت اداری تا صبح روز بعد به‌عنوان بیتوته تلقی می‌شود. حضور فعال تیم سلامت در مراکز ارائه خدمت و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت تابعه برای شیفت‌های فعال و تعیین‌شده توسط دانشگاه/دانشکده، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً همسان با ساعات کار اداری پزشک خانواده در شیفت‌های خدمت وی، حضور فعال یابند. در مورد بهورزان در صورتیکه پزشک بعد از ساعت اداری برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط برود باید بهورز آن خانه بهداشت، در دهگردشی حضور یابد. همچنین اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت، علاوه بر ساعات کار موظف، باید در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل براساس نیاز مرکز بهداشت و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند.

تبصره ۱: اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوی مرکز بهداشت به اداره کل استانی ارسال گردد.

تبصره ۲: تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز براساس ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری‌ها است. البته، باید شیفت‌بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری از طرف مرکز بهداشت برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت‌رسانی ایجاد نشود.

### ماده ۱۲: بیتوته تیم سلامت:

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

۱- مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته: مراکز بیتوته شامل مراکز ارائه خدمت، مراکز شبانه‌روزی، تجمیعی و بیمارستان دانشگاهی است.

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

تبصره: برای مراکز تک‌پزشک 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.

ب) مراکز شبانه‌روزی: مراکز شبانه‌روزی دارای ۴ پزشک یا بیشتر (برای پوشش جمعیت بیش از ۱۲,۰۰۰ نفر) هستند و یک نفر از پزشکان مرکز (به‌صورت چرخشی) در ساعات غیراداری به‌صورت فعال در مرکز مستقر است و روزکاری بعد بیتوته برای وی استراحت (بدون لحاظ غیبت) در نظر گرفته می‌شود. در مواقع کمبود پزشک در ساعات بیتوته مراکز شبانه‌روزی، مرکز بهداشت از سایر مراکز پزشک تامین می‌نماید.

تبصره ۲: حضور پرستار/بهبیار و نگهبان/سرایدار به‌همراه پزشک در مراکز شبانه‌روزی الزامی است. در صورت تامین‌نشدن

پرستار/بهبیار تا زمان تامین نیروی مربوطه، مامای تیم سلامت را می‌توان در شیفت بیتوته مراکز شبانه‌روزی به‌کارگیری نمود و روز کاری بعدی برای وی استراحت (بدون لحاظ غیبت) در نظر گرفته می‌شود. برای این روز مرکز بهداشت موظف به تامین نیروی مامای جانشین است، به‌گونه‌ای که ارائه خدمات مربوطه در مرکز مختل نگردد.

ج) مراکز تجمیعی: مراکز ارائه خدمتی که حداکثر ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز ارائه خدمت فاصله دارند را می‌توان به‌عنوان مرکز بیتوته (به‌عنوان تجمیعی/معین مطابق با این دستورعمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد و در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته‌شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه‌دهندگان فراهم‌گردد. حضور پرستار/بهبیار و نگهبان/سرایدار به‌همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است. از مامای مرکز تجمیعی نمی‌توان به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات بیتوته استفاده نمود.

تبصره ۱: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی باید توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت و براساس برنامه‌ریزی، به‌صورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۲: در سایر مراکز که شرایط تجمیع با شرایط صدرالذکر را ندارند، انتخاب این مراکز جهت بیتوته در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی و اداره کل استانی، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران، جمعیت ساکن فعال، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه‌روزی مشخص و به مردم اطلاع‌رسانی کافی شود.

د) بیتوته در بیمارستان: در صورت نبود امکان برقراری بیتوته با شرایط مذکور، مرکز بهداشت مجاز به عقد قرارداد با بیمارستان دانشگاهی (حداکثر در فاصله ۱۵ کیلومتری از مرکز) برای ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش در ساعات غیراداری است، در این وضعیت، هزینه‌های مربوط حسب ساعات بیتوته، توسط مرکز بهداشت به بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه‌شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل استانی پرداخت جداگانه برای ارائه خدمت به بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر سازمان به‌صورت پرداخت مبتنی بر ارائه 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.

تبصره ۱: پوشش بیتوته مراکز باید توسط کلیه پزشکان شاغل همان مرکز بهداشت که شرایط ارائه خدمت بیتوته در مرکز آنها فراهم نیست به‌صورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۲: 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.

۲- محل زیست: با در نظر گرفتن اعتبار برای راه‌اندازی و بهبود محل زیست مراکز بیتوته، مرکز بهداشت موظف است برای کلیه مراکز دارای بیتوته، اقدام به تهیه محل زیست، حسب ضوابط مربوطه نماید. مرکز بهداشت موظف است فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات را در آن مرکز فراهم نماید. در صورت فقدان امکانات، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظر گرفته‌شده هرچه سریعتر امکانات موردنیاز فراهم گردد و تا زمان آماده‌شدن محل، با نزدیکترین مرکز برای بیتوته هماهنگی شود.

۳- شیفت‌بندی بیتوته: مرکز بهداشت باید برنامه زمان‌بندی شیفت بیتوته برای پزشکان را به‌صورت نوبتی تدوین و ابلاغ نماید. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز ارائه خدمت، مسئولیت شیفت‌بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشک مسئول مرکز است. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به‌گونه‌ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص‌شده در آن حضور یابند. واگذاری بیتوته از سوی پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر ممنوع است. هرگونه برنامه‌ریزی در این خصوص باید از سوی مرکز بهداشت صورت پذیرد. در صورت نیاز مرکز بهداشت به بیتوته و شیفت‌های بعد از ساعات اداری و نیز روزهای تعطیل در کلیه مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان، پزشکان خانواده و هر یک از اعضای تیم سلامت شاغل، مکلف به انجام آن بوده در صورت امتناع منجر به اعمال مقررات قانونی خواهد شد.

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

۵- هماهنگی با اورژانس ۱۱۵: نحوه ارائه خدمات اورژانس ۱۱۵ و هماهنگی آنها مطابق ابلاغیه‌های رسمی است.

### ماده ۱۳: نحوه استفاده از مرخصی اعضای تیم سلامت:

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

۱- اعضای تیم سلامت می‌توانند سالانه از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا و بدون کسر ضریب حضور بهره‌مند شوند ولی بطور متوالی نمی‌توانند بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. غیبت غیرموجه در روزهای کاری و در روزهای تعطیل که در برنامه کشیک قرارداد منجر به کسر ضریب حضور (درج کل روزهای ماه در مخرج کسر ضریب حضور به جای روزهای کاری ماه) و کسر امتیاز در پایش فصلی خواهد شد. در این موارد پرداخت مبلغ حکم کارگزینی به‌ازای غیبت، براساس آیین‌نامه اداری استخدامی مربوطه است. مرخصی استعلاجی نیز مشمول پرداخت مبلغ حکم کارگزینی براساس آیین‌نامه اداری استخدامی مربوطه و مشمول کسر ضریب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد است. ضمناً غیبت غیرموجه بیش از سه روز منجر به لغو قرارداد خواهد شد.

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

۳- مرخصی پزشک همزمان با بیتوته منجر به کسر مبلغ بیتوته می‌شود.

۴- حاضر نبودن هر یک از اعضای تیم سلامت به علت دهگردشی، شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی اداره بیمه سلامت شهرستان)، با رعایت سلسله‌مراتب اداری، مشمول تعدیل مربوط به غیبت نمی‌شود.

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

۵- اعضای تیم سلامت در صورت ابتلا به بیماری به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت ۴ ماه در سال استفاده می‌نمایند. درمورد پرسنل رسمی مطابق قوانین مربوطه اقدام می‌شود. درمورد پرسنل غیررسمی، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می‌شود، در مدت مرخصی براساس قوانین موجود (از جمله قانون حمایت از جوانی جمعیت) اقدام می‌شود.

۶- در راستای تقویت برنامه جوانی جمعیت و بنیان خانواده چنانچه فرد استفاده‌کننده از مرخصی (در مرخصی طولانی مدت و به دلیل زایمان) دارای سابقه خدمت در محل بوده در مدت مرخصی وی، با فرد جانشین (نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و در صورت نبود نیروهای مذکور، نیروهای قراردادی متقاضی) قرارداد موقت منعقد می‌شود. در راستای امنیت شغلی و سیاست‌های جمعیتی مرکز بهداشت موظف است در پایان مرخصی، فرد را در محل فعالیت قبلی به‌کارگیری نماید.

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

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

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

۱۰- وجود حداقل یک پزشک جانشین به‌ازای هر مرکز بهداشت الزامی است. ضروری است مرکز بهداشت به‌ازای هر ۱۱ پزشک خانواده، با یک پزشک دیگر نیز به‌عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. پزشکان جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری لازم را داشته نمایند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت است به‌گونه‌ای که همزمان دو مرکز نیازمند پزشک جانشین واحد نشوند. پزشکان جانشین کلیه فعالیت‌های

پزشک خانواده اصلی را باید انجام دهند.

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

۱۲- وجود حداقل یک مامای جانشین به ازای هر ۱۱ ماما در مرکز بهداشت الزامی است و پس از آن با یک مامای دیگر (به ازای هر ۱۱ ماما) به عنوان مامای جانشین عقد قرارداد نماید. ماماها ی جانشین در ایام معمول باید در مراکز مورد نیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری نمایند. در استفاده از مامای جانشین، مدیریت مرخصی ماماها، با مرکز بهداشت است تا همزمان دو مرکز نیازمند مامای جانشین واحد نشوند. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماها ی شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته و براساس امتیاز پایش عملکرد فصلی است.

۱۳- مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به نحو مقتضی به اداره بیمه سلامت شهرستان اطلاع دهد. تبصره: باتوجه به این موضوع که از پزشک و مامای جانشین صرفاً جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماها ی طرف قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می گردد؛ به کارگیری این نیروها به عنوان جانشین سایر پزشکان و ماماها (غیر طرف قرارداد پزشکی خانواده روستایی)، نیز استفاده از پزشکان و ماماها غیر طرف قرارداد پزشکی خانواده روستایی به عنوان جانشین پزشکان و ماماها طرف قرارداد، ممنوع است.

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

۱۵- برای مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش فعال کمتر از ۴,۰۰۰ نفر، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. در مراکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۲۰۰۰ نفر، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته طی روزهای مشخص استفاده نمود. بدیهی است این افراد سه روز دیگر هفته را در سایر مراکز مشابه و یا به عنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروری است از پزشک و مامای مشخص در این مراکز استفاده گردد.

#### ماده ۱۴: ارائه خدمات دارویی:

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

- با عنایت به مفاد بند ۶,۲ تفاهم نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳، «مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزی گفته می شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه فعال است، در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشک و یا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است.» تامین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز به گیرندگان خدمت 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.

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

- فارماکوپه دارویی مرکز براساس شرایط منطقه باید توسط پزشک خانواده آن مرکز یا توسط نماینده پزشکان خانواده شهرستان مشخص و در اختیار داروخانه های طرف قرارداد، قرار گیرد. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، فارماکوپه معرفی شده پزشک خانواده مورد توافق اداره کل استانی است.

۲- اقلام دارویی: پزشکان خانواده شاغل مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان (قابل تجویز توسط پزشک عمومی) هستند.

۳- نسخه دارویی: داروخانه های مراکز ارائه خدمت (ملکی) و داروخانه های طرف قرارداد اداره کل استانی (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده شود. داروخانه ها

ملزم به نسخه‌پیچی الکترونیک همگام با نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ارائه‌دهنده خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام‌الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه‌الکترونیک (نسخه‌نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) با رعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره کل استانی و معاونت بهداشتی؛ مراکز ارائه‌دهنده خدمت، مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه‌پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) 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 خود هستند. پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانه‌های غیر طرف قرارداد سازمان، ممکن نیست.

- داروهای بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار گیرند، به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گیرند. تبصره: انتقال داده‌های بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای از سامانه‌های سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) 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 غیراینصورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می‌شود.

- سهم بیمه‌شده از هزینه داروهای OTC که توسط پزشکان خانواده تجویز می‌شوند، برای کلیه گروه‌های سنی بیمه‌شدگان صندوق 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 ارائه‌دهنده 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 نمی‌شود.

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 که سهم اعتبار مذکور از وزارت به سازمان تخصیص می‌یابد.

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

- تامین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه‌های 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 داروخانه‌های ملکی به عهده مرکز بهداشت و در داروخانه‌های 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 و ارائه خدمت دارویی تعریف شده به عنوان ارائه دهنده خدمت بیتوته است. نیروی انسانی به کارگیری شده به عنوان دارویار در داروخانه‌های مرکز ارائه خدمت، حائز شرایط اعلام شده از سوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده و دارای گواهی آموزشی مربوطه است.

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 نبودن ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت‌های 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 می‌نماید. بدیهی است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است. در صورتیکه داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نبوده، اداره کل استانی، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت اعلام می‌نماید تا مرکز بهداشت راسا خدمات دارو را به صورت ملکی در مرکز مذکور، ارائه نماید. تبصره ۱: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل‌های 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 بیمه شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می‌شود.

۸- میزان تجویز دارو: میانگین مورد انتظار قلم دارویی در نسخ هر پزشک در هر فصل ۳ قلم است. در صورت سن بالای ۶۰ سال بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، این میانگین می‌تواند تا ۳/۵ قلم، افزایش یابد. تبصره: در صورت کاهش میانگین قلم دارویی نسخ هر پزشک به میزان ۰٫۵ قلم کمتر از مدت مشابه سال ۱۴۰۲، پرداخت مبتنی بر عملکرد وی ۵ درصد افزایش می‌یابد.

۹- تعرفه ارائه خدمات دارویی: اخذ حق فنی خدمات دارویی از بیمه شدگان 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 بیمه شدگان در داروخانه‌های طرف قرارداد 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 ترالی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است. تبصره: داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری خون) 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. ۱۰- ارقام مکمل: مرکز بهداشت موظف به تامین و توزیع ارقام مکمل (مندرج در بند ۵، ۱، ۲، ۲ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳) جهت گروه‌های هدف است. این ارقام 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 بهداشت روستایی/شهری مجری قرار گرفته و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه‌ها قرار می‌گیرد و نیازمند تجویز نیست.

#### ماده ۱۵: 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 بیمه شده 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 راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع آوری 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: واحدهای ارائه دهنده خدمت از نظر ساختاری، به شرح ذیل تقسیم می شوند:

الف) آزمایشگاه مرکز ارائه خدمت: به آزمایشگاهی اطلاق می شود که در مرکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش حداکثر ۱۰,۰۰۰ نفر (واقع در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) قرار دارد.

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

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

ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده از مسیر ارجاع از مراکز ارائه خدمت به مرکز بهداشت انجام می شود. در صورتیکه ممکن نبودن انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمت، از طریق نمونه گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نیست.

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

تبصره ۲: 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.

تبصره ۳: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و پرداخت به آنان از طریق اعتبارات دانشگاه/ دانشکده است.

۴- تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی: 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 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 ارائه نمایند. 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- مسئولیت فنی آزمایشگاه: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم

آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و کارانه آنان از طریق درآمد اختصاصی شبکه بهداشت و درمان شهرستان پرداخت می‌شود. تعداد مسئول فنی واجد شرایط و مورد نیاز شبکه آزمایشگاهی مرکز بهداشت براساس جمعیت تحت پوشش، تعداد مراکز آزمایشگاهی، بارکاری آزمایشگاه شامل تعداد مراجعین روزانه و نمونه‌های ارسالی از واحدهای نمونه‌گیری و پراکندگی آزمایشگاه‌ها لحاظ می‌گردد.

۶- خدمات و آزمایش‌های قابل انجام آزمایشگاه‌های بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی براساس خدمات و آزمایش‌های قابل انجام آزمایشگاه‌های بهداشتی است. آزمایشات غربالگری بیماری‌ها براساس بسته خدمتی و دستورعمل مربوطه، انجام می‌گردد. تبصره ۱: به تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری‌ها و برنامه‌های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایش‌های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود. تبصره ۲: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه‌گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری انجام و نمونه‌های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه‌برداری از طریق پرسنل به آزمایشگاه‌های طرف قرارداد مرکز بهداشت (بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا آزمایشگاه غیردولتی طرف قرارداد) ارجاع می‌شود. آن دسته از نمونه‌ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندی مشخص است، تا پیش از ارسال، باید در شرایط مناسب نگهداری شوند.

تبصره ۳: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروه‌های سنی به شرح ذیل رایگان هستند:  
الف) آزمایشات مادران باردار (دو نوبت براساس بسته خدمت) شامل:

یک نوبت Blood Group & RH، آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول‌های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار، Serum BUN، Serum Creatinin، آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادران RH منفی)، FBS، TSH، VDRL، HIV، HBSAg (در صورت نیاز)، آزمایش غربالگری دیابت بارداری، Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) (در صورت نیاز).  
ب) جمعیت بالای سی سال: آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol.  
ج) غربالگری نوزادان: اندازه‌گیری TSH (CH)، اندازه‌گیری کمی فنیل آلانین (PKU) و G6PD (در صورت وجود امکانات و حسب نیاز).

### جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه‌های بهداشتی:

واحد پذیرش و نمونه‌گیری	آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه	آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان
پذیرش و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش‌های قابل نمونه‌گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده	آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول‌های خونی هموگلوبین هماتوکریت	کلیه خدمات آزمایشگاه‌های مراکز ارائه خدمت روستایی / شهری دارای آزمایشگاه به علاوه: بیروبین مستقیم و تونال
کلیه نمونه‌های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل بیوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه-های بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه‌های خصوصی تأیید شده) ارسال گردند.	گروه خون Blood Group & Rh قندخون ناشتا (FBS) آزمایش Glucose Challenge Test (GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (ThPP) 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 Uric Acid آزمایش HbA2 آهن ظرفیت اتصال آهن (TIBC) فریتین سرم کومبس رایت (Coombs Wright) ۲-مرکابتواناتول (YME) آزمایش کتی Beta-HCG سرم آزمایش کومبس غیرمستقیم بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T4 اندازه‌گیری کتی فنیل آلانین ( غربالگری نوزادان PKU) آزمایش HbA1c آزمایش HIVAb آزمایش HBSAg آزمایش HBSAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P آزمایش Na/K آزمایش ALP Serum
در واحدهای پذیرش و نمونه‌گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه‌گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه و استفاده شود.	آزمایش کیفی تشخیص حاملگی آزمایش Serum RPR/VDRL (ESR) سدیمانتاسیون (Ova/Parasite -Stool Examination) آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood آزمایش آنالیز کامل ادرار آزمایش کشت ادرار رایت ویدال لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا) CRP	کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T4 اندازه‌گیری کتی فنیل آلانین ( غربالگری نوزادان PKU) آزمایش HbA1c آزمایش HIVAb آزمایش HBSAg آزمایش HBSAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P آزمایش Na/K آزمایش ALP Serum نمونه‌گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماری‌های واگیر) آزمایش پاپ اسمیر

۶- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیولوژی): خدمات تصویربرداری موردتعهد سطح اول شامل رادیوگرافی‌های ساده بدون ماده حاجب است. شرایط خدمات مذکور به شرح ذیل 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.

سونوگرافی‌های بارداری، سونوگرافی‌های غیربارداری و رادیوگرافی‌ها غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب جزو سطح دوم خدمات است و براساس سهم سازمان و فرانشیزهای مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق‌های سازمان در مراکز طرف قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران است.

### ماده ۱۶: خدمات سلامت دهان و دندان:

#### ۱- مکانیسم فعال‌سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:

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

ب) اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت، فعال‌سازی ساعات بعدازظهر و شب مراکز 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 در صورت تمایل دندانپزشکان، ارائه خدمت در خارج از ساعات کاری برنامه پزشکی خانواده روستایی، با هماهنگی مرکز بهداشت صورت گیرد.

ج) در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی دندانپزشکی در خارج از ساعات موظفی شیفت بعدازظهر مطابق بند ۱۵ ماده ۲۹ عمل گردد.

د) در صورت رعایت‌نشدن شرح وظایف و عملکرد کمی و کیفی نامناسب فرد، پس از دادن تذکرات لازم از سوی مرکز بهداشت و استمرار عملکرد ضعیف، به شرح ذیل عمل گردد:

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

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

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

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

#### 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 بهداشتی است.

تبصره ۱: فهرست مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، ازسوی 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 به‌منظور اطلاع‌رسانی مناسب به بیمه‌شدگان، در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمات نصب گردد.

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

تبصره ۴: در صورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشت، فاصله مراکز ارائه‌دهنده خدمات، 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 ذیل را به‌منظور آموزش و پیشگیری برای ارتقای سلامت دهان و دندان ارائه می‌دهند:

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

۲- مصاحبه انگیزشی (به‌منظور ارتقای مهارت‌های فردی و خودمراقبتی، استفاده درست از مسواک و نخ دندان، تغذیه غیرپوسیدگی‌زا، اهمیت دندان‌های شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان ۶ سالگی، مشکلات هنگام رویش دندان‌ها، ترک عادات بد و مضر دهان).

۳- انجام معاینات دهان و دندان.

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

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

۶- پیگیری نتیجه ارجاع و ثبت آن در پرونده خانوار فرد.

۷- انجام وارنیش فلوراید.

۸- توزیع مسواک انگشتی.

۹- ارزیابی خطر پوسیدگی دندان برای گروه‌های هدف.

۱۰- آموزش و معاینه در پایگاه‌های سنجش و مدرسه.

چگونگی انجام خدمات مذکور براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت است.

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.

در صورت ارائه مراقبت‌های سلامت دهان و دندان توسط هر کدام از ارائه‌دهندگان خدمت (به‌رورز، مراقب سلامت) سرانه آن خدمت

قابل پرداخت است.

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

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

۱- آموزش بهداشت دهان و دندان.

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

۳- فلورایدتراپی.

۴- فیشورسیلانت‌تراپی.

۵- ترمیم دندان‌های شیری و دائمی.

۶- جرم‌گیری و برساز.

۷- پالپوتومی.

۸- درمان پالپ زنده (VPT) دندان‌های دائمی.

۹- کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری (شیری و دائمی).

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 و کودکان زیر دو سال 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 موردنظر 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 ذیل است:

۱. نظارت بر عملکرد و مراقبت‌های سلامت دهان و دندان انجام شده توسط بهورز.

۲. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال ارجاع شده از سوی بهورزها.

۳. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه‌های سطح اول وزارت.

۵- نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان: به منظور برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی معاونت بهداشتی نسبت به تشکیل کمیته‌ای با حضور مدیر گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان و نماینده اداره کل استانی و کارشناس مسئول گسترش شبکه در معاونت بهداشتی و به همین منوال در شهرستان اقدام می‌نماید. نظارت و پایش خدمات براساس 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 بهداشتی انجام می‌شود. پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول واحد سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت صورت می‌گیرد.

### ماده ۱۷: درآمدها:

درآمدها شامل:

- ۱- درآمد اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزریقات، پانسمان، نمونه‌گیری و ...) براساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ضوابط و مقررات بیمه‌ای مصوب.
- ۲- درآمد اخذ هزینه کامل مواد مصرفی ارائه خدمات جانبی (دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، 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 بهورز و مراقب سلامت و ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای کل جمعیت ساکن فعال رایگان است.

سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت پوشش به شرح ذیل است:  
برای گروه هدف از جمعیت هدف وزارت رایگان و برای غیر از گروه هدف، براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت است.

هزینه خدمات دندانپزشکی که در مرکز توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می‌شود ولی در تعهد سازمان نیستند، براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت دریافت شود. در صورت نبود خدمت در جدول، معادل ۱۰۰ درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.

برای افراد فاقد هرگونه پوشش بیمه، معادل ۱۰۰ درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.  
برای خدمات ارائه‌شده دندانپزشکی در شیفت خارج از ساعت موظفی، حداکثر پرداخت بیمار براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و با در نظر گرفتن پوشش بیمه خدمات است.

تبصره ۱: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح‌بندی 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 بیمه‌شده روستایی مهمان به مراکز ارائه خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و خدمات درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه‌شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیراورژانسی در این موارد براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می‌گردد.

تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت‌های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای تیم سلامت انجام می‌شود، رایگان است و برای تمام موارد خارج از بسته‌های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می‌گردد. بدیهی است دریافت هزینه ویزیت برای ماما از جمعیت هدف وزارت وجاهت ندارد.

تبصره ۳: تا صدور بیمه‌نامه برای نوزادان، دریافت خدمت از بیمه‌نامه مادر ممکن است.  
تبصره ۴: افراد فاقد پوشش بیمه‌ای نباشد ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات را پرداخت می‌کنند (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). لازم است مراکز ارائه‌خدمت این افراد را برای پوشش بیمه‌ای به اداره بیمه سلامت شهرستان راهنمایی نمایند.  
تبصره ۵: 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.  
تبصره ۶: در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی است.

در مراکز شبانه‌روزی در زمان بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیراورژانسی (اعم از بیمه‌شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی است.  
در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در طول شبانه‌روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.  
تبصره ۷: 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 صورت پذیرد. جهت اطلاع‌رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

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 معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل پرداخت است.

#### ماده ۱۸: اعتبار و تعدیلات:

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

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 محاسبه و توزیع می‌شود.

۲- معیار محاسبه تعدیلات: 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.

تبصره ۱: 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. ارائه‌نشدن هر یک از اجزای خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم‌نامه و ضمیمه که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.

براساس مصوبات هیئت امنای دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد پزشکی خانواده روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/ دانشکده، معاف است. براساس مصوبه هیات امنای (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 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 بوده در این راستا مجوز موارد ذیل صادر می‌گردد:

- پرداخت به پزشک، ماما، دندانپزشک، کارشناس تغذیه و سلامت روان عضو تیم سلامت به روش مبتنی بر عملکرد در چهارچوب

ضوابط و دستورعمل وزارت.

- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی (صرفاً برای خدمت بیتوته و دندانپزشکی) و غیرپزشکی مورد نیاز از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز. استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر موارد تعیین شده در تفاهم نامه توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات کل استانی ممنوع است.

#### ماده ۱۹: سهم توزیع سرانه:

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق روستاییان و عشایر و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس ماده ۵ تفاهم نامه سال ۱۴۰۳ است.

#### ماده ۲۰: تخصیص و هزینه کرد اعتبار:

ضروری است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص یافته از سوی ادارات کل استانی به دانشگاه/دانشکده، 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. 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.

معاونت توسعه مدیریت و منابع به شرط تخصیص، 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 نماید. دانشگاه/دانشکده مکلف است در اسرع وقت پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبار صرفاً در سرفصل های تعیین شده در مفاد تفاهم نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ اقدام نمایند.

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

تبصره ۱: اعتبارات موضوع این ماده از کسورات ناشی از مصوبات هیئت امنای دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، مستثنی بوده، باید عملکرد این تفاهم نامه را در بند مجزا در گزارش حسابرس به هیئت امنای دانشگاه/دانشکده ارائه نماید. تبصره ۲: معاونت بهداشتی در پایان هر فصل، طبق فرمت ابلاغی مشترک (مرکز مدیریت شبکه و معاونت پیشگیری سازمان) گزارشات پرداختی به تیم سلامت موضوع این دستورعمل را به ادارات کل استانی ارائه نماید.

#### ماده ۲۱: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت:

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

۲- مبلغ ۸۰ درصد در قالب علی الحساب از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر توسط اداره کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد ذیل توسط دانشگاه/دانشکده مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) به جز سایر نیروهای بهداشتی پرداخت می شود:  
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 ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به اداره کل استانی ارائه نماید.
- د- مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر علی الحساب 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 پرداخت می شود.
- مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر ۲۰ درصد پایش عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره کل استانی پرداخت نماید.
- 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 پرسن) 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 می دهد، 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 تأیید 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 تأیید 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 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 تفاهم نامه 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 تأیید 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 امناء 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- معاون بهداشتی موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال و دستور خرج ماهانه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم و به معاون توسعه دانشگاه/دانشکده ارائه و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

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

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

### ماده ۲۲: اجرای برنامه‌های فنی ادغام یافته:

اعتبار اجرای برنامه‌های فنی ادغام یافته تفاهم‌نامه مشترک و اصلاحیه پیوست آن، براساس برنامه عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه هزینه می‌گردد.

### ماده ۲۳: ارجاع در سطح اول خدمات:

در شرایط معمول، مانند دستورعمل قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، 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 پروتکل‌ها ابلاغ شده است، فرد را به مراکز ارائه خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می‌تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

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

تبصره ۲: در صورت نیاز بیمار، پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دوم یا سوم ارجاع می‌نماید.

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

### ماده ۲۴: ارجاع در سطح دوم خدمات:

۱- 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 می‌گیرد.

۲- سقف ارجاع به سطوح بالاتر: سقف ارجاع به متخصص سطح دوم حداکثر ۱۰ درصد مراجعین (غیر از ارجاع مادران باردار و بیماری‌های مزمن طبق دستورعمل ابلاغی) به پزشک خانواده است. درصد مذکور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دوم براساس مراقبت گروه‌های هدف و بسته خدمتی نیز هست. باتوجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده از جمله مدیریت سلامت منطقه، مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاری تمام‌وقت در هدایت، توانمندسازی، ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می‌رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکور کاهش یابد.

### ماده ۲۵: 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 بهداشتی، 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 پایش عملکرد اعضای تیم سلامت هر سه ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت براساس چک‌لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه جهت اجرای دستورعمل‌های ابلاغی و حصول شاخص‌های مطلوب (جمعیتی، سلامت تغذیه، سلامت روان و ...) صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت کارانه است.

تبصره ۲: لازم است نمره پایش سه‌ماهه به‌منظور روشن‌بودن علت کسر یا تشویق در پرونده اعضای تیم سلامت درج گردد.

تبصره ۳: به منظور 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 ۴: لازم است پایش متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

#### ماده ۲۶: پایش مشترک:

۱- پایش و ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمت و تیم سلامت شاغل در آنها (مطابق ماده ۷ تفاهم‌نامه)، به منظور اطمینان خاطر از حصول موضوع تفاهم‌نامه، ارتقای مستمر کیفیت خدمات موضوع تفاهم‌نامه و با رویکرد حل مسئله انجام می‌شود.

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

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

۴- نتایج پایش با دسترسی فراهم شده برای نماینده مرکز بهداشت، بلافاصله قابل رؤیت است.

#### ماده ۲۷: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

ستاد شهرستان با مشارکت گروه‌های آموزشی دانشگاه/دانشکده برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت‌ها در مرکز آموزش به‌روزی 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 به‌روزی 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 مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماها 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.

تبصره ۲: آموزش‌های پزشکان خانواده مندرج بندهای ۱، ۲، ۳ و ۴، تفاهم‌نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، براساس مفاد تفاهم‌نامه‌های مشترک وزارت و سازمان اجرایی می‌گردد.

#### ماده ۲۸: 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 رئیس 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 دارد. وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانه‌های بهداشت/پایگاه‌های سلامت نیز هست.

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

پزشکی خانواده در مراکز ارائه خدمت آموزشی، اولویت مسئولیت مرکز با آنان است.

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

### ماده ۲۹: روش پرداخت تیم سلامت:

۱- روش پرداخت: برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه‌های مختلف خدمت، پرداخت به روش Mixed Payment صورت می‌پذیرد. پرداخت به پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد مطابق با مندرجات فصل روش پرداخت این دستور عمل است. دریافتی پرسنل طرف قرارداد برنامه شامل پزشک، دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان، ماما، پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه، دو بخش است:

الف: حکم کارگزینی.

ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد.

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

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

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

۲- ضریب حضور: ضریب حضور عبارت است از نسبت روزهایی (ساعات اداری) که فرد در محل خدمت حاضر بوده تقسیم بر تعداد روزهای "کاری" ماه. بدیهی است حضور در جلسات آموزشی، مرخصی استحقاقی و همچنین ماموریت‌های مورد تایید، جزو روزهای حضور اعضای تیم سلامت است. غیبت غیرموجه از ضریب حضور کسر خواهد شد.

پزشک خانواده موظف است در صورت نیاز به خدمات آنان و براساس شیفت‌بندی 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 غیر این صورت (پزشک در کشیک روزهای تعطیل همکاری ننماید) به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه، در مخرج کسر ضریب حضور لحاظ شده در نتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهد شد. بدیهی است در صورت نیاز داشتن به حضور در روزهای تعطیل، ضریب حضور معادل یک لحاظ می‌شود. میزان همکاری فرد در شیفت روزهای تعطیل در امتیاز پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می‌گردد. خاطرنشان می‌گردد ضریب حضور بابت شیفت در ساعات صبح روزهای تعطیل است و حضور در شیفت عصر و شب (روزهای تعطیل و غیر تعطیل) به عنوان شیفت بیتوته (در مراکز واجد بیتوته، معین / تجمیعی، شبانه‌روزی، بیمارستان به عنوان مرکز تجمیعی / معین) بوده و براساس جداول پرداخت بیتوته، محاسبه خواهد شد.

۳- ماندگاری: در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاری (سال‌های خدمت) بحث شده است، منظور قراردادهای با مرکز بهداشت



تحت عنوان پزشک خانواده روستایی (در قالب، پیام‌آور، طرح، پیمانی، رسمی و قراردادی) است. سوابق خدمت به‌عنوان پزشک خانواده روستایی برای محاسبه سهم ماندگاری وی، به سال محاسبه می‌گردد.

الف) عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

- در سطح مراکز ارائه خدمت مجری محل فعالیت فرد معادل ۱۰۰ درصد.

- در صورت تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد؛ جابجایی در محدوده شهرستان معادل ۸۵ درصد، جابجایی بین شهرستان‌های دانشگاه/دانشکده معادل ۷۰ درصد و جابجایی بین دانشگاه‌ها معادل ۵۰ درصد سنوات خدمتی محاسبه می‌گردد.

تبصره: در محاسبه سنوات خدمتی در صورت امتیاز ۹۰ و بالاتر میانگین نمره پایش‌های فصلی عملکرد وی، ۵ درصد (تا سقف ۱۰۰ درصد محاسبه سنوات ماندگاری آن سال‌ها) به ضرایب ذکرشده به سنوات وی اضافه می‌گردد.

- در تغییر محل فعالیت بدون نظر فرد و حسب نیاز نظام شبکه معادل ۱۰۰ درصد خواهد بود.

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

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

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

ه) برای افرادی که در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل استانی در سال‌های قبل به‌عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/دانشکده در برنامه به‌عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده‌اند سهم ماندگاری نامبردگان در سال‌های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۵۰ درصد) در نظر گرفته شود. این سهم چنانچه در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل استانی در سال‌های قبل به‌عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند، معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/دانشکده/استان (۷۰ درصد) در نظر گرفته شود.

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

۴- سهم پراکندگی: این سهم، شامل چند گزینه است:

الف) تعداد واحد تحت پوشش پزشک (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش پزشک): (تعداد خانه بهداشت/پایگاه سلامت تحت پوشش پزشک ضرب در چهار و در خانه‌های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می‌شوند ضرب در دو) به‌اضافه (تعداد روستای قمر تحت پوشش پزشک) به‌اضافه (تعداد روستای سیاری تحت پوشش پزشک تقسیم بر سه)

ب) فواصل (نحوه محاسبه فواصل): (مجموع فواصل خانه‌های بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر ضرب در چهار و در خانه‌های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می‌شوند ضرب در دو) به‌اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر) به‌اضافه (مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز تقسیم بر سه برحسب کیلومتر)

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

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

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

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

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

## روش‌های عملکردی:

الف) در صورت کسب امتیاز ۸۵ درصد تا ۹۰ درصد، معادل ۱۰۰ درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱ ثبت می‌گردد.

در صورت کسب امتیاز بیش از ۹۰ درصد به ازای هر ۱ درصد افزایش معادل ۳ صدم به ضریب عملکرد افزوده می‌شود. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از ۹۰ حتماً مشخص گردد.

ب) با کسب ضریب عملکرد ۴۰ درصد لغو قرارداد شود. با کسب ضریب عملکرد ۷۰ درصد و کمتر در دو دوره متوالی لغو قرارداد شود. با کسب ضریب عملکرد ۷۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد کسر شود، البته نباید هریک از بخش‌های چک‌لیست، کمتر از ۵۰ درصد شود. در چنین شرایطی به پزشک در مورد آن بخش، تذکر داده شود. با کسب ضریب عملکرد بین ۷۰ تا ۸۵ معادل نمره کسب شده پرداخت شود. باید موارد مذکور طی نامه مکتوب توسط مرکز بهداشت به پزشک ابلاغ گردد.

افرادی که در گواهی انجام کار نمره پایش عملکرد فصلی کمتر از ۷۰ کسب کرده‌اند، عقد قرارداد جدید پس از حداقل یک دوره سه‌ماهه قابل انجام و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز بالای ۷۰ در اولین پایش است. در صورت کسب نمره کمتر از ۷۰ برای بار دوم، لغو قرارداد می‌شود و عقد قرارداد جدید برای وی در سال جاری ممکن نیست.

لغو قرارداد اعضای تیم سلامت براساس دلایل مستند ارائه شده از سوی مرکز بهداشت به معاونت بهداشتی و صرفاً با دستور و ابلاغ معاون بهداشتی ممکن خواهد بود. لازم است یک ماه قبل، مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام شود.

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

۷- ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: در مراکز ارائه خدمت، هرگاه پزشک/ماما، در ساعات اداری، بیماران غیر جمعیت تحت پوشش خود (غیر بیمه شده روستایی) را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت باید ۴۰ درصد (براساس عملکرد) تعرفه پزشک/ماما را تا سقف ۳۰۰ ویزیت در ماه برای پزشک/ماما و براساس گزارش ویزیت از سامانه‌های سطح اول/کاغذی، هنگام پرداخت ۲۰ درصد مبتنی بر عملکرد، محاسبه و پرداخت نماید.

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

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

۹- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: پرداخت مبتنی بر عملکرد به متخصصین پزشکی خانواده براساس شیوه‌نامه مربوطه و معادل ۱۶۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی است. پرداخت مبتنی بر عملکرد برای متخصصین پزشکی خانواده، متأثر از امتیاز پایش عملکرد فصلی مربوط (مشروط بر عملکرد بالای ۸۵ درصد و کاهش ارجاعات به میزان ۵۰ درصد پزشکان خانواده عمومی همان مرکز و همکاری در برنامه‌های آموزشی و پژوهشی مطابق برنامه‌های ابلاغی) است.

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

تبصره ۲: باتوجه به مهارت‌های آموخته شده توسط پزشکان خانواده در دوره‌های مرتبط (MPH، بریجینگ یا ...) به غیر متخصصین پزشکی خانواده، مبلغی معادل ۵ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد (به شرط عملکرد بالای ۹۰ درصد و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش و باتایید کمیته پایش شهرستان)، به پرداختی این پزشکان اضافه می‌گردد.

۱۰- پرداخت در موارد ترک خدمت: با شروع به کار پرسنل طرف قرارداد، علی‌الحساب ۸۰ درصد پس از پایان هر ماه (براساس

روزهای حضور) پرداخت می‌شود.

تبصره ۱: در صورت ترک محل خدمت قبل از پایان اولین ماه، صرفاً حکم کارگزینی (براساس قوانین مربوطه) پرداخت می‌گردد.  
تبصره ۲: در صورت ترک محل خدمت پس از یک ماه از شروع خدمت، علاوه بر پرداخت حکم کارگزینی (طبق مقررات مربوطه)، علی‌الحساب ۸۰ درصد (براساس عملکرد و تعداد روزهای حضور) پرداخت می‌شود و ۲۰ درصد قطعی در پایان هر سه ماه کارکرد، پس از اعمال امتیاز عملکرد پایش فصلی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

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

۱۱- پرداخت عیدی، کمک‌هزینه مهدکودک، سختی شرایط کار، سنوات، لحاظ مدارک تحصیلی و تسهیلات رفاهی و غیره: براساس مفاد دستورعمل موضوع تبصره ماده ۶۰ آیین‌نامه اداری استحضامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیئت علمی مصوبه دبیرخانه مجامع، شوراها و هیئت‌های امنای قابل پرداخت است.

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

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

۱۴- پرداخت از محل درآمد اختصاصی: به منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها در مراکز ارائه خدمت که امکان جذب آنان در این مراکز به هیچ عنوان ممکن نیست، به شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و نیز تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/دانشکده می‌توان مبلغی به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطرنشان می‌سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی‌شود.

۱۵- پرداخت خدمات جانبی پزشکان: در صورت انجام خدمات جانبی درمانی موضوع بند ۴ ماده ۱۰ توسط پزشکان/دندانپزشکان، ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته‌های خدمتی پزشکان/دندانپزشکان مرکز (طبق تعرفه دولتی)، پس از کسر هزینه‌های مرتبط با خدمت خارج بسته (از جمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) بانظر کارشناسی معاونت بهداشتی، به صورت FFS به پزشکان خانواده/دندانپزشکان آن مرکز پرداخت گردد.

۱۶- پرداخت در مراکز اقماری: در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک و ماما به هیچ عنوان ممکن نیست به شرط موافقت و تایید ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی از سوی دانشگاه/دانشکده می‌توان از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روزه) استفاده کرد. پرداخت به ازای هر روز کارکرد معادل ۱/۴ روز حضور و صرفاً در فرمول پرداخت به ازای عملکرد انجام می‌شود. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی مطابق مقررات اداری استحضامی مربوطه است. لازم است فهرست پزشکان و ماماها در مراکز اقماری به همراه شماره ملی از سوی معاونت بهداشتی به اداره کل استانی ارسال شود. این پزشکان حق هیچ‌گونه فعالیت پزشکی ندارند. بدیهی است در صورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغو قرارداد شده پس از آن اجازه فعالیت در برنامه را نخواهند داشت. نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی بر عملکرد آنها در این مراکز همانند سایر مراکز ارائه خدمت است.

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

۱۸- اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:

اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پایه پزشک شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت است.

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

ب) سهم ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمت تعیین می گردد. تبصره: در صورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده به علت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی آنان در سهم ماندگاری لحاظ می گردد.

ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت تحت پوشش برنامه تعیین می گردد. تبصره: جمعیت ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت است و حداکثر تا سقف ۶۰۰۰ نفر برای هر پزشک قابل پرداخت است.

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

ملاک پرداخت حق بیتوته در مراکز شبانه روزی با هر تعداد پزشک (مقیم مرکز شبانه روزی و یا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوته شبانه روزی است. بدیهی است کسری تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، باید در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به صورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد. تبصره ۱: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمانی، در صورت نیاز مرکز بهداشت به ارائه خدمات پزشکی در این واحد و با ارائه مستندات توسط واحد تسهیلات زایمانی مبنی بر ارائه خدمت زایمان توسط آن پزشک، معادل حق بیتوته مرکز شبانه روزی به عنوان دستمزد خدمات موردنظر (علاوه بر حق بیتوته مرکز) تعلق خواهد گرفت.

تبصره ۲: مرکز بهداشت می تواند در شرایط خاص (با توجه به بار مراجعه بالای بیماران نیازمند اعزام، تصادفات، تروما، مسمومیت و ...) سهم بیتوته پزشک را در شرایط مذکور، برای حداکثر ۵ درصد از مراکز، تا سقف ۴۰ درصد افزایش دهد. ه) سهم پراکندگی یا دهگردشی:

و) ضریب عملکرد:

ز) ضریب حضور:

ح) حق مسئولیت: مسئولیت مرکز ارائه خدمت مجری و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده (با اولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مدارک مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع است. پزشک مسئول در مراکز ارائه خدمت به عنوان مسئول تیم های سلامت مرکز ارائه خدمت محسوب می شود. حق مسئولیت پزشک در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد 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 عملکرد 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 عملکرد است. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۱۶ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد است.

تمامی پزشکان خانواده مستقر در مراکز ارائه خدمت مجری، مدیریت سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز را عهده دار هستند (اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعیین شده در این دستورعمل از نظام پرداخت تقریباً "یکسانی برخوردار



هستند یکی از آنان را، به‌عنوان مسئول مرکز ارائه‌خدمت و رابط مرکز خدمات جامع سلامت با مرکز بهداشت تعیین خواهد شد.

(ط) فرمول روش پرداخت پزشک خانواده در برنامه:

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

۱۹ - حق محرومیت از مطب پزشکان:

دانشگاه/دانشکده مجاز به پرداخت حق محرومیت از مطب، به ۵۰ درصد پزشکان مشمول این پرداختی طبق مقررات اداری مصوب ابلاغی وزارت، مقررات مربوطه و مصوبات هیئت امناء و بااولویت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی و مراکز با دسترسی کمتر و کم‌برخوردارتر، صرفاً طبق شرایط ذیل است:

الف- حداقل ضریب عملکرد ۹۰ درصد، بدیهی است در صورت عملکرد کمتر از ۹۰ درصد، این مبلغ در فصل بعد پرداخت نمی‌شود.

ب- انجام خدمت در ساعات غیراداری در مراکز ارائه‌خدمت طبق برنامه اعلامی مرکز بهداشت (خدمت در شیفت عصر و شب، فعالیت در راستای عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ...).

۲۰- اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/پاراکلینیک:

اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/پاراکلینیک شامل سهام محرومیت، سهام ماندگاری، سهام جمعیت، سهام بیتوته (برای ماما)، سهام پراکندگی (برای ماما)، ضریب عملکرد، و ضریب حضور است.

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

ب) سهام ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت تعیین می‌گردد.

ج) سهام جمعیت: براساس جمعیت تحت پوشش برنامه تعیین می‌گردد.

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

د) سهام بیتوته: صرف حضور ماما در محل زیست مرکز ارائه‌خدمت منجر به پرداخت سهام بیتوته نخواهد شد. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت جهت خدمات محوله، بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهام بیتوته در میانگین

ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به‌صورت افزایش پلکانی) پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: در صورت نیاز به بیتوته پرستار/بهبیار، معادل حق بیتوته ماما به‌صورت اضافه‌کار بابت خدمت بیتوته به آنان پرداخت شود.

تبصره ۲: مرکز بهداشت می‌تواند در صورت شرایط خاص (با توجه به بار مراجعه بالای بیماران نیازمند اعزام، تصادفات، تروما، مسمومیت و ...)، سهام بیتوته پزشک را در شرایط مذکور، برای حداکثر ۵ درصد از مراکز، تا سقف ۴۰ درصد افزایش دهد.

ه) سهام پراکندگی یا دهگردشی:

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

ز) ضریب عملکرد.

ح) ضریب حضور.

(ط) فرمول محاسبه ماما/پاراکلینیک:

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

ی) خدمات جانبی: در صورت انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان) و داروکاری (در مراکزی که دارای داروخانه ملکی هستند) توسط مامای تیم سلامت و تحت نظر پزشک، مامای مربوطه مشمول دریافت حق الزحمه خدمات جانبی است.

۲۱- روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:

الف) اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان شامل تعداد خدمات وزن‌دهی ثبت شده در سامانه (A)،

ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاری در ماه و ضریب عملکرد است.

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

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

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

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

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

۲- ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان طی اجرای دستورعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۲۲،۲۵۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۱۶،۲۵۰ ریال لحاظ می‌گردد.

۳- جمع وزنی خدمات با توجه به تعداد خدمات ارائه شده در یک روز تعیین شده است که به شرح زیر است:

الف) اگر A بین ۵۰ تا ۹۹ باشد:  $A \times \frac{0}{3}$  در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

ب) اگر A بین ۱۰۰ تا ۱۴۹ باشد:  $A \times \frac{0}{6}$  در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

ج) اگر A بین ۱۵۰ تا ۱۹۹ باشد:  $A \times \frac{0}{9}$  در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

د) اگر A بین ۲۰۰ تا ۲۳۹ باشد: A در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

ه) اگر A ۲۴۰ یا بیشتر باشد:  $A \times \frac{1}{1}$  در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

- یک شیفت کاری معادل ۶ ساعت است.

۴- ضریب عملکرد براساس بند ۴ ماده ۲۹ محاسبه گردد.

۵- تعداد روز کاری در ماه، تعداد روزهای حضور در مرکز و نیز انجام دهگردشی است. ضمناً تعداد روزهای مرخصی استحقاقی و شرکت در جلسات آموزشی و اداری مرتبط از روزهای موردانتظار عملکرد آنان کسر گردد. روزهای مرخصی استعلاجی و غیبت جزو روزهای موردانتظار عملکرد محسوب می‌شود (به استناد ماده ۱۳).

۶- امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان امتیاز کامل یک روز (۲۰۰ امتیاز) است. چنانچه دندانپزشک بیش از یک مرکز را پوشش می‌دهد، به ازای هر مرکز یک روز در ماه دهگردشی انجام داده (حداکثر سه دهگردشی در ماه) و بابت هر دهگردشی امتیاز یک روز کاری (۲۰۰ امتیاز) دریافت می‌نماید (مطابق با ماده ۱۶، بند ۴).

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

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

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

۱. فعالیت آموزشی و معاینه در وزن دهی خدمات مذکور در نظر گرفته شده است.

۲. در بازه زمانی سه ماهه، ۲۵٪ گروه هدف خدمات را دریافت کرده باشند، و یا دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در بازه زمانی

سه ماهه ۵۰٪ خدمات را به گروه های هدف ارائه کرده باشد.

۳. اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرم‌گیری، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی است.

۴. در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده‌باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۶۰ درصد کل خدمات ارائه شده‌باشد.

۵. خدمت ترمیم برای هر دندان، طی یک سال، فقط یک بار قابل ثبت است.

۶. تعداد خدمت ترمیم برای یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نیست.

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

۸. خدمت جرم‌گیری برای هر فرد یک بار در سال قابل ثبت است.

۹. خدمت فیشورسیلنت برای دندان‌های ۶ و ۷ دائمی و فقط یکبار قابل ثبت است.

۱۰. خدمت فیشورسیلنت برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نیست.

۱۱. تعداد خدمت کشیدن دندان برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نیست.

۱۲. خدمات اورژانسی دندانپزشکی شامل: درد و آسسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب‌های ناشی از تروما در بافت نرم و سخت است.

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

ه- در مناطق با ضریب محرومیت مرکز ۱/۸۰ و بالاتر که جذب دندانپزشک/بهداشتکار دهان به‌هیچ عنوان ممکن نیست به‌شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوری و تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده، می‌توان تا سقف ۲۰ درصد به k پایه فرد اضافه کرد.

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

۲۲- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه: اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه شامل سهم محرومیت، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ضریب مراکز تحت پوشش مازاد است.

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

ب) سهم ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت تعیین می‌گردد.

ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می‌گردد.

د) سهم پراکندگی یا دهگردشی: در صورت انجام دهگردشی توسط این نیروها قابل پرداخت است.

ح) ضریب عملکرد: براساس پایش فصلی طبق چک‌لیست ابلاغی و تخصصی تعیین می‌گردد.

ز) ضریب حضور.

ه) فرمول محاسبه کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه.

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

دانشگاه/دانشکده مجاز است در صورت استقبال کم کارشناسان سلامت روان و تغذیه برای اشتغال در این برنامه نسبت به افزایش کارانه این گروه تا ۲۵ درصد اقدام نمایند.

۲۳- مکانیسم پرداخت سایر نیروهای بهداشتی تیم سلامت: در صورت به‌کارگیری سایر نیروهای موردنیاز تیم سلامت با اولویت پرستار/بهبود؛ براساس ضوابط مندرج در این دستورالعمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (براساس ماده ۴ دستورالعمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی درگیر برنامه خواهد بود. شایان ذکر است نیروهای مذکور مشمول دریافت مزایا (اضافه‌کاری، ماموریت اداری و ...) هستند.

۲۴- مکانیسم پرداخت نگهبان / سرایدار / خدمتگزار / پذیرش: جذب نیروی نگهبان / سرایدار / خدمتگزار / 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 ازمحل اعتبارات جاری، مقدور است.

۲۵- مکانیسم پرداخت نیروهای آموزشی: حق الزحمه نیروهای آموزشی در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب (براساس اعلام دانشگاه/دانشکده مجری)، به صورت فصلی (پس از پایش فصلی مشترک توسط کمیته مربوطه) و ازمحل اعتبارات برنامه طبق شیوه نامه مصوب هیئت رئیسه دانشگاه/دانشکده، براساس ضوابط ذیل تعیین می‌گردد:

الف: حق الزحمه آموزشی اعضای هیئت علمی بالینی تا سقف ۷۵ میلیون ریال در ماه (حداکثر ۱۲,۵ میلیون ریال روزانه) در صورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزش تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به پزشکان خانواده تحت پوشش مرکز و دانشجویان رشته پزشکی معرفی شده از سوی دانشکده پزشکی.

ب: حق الزحمه آموزشی پزشکان متخصص بالینی غیر هیئت علمی علاقه‌مند به آموزش تا سقف ۵۰ میلیون ریال در ماه (حداکثر ۸ میلیون ریال روزانه) در صورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزش تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به پزشکان خانواده تحت پوشش مرکز، دانشجویان رشته پزشکی معرفی شده از سوی دانشکده پزشکی.

ج: حق الزحمه آموزشی پزشکان عمومی (شاغل در همان مرکز با سابقه کار حداقل ۳ سال پزشک خانواده علاقه‌مند به آموزش) تا سقف ۳۰ میلیون ریال در ماه در صورت مدیریت برنامه‌ریزی و ارزشیابی آموزشی، ویزیت بیماران و آموزش تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به دانشجویان رشته پزشکی معرفی شده از سوی دانشکده پزشکی.

د: حق الزحمه آموزشی سایر کارکنان (شاغل در همان مرکز با سابقه کار حداقل ۵ سال علاقه‌مند به آموزش و مورد تایید گروه آموزشی مرتبط با رشته فرد) تا سقف ۱۰ میلیون ریال در ماه در صورت آموزش به دانشجویان گروه مرتبط با رشته تحصیلی فرد طبق تایید دانشکده‌ها (در رشته‌های مامایی، تغذیه، روان، محیط، حرفه‌ای و ...) در حوزه آموزش، به دانشجویان گروه علوم پزشکی معرفی شده از سوی دانشکده‌ها.

ماده ۳۰: زمان اجرا:

تاریخ اجرای این دستور عمل از ۱۴۰۳/۰۱/۰۱ تا ابلاغ دستور عمل جدید، مسئولیت حسن اجرا و پاسخگویی در قبال هرگونه تغییر و اجرانکردن آن به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده و مدیر کل بیمه سلامت استان است.

ماده ۳۱: جداول راهنمای روش پرداخت تیم سلامت:





ج) پرداخت ماماها و کارکنان پاراکلینیک (کارشناس):

خدمات جانی ماما	سهم پراکندگی (ریال)			سهم بیتوته کارشناس مامایی (ریال)	مبلغ (ریال) تعیین شده برای:			میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
	به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/ خاکی/ ایل گردش)	به ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت)	به ازای هر واحد		مبلغ به ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت- پوشش	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه خدمت	سهم محرومیت	
۱۵۰۰۰۰۰۰	۱۰۴۱۸	۹۳۷۷	۳۴۷۲۵	۱۲۹۲۷۶۷	۱۲۹۲	۵۲۰۸۹۷.۶	۳۸۴۷۵۲۹	۱/۰۰
۱۵۲۵۰۰۰۰	۱۰۵۵۹	۹۵۱۸	۳۹۵۸۶	۱۳۲۹۴۸۴	۱۴۷۶	۶۱۲۰۵۲.۶	۴۳۸۶۱۸۱	۱/۰۵
۱۵۵۰۰۰۰۰	۱۰۶۹۸	۹۶۵۸	۴۴۴۴۸	۱۳۶۶۶۸۷	۱۶۶۲	۷۰۳۲۰.۹	۴۹۲۴۸۳۵	۱/۱۰
۱۵۷۵۰۰۰۰	۱۰۸۳۹	۹۷۹۸	۴۹۳۰۸	۱۴۰۳۳۹۷	۱۸۴۷	۷۹۴۳۶۷	۵۴۶۳۴۸۷	۱/۱۵
۱۶۰۰۰۰۰۰	۱۰۹۷۹	۹۹۳۸	۵۴۱۶۸	۱۴۴۲۵۹۸	۲۰۳۰	۸۸۵۵۲۳.۶	۶۰۰۲۱۴۲	۱/۲۰
۱۶۲۵۰۰۰۰	۱۱۱۲۰	۱۰۰۷۹	۵۹۰۳۱	۱۴۸۱۲۹۸	۲۲۱۶	۹۷۶۶۸۰	۶۵۴۰۷۹۷	۱/۲۵
۱۶۵۰۰۰۰۰	۱۱۲۵۹	۱۰۲۱۸	۶۳۸۹۱	۱۵۲۰۴۹۶	۲۴۰۲	۱۰۶۷۸۳۷	۷۰۷۹۴۴۸	۱/۳۰
۱۶۷۵۰۰۰۰	۱۱۴۰۰	۱۰۳۵۹	۶۸۷۵۳	۱۵۶۰۱۹۱	۲۵۸۶	۱۱۵۸۹۹۶	۷۶۱۸۱۰۴	۱/۳۵
۱۷۰۰۰۰۰۰	۱۱۵۴۰	۱۰۴۹۹	۷۳۶۱۳	۱۶۰۰۳۸۴	۲۷۶۹	۱۲۵۰۱۴۹	۸۱۵۶۷۵۹	۱/۴۰
۱۷۲۵۰۰۰۰	۱۱۶۸۰	۱۰۶۴۰	۷۸۴۷۴	۱۶۴۱۰۷۳	۲۹۵۷	۱۳۴۱۳۰۷	۸۶۹۵۴۱۱	۱/۴۵
۱۷۵۰۰۰۰۰	۱۱۸۲۰	۱۰۷۷۹	۸۳۳۳۵	۱۶۸۲۲۵۶	۳۱۴۰	۱۴۳۲۴۶۴	۹۲۳۴۰۶۵	۱/۵۰
۱۷۷۵۰۰۰۰	۱۱۹۶۲	۱۰۹۲۰	۸۸۱۹۶	۱۷۲۳۹۴۴	۳۳۲۶	۱۵۲۳۶۲۲	۹۷۷۲۷۲۱	۱/۵۵
۱۸۰۰۰۰۰۰	۱۲۱۰۰	۱۱۰۶۰	۹۳۰۵۸	۱۷۶۶۱۲۲	۳۵۰۹	۱۶۱۴۷۷۸	۱۰۳۱۱۳۷۱	۱/۶۰
۱۸۲۵۰۰۰۰	۱۲۲۴۲	۱۱۲۰۰	۹۷۹۱۸	۱۸۰۸۸۰۳	۳۶۹۶	۱۷۰۵۹۳۶	۱۰۸۵۰۰۲۷	۱/۶۵
۱۸۵۰۰۰۰۰	۱۲۳۸۲	۱۱۳۴۰	۱۰۲۷۷۹	۱۸۵۱۹۷۶	۳۸۷۸	۱۷۹۷۰۹۰	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱/۷۰
۱۸۷۵۰۰۰۰	۱۲۵۲۳	۱۱۴۸۲	۱۰۷۶۴۱	۱۸۹۵۶۴۷	۴۰۶۴	۱۸۸۸۲۴۹	۱۱۹۲۷۳۳۳	۱/۷۵
۱۹۰۰۰۰۰۰	۱۲۶۶۲	۱۱۶۲۰	۱۱۲۵۰۰	۱۹۳۹۸۱۸	۴۲۴۸	۱۹۷۹۴۰۵	۱۲۴۶۵۹۸۸	۱/۸۰
۱۹۲۵۰۰۰۰	۱۲۸۰۳	۱۱۷۶۲	۱۱۷۳۶۱	۱۹۸۴۴۸۶	۴۴۳۱	۲۰۷۰۵۶۳	۱۳۰۰۴۶۴۱	۱/۸۵
۱۹۵۰۰۰۰۰	۱۲۹۴۳	۱۱۹۰۲	۱۲۲۲۲۵	۲۰۲۹۶۴۵	۴۶۱۷	۲۱۶۱۷۲۰	۱۳۵۴۳۲۹۵	۱/۹۰
۱۹۷۵۰۰۰۰	۱۳۰۸۳	۱۲۰۴۳	۱۲۷۰۸۴	۲۰۷۵۳۱۱	۴۸۰۰	۲۲۵۲۸۷۸	۱۴۰۸۱۹۵۱	۱/۹۵
۲۰۰۰۰۰۰۰	۱۳۲۲۳	۱۲۱۸۲	۱۳۱۹۶۱	۲۱۲۱۴۶۷	۴۹۸۸	۲۳۴۴۰۳۲	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲/۰۰



۱۴۰۳/۱۴۸۲۴۷  
۱۴۰۳/۰۵/۱۴

دستور عمل پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ (دیرایش ۲۴)



ب) پرداخت کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه:						
سهام پراکنده (ریال)			مبلغ (ریال) تعیین شده برای:			میانگین ضرایب محرومیت/ دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز
به ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/ خاکی/ ایل گردش)	به ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت)	به ازای هر واحد	مبلغ به ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت پوشش	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه خدمت	سهام محرومیت	
۱۰۴۱۸	۹۳۷۷	۳۴۷۲۵	۹۰۵	۵۲۰۸۹۷.۶	۳۸۴۷۵۲۹	۱/۰۰
۱۰۵۵۹	۹۵۱۸	۳۹۵۸۶	۱۰۳۴	۶۱۲۰۵۲.۶	۴۳۸۶۱۸۱	۱/۰۵
۱۰۶۹۸	۹۶۵۸	۴۴۴۴۸	۱۱۶۴	۷۰۳۲۰.۹	۴۹۲۴۸۳۵	۱/۱۰
۱۰۸۳۹	۹۷۹۸	۴۹۳۰۸	۱۲۹۳	۷۹۴۳۶۷	۵۴۶۳۴۸۷	۱/۱۵
۱۰۹۷۹	۹۹۳۸	۵۴۱۶۸	۱۴۲۱	۸۸۵۵۲۳.۶	۶۰۰۲۱۴۲	۱/۲۰
۱۱۱۲۰	۱۰۰۷۹	۵۹۰۳۱	۱۵۵۱	۹۷۶۶۸۰	۶۵۴۰۷۹۷	۱/۲۵
۱۱۲۵۹	۱۰۲۱۸	۶۳۸۹۱	۱۶۸۲	۱۰۶۷۸۳۷	۷۰۷۹۴۴۸	۱/۳۰
۱۱۴۰۰	۱۰۳۵۹	۶۸۷۵۳	۱۸۱۱	۱۱۵۸۹۹۶	۷۶۱۸۱۰۴	۱/۳۵
۱۱۵۴۰	۱۰۴۹۹	۷۳۶۱۳	۱۹۳۹	۱۲۵۰۱۴۹	۸۱۵۶۷۵۹	۱/۴۰
۱۱۶۸۰	۱۰۶۴۰	۷۸۴۷۴	۲۰۷۰	۱۳۴۱۳۰۷	۸۶۹۵۴۱۱	۱/۴۵
۱۱۸۲۰	۱۰۷۷۹	۸۳۳۳۵	۲۱۹۸	۱۴۳۲۴۶۴	۹۲۳۴۰۶۵	۱/۵۰
۱۱۹۶۲	۱۰۹۲۰	۸۸۱۹۶	۲۳۲۸	۱۵۲۳۶۲۲	۹۷۷۲۷۲۱	۱/۵۵
۱۲۱۰۰	۱۱۰۶۰	۹۳۰۵۸	۲۴۵۶	۱۶۱۴۷۷۸	۱۰۳۱۱۳۷۱	۱/۶۰
۱۲۲۴۲	۱۱۲۰۰	۹۷۹۱۸	۲۵۸۸	۱۷۰۵۹۳۶	۱۰۸۵۰۰۲۷	۱/۶۵
۱۲۳۸۲	۱۱۳۴۰	۱۰۲۷۷۹	۲۷۱۵	۱۷۹۷۰۹۰	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱/۷۰
۱۲۵۲۳	۱۱۴۸۲	۱۰۷۶۴۱	۲۸۴۵	۱۸۸۸۲۴۹	۱۱۹۲۷۳۳۳	۱/۷۵
۱۲۶۶۲	۱۱۶۲۰	۱۱۲۵۰۰	۲۹۷۴	۱۹۷۹۴۰۵	۱۲۴۶۵۹۸۸	۱/۸۰
۱۲۸۰۳	۱۱۷۶۲	۱۱۷۳۶۱	۳۱۰۲	۲۰۷۰۵۶۳	۱۳۰۰۴۶۴۱	۱/۸۵
۱۲۹۴۳	۱۱۹۰۲	۱۲۲۲۲۵	۳۲۳۲	۲۱۶۱۷۲۰	۱۳۵۴۳۲۹۵	۱/۹۰
۱۳۰۸۳	۱۲۰۴۳	۱۲۷۰۸۴	۳۳۶۰	۲۲۵۲۸۷۸	۱۴۰۸۱۹۵۱	۱/۹۵
۱۳۲۲۳	۱۲۱۸۲	۱۳۱۹۶۱	۳۴۹۲	۲۳۴۴۰۳۲	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲/۰۰



ΙΣΛΡΕΥ