



سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران

۱۴۰۳/۱۴۸۲۴۷  
۱۴۰۳/۰۵/۱۴



سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران

## دستور عمل

# پژوهشگی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳

(ویرایش ۲۶)

مندرجات این دستور عمل براساس مفاد تفاهم‌نامه پژوهشگی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ تدوین گردیده است.  
تحت نظرارت: آقای دکتر عباس علی‌پور و آقای دکتر فرشید عابدی

اعضاي گروه تدوين: آقای دکتر مسعود مشایخی، خانم دکتر نگین طاهری، خانم پریسا تلاوری، آقای دکتر رضا زرگران،  
آقای نادر محمدطاهری، خانم رقیه ضرایی، آقای مهندس مسعود آزاد، خانم زهرا کبیری روزبهانی، آقای حمیدرضا سحرخیز، خانم  
فریبا حسنی، خانم نوجوان محمدی و خانم حوريه باقرنژاد.  
سایر همکاران: خانم دکتر فاطمی، خانم دکتر ترابی، خانم اسلامی، آقای دکتر مجتبی، 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: اتفاقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضای تیم سلامت و مراکز ارائه خدمت
۸	ماده ۹: تهدبات 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 راهنمای مکانیسم پرداخت تیم سلامت



## مقدمه:

در اجرای بند (الف) ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران و ماده ۳۷ قانون الحق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر ارتقای خدمات سلامت روستایان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشاير 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 می‌شود.

## وازگان 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/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تابعه وزارت.

معاونت‌های بهداشتی: معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها/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 دستور عمل به شرح ذیل تعریف می‌گردد:

**۱- پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است که عهده‌دار 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 می‌نماید.

**۲- فرد روستایی:** فرد روستایی فردی است که سکونت وی در روستا موردنایی 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 همه‌جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند و در برگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیری است.

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

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



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

**۶- نظام ارجاع:** ارائه خدمات سلامت به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی است تا چنانچه مراجعت کننده از واحد محیطی سطح اول به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نموده، نتیجه و پس‌خوراند اقدامات درمانی در سطح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

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

**الف- سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین، توسط واحدی در نظام سلامت (مراکز ارائه خدمت، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قراردارد 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 سربابی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/انتوانی 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، کارдан یا کارشناسان مامایی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت محیط و حرفه‌ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، روانشناس، کارشناس تقاضی، بهداشتکار دهان و دندان، مراقب سلامت دهان، بهورز و سایر نیروهای موردنیاز 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 جمیعت یا جامعه می‌گذارند.

**۱۱- پرداخت سرانه:** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به‌ازای جمیعت 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 به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح اول به طور مشترک بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و سازمان منعقد می‌گردد.

**۱۳- دستور عمل پزشکی خانواده روستایی:** منظور دستور عمل 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 به منظور اجرای مفاد تفاهم‌نامه و دستور عمل 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 به صورت ادغام یافته و به صورت 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 بیت‌وتنه:** مراکز ارائه خدمت مجری که در آن حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعت اداری نیز ارائه می‌شود.

**۱۷- مراکز ارائه خدمات 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، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسائل 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 تعریف شده‌ای 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 خواباط 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 روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر مستند به آمار معاونت بهداشت (اعم از تحقیق پوشش صندوق روستاییان و عشایر، سایر صندوق‌های سازمان، سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه، فاقد پوشش بیمه و افراد غیر ایرانی) 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 روستاییان و عشایر مستند به آمار سازمان است.

**۲۴- فرانشیز (سهم بیمار):** سهم بیمه‌شدگان از هزینه خدمات سلامت که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعریف شده‌اند و مطابق آخرين مصوبه هيات وزیران و خواباط سازمان تعیین می‌گردد.

**۲۵- بیمار اورژانس:** بیماری است که طبق تعاریف پزشکی اورژانس و دستور عمل‌های 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 امنا:

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

### اعضای هیات امنا:

هیئت امنا 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 ماما، ۱ نفر کارشناس بهداشت محیط و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است و بنابر صلاحیت 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 امنا است.

وظایف و اختیارات هیات امنی 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 تأمین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیوت‌های 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 روستاهای محل استقرار مراکز ارائه خدمات 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 خدمات 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 خدمات 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 خدمات شهری روستایی قرار دارند. معمولاً "این روستاهای 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 خدمات، 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 پزشک 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 اطراف چادرهای عشایری به صورت چادر/کانکس مخصوص یا به صورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راهاندازی می‌گردد.

## ماده ۵: تعیین نیروهای موردنیاز تیم سلامت:

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

۱-پزشک: برای ارائه خدمات در هر مرکز، یک نفر پزشک (پزشک خانواده عمومی/ متخصص پزشکی خانواده) به ازای ۴۰۰ نفر تعیین می‌گردد. چنانچه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت مرکز اضافه شود، پزشک دوم به کارگیری می‌شود. در صورتیکه بیش از ۴۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک پزشک است، سرانه مربوط به پزشک، مشمول تعديل عدم تناسب جمعیت به پزشک می‌گردد.

تبصره: چنانچه برای پوشش فعال مراکز ارائه خدمات مجری، بیش از یک پزشک موردنیاز است، توزیع پزشکان بر اساس خانه‌های بهداشت موجود و حتی الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

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

۲-ماما: به ازای هر ۷۰۰ نفر جمعیت تعیین شده پوشش فعال جهت خدمات مامایی و بسته‌های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین کرد. به کارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مراکز ارائه خدمات مجری، بیش از ۷۰۰ نفر است و ۲ یا چند ماما برای آن مرکز نیاز است، توزیع ماماهای بر اساس خانه‌های بهداشت / پایگاه سلامت موجود و حتی الامکان با لحاظ تقسیم مساوی جمعیت بین آنان صورت می‌پذیرد. در صورتیکه بیش از ۷۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک ماما است، سرانه مربوط به ماما، مشمول

تبدیل 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 خدمات دارای دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان براساس استاندارد درنظر گرفته شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان (حداقل ۱۰۰ خدمت وزن دهنده شده روزانه متوسط، توسط دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان)، باید یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرک کارданی مرتبط، از محل اعتبار پرسنلی دهان و دندان (از طریق خرید خدمات) به کار گیری شود. در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دبیلم و گواهی آموزشی طی شده موردنایید معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده تعیین گردد.

**۵- کاردان / کارشناس آزمایشگاه:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی بهازای 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 خدمات فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو تا واحد آزمایشگاهی دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد است، بهازای 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 بهازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک روز به حضور نمونه گیر اضافه می‌گردد. در مناطق با شیوع بالای بیماری‌های متقله توسط ناقلين، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست کاردان / کارشناس علوم آزمایشگاهی تصمیم گیری خواهد شد.

**۶- کاردان / کارشناس رادیولوژی:** بهازای هر مراکز ارائه خدمات دارای واحد رادیولوژی حداقل یک نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می‌گردد.

**۷- روانشناس و کارشناس تغذیه:** برای ارائه خدمات سلامت روان و بیهوبد 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 خواهد داشت.

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

**۸- سایر نیروهای بهداشتی موردنیاز تیم سلامت:** جذب سایر نیروهای موردنیاز با اولویت جذب پرستار / بهیار برای مراکز ارائه خدمات و ماما برای ارائه خدمات در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً در صورت کفایت اعتبارات درنظر گرفته شده در ماده ۵ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پستهای بالاتصدى رده‌های بهداشتی در مراکز ارائه خدمات براساس تشکیلات تفصیلی میسر است. در صورت به کار گیری 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 خدمات محل خدمت، نیروهای مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام‌آوران بهداشت، نیروهای بخش خصوصی فعال در منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمات 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 / بیمانی 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 آینه نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/دانشکده ها سال ۱۳۹۱ و اصلاحات بعد آن است. نحوه جذب، گزینش و اولویت‌بندی به کارگیری نیروها براساس قوانین و آینه نامه‌های ابلاغی مربوطه است.

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

**تبصره ۲:** اولویت به کارگیری 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:** به صورت 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 تعديل می‌شود.

**۴-جذب به صورت اقماری:** در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک/ماما به هیچ عنوان محدود نیست، به شرط 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 به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می‌نماید. همچنین معاونت‌های بهداشتی مجوز صدور عدم‌نیاز در ساعت 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 اطلاع‌سانی 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. دارابودن پرونده مطب و پرونده بهره‌برداری موسسات پزشکی (قبل از همکاری در برنامه ویا 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 چهت ارائه خدمات بهینه فوریتی به جمعیت ساکن فعال، فعالیت نیروهای طرف قرارداد (رسمی، بیمانی، قراردادی، طرحی) مشروط به موافقت نیرو و موافقت معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده، در ساعت غیرموظف، بلامانع است. به منظور اجتناب از بروز اختلال در عملکرد وی در مرکز ارائه خدمت، ساعت کاری شیفت شب اورژانس در شیفت قبل از روز کاری فرد؛ حداقل 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 ارائه شده سطح اول است. پس از ابلاغ قالب قرارداد همکاری و سهم سرانه خدمات، انعقاد قرارداد همکاری الزامي 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 امرکز بهداشت مجاز به تعديل سرجمع پرداختی مبتنی بر عملکرد اعضاي تيم سلامت، متناسب با اقدامات اداره کل استانی است.

#### ماده ۸: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت و اعضاي تيم 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 ازوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشتی ميسراست. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک، يك سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد.

(ب) نحوه انعقاد قرارداد با داروخانهها براساس ضوابط و دستورالعمل های مربوطه (توافق نامه انتقال سهم دارو) است.

۲- انعقاد قرارداد با اعضاي تيم سلامت: مبلغ مندرج در متن قرارداد اعضاي تيم سلامت با مرکز بهداشت برمبنای حکم کارگزینی صادره (براساس دستورالعمل اجرایي نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزاياي کارمندان قرارداد کارمعين) و پرداخت مبتنی بر عملکرد تعیین می گردد. مدت زمان قرارداد حداقل يك سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می گردد. عقد قرارداد پاره وقت با اعضاي تيم سلامت مجاز نیست.

#### ماده ۹: تعهدات مرکز بهداشت در مقابل اعضاي تيم سلامت:

تعهدات مرکز بهداشت در مقابل اعضاي تيم سلامت به شرح ذيل است:

(۱) صدور ابلاغ همکاري و محل خدمت، صدور حکم کارگزیني و ارائه يك نسخه از متن قرارداد پرداخت مبتنی بر عملکرد در ابتداي فعاليت و يا تمدید آن به فرد طرف قرارداد الزامي است. بر اين اساس مستخدم، معهود به پذيرش مفاد دستورالعمل اجرایي خواهد بود.

(۲) برگزاری دوره آموزشی ۳ روزه با هدف شناخت نظام شبکه، وظایيف تيم سلامت، دستورالعمل اجرایي، آموزش های مرتبط با جوانی جمعیت و فرزندآوري برای اعضاي تيم سلامت و صدور گواهی مربوط به اين دوره؛ لازماست تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مراکز ارائه خدمات آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده (به مدت ۳ روز) انجام گردد.

ابلاغ مراکز ارائه خدمات مجری آموزش و اعضاي مستثول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر/رئيس مرکز بهداشت صادر می گردد.

(۳) برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشك و تيم سلامت به جمعیت ساكن فعال و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتداي کار هر پزشك خانواده.

(۴) تامين، تعمير و تجهيز فضای فيزيکي ارائه خدمات پزشك خانواده در مناطق روستايی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲ هزار نفر (مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)

(۵) برگزاری دوره آموزشی در بدوفعالیت فرد درخصوص قوانین بیمهای، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور تاییديه آموزشی توسط اداره کل استانی.

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

(۶) صدور ابلاغ نمایندگان منتخب تيم سلامت در ابتداي سال و برگزاری جلسات فصلی با نمایندگان /اعضاي تيم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایي مرتبط با آنان.

(۷) صدور گواهی انجام کار به اعضاي تيم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذكر نحوه عملکرد، و نمره ارزشلای و مدت زمان خدمت.

(۸) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضاي تيم سلامت بهصورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره کل استانی ارسال می گردد.

(۹) فيش پرداختی بابت حکم کارگزیني و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضاي تيم سلامت به شکل کاغذی/الكترونيک ازوی معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت به اداره کل استانی ارائه می شود.

#### ماده ۱۰: وظایيف اعضاي تيم سلامت:

(۱) تشکيل و تكميل پرونده سلامت: تشکيل و تكميل پرونده سلامت برای تمامي جمعیت هدف وزارت توسط تيم سلامت پس

از شناخت جمعیت تحتپوشش خود، از طریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد. ثبت اطلاعات براساس بروتکل‌های ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت صورت می‌پذیرد. هر زمان خانواری به منطقه دیگری نقل‌مکان 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 تحتپوشش دهگردشی کنند. پزشک خانواره و مامای تیم سلامت باید در روستاهای اصلی حداقل هفته‌ای یکبار، در روستاهای قمر، حداقل ماهی یکبار و در روستاهای سیاری و جمعیت عشايری (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 تحتپوشش 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.

تبصره‌۱: در مراکز دارای بیش از یک پزشک، ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تحتپوشش پزشک و مامایی که به دهگردشی رفته است، باید توسط پزشک/پزشکان ماما/ماماها را دیگر حاضر در مرکز انجام گیرد.

تبصره‌۲: در مورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه‌های بهداشت و روستاهای سیاری و قمر باید بین پزشکان 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.

تبصره‌۳: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه‌های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحتپوشش، براساس برنامه زمان‌بندی مسئول مرکز ارائه خدمت و تایید مرکز بهداشت انجام می‌شود. هنگام دهگردشی، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

تبصره‌۴: در صورتیکه داروخانه طرف‌قرارداد در مرکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی است، دارویاری در هنگام دهگردشی در صورت نبود نیروی مرتبط، بر عهده مامای تیم سلامت است.

تبصره‌۵: در مراکز ارائه خدمت که فاقد روستای اصلی، قمر و سیاری هستند، دهگردشی انجام نشده، بالطبع مشمول تعديل خدمت دهگردشی و خودرو نمی‌گردد.

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 استحقاق‌سنگی، نسخه‌نویسی، نسخه‌پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم نبودن شرایط برای نسخه‌نویسی، نسخه‌پیچی و ارجاع الکترونیک، به هیچ دلیل نباید منجر به خدشه در خدمت قابل ارائه وبا تحمیل هزینه به جمعیت تحتپوشش سازمان شود. در صورت فراهم نبودن شرایط برای نسخه‌نویسی، نسخه‌پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت در بستر سامانه‌های سطح اول، در سامانه‌های سازمان اعمال گردد. معاونت بهداشت موظف است دسترسی به سامانه‌های سطح اول را برای 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 فراهم شدن 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 شده است. تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهای ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت‌ها و خدمات ارائه شده 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 جانی از جمله ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال، لبیوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط، کاتریزاسیون ادراری، آتلینندی شکستگی‌ها، شستشوی گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کارگذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده (پزشک عمومی/ متخصص پزشکی خانواده) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل انجام است. انجام نشدن خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت، شامل پایش و تعديل نیست.

تبصره ۲: طبق شیوه‌نامه به کارگیری متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت به کارگیری 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: ساعت کار اعضا تیم سلامت:

روزها و ساعت کاری اعضا 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 به عنوان بیتوته تلقی می‌شود. حضور فعال تیم سلامت در مراکز ارائه خدمت و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت تابعه برای شیفت‌های فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/دانشکده، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتماً همسان با ساعت 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 اعضا تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت، علاوه بر ساعت کار موظف، باید در ساعت غیراداری و روزهای تعطیل براساس نیاز مرکز بهداشت و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند.

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

تبصره ۲: تعییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضا 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 ساعت غیراداری از طرف مرکز بهداشت برای این ایام صورت پذیرد تا خالی در خدمت‌رسانی ایجاد نشود.

#### ماده ۱۲: بیتوته تیم سلامت:

ارائه خدمات پزشکی در ساعت غیراداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل)، به جمعیت تحت پوشش، مطابق مفاد ذیل برای کلیه مراجعین (اعم از اورژانسی و غیر اورژانسی) به مراکز ارائه خدمت، الزامی است. مرکز بهداشت موظف است بر حسب وضعیت، ارائه خدمت بیتوته را به یکی از روش‌های ذیل، برای جمعیت ساکن فعل 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 ساعت غیراداری به صورت بیتوته ارائه می‌گردد. حضور نگهبان/سرایدار در زمان بیتوته در این مراکز الزامی است.

تبصره: برای مراکز تک‌پزشک براساس نظر مرکز بهداشت، می‌توان جمیع ها 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 جمیعت بیش از ۱۲,۰۰۰ نفر) هستند و یک نفر از پزشکان مرکز (به صورت چرخشی) در ساعت غیراداری به صورت فعال در مرکز مستقر است و روزکاری بعد بیتوته برای وی استراحت (بدون لحاظ غیبت) در نظر گرفته می‌شود. در موقع کمبود پزشک در ساعت بیتوته مراکز شبانه‌روزی، مرکز بهداشت از سایر مراکز پزشک تأمین می‌نماید.

تبصره ۲: حضور پرستار/بهیار و نگهبان/سرایدار به همراه پزشک در مراکز شبانه‌روزی الزامی است. در صورت تأمین نشدن

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

ج) مراکز تجمیعی: مراکز ارائه خدمتی که حداقل ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز ارائه خدمت فاصله دارند را می‌توان به عنوان مرکز بیتوته (به عنوان تجمیعی/اعین مطابق با این دستور عمل) برای پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد و در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمیعت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰,۰۰۰ نفر درنظر گرفته شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه دهنده‌گان فراهم گردد. حضور پرستار/بهیار و نگهدار/سرایدار به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است. از مامای مرکز تجمیعی نمی‌توان به عنوان ارائه دهنده خدمات بیتوته استفاده نمود.

تبصره ۱: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی باید توسط کلیه پزشکان مراکز قادر امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت و براساس برنامه‌ریزی، به صورت 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 مراجعته بیماران، جمیعت ساکن فعل، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه‌روزی مشخص و به مردم اطلاع رسانی کافی شود.

د) بیتوته در بیمارستان: در صورت نبود امکان برقراری بیتوته با شرایط مذکور، مرکز بهداشت مجاز به عقد قرارداد با بیمارستان دانشگاهی (حداقل در فاصله ۱۵ کیلومتری از مرکز) برای ارائه خدمت به جمیعت تحت پوشش در ساعات غیر اداری است، در این وضعیت، هزینه‌های مربوط حسب ساعت بیتوته، توسط مرکز بهداشت به بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه‌شدگان پرداخت شود. بدینه‌ی است اداره کل استانی پرداخت جدایانه برای ارائه خدمت به بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر سازمان به صورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS) به بیمارستان ندارد. ضروری است هماهنگی لازم بین بیمارستان و مرکز بهداشت، به منظور پذیرش این بیمه‌شدگان در ساعت غیر اداری توسط بیمارستان (به عنوان 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 به صورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت مکلف است در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته که قادر پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

۲- محل زیست: با درنظر گرفتن اعتبار برای راهاندازی و بهبود محل 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 حدائق امکانات را در آن مرکز فراهم نماید. در صورت فقدان امکانات، باید تلاش شود از محل اعتبار درنظر گرفته شده هرچه سریعتر امکانات موردنیاز فراهم گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز برای بیتوته هماهنگی شود.

۳- شیفت‌بندی بیتوته: مرکز بهداشت باید برنامه زمان‌بندی شیفت بیتوته برای پزشکان را به صورت نوبتی تدوین و ابلاغ نماید. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز ارائه خدمت، مسئولیت شیفت‌بندی ارائه خدمات در ساعت غیر اداری 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 مشخص شده 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 ساعت 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- اطلاع‌رسانی به مردم:** لازم است نام، محل و نشانی مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشیک به نحو مقتضی به اطلاع مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا بدانند خدمت بیتوته را از کدام مرکز ارائه‌دهنده 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 اعضاي تيم سلامت:

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

۱- اعضاي تيم سلامت می‌توانند سالانه از ۳۰ روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزايا و بدون کسر ضريب حضور بهره‌مند شوند ولي بطور متوالی نمي‌توانند بيش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. غيبت غيرموجه در روزهای کاری و در روزهای تعطيل که در برنامه کشیک قرارداد منجر به کسر ضريب حضور (درج کل روزهای ماه در مخرج کسر ضريب حضور بهجای روزهای کاری ماه) و کسر امتياز در پايش فصلی خواهد شد. در اين موارد پرداخت مبلغ حکم کارگزini بهزادi غيبت، براساس آين نامه اداري استخدامي مربوطه است. مرخصی استعالجي نيز مشمول پرداخت مبلغ حکم کارگزini بهزادi براساس آين نامه اداري استخدامي مربوطه و مشمول کسر ضريب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد است. ضمنا غيبت غيرموجه بيش از سه روز منجر به لغو قرارداد خواهد شد.

۲- درمورد حج تمتع، صرفا يك بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی يك ماهه ممکن است و در اين زمان صرفا حکم کارگزini مطابق با قوانین مربوطه قابل پرداخت است.

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

۴- حاضرنبودن هر يك از اعضاي تيم سلامت به علت دهگردي، شركت در جلسات آموزشي و بازآموزي و اداري (با هماهنگي اداره بيمه سلامت شهرستان)، با رعایت سلسنه مراتب اداري، مشمول تعديل مربوط به غيبت نمي‌شود.  
تبصره: برنامه‌ريزي برای شركت اعضاي تيم سلامت در جلسات آموزشي / بازآموزي / اداري به گونه‌اي طراحي گردد که هيچ مرکزی فاقد پزشك و ماما نشود.

۵- اعضاي تيم سلامت در صورت ابتلا به بيماري به تشخيص پزشك معتمد دانشگاه/دانشکده از مرخصی استعالجي حداچره به مدت ۴ ماه در سال استفاده مي‌نمایند. درمورد پرسنل رسمي مطابق قوانين مربوطه اقدام مي‌شود. درمورد پرسنل غيررسمی، فرد به سازمان تامين اجتماعي معرفی مي‌شود، در مدت مرخصی براساس قوانين موجود (از جمله قانون حمایت از جوانی جمعیت) اقدام مي‌شود.

۶- در راستاي تقويت برنامه جوانی جمعیت و بنيان خانواده چنانچه فرد استفاده‌کننده از مرخصی (در مرخصی طولاني مدت و به دليل زيان) داراي سابقه خدمت در محل بوده در مدت مرخصي وي، با فرد جانشين (نيروهای مشمول قانون خدمات پزشكان و پيراپزشكان و در صورت نبود نيروهای مذکور، نيروهای قراردادي متقارضي) قرارداد موقت منعقد مي‌شود. در راستاي امنيت شغلی و سياست‌های جمعیتی مرکز بهداشت موظف است در پايان مرخصی، فرد را در محل فعالیت قبلی به کارگيري نماید.

۷- مدت مرخصی زيان براساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تعیین مي‌گردد.

۸- اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص با نظر مسئول مستقيم و مطابق مقررات و آين نامه‌های اداري استخدامي است.

۹- ذخیره مرخصی اعضاي تيم سلامت، با توجه به رابطه استخدامي و تابع ضوابط مربوطه است.

۱۰- وجود حداقل يك پزشك جانشين بهزادi هر مرکز بهداشت الزامي است. ضروري است مرکز بهداشت بهزادi هر ۱۱ پزشك خانواده، با يك پزشك ديگر نيز به عنوان پزشك جانشين قرارداد منعقد نماید. پزشكان جانشين در ايام معمول باید در مراکز موردنizar (با نظر مرکز بهداشت) همکاري لازم را داشته نمایند. دراستفاده از پزشك جانشين، مديریت مرخصی پزشكان خانواده، با مرکز بهداشت است به گونه‌اي که همزمان دو مرکز نيازمند پزشك جانشين واحد نشوند. پزشكان جانشين كليه فعالیت‌های



پزشک خانواده اصلی را باید انجام دهند.

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

۱۲- وجود حداقل یک مامای جانشین بهزای هر ۱۱ ماما در مرکز بهداشت الزامی است و پس از آن با یک مامای دیگر (بهزای هر ۱۱ ماما) به عنوان مامای جانشین عقد قرارداد نماید. ماماهای جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری نمایند. دراستفاده از مامای جانشین، مدیریت مخصوصی ماماهای، با مرکز بهداشت است تا همزمان دو مرکز نیازمند مامای جانشین واحد نشوند. علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مامای جانشین معادل متوسط ماماهای شهرستان محل فعالیت بدون اختساب دهگردشی و بیوتنه 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: با توجه به این موضوع که از پزشک و مامای جانشین صرفاً جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهای طرف قرارداد (در مدت مخصوصی استحقاقی و استعلامی این نیروها) استفاده می گردد؛ به کارگیری این نیروها به عنوان جانشین سایر پزشکان و ماماهای (غیر طرف قرارداد پزشکی خانواده روستایی)، نیز استفاده از پزشکان و ماماهای غیر طرف قرارداد پزشکی خانواده روستایی به عنوان جانشین پزشکان و ماماهای طرف قرارداد، منوع است.

۱۴- مخصوصی ماماهای در سقف تعیین شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه) و مخصوصی استعلامی (تا ۳ روز در ماه) در صورت نبود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر ماماهای یا مواقب سلامت (صرف داش آموخته مامایی) همان مرکز یا مراکز مجاور مشمول تعديل 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 ویا 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 تولیت دانشگاه /دانشکده ها در ارائه بسته خدمات داروی سطح اول، مرکز بهداشت نظارت بر تامین اقلام دارویی سطح اول را برعهده دارد.

- باعنایت 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 ویا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است.» تأمین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز به گیرندگان خدمت از طريق داروخانه ملکی و غیرملکی (شاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

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



ملزم به نسخه‌پیچی الکترونیک همگام با نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ارائه‌خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت استناد تمام الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و استناد نیمه‌الکترونیک (نسخه‌نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) بارعایت ضوابط مربوطه خواهدبود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره‌کل 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 داروبی) طرف قرارداد، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات کل استانی پرداخت می‌گردد.

ادارات کل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات داروبی 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 داروبی 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 نشاندارشدن بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای صندوق روستاییان 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 بیمه‌شده‌گان صندوق روستاییان و عشایر، معادل ۳۰ درصد و برای سایر صندوق‌های بیمه‌ای سازمان، مطابق قواعد بیمه‌ای در سامانه نسخه‌نویسی الکترونیک سازمان خواهدبود.

- ارائه نسخ داروبی تجویزی مامایی و دندانپزشکی، در محدوده داروهای مصوب، حسب سایر ضوابط مربوطه بلامانع است.  
۴- موجودی دارو: داروها باید بهمیزان کافی در انبار داروبی مرکز بهداشت و داروخانه‌های خصوصی طرف قرارداد اداره‌کل استانی وجود داشته باشد و حداقل در مقاطعه سه‌ماهه، نیازهای داروبی 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 داروبی 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 بهدلیل کمبود کشوری دارو، مشمول تعدیلات نمی‌شود.

۵- اعتبارات داروبی: 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 سامانه تشخیص می‌یابد.

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

- تامین داروهای قفسه داروبی در تمامی خانه‌های بهداشت براساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به‌عهده مرکز بهداشت است.

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

۶- توزیع نیروی انسانی داروبی: تامین نیروی انسانی در داروخانه‌های ملکی به‌عهده 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 داروخانه های 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 ظرفیت های بخش دولتی، اداره کل استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، مرکز شهرستان و مرکز استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، عقد قرارداد می نماید. بدینه است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است. در صورتیکه داروخانه بخش خصوصی متلاطف ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نبود، اداره کل استانی، مراتب را کتبی به مرکز پهداشت اعلام می نماید تا مرکز پهداشت راسا خدمات دارو را به صورت ملکی در مرکز مذکور، ارائه نماید.

**تبصره ۱:** در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل های مربوطه از سوی داروخانه طرف قرارداد اداره کل استانی برای تامین داروهای سطح اول، مرکز پهداشت 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 تحییل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد، اقدامات مقنضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می شود.

**۸- میزان تع gioیز دارو:** میانگین موردنظر 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 می تواند تا ۳/۵ قلم، افزایش یابد.

**تبصره:** در صورت کاهش میانگین قلم دارویی نسخ هر پزشک به میزان ۵،۰ قلم کمتر از مدت مشابه سال ۱۴۰۲، پرداخت مبتنی بر عملکرد وی ۵ درصد افزایش می یابد.

**۹- تعریف 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 تعریف بخش دولتی است. قیمت دارو و فرانشیز بیمه شدگان در داروخانه های 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 تراالی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.**

**تبصره:** داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری خون) مناطق عشاپری در ایلگردشی رایگان و از محل اعتبارات وزارت تامین می گردد.

**تبصره ۱۰:** در صورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعریفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می گردد.

**۱۰- اقلام مکمل:** مرکز پهداشت موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل (مندرج در بند ۵،۱،۲،۲ تفاهمنامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳) چهت گروههای هدف است. این اقلام بر حسب بسته خدمتی تعریف شده براساس برنامه کشوری مکمل یاری گروههای سنی و فیزیولوژیک (گروههای هدف) و آخرین ابلاغیه های صادره در اختیار خانه های پهداشت یا پایگاه های پهداشت روستایی شهری مجری قرار گرفته و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه ها قرار می گیرد و نیازمند تع gioیز نیست.

#### ماده ۱۵: ارائه خدمات پاراکلینیک:

**۱- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک:** راه اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک براساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش است. هر مرکز پهداشت می تواند 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 برای سهم سازمان از اقلام خربزاری شده، از سرانه آزمایشگاه و رادیولوژی شهرستان کسر خواهد نمود. مرکز بهداشت موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز ارائه خدمات از طریق راهاندازی آزمایشگاه و رادیولوژی با خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع‌آوری نمونه از مراکز و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف قرارداد مرکز بهداشت خواهد بود.

**۳-شوابط 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 مراجعت بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه بر عهده 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-سطوح بندی آزمایشگاه:** واحدهای ارائه‌دهنده خدمت از نظر ساختاری، به شرح ذیل تقسیم می‌شوند:  
 (الف) آزمایشگاه مرکز ارائه خدمات: به آزمایشگاهی اطلاق می‌شود که در مرکز ارائه خدمات با جمیعت تحت پوشش حداقل ۱۰,۰۰۰ نفر (واقع در یک یا چند مراکز ارائه خدمات) قرار دارد.

تبصره: لازماست طوری برنامه‌ریزی شود تا در صورت اعمال موارد ذکر شده، آزمایشگاه‌های ایجاد شده قبلی تعطیل نگردد.  
 (ب) واحد نمونه‌گیری: در صورتیکه مراکز ارائه خدمات، فاقد آزمایشگاه فعلی و یا در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی یا غیردولتی طرف قرارداد است، راهاندازی واحد نمونه‌گیری در مرکز الزامی است. نمونه‌گیری در این مرکز توسط پرسنل آموزش دیده و معرفی شده مرکز بهداشت برای جمیعت کمتر از ۲۵۰۰ نفر یک روز در هفته، به ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمیعت اضافه یک روز در هفته اضافه می‌گردد. ارائه نشدن خدمت نمونه‌گیری در این موارد منجر به کسر سرانه آزمایشگاه خواهد شد.  
 (ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده ازمسیر ارجاع از مراکز ارائه خدمات به مرکز بهداشت انجام می‌شود. در صورتیکه ممکن نبودن انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمات، از طریق نمونه‌گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نیست.

تبصره ۱: نیروی انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمیعت مرکز دارای آزمایشگاه فعل و جمیعت مراکز دارای واحد نمونه‌گیری جذب می‌شود. به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمیعت ساکن فعل مراکز ارائه خدمات دارای آزمایشگاه فعل، یک نفر نیروی کاردان/کارشناس آزمایشگاه به کارگیری می‌شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعل مستقر بوده، موظف به نمونه‌گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت پوشش این مرکز است.

تبصره ۲: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورت جلسه مشترکی با اداره کل استانی مصوب و در کلیه مراکز ارائه خدمات در معرض دید بیمه‌شدگان 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 آزمایشگاه‌های بهداشتی: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه‌های بهداشتی مجری براساس فهرست تجهیزات آزمایشگاه‌های بهداشتی (طبق دستورالعمل ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت) در برنامه مذکور است. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی‌های 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 می‌شود. تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که در ماده ۲ آینین نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی تعریف شده است، باید دارای تاییدیه از وزارت ارائه نمایند. تمام کارکنان آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه‌های دانشگاه/دانشکده گزارش نمایند.

۵-مسئولیت فنی آزمایشگاه: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم

آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تكمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و کارانه آنان از طریق درآمد اختصاصی شبکه بهداشت و درمان شهرستان پرداخت می‌شود. تعداد مسئول فنی و اجدسراپیت و موردنیاز شبکه آزمایشگاهی مرکز بهداشت براساس جمعیت تحت پوشش، تعداد مراکز آزمایشگاهی، بارکاری آزمایشگاهی 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 دستور عمل مربوطه، انجام می‌گردد.

**تبصره ۱:** به تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری‌ها و برنامه‌های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای يومی 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 نمونه برداری 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 CBC و آزمایش Blood Group & RH، آزمایش شمارش افتراقی سلول‌های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار، HBSAg، آزمایش کومبیس غیرمستقیم (مادران RH منفی)، FBS، VDRL، TSH، HIV، Serum Creatinin، Serum BUN (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 کمی فنیل آلانین (PKU) و G6PD (در صورت وجود امکانات و حسب نیاز).

### جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه‌های بهداشت:

آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان / استان	آزمایشگاه مرکز ارائه خدمت روسانی / شهری دارای آزمایشگاه	واحد پذیرش و نمونه‌گیری
کلیه خدمات آزمایشگاه‌های مرکز ارائه خدمت روسانی / شهری	آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول‌های خونی	پذیرش و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش‌های قابل نمونه‌گیری و انجام درخواستی، توسط پرسنل خانواده کلیه نمونه‌های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه‌های بهداشتی - درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه‌های خصوصی تابیض شده) ارسال گردد.
دارای آزمایشگاه بهداشتی	هموگلوبین	در راهنمای پذیرش و نمونه‌گیری کلیه وسائل حفاظت فردی لازم (طبق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) بهت فرآیند نمونه‌گیری و نیز ارسال امن و این نمونه باید نهیه و استفاده شود.
بیبروپین مستقیم و توئال	هماتوکریت	
آزمایش Uric Acid	Blood Group & Rh	
آزمایش HBsA	قدنخون ناشتا (FBS)	
آن	آزمایش Glucose Challenge Test (GCT)	
ظرفیت اتصال آهن (TIBC)	Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)	
فریتین سرم	آزمایش آرایه ۲ (ThPP)	
کومبیس پلت (Coombes Wright)	آزمایش Serum BUN	
۲-مکتوتاتانول (2ME)	آزمایش Serum Creatinin	
آزمایش HCG سرم	آزمایش Serum Cholesterol	
آزمایش کومبیس غلوسوستیم	آزمایش Serum Triglyceride	
بررسی اسید مسنتیم خلط از نظر سل	آزمایش Serum HDL-Cholesterol	
کشت مدفع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor)	آزمایش Serum LDL-Cholesterol	
آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH-مادر باردار)	آزمایش Serum HDL-Cholesterol	
آزمایش T4	آزمایش Serum SGOT	
اندازه‌گیری کمی فنیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU)	آزمایش Serum SGPT	
آزمایش HbA1c	آزمایش آرایش کیفی تشخیص حاملگی	
HIV Ab	آزمایش Serum RPR/VDRL	
آزمایش HbsAg	سدمیاناسیون (ESR)	
آزمایش HBsAb	(Ova/Parasite -Stool Examination)	
HCVAb	آزمایش خون مخفی در مدفع	
Ca/P	آزمایش آنالیز کامل ادرار	
آزمایش Na/K	آزمایش کشت ادرار	
ALP Serum	رایت	
نمونه‌گیری DAT برای تشخیص کالاز (مربوط به مناطق آنتمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماری‌های واگیر)	ویدال	
آزمایش پاب اسمر	لام خون محیطی (تشخیص سالک و مalaria)	
	CRP	



**۶- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیولوژی):** خدمات تصویربرداری مورد تعهد 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 طرف‌قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف‌قرارداد طبق مفاد تفاهمنامه) قابل ارائه است.

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

(ج) اطلاع رسانی درخصوص نشانی مراکز تصویربرداری طرف‌قرارداد 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 طرف‌قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران است.

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

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

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

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

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

(د) در صورت رعایت نشدن شرح و ظایف 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 آینین‌نامه رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت.

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

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

- دندانپزشکان بخش خصوصی طرف‌قرارداد مرکز بهداشت: مطابق ضوابط آینین‌نامه‌های 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 عشاپری 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 اطراف عشاپر کوچ کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه‌ریزی شده برای مراجعت به مدارس و مهدکاری 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 آینین نامه مربوطه به عهده 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. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صدرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید باید با جدیت پیگیری و فهرست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع صدرالذکر گزارش شود.

تبصره ۲: با توجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/دانشکده‌ها، درصورت تامین نشدن دندانپزشک توسط مرکز بهداشت، دانشگاه/دانشکده می‌تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. فهرست این مراکز به منظور اطلاع‌رسانی مناسب به بیمه‌شدگان، در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمات نصب گردد.

تبصره ۳: درصورت وجود اعتبار، مراکز تجمیعی، معین، شبانه‌روزی و مراکز ارائه‌خدمت در مناطق محروم واحد رادیوگرافی تک دندان گردند. بدین‌آیینه مذکور منجر به تعییلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهد شد.

تبصره ۴: درصورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در مراکز طرف‌قرارداد مرکز بهداشت، فاصله مراکز ارائه‌دهنده خدمات، حداقل ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوری است؛ درخصوص 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: بهورز و مراقب سلامت خدمات ذیل را به منظور 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 (به منظور 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 یا درمانی دارند به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان.

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

۷- انجام وارنيش فلورايد.

۸- توزیع مسواک انگشتی.

۹- ارزیابی خطر پوسیدگی دندان برای گروه‌های هدف.

۱۰- آموزش و معاینه در پایگاه‌های سنجش و مدرسه.

چگونگی انجام خدمات مذکو براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت است.

شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت دهان و دندان در منطقه 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.

درصورت ارائه مراقبت‌های سلامت دهان و دندان توسط هر کدام از ارائه‌دهنگان خدمت (بهورز، 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 ارائه خدمت دارای واحد دندانپزشکی، مطب‌ها و درمانگاه‌های دندانپزشکی طرف-قرارداد:

۱- آموزش بهداشت دهان و دندان.

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

۳- فلورایدترایپی.

۴- فیشورسیلانت‌ترایپی.

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 تحت‌پوشش و گروه‌های هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده و کودکان زیر دو سال است.

واگذاری خدمات به بخش خصوصی، می‌تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی 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 حين قراداد همکاری به صورت رایگان، الزامی است.

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

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

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

۲. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال ارجاع شده ازسوی 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 بهمین 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 ادغام‌یافته سلامت مادران باردار انجام می‌گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط کارشناس ناظر مرکز، همچنین توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می‌گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت و نظارت بر عملکرد مسئول واحد سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر



گروه/کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان معاونت بهداشتی انجام می‌شود.  
پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول واحد سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت صورت می‌گیرد.

#### ماده ۱۷: درآمدها:

درآمدها شامل:

- ۱- درآمد اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تریقات، پاسمن، 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 (ستکش، 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 ارائه شده به افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.
- ۵- درآمد مرتبط با بند "موضع حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماهای مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام‌اور بهداشت که از محل اعتبارات جاری دانشگاه/دانشکده پرداخت می‌شود.
- ۶- درآمد اخذ تعرفه خدمات دندانپزشکی ارائه شده:

(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 بهوزر و مراقب سلامت و ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای کل جمعیت ساکن فعل 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 تعديل یافته 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 تعديل یافته 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 ارائه شده دندانپزشکی در شیفت خارج از ساعت موقفي، حداکثر پرداخت بیمار براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و با درنظر 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 خدمات براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعته بیمه‌شده روستایی مهمان به مراکز ارائه خدمات خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه خدمات در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و خدمات درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه شده در مرکز مقصود مشابه با مرکز مبدأ خواهد بود. بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیر اورژانسی در این موارد براساس جدول پرداختی تعديل یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می‌گردد.

تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت‌های مامایی که طبق بسته خدمات 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 وجاها ندارد.

تبصره ۳: تا صدور بیمه‌نامه برای نوزادان، دریافت خدمت از بیمه‌نامه مادر ممکن است.

تبصره ۴: افراد فاقد پوشش بیمه‌ای نباشد ۱۰۰ درصد تعریف خدمات را پرداخت می‌کنند (به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و ترومای). لازماًست مراکز ارائه‌خدمت این افراد را برای پوشش بیمه‌ای به اداره بیمه سلامت شهرستان راهنمایی نمایند.

تبصره ۵: درصورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام‌شده در آن واحد برای گیرنده خدمت رایگان است. درصورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می‌گردد.

تبصره ۶: در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانس طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعریف دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعریف دولتی است.

در مراکز شبانه‌روزی در زمان بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیراورژانسی (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعریف دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعریف دولتی است. درمورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و ترومای ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحتپوشش در طول شبانه‌روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.

تبصره ۷: لازماًست اطلاع‌رسانی به جمعیت ساکن فعل درخصوص نرخ تعریف ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعت شبانه‌روز با همکاری دهیار/بخشدار صورت‌پذیرد. جهت اطلاع‌رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

تبصره ۸: سهم سازمان برای استناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه‌خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول برای بیمه‌شده‌گان تحتپوشش سایر صندوق‌های سازمان معادل تعریف 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 پهداشت صورت می‌گیرد.

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

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 ۹: درصورت 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 تعریف‌شده برابر مفاد تفاهم‌نامه و ضمائم که برای آن سهم سرانه تعریف‌شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.

براساس مصوبات هیئت امنا دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد پزشکی خانواده روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/دانشکده، معاف است. براساس مصوبه هیات امنا (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) به منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/دانشکده مکلف است کلیه اعتبارات تخصیص یافته، اعم از وجود حاصل از عقدقرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر و یا سایر درآمدهای ناشی از این برنامه را منحصرآ در چهارچوب دستور عمل‌های ارسالی وزارت در برنامه مربوطه هزینه و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحويل شده به دانشگاه/دانشکده برای مراکز تعیین شده توسط وزارت اقدام کنند. اجرای مفاد دستور عمل مربوطه، صادره از طرف وزارت الزامی بوده دراین 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 دستور عمل وزارت.

- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی (صرف برای خدمت بیتوه و دندانپزشکی) و غیرپزشکی موردنیاز 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 تفاهمنامه توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات کل استانی من نوع است.

#### ماده ۱۹: سهم توزیع سرانه:

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق روستاییان و عشاير و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس ماده ۵ تفاهمنامه 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 ششم 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 ساعت کاری بعد از دریافت، منابع تعریف شده را به حساب ادارات کل استانی پرداخت نماید. ادارات کل استانی طی ۷۲ ساعت 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 تفاهمنامه 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 امنی دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، مستثنی بوده، باید عملکرد این تفاهمنامه را در بند مجزا در گزارش حسابرس به هیئت امنی دانشگاه/دانشکده ارایه 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 دستور عمل را به ادارات کل استانی ارایه نمایند.

#### 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 می‌دهد. سازمان براساس شرح هزینه اعلامی وزارت، اعتبار مربوطه را توزیع می‌نماید. از اعتبار صندوق روستاییان و عشاير (اعتبار سازمان) حقوق اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و ندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تقذیه، نیروی پاراکلینیک و سایر نیروهای بهداشتی)، پرداخت می‌شود.

۲- مبلغ ۸۰ درصد در قالب علی الحساب از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشاير 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 ندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تقذیه، نیروی پاراکلینیک) به جز سایر نیروهای بهداشتی پرداخت می‌شود:

الف- مرکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره کل تحويل 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 یانک 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 سهماهه 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 ازسوی اداره کل استانی به حساب درآمد دانشگاه/دانشکده، تمامی وجهه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجهه 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 دستور عمل 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 وجهه 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 وجهه منابع اعتباری تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه‌ای معاون بهداشتی که استاندارهای آن در همین دستور عمل آمده است، هزینه نموده و استاد هزینه کرد ووجه 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 ووجه منابع اعتباری را قبل از تأیید معاون بهداشتی از مرکز بهداشت ندارد.

۹- مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف است در ابتدای سال، کل مانده وجهه بهداشتی و درآمدهای ماهانه برنامه را به تفکیک صندوق بیمه و بحسب 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 خانوار 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 معاون بهداشتی اعلام نماید.

۱۲- رئیس دانشگاه/دانشکده و معاون بهداشتی موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستور عمل 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- استاد هزینه باید پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تأیید معاونت بهداشتی رسیده، گزارش استان 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 امنا مطرح کند.

۱۴- مرکز بهداشت مکلف است سیاهه ریزحقوقی شامل پرداخت حکم / قرارداد (به تفکیک اسمی) اعضايی از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشاير 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 موردتعهد در قراردادهای منعقده را براساس ضریب عملکرد، محاسبه، پرداخت و پس از هزینه کرده، 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 ادغام‌یافته:

اعتبار اجرای برنامه‌های فنی ادغام‌یافته تفاهم‌نامه مشترک و اصلاحیه پیوست آن، براساس برنامه عملیاتی موردنایید 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 بیهوزر یا مراقب سلامت، در صورت لزوم و بنابر 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 باطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع دهنده 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)، بر عهده 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 خواهید 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 حداقل ۱۰ درصد مراجعین (غیر از ارجاع مادران باردار و بیماری‌های ازمن 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. با توجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده ازجمله مدیریت سلامت منطقه، مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاری تمام وقت در هدایت، توانمندسازی، ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می‌رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکور کاهش یابد.

## ماده 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 سه‌ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت براساس چک‌لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه جهت اجرای دستورعمل‌های ابلاغی و حصول شاخص‌های مطلوب (جمعیتی، سلامت تغذیه، سلامت روان و ...) صورت گیرد. نمرات این پایش ملاک پرداخت کارانه است.

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

تبصره ۳: به منظور بیهودگی 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 و ظایف محوله انجام گیرد.

#### ماده ۳۶: 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 جدآگاه مرکز بهداشت و اداره بیمه علاوه بر پایش مشترک، حسب‌مورد انجام می‌شود. حضور نماینده مرکز بهداشت در پایش‌های مشترک الزامی است. نتایج پایش در همه سطوح شهرستانی، استانی و کشوری ملاک پرداخت است. در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه‌شده از محل اعتبار سهم سازمان و از محل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعديلات 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 واسطه رقیب به صورت الکترونیک ثبت می‌شود.

۴- نتایج پایش با دسترسی فراهم‌شده برای نماینده مرکز بهداشت، بلا فاصله قابل رویت است.

#### ماده ۳۷: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

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

تبصره ۱: ستاد استانی موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماهاي طرف‌قرارداد 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 اعضاي تیم سلامت با همکاری اداره کل استانی برنامه‌ریزی می‌شود.

تبصره ۲: آموزش‌های پزشکان خانواده مندرج بندهای ۱، ۲، ۱، ۳، ۱، ۴، ۱، ۵، ۱، ۶، ۱، ۷، ۱، ۸، ۱، ۹، ۱، ۱۰، ۱، ۱۱، ۱، ۱۲، ۱، ۱۳، ۱، ۱۴، ۱، ۱۵، ۱، ۱۶، ۱، ۱۷، ۱، ۱۸، ۱، ۱۹، ۱، ۲۰، ۱، ۲۱، ۱، ۲۲، ۱، ۲۳، ۱، ۲۴، ۱، ۲۵، ۱، ۲۶، ۱، ۲۷، ۱، ۲۸، ۱، ۲۹، ۱، ۳۰، ۱، ۳۱، ۱، ۳۲، ۱، ۳۳، ۱، ۳۴، ۱، ۳۵، ۱، ۳۶، ۱، ۳۷، ۱، ۳۸، ۱، ۳۹، ۱، ۴۰، ۱، ۴۱، ۱، ۴۲، ۱، ۴۳، ۱، ۴۴، ۱، ۴۵، ۱، ۴۶، ۱، ۴۷، ۱، ۴۸، ۱، ۴۹، ۱، ۵۰، ۱، ۵۱، ۱، ۵۲، ۱، ۵۳، ۱، ۵۴، ۱، ۵۵، ۱، ۵۶، ۱، ۵۷، ۱، ۵۸، ۱، ۵۹، ۱، ۶۰، ۱، ۶۱، ۱، ۶۲، ۱، ۶۳، ۱، ۶۴، ۱، ۶۵، ۱، ۶۶، ۱، ۶۷، ۱، ۶۸، ۱، ۶۹، ۱، ۷۰، ۱، ۷۱، ۱، ۷۲، ۱، ۷۳، ۱، ۷۴، ۱، ۷۵، ۱، ۷۶، ۱، ۷۷، ۱، ۷۸، ۱، ۷۹، ۱، ۸۰، ۱، ۸۱، ۱، ۸۲، ۱، ۸۳، ۱، ۸۴، ۱، ۸۵، ۱، ۸۶، ۱، ۸۷، ۱، ۸۸، ۱، ۸۹، ۱، ۹۰، ۱، ۹۱، ۱، ۹۲، ۱، ۹۳، ۱، ۹۴، ۱، ۹۵، ۱، ۹۶، ۱، ۹۷، ۱، ۹۸، ۱، ۹۹، ۱، ۱۰۰، ۱، ۱۰۱، ۱، ۱۰۲، ۱، ۱۰۳، ۱، ۱۰۴، ۱، ۱۰۵، ۱، ۱۰۶، ۱، ۱۰۷، ۱، ۱۰۸، ۱، ۱۰۹، ۱، ۱۱۰، ۱، ۱۱۱، ۱، ۱۱۲، ۱، ۱۱۳، ۱، ۱۱۴، ۱، ۱۱۵، ۱، ۱۱۶، ۱، ۱۱۷، ۱، ۱۱۸، ۱، ۱۱۹، ۱، ۱۲۰، ۱، ۱۲۱، ۱، ۱۲۲، ۱، ۱۲۳، ۱، ۱۲۴، ۱، ۱۲۵، ۱، ۱۲۶، ۱، ۱۲۷، ۱، ۱۲۸، ۱، ۱۲۹، ۱، ۱۳۰، ۱، ۱۳۱، ۱، ۱۳۲، ۱، ۱۳۳، ۱، ۱۳۴، ۱، ۱۳۵، ۱، ۱۳۶، ۱، ۱۳۷، ۱، ۱۳۸، ۱، ۱۳۹، ۱، ۱۴۰، ۱، ۱۴۱، ۱، ۱۴۲، ۱، ۱۴۳، ۱، ۱۴۴، ۱، ۱۴۵، ۱، ۱۴۶، ۱، ۱۴۷، ۱، ۱۴۸، ۱، ۱۴۹، ۱، ۱۵۰، ۱، ۱۵۱، ۱، ۱۵۲، ۱، ۱۵۳، ۱، ۱۵۴، ۱، ۱۵۵، ۱، ۱۵۶، ۱، ۱۵۷، ۱، ۱۵۸، ۱، ۱۵۹، ۱، ۱۶۰، ۱، ۱۶۱، ۱، ۱۶۲، ۱، ۱۶۳، ۱، ۱۶۴، ۱، ۱۶۵، ۱، ۱۶۶، ۱، ۱۶۷، ۱، ۱۶۸، ۱، ۱۶۹، ۱، ۱۷۰، ۱، ۱۷۱، ۱، ۱۷۲، ۱، ۱۷۳، ۱، ۱۷۴، ۱، ۱۷۵، ۱، ۱۷۶، ۱، ۱۷۷، ۱، ۱۷۸، ۱، ۱۷۹، ۱، ۱۸۰، ۱، ۱۸۱، ۱، ۱۸۲، ۱، ۱۸۳، ۱، ۱۸۴، ۱، ۱۸۵، ۱، ۱۸۶، ۱، ۱۸۷، ۱، ۱۸۸، ۱، ۱۸۹، ۱، ۱۹۰، ۱، ۱۹۱، ۱، ۱۹۲، ۱، ۱۹۳، ۱، ۱۹۴، ۱، ۱۹۵، ۱، ۱۹۶، ۱، ۱۹۷، ۱، ۱۹۸، ۱، ۱۹۹، ۱، ۲۰۰، ۱، ۲۰۱، ۱، ۲۰۲، ۱، ۲۰۳، ۱، ۲۰۴، ۱، ۲۰۵، ۱، ۲۰۶، ۱، ۲۰۷، ۱، ۲۰۸، ۱، ۲۰۹، ۱، ۲۱۰، ۱، ۲۱۱، ۱، ۲۱۲، ۱، ۲۱۳، ۱، ۲۱۴، ۱، ۲۱۵، ۱، ۲۱۶، ۱، ۲۱۷، ۱، ۲۱۸، ۱، ۲۱۹، ۱، ۲۲۰، ۱، ۲۲۱، ۱، ۲۲۲، ۱، ۲۲۳، ۱، ۲۲۴، ۱، ۲۲۵، ۱، ۲۲۶، ۱، ۲۲۷، ۱، ۲۲۸، ۱، ۲۲۹، ۱، ۲۳۰، ۱، ۲۳۱، ۱، ۲۳۲، ۱، ۲۳۳، ۱، ۲۳۴، ۱، ۲۳۵، ۱، ۲۳۶، ۱، ۲۳۷، ۱، ۲۳۸، ۱، ۲۳۹، ۱، ۲۴۰، ۱، ۲۴۱، ۱، ۲۴۲، ۱، ۲۴۳، ۱، ۲۴۴، ۱، ۲۴۵، ۱، ۲۴۶، ۱، ۲۴۷، ۱، ۲۴۸، ۱، ۲۴۹، ۱، ۲۵۰، ۱، ۲۵۱، ۱، ۲۵۲، ۱، ۲۵۳، ۱، ۲۵۴، ۱، ۲۵۵، ۱، ۲۵۶، ۱، ۲۵۷، ۱، ۲۵۸، ۱، ۲۵۹، ۱، ۲۶۰، ۱، ۲۶۱، ۱، ۲۶۲، ۱، ۲۶۳، ۱، ۲۶۴، ۱، ۲۶۵، ۱، ۲۶۶، ۱، ۲۶۷، ۱، ۲۶۸، ۱، ۲۶۹، ۱، ۲۷۰، ۱، ۲۷۱، ۱، ۲۷۲، ۱، ۲۷۳، ۱، ۲۷۴، ۱، ۲۷۵، ۱، ۲۷۶، ۱، ۲۷۷، ۱، ۲۷۸، ۱، ۲۷۹، ۱، ۲۸۰، ۱، ۲۸۱، ۱، ۲۸۲، ۱، ۲۸۳، ۱، ۲۸۴، ۱، ۲۸۵، ۱، ۲۸۶، ۱، ۲۸۷، ۱، ۲۸۸، ۱، ۲۸۹، ۱، ۲۹۰، ۱، ۲۹۱، ۱، ۲۹۲، ۱، ۲۹۳، ۱، ۲۹۴، ۱، ۲۹۵، ۱، ۲۹۶، ۱، ۲۹۷، ۱، ۲۹۸، ۱، ۲۹۹، ۱، ۳۰۰، ۱، ۳۰۱، ۱، ۳۰۲، ۱، ۳۰۳، ۱، ۳۰۴، ۱، ۳۰۵، ۱، ۳۰۶، ۱، ۳۰۷، ۱، ۳۰۸، ۱، ۳۰۹، ۱، ۳۱۰، ۱، ۳۱۱، ۱، ۳۱۲، ۱، ۳۱۳، ۱، ۳۱۴، ۱، ۳۱۵، ۱، ۳۱۶، ۱، ۳۱۷، ۱، ۳۱۸، ۱، ۳۱۹، ۱، ۳۲۰، ۱، ۳۲۱، ۱، ۳۲۲، ۱، ۳۲۳، ۱، ۳۲۴، ۱، ۳۲۵، ۱، ۳۲۶، ۱، ۳۲۷، ۱، ۳۲۸، ۱، ۳۲۹، ۱، ۳۳۰، ۱، ۳۳۱، ۱، ۳۳۲، ۱، ۳۳۳، ۱، ۳۳۴، ۱، ۳۳۵، ۱، ۳۳۶، ۱، ۳۳۷، ۱، ۳۳۸، ۱، ۳۳۹، ۱، ۳۴۰، ۱، ۳۴۱، ۱، ۳۴۲، ۱، ۳۴۳، ۱، ۳۴۴، ۱، ۳۴۵، ۱، ۳۴۶، ۱، ۳۴۷، ۱، ۳۴۸، ۱، ۳۴۹، ۱، ۳۵۰، ۱، ۳۵۱، ۱، ۳۵۲، ۱، ۳۵۳، ۱، ۳۵۴، ۱، ۳۵۵، ۱، ۳۵۶، ۱، ۳۵۷، ۱، ۳۵۸، ۱، ۳۵۹، ۱، ۳۶۰، ۱، ۳۶۱، ۱، ۳۶۲، ۱، ۳۶۳، ۱، ۳۶۴، ۱، ۳۶۵، ۱، ۳۶۶، ۱، ۳۶۷، ۱، ۳۶۸، ۱، ۳۶۹، ۱، ۳۷۰، ۱، ۳۷۱، ۱، ۳۷۲، ۱، ۳۷۳، ۱، ۳۷۴، ۱، ۳۷۵، ۱، ۳۷۶، ۱، ۳۷۷، ۱، ۳۷۸، ۱، ۳۷۹، ۱، ۳۸۰، ۱، ۳۸۱، ۱، ۳۸۲، ۱، ۳۸۳، ۱، ۳۸۴، ۱، ۳۸۵، ۱، ۳۸۶، ۱، ۳۸۷، ۱، ۳۸۸، ۱، ۳۸۹، ۱، ۳۹۰، ۱، ۳۹۱، ۱، ۳۹۲، ۱، ۳۹۳، ۱، ۳۹۴، ۱، ۳۹۵، ۱، ۳۹۶، ۱، ۳۹۷، ۱، ۳۹۸، ۱، ۳۹۹، ۱، ۴۰۰، ۱، ۴۰۱، ۱، ۴۰۲، ۱، ۴۰۳، ۱، ۴۰۴، ۱، ۴۰۵، ۱، ۴۰۶، ۱، ۴۰۷، ۱، ۴۰۸، ۱، ۴۰۹، ۱، ۴۱۰، ۱، ۴۱۱، ۱، ۴۱۲، ۱، ۴۱۳، ۱، ۴۱۴، ۱، ۴۱۵، ۱، ۴۱۶، ۱، ۴۱۷، ۱، ۴۱۸، ۱، ۴۱۹، ۱، ۴۲۰، ۱، ۴۲۱، ۱، ۴۲۲، ۱، ۴۲۳، ۱، ۴۲۴، ۱، ۴۲۵، ۱، ۴۲۶، ۱، ۴۲۷، ۱، ۴۲۸، ۱، ۴۲۹، ۱، ۴۳۰، ۱، ۴۳۱، ۱، ۴۳۲، ۱، ۴۳۳، ۱، ۴۳۴، ۱، ۴۳۵، ۱، ۴۳۶، ۱، ۴۳۷، ۱، ۴۳۸، ۱، ۴۳۹، ۱، ۴۴۰، ۱، ۴۴۱، ۱، ۴۴۲، ۱، ۴۴۳، ۱، ۴۴۴، ۱، ۴۴۵، ۱، ۴۴۶، ۱، ۴۴۷، ۱، ۴۴۸، ۱، ۴۴۹، ۱، ۴۴۱۰، ۱، ۴۴۱۱، ۱، ۴۴۱۲، ۱، ۴۴۱۳، ۱، ۴۴۱۴، ۱، ۴۴۱۵، ۱، ۴۴۱۶، ۱، ۴۴۱۷، ۱، ۴۴۱۸، ۱، ۴۴۱۹، ۱، ۴۴۲۰، ۱، ۴۴۲۱، ۱، ۴۴۲۲، ۱، ۴۴۲۳، ۱، ۴۴۲۴، ۱، ۴۴۲۵، ۱، ۴۴۲۶، ۱، ۴۴۲۷، ۱، ۴۴۲۸، ۱، ۴۴۲۹، ۱، ۴۴۲۱۰، ۱، ۴۴۲۱۱، ۱، ۴۴۲۱۲، ۱، ۴۴۲۱۳، ۱، ۴۴۲۱۴، ۱، ۴۴۲۱۵، ۱، ۴۴۲۱۶، ۱، ۴۴۲۱۷، ۱، ۴۴۲۱۸، ۱، ۴۴۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱، ۱، ۴۴۲۲۲، ۱، ۴۴۲۲۳، ۱، ۴۴۲۲۴، ۱، ۴۴۲۲۵، ۱، ۴۴۲۲۶، ۱، ۴۴۲۲۷، ۱، ۴۴۲۲۸، ۱، ۴۴۲۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۰، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۱، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۳، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۴، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۵، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۶، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۷، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۸، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۹، ۱، ۴۴۲۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۱۲۰، ۱،



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 تعریف شده، بدون تبعیض بسنی، 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 ندان، ماما، پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تنفسی، 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 کارمعین سال ۱۳۹۹)، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیام‌آوران بهداشت؛ تبیین 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 با دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت تبیین می‌گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس روش پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش‌فرض 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 سه‌ماهه پرداخت می‌گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و ندان 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 کمترین از مبلغ ۸۰ درصد علی‌الحساب) در هنگام پرداخت 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. بدینهی است حضور در جلسات آموزشی، مرخصی استحقاقی و همچنین ماموریت‌های موردنایید، 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 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 (پیشک در کشیک روزهای تعطیل همکاری ننماید) به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه، در مخرج کسر ضریب حضور لحاظ شده در توجه ضریب حضور کمتر از یک خواهد شد. بدینهی است در صورت نیازداشتن 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 با بت شیفت در ساعت صبح روزهای تعطیل است و حضور در شیفت عصر و شب (روزهای تعطیل و غیر تعطیل) به عنوان شیفت بیتوته (در مراکز واحد 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 هرچا 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 به عنوان 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 سوابقات خدمتی محاسبه می‌گردد.
  - تبصره: در محاسبه سوابقات خدمتی در صورت امتیاز ۹۰ و بالاتر میانگین نمره پایش‌های فصلی عملکرد وی، ۵ درصد (تا سقف ۱۰۰ درصد محاسبه سوابقات ماندگاری آن سال‌ها) به ضرایب ذکر شده به سوابقات 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 مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالعه 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 به عنوان تیم سلامت، سال‌های خدمت فعالیت همکاران در گیر 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 سوابقات 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 به عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند و پس از تحت‌پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/دانشکده در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده‌اند سهم ماندگاری نامبرگان در سال‌های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۵۰ درصد) در نظر گرفته شود. این سهم چنانچه در روستاهای در قالب قرارداد با اداره کل استانی در سال‌های قبل به عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند، معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/دانشکده/استان (۷۰ درصد) در نظر گرفته شود.

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

(ع) سهم پراکندگی: این سهم، شامل چند گزینه است:

(الف) تعداد واحد تحت‌پوشش پزشک (نحوه محاسبه تعداد واحد تحت‌پوشش 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) به اضافه (تعداد روستای قمر تحت‌پوشش پزشک) به اضافه (تعداد روستای سیاری تحت‌پوشش پزشک تقسیم بر سه)

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

(ج) ضریب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام‌شده در ماه تقسیم بر تعداد دهگردشی استاندارد.

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

ضریب دهگردشی \* (سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحدهای تحت‌پوشش) = 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 ضریب عملکرد افزوده می‌شود. در این صورت لازماً 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 هر یک از بخش‌های چک‌لیست، کمتر از ۵۰ درصد شود. در چنین شرایطی به پزشک در مردم آن بخشن، 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 صرفًا 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 بیوته و براساس امتیاز پایش عملکرد فصلی است. در صورت انجام بیوته و دهگردشی، پرداخت مبتنی بر عملکرد مربوطه براساس مرکز محل ماموریت بوده و ماندگاری براساس سنت خدمت در برنامه پرداخت می‌گردد.

۷- ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش: در مراکز ارائه خدمت، هر گاه پزشک / ماما، در ساعت اداری، بیماران غیر جمعیت تحت پوشش خود (غیر بیمه‌شده روستایی) را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت باید ۴۰ درصد (براساس عملکرد) تعریف پزشک / ماما را تا سقف ۳۰۰ ویزیت در ماه برای پزشک / ماما و براساس گزارش ویزیت از سامانه‌های سطح اول / کاغذی، هنگام پرداخت 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 بیمه‌شده) 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 به طور 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 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: با توجه 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 اولين 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 محسوبه و پرداخت می‌گردد.
- تبصره ۳: در صورت ترک محل خدمت بدون اعلام قبلی و بدون دلایل موجه، مراتب باید طبق مقررات اداری و استخدامی اقدام و به اطلاع فرد رسانده شود.
- ۱۱- پرداخت عیدی، کمک‌هزینه مهدکودک، سختی شرایط کار، سنتوات، لحاظ مدارک تحصیلی و تسهیلات رفاهی و غیره؛ براساس مفاد دستور عمل موضوع تبصره ماده ۶۰ آینین‌نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیئت علمی مصوبه دیرخانه مجتمع، شوراهای و هیئت‌های امنا قابل پرداخت است.
- ۱۲- ماموریت اداری: در صورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت، درمورد پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت حق ماموریت، صرفاً برای خدمات خارج از حیطه وظایف نیرو مجاز است.
- ۱۳- پرداخت در مراکز منتخب: پرداخت به نیروهای شاغل در مراکز ارائه‌خدمت منتخب براساس مفاد مندرج در دستور عمل ابلاغی اصول و ضوابط تعیین واحدهای منتخب برای ارائه خدمت در شرایط بحران است.
- ۱۴- پرداخت از محل درآمد اختصاصی: به‌منظور جذب و ماندگاری پزشکان و مامها در مراکز ارائه‌خدمت که امکان جذب آنان در این مراکز به‌هیچ عنوان ممکن نیست، به‌شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و نیز تامین منابع مالی موردنیاز توسط دانشگاه/دانشکده می‌توان مبلغی به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطرنشان می‌سازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماری (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/دانانپزشکان، ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته‌های خدمتی پزشکان/دانانپزشکان مرکز (طبق تعریف دولتی)، پس از کسر هزینه‌های مرتبط با خدمت خارج بسته (از جمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) با نظر کارشناسی معاونت بهداشتی، به‌صورت FFS به پزشکان خانواره/دانانپزشکان آن مرکز پرداخت گردد.
- ۱۶- پرداخت در مراکز اقماری: در مراکز ارائه‌خدمت با ضریب محرومیت ۱/۸۵ و بالاتر که امکان جذب پزشک و ماما به‌هیچ عنوان ممکن نیست به‌شرط موافقت و تایید ستاد کشوری و امکان تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده می‌توان از نوع قرارداد اقماری (۱۵ روزه) استفاده کرد. پرداخت به‌ازای هر روز کارکرد معادل ۱/۴ روز حضور و صرفاً در فرمول پرداخت به‌ازای عملکرد انجام می‌شود. در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی مطابق مقررات اداری استخدامی مربوطه است. لازم است فهرست پزشکان و ماماهای مراکز اقماری به‌همراه شماره ملی ازسوی معاونت بهداشتی به اداره‌کل استانی ارسال شود. این پزشکان حق هیچ گونه 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 نخواهندداشت. نحوه ارائه خدمات دانانپزشکان و پرداخت مبتنی بر عملکرد آنها در این مراکز همانند سایر مراکز ارائه‌خدمت است.
- ۱۷- پرداخت در مراکز دو شیفت اداری مجزا: در مراکز ارائه‌خدمت دو شیفت، مبلغ ۱۰ درصد به کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می‌گردد.
- ۱۸- اجزاءی تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:
- اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پایه پزشک شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیت‌وتنه، سهم پرآکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسؤولیت 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 می‌گردد.  
تبصره: در صورت وقfe در ادامه فعالیت پزشکان خانواده به علت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنت تحصیل تخصصی آنان در سهم ماندگاری لحاظ می‌گردد.

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

تبصره: جمعیت ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت است و حداقل تا سقف ۶۰۰۰ نفر برای هر پزشک قابل پرداخت است.

د) سهم بیتوبه: صرف حضور پزشک در محل زیست مراکز ارائه خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوبه نمی‌شود. پزشک خانواده موظف است مطابق برنامه زمان بندی مرکز بهداشت، بیتوبه (هر شیفت بیتوبه شامل پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید. مراکزی که براساس دستور عمل نیاز به بیتوبه ندارند، در صورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوبه به صورت کشیک بیتوبه 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 بیتوبه در جدول محاسبه حق بیتوبه دو پزشکه لحاظ می‌گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت به بیتوبه، منجر به پرداخت نخواهد شد. در صورت غیبت بدون اطلاع قبلی پزشک در زمان بیتوبه، معادل دو برابر حق بیتوبه همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وی کسر می‌شود. حق بیتوبه فرد براساس بیتوبه انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می‌گردد.

ملاک پرداخت حق بیتوبه در مراکز شبانه روزی با هر تعداد پزشک (مقیم مرکز شبانه روزی ویا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوبه شبانه روزی است. بدینهی است کسری تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، باید در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوبه در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به صورت افزایش پلکانی) پرداخت می‌گردد. 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 بیتوبه مرکز شبانه روزی به عنوان دستمزد خدمات موردنظر (علاوه بر حق بیتوبه مرکز) تعلق خواهد گرفت.

تبصره ۲: مرکز بهداشت می‌تواند در شرایط خاص (با توجه به بار مراجعته بالای بیماران نیازمند اعزام، تصادفات، تروما، مسمومیت و ...)، سهم بیتوبه پزشک را در شرایط مذکور، برای حداقل 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 (بالاولیت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) واگذاری آن به غیر از پزشک منوع است. پزشک مسئول در مراکز ارائه خدمت به عنوان مسئول تیم‌های سلامت مرکز ارائه خدمت محسوب می‌شود. حق مسئولیت پزشک در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پاییش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد اضافه می‌گردد، به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است ۲ درصد به این مبلغ اضافه می‌گردد. 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 می‌گردد. 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 حداقل 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 دستور عمل از نظام پرداخت تقریباً "یکسانی برخوردار



هستند یکی از آنان را، به عنوان مسئول مرکز ارائه خدمات و رابط مرکز خدمات جامع سلامت با مرکز بهداشت تعیین خواهد شد.  
ط) فرمول روش پرداخت پزشک خانواده در برنامه:

سهم بیتوته + {ضریب حضور \* [ضریب عملکرد \* (سهم پراکنده + K ریال \* جمعیت) + سهم ماندگاری + سهم 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 امنا و بالولویت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی و مراکز با دسترسی کمتر و کم برخوردارتر، صرف طبق شرایط ذیل است:

الف- حداقل ضریب عملکرد ۹۰ درصد، بدینه است در صورت عملکرد کمتر از ۹۰ درصد، این مبلغ در فصل بعد پرداخت نمی شود.

ب- انجام خدمت در ساعت غیرعادی در مراکز ارائه خدمات طبق برنامه اعلامی مرکز بهداشت (خدمت در شب و 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 سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته (برای ماما)، سهم پراکنده (برای ماما)، ضریب عملکرد، و ضریب حضور است.

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

(ب) سهم ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمات تعیین می گردد.

(ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت تحت پوشش برنامه تعیین می گردد.

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

(د) سهم بیتوته: صرف حضور ماما در محل زیست مرکز ارائه خدمات منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد شد. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت جهت خدمات محله، بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به صورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد.

تبصره ۱: در صورت نیاز به بیتوته پرستار/بهیار، معادل حق بیتوته ماما به صورت اضافه کار بابت خدمت بیتوته به آنان پرداخت شود.

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

ه) سهم پراکنده یا دهگردشی:

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

ز) ضریب عملکرد.

ح) ضریب حضور.

ط) فرمول محاسبه ماما/پاراکلینیک:

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

ی) خدمات جانبی: در صورت انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان) و دارویاری (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 وزن دهنی 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 فلورایدترایپی، فیشورسیلانت، چرمگیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، فعالیت های آموزشی و دهگردشی است. مبنای خدمات دندانپزشک / بهداشت کار 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	وزن خدمت
۱	فلورایدترایپی دوفک	۱۵	۸	ترمیم سه سطحی آمالکام / SSC	۴۵	
۲	فیشور سینلت هر دندان (۶ و ۷) / PRR	۲۵	۹	ترمیم یک سطحی کامبوزیت (قائمی-خلفی)	۴۰	
۳	چرمگیری و بروساژ دوفک	۳۵	۱۰	ترمیم دو سطحی کامبوزیت (قائمی-خلفی)	۴۵	
۴	کشیدن دندان شیری	۱۵	۱۱	ترمیم سه سطحی کامبوزیت (قائمی-خلفی)	۵۰	
۵	کشیدن دندان دائمی	۲۵	۱۲	پالپوتومی	۳۰	
۶	ترمیم یک سطحی آمالکام	۳۵	۱۳	درمان پالپ زنده	۴۰	
۷	ترمیم دو سطحی آمالکام	۴۰				

(ب) فرمول پرداخت به دندانپزشک / بهداشت کار دهان و دندان به شرح ذیل است:

پرداخت مبتنی بر عملکرد =

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

۱- ضریب محرومیت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهار گانه (دانشگاه / دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

۲- ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در روش پرداخت دندانپزشک / بهداشت کار دهان و دندان طی اجرای دستور عمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۲۲,۲۵۰ ریال و برای بهداشت کار دهان و دندان ۱۶,۲۵۰ ریال لحاظ می گردد.

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:  $۰/۳ \times A$  در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

ب) اگر A بین ۱۰۰ تا ۱۴۹ باشد:  $۰/۶ \times A$  در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

ج) اگر A بین ۱۵۰ تا ۱۹۹ باشد:  $۰/۹ \times A$  در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

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

ه) اگر A بین ۲۴۰ یا بیشتر باشد:  $۱/۱ \times A$  در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

- 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 موردنانتظار عملکرد آنان کسر گردد. روزهای مرخصی استعلامی و غیبت جزو روزهای موردنانتظار عملکرد محاسبه می شود (به استناد ماده ۱۳).

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

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

پرداخت به دندانپزشک / بهداشت کار 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 درنظر گرفته شده است.

۲. در بازه زمانی سه ماهه، ۲۵٪ گروه هدف خدمات را دریافت کرده باشند، و یا دندانپزشک / بهداشت کار 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، فلورایدترابی و خدمات ترمیمی است.  
 ۴. در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۶۰ درصد کل خدمات ارائه شده باشد.

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 آبسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب‌های ناشی از ترومما در بافت نرم و سخت است.
- د- ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه‌های سطح اول وزارت است. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مأمور 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 به هیچ عنوان ممکن نیست به شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوری و تامین منابع مالی ازوی دانشگاه/دانشکده می‌توان تا سقف ۲۰ درصد به کاپایه فرد اضافه کرد.
- و- واحد سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده موظف به ارائه نتایج پایش عملکرد دندانپزشکان/بهداشتکاران دهان و دندان تحت پوشش به صورت فصلی به مدیریت گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده به منظور محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد است.
- ۲۲- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه: اجزای تائیرگذار 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) لحظه می‌گردد.
- (ب) سهم ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمات 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 به کارگیری سایر نیروهای موردنیاز تیم سلامت با اولویت پرستار/بهیار؛ براساس ضوابط مندرج در این دستور عمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (براساس ماده ۴ دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمعین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی در گیر برنامه خواهد بود. شایان ذکر است نیروهای مذکور مشمول دریافت مزايا (اضافه کاري، ماموريت اداري و ...) هستند.

۲۴- مکانیسم پرداخت نگهبان/سرایدار/خدمتگزار/پذيرش: جذب نیروی نگهبان/سرایدار/خدمتگزار/پذيرش جهت مراکز



ارائه خدمت از طریق خرید خدمات و عقد قرارداد با شرکت‌ها، در صورت اخذ مجوز از هیئت‌رئیسه و یا هیئت امنی دانشگاه/دانشکده و از محل اعتبارات جاری، مقدور است.

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

الف: حق‌الزحمه 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 در مورد 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 ازسوی دانشکده پزشکی.

ب: حق‌الزحمه آموزشی پزشکان متخصص بالینی غیرهیئت 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 در مورد 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 ازسوی دانشکده پزشکی.

ج: حق‌الزحمه 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 ازسوی دانشکده پزشکی.

د: حق‌الزحمه 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، تنذیه، روان، محیط، حرفه‌ای و ...) در حوزه آموزش، به دانشجویان گروه علوم پزشکی معرفی شده ازسوی دانشکده‌ها.

#### ماده ۳۰: زمان اجرا:

تاریخ اجرای این دستور عمل از ۱۴۰۳/۰۱/۰۱ تا ابلاغ دستور عمل جدید، مستولیت حسن اجرا و پاسخگوئی درقبال هرگونه تغییر و اجرانکردن آن به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده و مدیرکل بیمه سلامت استان است.

**ماده ۳۱: جداول راهنمای روش پرداخت تیم سلامت:**

---

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or email him at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).



(၁။) မြန်မာစွဲ၊ မြန်မာအမျိုးသိမ်း၊ မြန်မာပြည်တော်လုပ်ကုန်း





۱۴۰۳/۱۴۸۲۴۷  
۱۴۰۳/۰۵/۱۴

دستورالعمل پژوهشی خانواره در سال ۱۴۰۳ (برای اینجا ۲۶)



محلات بهداشت

ج) پرداخت ماماهای و کارکنان پاراکلینیک (کارشناس):

خدمات جانبی ماما	سهم پراکنده (ریال)			سهم بیوتونه کارشناس مامایی (ریال)	مبلغ پیازی هر نفر جمعیت پیکار خدمت تحت- پوشش	مبلغ (ریال) تعیین شده برای:	میانگین ضرائب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	
	بازاری هر کیلوتر	بازاری مسافت (لنگرخانی) لیل کردن)	بازاری هر کیلوتر مسافت (أسفالت)					
۱۵۰.....	۱۰۴۱۸	۹۲۷۷	۲۴۷۲۵	۱۲۹۲۷۶۷	۱۲۹۲	۵۲۰۸۹۷۶	۲۸۴۷۵۲۹	۱/۰۰
۱۵۲۵.....	۱۰۰۵۹	۹۵۱۸	۲۹۵۸۶	۱۳۲۹۴۸۴	۱۴۷۶	۶۱۰۰۵۲۶	۴۲۸۶۱۸۱	۱/۰۵
۱۵۵.....	۱۰۶۹۸	۹۶۵۸	۴۴۴۴۸	۱۳۶۶۶۸۷	۱۶۶۲	۷۰۲۲۰۹	۴۹۲۴۸۳۵	۱/۱۰
۱۵۷۵.....	۱۰۸۳۹	۹۷۹۸	۴۹۳۰۸	۱۴۰۴۳۹۷	۱۸۴۷	۷۹۴۳۶۷	۵۴۶۳۳۸۷	۱/۱۵
۱۶.....	۱۰۹۷۹	۹۹۳۸	۵۰۱۶۸	۱۴۴۲۵۹۸	۲۰۳۰	۸۸۵۰۲۲۶	۶۰۰۲۱۴۲	۱/۲۰
۱۶۲۵.....	۱۱۱۲۰	۱۰۰۷۹	۵۹۰۳۱	۱۴۸۱۲۹۸	۲۲۱۶	۹۷۶۶۸۰	۶۰۹۰۷۹۷	۱/۲۵
۱۶۵.....	۱۱۲۰۹	۱۰۲۱۸	۶۲۸۹۱	۱۵۰۲۴۹۶	۲۴۰۲	۱۰۷۷۸۳۷	۷۰۷۹۴۴۸	۱/۳۰
۱۶۷۵.....	۱۱۴۰۰	۱۰۳۰۹	۶۸۷۰۳	۱۰۶۰۱۹۱	۲۵۰۸	۱۱۰۸۹۹۶	۷۶۱۸۱۰۴	۱/۳۵
۱۷.....	۱۱۵۴۰	۱۰۴۹۹	۷۳۶۱۲	۱۶۰۰۳۸۴	۲۷۶۹	۱۲۵۰۱۴۹	۸۱۰۶۷۰۹	۱/۴۰
۱۷۲۵.....	۱۱۶۸۰	۱۰۶۴۰	۷۸۴۷۶	۱۶۴۱۰۷۳	۲۹۵۷	۱۳۴۱۳۰۷	۸۶۹۰۴۱۱	۱/۴۵
۱۷۵.....	۱۱۸۲۰	۱۰۷۷۹	۸۲۳۳۵	۱۶۸۲۲۵۶	۳۱۴۰	۱۴۳۲۴۶۶	۹۲۲۴۰۶۰	۱/۵۰
۱۷۷۵.....	۱۱۹۶۲	۱۰۹۲۰	۸۸۱۹۶	۱۷۲۲۹۴۴	۳۲۲۶	۱۵۲۳۶۲۲	۹۷۷۲۷۲۱	۱/۵۵
۱۸.....	۱۲۱۰۰	۱۱۰۶۰	۹۳۰۵۸	۱۷۶۶۱۲۲	۳۵۰۹	۱۶۱۴۷۷۸	۱۰۳۱۱۳۷۱	۱/۶۰
۱۸۲۵.....	۱۲۲۴۲	۱۱۲۰۰	۹۷۹۱۸	۱۸۰۸۸۰۲	۳۶۹۶	۱۷۰۵۹۲۹	۱۰۸۰۰۲۷	۱/۶۵
۱۸۵.....	۱۲۲۸۲	۱۱۳۴۰	۱۰۲۷۷۶	۱۸۰۱۹۷۶	۳۸۷۸	۱۷۹۷۰۹	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱/۷۰
۱۸۷۵.....	۱۲۵۲۲	۱۱۴۸۲	۱۰۷۶۴۱	۱۸۹۰۶۴۷	۴۰۶۴	۱۸۸۸۲۴۹	۱۱۹۲۷۳۳۳	۱/۷۵
۱۹.....	۱۲۶۶۲	۱۱۶۲۰	۱۱۲۰۰	۱۹۳۹۸۱۸	۴۲۴۸	۱۹۷۹۴۰۵	۱۲۴۶۰۹۸۸	۱/۸۰
۱۹۲۵.....	۱۲۸۰۳	۱۱۷۶۲	۱۱۷۳۶۱	۱۹۸۴۴۸۶	۴۴۳۱	۲۰۷۰۵۶۳	۱۳۰۰۴۶۴۱	۱/۸۵
۱۹۵.....	۱۲۹۴۲	۱۱۹۰۲	۱۲۲۲۲۵	۲۰۲۹۶۴۰	۴۶۱۷	۲۱۶۱۷۲	۱۳۰۴۳۲۹۵	۱/۹۰
۱۹۷۵.....	۱۳۰۸۲	۱۲۰۴۲	۱۲۷۰۸۴	۲۰۷۵۲۱۱	۴۸۰۰	۲۲۵۲۸۷۸	۱۴۰۸۱۹۵۱	۱/۹۵
۲۰.....	۱۳۲۲۲	۱۲۱۸۲	۱۳۱۹۶۱	۲۱۲۱۴۶۷	۴۹۸۸	۲۲۴۴۰۲۲	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲/۰۰



۱۴۰۳/۱۴۸۲۴۷  
۱۴۰۳/۰۵/۱۴

دستورالعمل پژوهشی شناخته رسانی سال ۱۴۰۳ (دیرايش ۲۶)



ب) پرداخت کارشناسی سلامت روان و کارشناسی تغذیه:

سهم پراکنده (ریال)			مبلغ (ریال) تعیین شده برای:			مانگین
هزاری هر کیلومتر مسافت (آن/ خانه/ ایل گردش)	هزاری هر کیلومتر مسافت (آسقالات)	هزاری در واحد	هزاری هر نفر جمعیت پیکار خدمت تحت پوشش	هزاری یکسال خدمت در مرکز ارائه خدمت	سهم محرومیت	ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، پوشش و مرکز
۱۰۴۱۸	۹۳۷۷	۲۴۷۲۵	۹۰۵	۵۲۰۸۹۷.۶	۲۸۴۷۵۲۹	۱/۰۰
۱۰۵۵۹	۹۰۱۸	۲۹۵۸۶	۱۰۲۴	۶۱۰۰۵۲.۶	۴۳۸۶۱۸۱	۱/۰۵
۱۰۶۹۸	۹۶۰۸	۲۴۴۴۸	۱۱۶۴	۷۰۳۲۰.۹	۴۹۲۴۸۳۰	۱/۱۰
۱۰۸۳۹	۹۷۹۸	۴۹۲۰.۸	۱۲۹۳	۷۹۴۴۲۶۷	۵۴۶۲۴۸۷	۱/۱۵
۱۰۹۷۹	۹۹۲۸	۵۴۱۶۸	۱۴۲۱	۸۸۵۰۲۲.۶	۶۰۰۲۱۴۲	۱/۲۰
۱۱۱۲۰	۱۰۰۷۹	۵۹۰۳۱	۱۰۵۱	۹۷۶۶۸۰	۶۵۴۰۷۹۷	۱/۲۵
۱۱۲۵۹	۱۰۲۱۸	۶۳۸۹۱	۱۶۸۲	۱۰۶۷۸۲۷	۷۰۷۹۴۴۸	۱/۳۰
۱۱۴۰۰	۱۰۲۵۹	۶۸۷۵۲	۱۸۱۱	۱۱۵۸۹۹۶	۷۶۱۸۱۰.۴	۱/۳۵
۱۱۵۰۰	۱۰۴۹۹	۷۳۶۱۳	۱۹۳۹	۱۲۵۰۱۴۹	۸۱۰۶۷۰۹	۱/۴۰
۱۱۶۸۰	۱۰۶۴۰	۷۸۴۷۴	۲۰۷۰	۱۳۲۱۳۰.۷	۸۶۹۰۴۱۱	۱/۴۵
۱۱۸۲۰	۱۰۷۷۹	۸۲۲۳۵	۲۱۹۸	۱۴۳۲۲۴۶۲	۹۲۲۴۰.۶۵	۱/۵۰
۱۱۹۶۲	۱۰۹۲۰	۸۸۱۹۶	۲۲۲۸	۱۵۲۲۶۲۲	۹۷۷۲۷۷۱	۱/۵۵
۱۲۱۰۰	۱۱۰۶۰	۹۲۰۵۸	۲۴۵۶	۱۶۱۴۷۷۸	۱۰۲۱۱۳۷۱	۱/۶۰
۱۲۲۴۲	۱۱۲۰۰	۹۷۹۱۸	۲۵۸۸	۱۷۰۵۹۲۶	۱۰۸۰۰۲۷	۱/۶۵
۱۲۲۸۲	۱۱۲۴۰	۱۰۲۷۷۹	۲۷۱۵	۱۷۹۷۰.۹	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱/۷۰
۱۲۵۲۲	۱۱۴۸۲	۱۰۷۶۴۱	۲۸۴۵	۱۸۸۸۲۴۹	۱۱۹۲۷۲۲۲	۱/۷۵
۱۲۶۶۲	۱۱۶۲۰	۱۱۲۵۰۰	۲۹۷۴	۱۹۷۹۴۰.۵	۱۲۴۸۰۹۸۸	۱/۸۰
۱۲۸۰۳	۱۱۷۶۲	۱۱۷۳۶۱	۳۱۰۲	۲۰۷۰۵۶۳	۱۳۰۴۶۴۱	۱/۸۵
۱۲۹۴۳	۱۱۹۰۲	۱۲۲۲۲۵	۳۲۲۲	۲۱۶۱۷۲۰	۱۳۰۴۳۲۲۹۵	۱/۹۰
۱۳۰۸۲	۱۲۰۴۲	۱۲۷۰۸۴	۳۳۶۰	۲۲۵۰۲۸۷۸	۱۴۰۸۱۹۵۱	۱/۹۵
۱۳۲۲۲	۱۲۱۸۲	۱۳۱۹۶۱	۳۴۹۲	۲۳۴۴۰۲۲	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲/۰۰

$\backslash \Sigma \Lambda \backslash \Sigma \vee$