معاونت بهداشت

۱۴۰۳/۱۴۸۲۴۷
۱۴۰۳/۰۵/۱۴

سازمان بیمه سلامت ایران

دستورعمل

پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳

(ویرایش ۲۴)

مندرجات این دستورعمل براساس مفاد تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ تدوین گردیده‌است.

تحت نظارت: آقای دکتر عباس علی‌پور و آقای دکتر فرشید عابدی

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

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

فهرست مطالب صفحه

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

مقدمه:

دراجرای بند (الف) ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر ارتقای خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر کشور مقرر گردید، با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به‌منظور 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) به‌همراه دیگر اعضای تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت‌پوشش خود را به‌عهده داشته، درصورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام‌شده را نیز به‌عهده دارد. خدمات سلامت به‌شکل فعال (Active) به جمعیت تحت‌پوشش ارائه می‌شود.

واژگان رایج:

سازمان: سازمان بیمه‌سلامت ایران.

ادارات‌کل استانی: ادارات‌کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان.

وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

معاونت بهداشت: معاونت بهداشت وزارت.

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

معاونت‌های بهداشتی: معاونت بهداشتی دانشگاه ها/دانشکده‌ها.

مرکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی.

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

برنامه: برنامه پزشکی خانواده روستایی.

ماده ۱: تعاریف:

اصطلاحات به‌کار برده‌شده در این دستورعمل به‌شرح 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 ازطریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز ارائه خدمت مجری برنامه، به‌صورت تمام‌وقت 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 موردتایید 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 دربرگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیری است.

٤- 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 ازطریق 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، ازنظر علمی معتبر و ازنظر اجتماعی پذیرفتنی، که ازطریق 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 به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی است تا چنانچه مراجعه‌کننده از واحد محیطی سطح اول به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشت بتواند او را به سطوح بالاتر ارجاع نموده، نتیجه و پس‌خوراند اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر جهت پیگیری درمان اعلام گردد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ارائه‌دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه به‌صورت 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 ازنظر ساماندهی نیروی انسانی، برنامه‌کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی آمادگی مستمر برای مواجهه با بحران‌ها و بیماری‌های مختلف را دارند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت می‌کنند اما در زمان بحران براساس نوع بحران، خدمات تعریف‌شده‌ای متناسب با شرایط پیش‌آمده ارائه می‌دهند.

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

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

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

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

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

۲۵-بیمار اورژانس: بیماری است که طبق تعاریف پزشکی اورژانس و دستورعمل های 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 روستاها 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 حل‌اختلاف دادگستری (درصورت وجود)، ۱ نفر بهورز، ۱ نفر ماما، ۱ نفر کارشناس بهداشت محیط و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است و بنابر صلاحدید و شرایط منطقه می‌توان افرادی را به آن اضافه کرد.

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

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

ماده ٤: انواع روستا:

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

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

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

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

٤-روستای مستقیم به شهر: روستایی که مستقیما" و بدون واسطه خانه بهداشت تحت‌پوشش یک مرکز ارائه خدمت شهری روستایی قرار دارند. معمولا" این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده‌اند از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است اغلب جمعیت قابل‌توجهی ندارند.

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

در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم ازطریق ظرفیت بخش دولتی ممکن نیست، ادارات‌کل استانی با رعایت ارجاع نسبت به خریدخدمت از بخش غیردولتی اقدام می‌نمایند.

۵-خانه بهداشت عشایری: خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت‌پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری به‌صورت چادر/کانکس مخصوص یا به‌صورت ساختمان (عمدتا در قشلاق) راه‌اندازی می‌گردد.

ماده ۵: تعیین نیروهای موردنیاز تیم سلامت:

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

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

تبصره۱: چنانچه برای پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجری، بیش از یک پزشک موردنیاز است، توزیع پزشکان براساس خانه‌های بهداشت موجود و حتی‌الامکان با لحاظ توزیع مساوی جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

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

۲-ماما: به‌ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت‌پوشش فعال جهت خدمات مامایی و بسته‌های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین کرد. به‌کارگیری نفر دوم با اضافه‌شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین‌شده، میسر است.

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

تعدیل عدم تناسب جمعیت به ماما می‌گردد.

۳-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت‌پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهدداشت که برای بیش از یک مرکز باید نیرو به‌صورت مشترک بین مراکز قابل‌دسترس (حداکثر برای سه مرکز) حرکت کند. درصورتیکه بیش از ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت هدف سازمان تحت‌پوشش یک دندانپزشک/بهداشتکار است، سرانه مربوط به دندانپزشک/بهداشتکار، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به دندانپزشک/بهداشتکار می‌گردد.

٤- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک): هر مرکز ارائه‌خدمت دارای دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان براساس استاندارد درنظر گرفته‌شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان (حداقل ۱۰۰ خدمت وزن‌دهی‌شده روزانه متوسط، توسط دندانپزشک/بهداشتکاردهان و دندان)، باید یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرک کاردانی مرتبط، از محل اعتبار پرسنلی دهان و دندان (ازطریق خرید خدمات) به‌کار گیری شود. درصورت نبود این نیروها، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی‌شده موردتایید معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده تعیین گردد.

٥-کاردان/ کارشناس آزمایشگاه: برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به‌ازای حداکثر تا ۱۰،۰۰۰ نفر جمعیت تحت‌پوشش یک یا چند مرکز روستایی، یک کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی تعیین می‌گردد. درصورتیکه مرکز ارائه خدمت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو تا واحد آزمایشگاهی دولتی یا غیردولتی طرف‌قرارداد است، به‌ازای هر ۱۵ هزار نفر، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به‌عنوان نمونه‌گیر به پست‌های سازمانی در نزدیکترین مرکز دارای آزمایشگاه فعال اضافه می‌شود. برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر نمونه‌گیر یک روز در هفته و پس از آن به‌ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک روز به حضور نمونه‌گیر اضافه می‌گردد. در مناطق با شیوع بالای بیماری‌های منتقله توسط ناقلین، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی تصمیم‌گیری خواهدشد.

٦- کاردان / کارشناس رادیولوژی: به‌ازای هر مراکز ارائه خدمت دارای واحد رادیولوژی حداقل یک نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می‌گردد.

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

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

۸- سایر نیروهای بهداشتی موردنیاز تیم سلامت: جذب سایر نیروهای موردنیاز با اولویت جذب پرستار/ بهیار برای مراکز ارائه خدمت و ماما برای ارائه خدمت در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً درصورت کفایت اعتبارات درنظر گرفته‌شده در ماده ۵ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پست‌های بلاتصدی رده‌های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت براساس تشکیلات تفصیلی میسر است. درصورت به‌کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت هزینه‌های بیش از اعتبارات به‌عهده دانشگاه/ دانشکده است.

ماده ٦: روند جذب اعضای تیم سلامت:

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

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

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

تبصره۱: پرداخت به نیروهای قراردادی موضوع تبصره ۶ ماده ۳۱ آیین‌نامه اداری استخدامی همانند سایر نیروهای شاغل قرارداد این موضوع در برنامه است.

تبصره۲: اولویت به‌کارگیری نیروها در مراکز تحت‌پوشش مرکز بهداشت با نیروهای موجود درحال خدمت طرف‌قرارداد برنامه بوده و انتقال یا جابجایی نیروهای طرف‌قرارداد برنامه از محل خدمت، درصورت درخواست فرد و توجه به نیاز مرکز بهداشت صرفا درصورت ثبت در سامانه انتقال نیروها که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت معرفی می گردد و طبق قوانین مربوطه مجاز است.

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

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

۵-فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان‌های دولتی: پزشکان خانواده، دندانپزشکان و سایر نیروهای مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد (موضوع این دستورعمل)، اجازه فعالیت در بخش خصوصی و دولتی را در زمان همکاری با برنامه ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت به‌منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می‌نماید. همچنین معاونت‌های بهداشتی مجوز صدور عدم‌نیاز در ساعات غیراداری را ندارند. درصورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی و دولتی خلاف ضوابط مربوطه، پس از اطلاع از موضوع (از هر طریق) مرکز بهداشت باید موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو موردنظر اطلاع‌رسانی نموده، درصورت تکرار قرارداد وی را لغو نماید، از لغو قرارداد سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت کسر خواهدشد. بدیهی‌است در این گونه موارد، مرکز بهداشت مطابق ضوابط جاری با عضو خاطی برخورد خواهدنمود. دارابودن پروانه مطب و پروانه بهره‌برداری موسسات پزشکی (قبل از همکاری در برنامه ویا صدور/تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده و سایر نیروهای طرف‌قرارداد برنامه بلامانع است.

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

ماده ۷: عقد قرارداد معاونت بهداشتی و ادارات‌کل استانی:

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

تبصره: درصورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه‌شدگان، ناشی از عملکرد اعضای تیم سلامت، ضمن انعکاس کتبی موضوع ازسوی اداره‌کل استانی به معاونت بهداشتی، اقدامات مقتضی به‌تشخیص اداره‌کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول

خواهدشد؛ در این موارد معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت مجاز به تعدیل سرجمع پرداختی مبتنی برعملکرد اعضای تیم سلامت، متناسب با اقدامات اداره‌کل استانی است.

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

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

الف) انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی خدمات پاراکلینیک صرفا ازسوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشتی میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک، یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می‌گردد.

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

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

ماده ۹: تعهدات مرکز بهداشت درقبال اعضای تیم سلامت:

تعهدات مرکز بهداشت درقبال اعضای تیم سلامت به‌شرح ذیل است:

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

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

ابلاغ مراکز ارائه خدمت مجری آموزش و اعضای مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر/رئیس مرکز بهداشت صادر می‌گردد.

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

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

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

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

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

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

۸) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضای تیم سلامت به‌صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره‌کل استانی ارسال می‌گردد.

۹) فیش پرداختی بابت حکم کارگزینی و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به‌شکل کاغذی/الکترونیک ازسوی معاونت بهداشتی/مرکز بهداشت به اداره‌کل استانی ارائه می‌شود.

ماده ۱۰: وظایف اعضای تیم سلامت:

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

از شناخت جمعیت تحت‌پوشش خود، ازطریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد. ثبت اطلاعات براساس پروتکل‌های 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 خانواده و مامای تیم سلامت باید در روستاهای اصلی حداقل هفته‌ای یک‌بار، در روستاهای قمر، حداقل ماهی یک‌بار و در روستاهای سیاری و جمعیت عشایری (به‌شرط وجود راه برای عبور) حداقل هر سه ماه یک‌بار سرکشی نمایند. دهگردشی دندانپزشک باید به‌گونه‌ای 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 به‌صورت هر دو هفته یک بار انجام می‌شود.

برنامه‌ریزی باید به‌نحوی 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 رفته‌است، باید توسط پزشک/پزشکان ماما/ماماهای دیگر حاضر در مرکز انجام گیرد.

تبصره۲: درمورد 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. مثلا" اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت در پوشش دارد و دارای ۲ پزشک است برای هر پزشک، ۳ خانه بهداشت درنظر گرفته‌شود.

تبصره۳: فراوانی دهگردشی به‌تناسب 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: درصورتیکه داروخانه طرف‌قرارداد در مرکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی است، دارویاری در هنگام دهگردشی درصورت نبود نیروی مرتبط، برعهده مامای تیم سلامت است.

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

۳- نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک: ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد. اطلاعات باید به‌صورت 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 استحقاق‌سنجی، نسخه‌نویسی، نسخه‌پیچی و ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم‌نبودن شرایط برای نسخه‌نویسی، نسخه-پیچی و ارجاع الکترونیک، به‌هیچ دلیل نباید منجر به خدشه در خدمت قابل‌ارائه ویا تحمیل هزینه به جمعیت تحت‌پوشش سازمان شود. درصورت فراهم‌نبودن 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 ازطریق سازمان فراهم نماید.

تبصره: درمواردی که زیرساخت الکترونیک وجودندارد، طبق مفاد دستورالعمل فرمت کاغذی یکسان برای نسخه الکترونیک در شرایط اضطرار و در موارد اختلال زیرساخت‌های ارتباطی مصوب شورای‌عالی بیمه سلامت کشور اقدام خواهدشد. لکن ضروری-است به‌محض فراهم‌شدن دسترسی الکترونیک، اطلاعات کاغذی در سامانه‌های سطح اول وزارت ثبت گردد.

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

تبصره۱: درراستای ارتقای سطح دسترسی و رضایت‌مندی گیرندگان خدمت و ترمیم حقوق پزشکان خانواده، خدمات درمانی جانبی ازجمله خته، کشیدن ناخن، برداشتن خال، لیپوم و زگیل، نمونه‌برداری از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراری، آتل‌بندی شکستگی‌ها، شستشوی گوش، خارج‌کردن 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 قابل‌انجام است. انجام‌نشدن خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت، شامل پایش و تعدیل نیست.

تبصره۲: طبق شیوه‌نامه به‌کارگیری متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت به‌کارگیری این نیروها در مراکز ارائه خدمت آموزشی، وظایف این متخصصین علاوه بر ارائه بسته‌های خدمتی پزشکان خانواده، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و خدمات مشاوره‌ای به سایر پزشکان مراکز ارائه خدمت است.

ماده ۱۱: ساعات کار اعضای تیم سلامت:

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

تبصره۱: اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما ازسوی مرکز بهداشت به اداره‌کل استانی ارسال گردد.

تبصره۲ : تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف‌قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز براساس ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداری‌ها است. البته، باید شیفت‌بندی روزهای تعطیل و ساعات غیراداری ازطرف مرکز بهداشت برای این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت‌رسانی ایجاد نشود.

ماده ۱۲: بیتوته تیم سلامت:

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

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

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

تبصره: برای مراکز تک‌پزشک براساس نظر مرکز بهداشت، می‌توان جمعه‌ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد. در این صورت ضروری‌است مرکز بهداشت، درخصوص نحوه ارائه‌خدمت به مردم منطقه اطلاع‌رسانی کافی نماید.

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

تبصره ۲: حضور پرستار/بهیار و نگهبان/سرایدار به‌همراه پزشک در مراکز شبانه‌روزی الزامی‌است. درصورت تامین‌نشدن

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

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

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

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

د) بیتوته در بیمارستان: درصورت نبود امکان برقراری بیتوته با شرایط مذکور، مرکز بهداشت مجاز به عقدقرارداد با بیمارستان دانشگاهی (حداکثر در فاصله ۱۵ کیلومتری از مرکز) برای ارائه خدمت به جمعیت تحت‌پوشش در ساعات غیراداری است، در این وضعیت، هزینه‌های مربوط حسب ساعات بیتوته، توسط مرکز بهداشت به بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه‌شدگان پرداخت شود. بدیهی‌است اداره‌کل استانی پرداخت جداگانه برای ارائه خدمت به بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر سازمان به‌صورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS) به بیمارستان ندارد. ضروری‌است هماهنگی لازم بین بیمارستان و مرکز بهداشت، به‌منظور پذیرش این بیمه‌شدگان در ساعات غیراداری توسط بیمارستان (به‌عنوان مرکز ارائه خدمت بیتوته) انجام شود.

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

تبصره ۲: مرکز بهداشت مکلف‌است در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به‌صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

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

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

٤-اطلاع‌رسانی به مردم: لازم‌است نام، محل و نشانی مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشیک به‌نحو مقتضی به‌اطلاع مردم تحت‌پوشش مراکز رسانده‌شود 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 اعضای تیم سلامت:

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

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

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

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

۴- حاضرنبودن هریک از اعضای تیم سلامت به‌علت دهگردشی، شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزی و اداری (با هماهنگی اداره بیمه سلامت شهرستان)، با رعایت سلسله‌مراتب اداری، مشمول تعدیل مربوط به غیبت نمی‌شود.

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

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

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

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

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

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

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

پزشک خانواده اصلی را باید انجام دهند.

۱۱- مرخصی پزشکان در سقف تعیین‌شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه)، مرخصی استعلاجی (تا ۳ روز در ماه) درصورت نبود جانشین، با تضمین ارائه‌خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیل مربوط به غیبت پزشک نمی‌گردد.

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

۱۳- مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به‌نحو مقتضی به اداره بیمه سلامت شهرستان اطلاع دهد.

تبصره: باتوجه به این موضوع که از پزشک و مامای جانشین صرفا جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهای طرف‌قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می‌گردد؛ به‌کارگیری این نیروها به‌عنوان جانشین سایر پزشکان و ماماها (غیر طرف‌قرارداد پزشکی خانواده روستایی)، نیز استفاده از پزشکان و ماماها غیر طرف‌قرارداد پزشکی خانواده روستایی به‌عنوان جانشین پزشکان و ماماها طرف‌قرارداد، ممنوع است.

۱۴- مرخصی ماماها در سقف تعیین‌شده (میانگین ۲,۵ روز در ماه) و مرخصی استعلاجی (تا ۳ روز در ماه) درصورت نبود جانشین، با تضمین ارائه‌خدمت در آن مرکز توسط سایر ماماها یا مراقب سلامت (صرفا دانش‌آموخته مامایی) همان مرکز یا مراکز مجاور مشمول تعدیل مربوط به غیبت ماما نمی‌گردد.

۱۵- برای مراکز ارائه‌خدمت با جمعیت تحت‌پوشش فعال کمتر از ۴,۰۰۰ نفر، حداقل یک پزشک و یک ماما باید درنظر گرفت. در مراکز ارائه‌خدمت با جمعیت تحت‌پوشش کمتر از ۲۰۰۰ نفر، می‌توان از پزشک و ماما به‌صورت سه روز در هفته طی روزهای مشخص استفاده‌نمود. بدیهی‌است این افراد سه‌روز دیگر هفته را در سایر مراکز مشابه ویا به‌عنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروری‌است از پزشک و مامای مشخص در این مراکز استفاده گردد.

ماده ١٤: ارائه خدمات دارویی:

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

ـ باعنایت به مفاد بند ۶,۲ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳، «مراکز ارائه‌خدمت فعال به مراکزی گفته می‌شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه فعال است، درصورت غیرفعال بودن خدمت پزشک ویا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل‌پرداخت است.» تأمین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز به گیرندگان خدمت ازطریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به‌عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

ـ 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 داروخانه‌های طرف‌قرارداد، قرار گیرد. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، فارماکوپه معرفی‌شده پزشک خانواده موردتوافق اداره‌کل استانی است.

۲- اقلام دارویی: پزشکان خانواده شاغل مجاز به تجویز اقلام موردتعهد سازمان (قابل‌تجویز توسط پزشک عمومی) هستند.

۳- نسخه دارویی: داروخانه‌های مراکز ارائه‌خدمت (ملکی) و داروخانه‌های طرف‌قرارداد اداره‌کل استانی (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به‌صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده‌شود. داروخانه‌ها

ملزم به نسخه‌پیچی الکترونیک همگام با نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ارائه‌خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام‌الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه‌الکترونیک (نسخه‌نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) بارعایت ضوابط مربوطه خواهدبود. درصورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره‌کل استانی و معاونت بهداشتی؛ مراکز ارائه‌دهنده خدمت، مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری‌است هنگام نسخه‌پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ثبت شود.

سهم سازمان از داروهای قابل‌تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق‌های تحت‌پوشش سازمان به داروخانه‌های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابل‌پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های ملکی مراکز ارائه خدمت، به مرکز بهداشت پرداخت می‌گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) طرف‌قرارداد، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات‌کل استانی پرداخت می‌گردد.

ادارات‌کل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه‌های طرف‌قرارداد خود هستند. پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانه‌های غیر طرف‌قرارداد سازمان، ممکن نیست.

– داروهای بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار گیرند، به‌صورت رایگان دراختیار بیماران قرار می‌گیرند. تبصره: انتقال داده‌های بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای از سامانه‌های سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ERX) ازطریق درگاه دیتاس، نشاندار و انجام می‌گردد. درصورت نشاندارشدن بیماران اعصاب و روان پرونده‌ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان، ارائه رایگان این داروها ممکن است، در غیراینصورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می‌شود.

– سهم بیمه‌شده از هزینه داروهای OTC که توسط پزشکان خانواده تجویز می‌شوند، برای کلیه گروه‌های سنی بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر، معادل ۳۰ درصد و برای سایر صندوق‌های بیمه‌ای سازمان، مطابق قواعد بیمه‌ای در سامانه نسخه-نویسی الکترونیک سازمان خواهدبود.

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

٤-موجودی دارو: داروها باید به‌میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت و داروخانه‌های خصوصی طرف‌قرارداد اداره‌کل استانی وجود داشته‌باشد و حداقل در مقاطع سه‌ماهه، نیازهای دارویی مراکز ارائه‌دهنده خدمت را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین نماید. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز ارائه‌خدمت، درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت و داروخانه بخش خصوصی اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود است. نبود بعضی داروها در برخی مناطق به‌دلیل کمبود کشوری دارو، مشمول تعدیلات نمی‌شود.

۵-اعتبارات دارویی: تامین داروهای سطح اول به‌جز داروهای ترالی اورژانس و داروهای خانه بهداشت، ازمحل اعتبار سهم دارو (اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده) است که سهم اعتبار مذکور از وزارت به سازمان تخصیص می‌یابد.

ـ تأمین داروی ترالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه‌خدمت براساس آخرین نسخه مصوبه اورژانس کشوری، به‌عهده مرکز بهداشت است.

ـ تأمین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه‌های بهداشت براساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به‌عهده مرکز بهداشت است.

ـ تأمین دارو در زمان ارائه خدمت بیتوته (به‌جز ترالی اورژانس) و دهگردشی، به‌عهده داروخانه ملکی و بخش خصوصی طرف‌قرارداد اداره‌کل استانی (شعاع ۵۰۰ متر وکانکس) است.

٦-توزیع نیروی انسانی دارویی: تأمین نیروی انسانی در داروخانه‌های ملکی به‌عهده مرکز بهداشت و در داروخانه های غیرملکی

بخش خصوصی (داروخانه اصلی در شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) به‌عهده داروخانه اصلی طرف‌قرارداد سازمان است.
داروخانه طرف‌قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیروی آموزش‌دیده برای ارائه‌خدمت در دهگردشی پزشک خانواده در روستاهای تحت‌پوشش مرکز ارائه‌خدمت و ارائه خدمت دارویی تعریف‌شده به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت بیتوته است.
نیروی انسانی به‌کارگیری‌شده به‌عنوان داروبار در داروخانه‌های مرکز ارائه‌خدمت، حائز شرایط اعلام‌شده ازسوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده و دارای گواهی آموزشی مربوطه است.

۷-انعقاد قرارداد ارائه‌خدمات داروی سطح اول توسط داروخانه بخش خصوصی: به‌منظور افزایش دسترسی بیمه‌شدگان روستایی به خدمات دارویی، درصورت ممکن‌نبودن ارائه خدمات دارویی ازطریق ظرفیت‌های بخش دولتی، اداره‌کل استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، مرکز شهرستان و مرکز استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، عقدقرارداد می‌نماید. بدیهی‌است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است.
درصورتیکه داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه‌خدمت نبود، اداره‌کل استانی، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت اعلام می‌نماید تا مرکز بهداشت راسا خدمات دارو را به‌صورت ملکی در مرکز مذکور، ارائه نماید.
تبصره۱: درصورت رعایت‌نکردن ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه ازسوی داروخانه طرف‌قرارداد اداره‌کل استانی برای تامین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت موارد را به‌صورت کتبی به اداره‌کل استانی منعکس نموده، اداره‌کل استانی موظف‌است در نوبت اول به داروخانه تذکر کتبی داده، درصورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و برای تامین داروی سطح اول با داروخانه دیگری عقدقرارداد نماید.
تبصره۲: درصورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه‌شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف‌قرارداد، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره‌کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می‌شود.

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

۹- تعرفه ارائه خدمات دارویی: اخذ حق‌فنی خدمات دارویی از بیمه‌شدگان در داروخانه ملکی و غیرملکی طرف‌قرارداد در سطح اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است. قیمت دارو و فرانشیز بیمه‌شدگان در داروخانه‌های طرف‌قرارداد براساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی ازسوی سازمان غذا و دارو و سازمان است.
تأمین دارو در زمان بیتوته برای موارد اورژانس ازطریق ترالی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.
تبصره: داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری‌خون) مناطق عشایری در ایلگردشی رایگان و ازمحل اعتبارات وزارت تامین می‌گردد.
تبصره ۲: درصورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعرفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می‌گردد.

۱۰-اقلام مکمل: مرکز بهداشت موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل (مندرج در بند ۵,۱,۲,۲ تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳) جهت گروه‌های هدف است. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف‌شده براساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه‌های سنی و فیزیولوژیک (گروه‌های هدف) و آخرین ابلاغیه‌های صادره در اختیار خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های بهداشت روستایی/شهری مجری قرار گرفته و به‌صورت رایگان دراختیار گروه هدف برنامه‌ها قرار می‌گیرد و نیازمند تجویز نیست.

ماده ۱۵: ارائه خدمات پاراکلینیک:

۱- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک: راه‌اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک براساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش است. هر مرکز بهداشت می‌تواند برای ارائه خدمات پاراکلینیک نسبت به عقدقرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط، اقدام نماید. درصورت ارائه‌نشدن خدمات سطح اول آزمایشگاه و رادیولوژی و خرید خدمات مذکور توسط بیمه‌شده روستایی،

اداره‌کل استانی برابر سهم سازمان از اقلام خریداری‌شده، از سرانه آزمایشگاه و رادیولوژی شهرستان کسر خواهدنمود.
مرکز بهداشت موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز ارائه‌خدمت ازطریق راه‌اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به‌صورت جمع‌آوری نمونه از مراکز و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف‌قرارداد مرکز بهداشت خواهدبود.

۲-شرایط دریافت خدمات آزمایشگاهی: درصورت تعیین واحد آزمایشگاهی خاص برای ارائه خدمات توسط مرکز بهداشت، پزشک ملزم است بیمار را به‌همان آزمایشگاه ارجاع دهد. درصورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی‌شده، تمام هزینه برعهده بیمار است. درصورت 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 قابل‌پرداخت است.

۳- سطح‌بندی آزمایشگاه: واحدهای ارائه‌دهنده خدمت ازنظر ساختاری، به‌شرح ذیل تقسیم می‌شوند:

الف) آزمایشگاه مرکز ارائه‌خدمت: به آزمایشگاهی اطلاق می‌شود که در مرکز ارائه‌خدمت با جمعیت تحت‌پوشش حداکثر ۱۰،۰۰۰ نفر (واقع در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) قرار دارد.

تبصره: لازم‌است طوری برنامه‌ریزی شود تا درصورت اعمال موارد ذکرشده، آزمایشگاه‌های ایجادشده قبلی تعطیل نگردد.

ب) واحد نمونه‌گیری: درصورتیکه مراکز ارائه‌خدمت، فاقد آزمایشگاه فعال ویا در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی یا غیردولتی طرف‌قرارداد است، راه‌اندازی واحد نمونه‌گیری در مرکز الزامی‌است. نمونه‌گیری در این مرکز توسط پرسنل آموزش‌دیده و معرفی‌شده مرکز بهداشت برای جمعیت کمتر از ۲۵۰۰ نفر یک روز در هفته، به‌ازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت اضافه یک روز در هفته اضافه می‌گردد. ارائه‌نشدن خدمت نمونه‌گیری در این موارد منجر به کسر سرانه آزمایشگاه خواهدشد.

ج) آزمایشگاه مرکز بهداشت: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزی پزشک خانواده ازمسیر ارجاع از مراکز ارائه‌خدمت به مرکز بهداشت انجام می‌شود. درصورتیکه ممکن‌نبودن انجام آزمایش در مرکز ارائه‌خدمت، ازطریق 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 جمعیت مرکز دارای آزمایشگاه فعال و جمعیت مراکز دارای واحد نمونه‌گیری جذب می‌شود. به‌ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت ساکن فعال مراکز ارائه‌خدمت دارای آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروی کاردان/کارشناس آزمایشگاه به‌کارگیری می‌شود. این نیرو در مرکز دارای آزمایشگاه فعال مستقر بوده، موظف به نمونه‌گیری در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت‌پوشش این مرکز است.

تبصره ۲: ساختار آزمایشگاهی تعریف‌شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره‌کل استانی مصوب و در کلیه مراکز ارائه‌خدمت در معرض دید بیمه‌شدگان و ناظرین قرار گیرد.

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

٤- تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه‌های بهداشتی: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه‌های بهداشتی مجری براساس فهرست تجهیزات آزمایشگاه‌های بهداشتی (طبق دستورعمل ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت) در برنامه مذکور است. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی‌های فنی آنها مبتنی‌بر 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 آیین‌نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی تعریف شده‌است، 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.

٥- مسئولیت فنی آزمایشگاه: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به‌عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم

آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) و کارانه آنان ازطریق درآمد اختصاصی شبکه بهداشت و درمان شهرستان پرداخت می‌شود. تعداد مسئول فنی واجدشرایط و موردنیاز شبکه آزمایشگاهی مرکز بهداشت براساس جمعیت تحت‌پوشش، تعداد مراکز آزمایشگاهی، بارکاری آزمایشگاه شامل تعداد مراجعین روزانه و نمونه‌های ارسالی از واحدهای نمونه‌گیری و پراکندگی آزمایشگاه‌ها لحاظ می‌گردد.

٦- خدمات و آزمایش‌های قابل‌انجام آزمایشگاه‌های بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی براساس خدمات و آزمایش‌های قابل‌انجام آزمایشگاه‌های بهداشتی است. آزمایشات غربالگری بیماری‌ها براساس بسته خدمتی و دستورعمل مربوطه، انجام می‌گردد.

تبصره ۱: به‌تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری‌ها و برنامه‌های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن‌است به فهرست خدمات و آزمایش‌های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده‌شود.

تبصره ۲: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی درصورت فراهم‌نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه‌گیری در مرکز یا آزمایشگاه مجری انجام و نمونه‌های بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه‌برداری ازطریق پرسنل به آزمایشگاه‌های طرف‌قرارداد مرکز بهداشت (بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا آزمایشگاه غیردولتی طرف‌قرارداد) 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 ادغام‌یافته در بسته خدمت گروه‌های سنی به‌شرح ذیل رایگان هستند:

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

یک نوبت Blood Group & RH، آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول‌های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار، Serum BUN، Serum Creatinin، آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادران RH منفی)، FBS، TSH، VDRL، HIV، HBSAg (درصورت نیاز)، آزمایش غربالگری دیابت بارداری، Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) (درصورت نیاز).

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

ج) غربالگری نوزادان: اندازه‌گیری TSH (CH)، اندازه‌گیری کمّی فنیل آلانین (PKU) و G6PD (درصورت وجود امکانات و حسب نیاز).

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه‌های بهداشت:

واحد پذیرش و نمونه‌گیری	آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی/ شهری دارای آزمایشگاه	آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان/ استان
پذیرش و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش‌های قابل‌نمونه‌گیری و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده کلیه نمونه‌هاي گرفته‌شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمني و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل بیوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف‌قرارداد (آزمایشگاه-های بهداشتي- درماني سطوح بالاتر ویا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه‌هاي خصوصي تائیدشده) ارسال گردند. در واحدهای پذیرش و نمونه‌گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجراي برنامه ایمني و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه‌گیري و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه و استفاده شود.	آزمایش CBC و شمارش افتراقي سلول‌هاي خوني هموگلوبین هماتوکریت گروه خون Blood Group & Rh قندخون ناشتا (FBS) آزمایش Glucose Chalenge Test(GCT) آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (2hPP) آزمایش Serum BUN آزمایش Serum Creatinin آزمایش Serum Cholesterol آزمایش Serum Triglyceride آزمایش Serum HDL-Cholesterol آزمایش Serum LDL-Cholesterol (درصورتیکه Serum HDL-Cholesterol انجام نشود) آزمایش Serum SGOT آزمایش Serum SGPT آزمایش کیفی تشخیص حاملگی آزمایش Serum RPR/VDRL سدیمانتاسیون (ESR) آزمایش (Ova/Parasite -Stool Examination) آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood آزمایش آنالیز کامل ادرار آزمایش کشت ادرار رایت ویدال لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا) CRP	کلیه خدمات آزمایشگاه‌های مراکز ارائه خدمت روستایي/ شهری دارای آزمایشگاه به‌علاوه: بیلیروبین مستقیم و توتال آزمایش Uric Acid آزمایش HbA2 آهن ظرفیت اتصال آهن (TIBC) فریتین سرم کومبس رایت (Coombes Wright) ۲-مرکاپتواتانول (2ME) آزمایش کمّی Beta-HCG سرم آزمایش کومبس غیرمستقیم بررسي اسمیر مستقیم خلط ازنظر سل کشت مدفوع (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) آزمایش TSH (غربالگري نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش T4 اندازه‌گیري کمّی فنیل آلانین (غربالگري نوزادان PKU) آزمایش HbA1c آزمایش HIVAb آزمایش HBsAg آزمایش HBsAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P آزمایش Na/K ALP Serum نمونه‌گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام‌شده توسط مدیریت بیماری‌های واگیر) آزمایش پاپ اسمیر

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

الف) بسته خدمات تصویربرداری سطح اول صرفا ازطریق مراکز طرف‌قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف‌قرارداد طبق مفاد تفاهم‌نامه) قابل‌ارائه است.

ب) درصورت انعقاد قرارداد مرکز بهداشت با مراکز تصویربرداری دولتی و غیردولتی طرف‌قرارداد سازمان، بیمه‌شدگان جهت دریافت خدمات تصویربرداری سطح اول، تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت می‌کنند، بدیهی‌است برای این خدمات، سهم سازمان بابت بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر قابل‌پرداخت نیست.

ج) اطلاع‌رسانی درخصوص نشانی مراکز تصویربرداری طرف‌قرارداد مرکز بهداشت در مراکز ارائه خدمت، ضروری‌است. فهرست مراکز مذکور به اداره‌کل 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 قابل‌دریافت از بیماران است.

ماده ١٦: خدمات سلامت دهان و دندان:

١- مکانیسم فعال‌سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:

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

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

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

د) درصورت رعایت‌نشدن شرح وظایف و عملکرد کمی و کیفی نامناسب فرد، پس از دادن تذکرات لازم ازسوی مرکز بهداشت و استمرار عملکرد ضعیف، به‌شرح ذیل عمل گردد:

- نیروهای رسمی و پیمانی: مطابق ضوابط آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت.
- نیروهای طرحی: اعلام عدم‌نیاز مبنی بر عملکرد نامناسب، منضم به تذکرات ارائه‌شده با رونوشت به اداره طرح و نیروی انسانی و دفتر سلامت دهان و دندان وزارت جهت تصمیم‌گیری درخصوص ادامه طرح فرد.
- دندانپزشکان مشمول قانون برقراری عدالت آموزشی: براساس دستورالعمل اصلاح قانون مربوط به این نیروها.
- دندانپزشکان بخش خصوصی طرف‌قرارداد مرکز بهداشت: مطابق ضوابط آیین‌نامه‌های مربوطه یا شرایط مندرج در قراردادهای تنظیم‌شده (بدیهی‌است در قراردادهای این نیروها، نحوه برخورد با موارد تخلف باید ذکر گردد).

٢- نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان:

ارتقای سلامت دهان و دندان ازطریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی در مناطق روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه‌های هدف صورت می‌پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیری اولیه قابلیت‌اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ‌کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه‌ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدهای کودک از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می‌گردد). خدمات پیشگیری و درمانی

نیازمند به یونیت، در مراکز دارای واحد دندانپزشکی ثابت ویا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می‌گردد. صدور مجوز بهره‌برداری و نظارت بر عملکرد آن براساس آیین‌نامه مربوطه به‌عهده معاونت‌های بهداشتی است.

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

تبصره ۲: باتوجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده ها، درصورت تامین‌نشدن دندانپزشک توسط مرکز بهداشت، دانشگاه/ دانشکده می‌تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. فهرست این مراکز به‌منظور اطلاع‌رسانی مناسب به بیمه‌شدگان، درمعرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

تبصره ۳: درصورت وجود اعتبار، مراکز تجمیعی، معین، شبانه‌روزی و مراکز ارائه‌خدمت در مناطق محروم واجد رادیوگرافی تک دندان گردند. بدیهی‌است نبود رادیوگرافی مذکور منجر به تعدیلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهدشد.

تبصره ۴: درصورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان ودندان در مراکز طرف‌قرارداد مرکز بهداشت، فاصله مراکز ارائه‌دهنده خدمت، حداکثر ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوری است؛ درخصوص موارد خاص، در ستاد استانی تصمیم‌گیری خواهدشد.

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 به‌منظور آموزش و پیشگیری برای ارتقای سلامت دهان و دندان ارائه می‌دهند:

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

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

۳- انجام معاینات دهان و دندان.

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

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

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

۷- انجام وارنیش فلوراید.

۸- توزیع مسواک انگشتی.

۹- ارزیابی خطر پوسیدگی دندان برای گروه‌های هدف.

۱۰- آموزش و معاینه در پایگاه‌های سنجش و مدرسه.

چگونگی انجام خدمات مذکو براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت است.

شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت دهان و دندان در منطقه تحت‌پوشش، 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 هرکدام از ارائه‌دهندگان خدمت (بهورز، مراقب سلامت) سرانه آن خدمت

قابل‌پرداخت است.

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

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

۱- آموزش بهداشت دهان و دندان.

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

۳- فلورایدتراپی.

۴- فیشورسیلانت‌تراپی.

۵- ترمیم دندان‌های شیری و دایمی.

۶- جرم‌گیری و برساژ.

۷- پالپوتومی.

۸- درمان پالپ زنده (VPT) دندان‌های دایمی.

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

اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به‌کار 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 طرف‌قرارداد (در روستا در محدوده روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. دراین‌صورت ارائه تمامی خدمات موردنظر به گروه هدف حین قرارداد همکاری به‌صورت رایگان، الزامی است.

٤- دهگردشی، پایش و آموزش‌های گروهی: به‌منظور 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. باتوجه 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 به‌عهده دارد، دهگردشی هر مرکز ماهانه انجام گردد، به‌نحوی 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 ارجاع‌شده ازسوی بهورزها.

۳. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه‌های سطح اول وزارت.

٥-نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان: به‌منظور 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 اداره‌کل استانی و کارشناس مسئول گسترش شبکه در معاونت بهداشتی و به‌همین 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 (تزریقات، پانسمان، نمونه‌گیری و ...) براساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ضوابط و مقررات بیمه‌ای مصوب.
۲- درآمد اخذ هزینه کامل مواد مصرفی ارائه خدمات جانبی (دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل، لیدوکایین، بتادین و ...).
۳- درآمد اخذ سهم سایر سازمان‌های بیمه‌گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق‌های سازمان و ...).
۴- درآمد اخذ ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات ارائه‌شده به افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.
۵- درآمد مرتبط با بند "و" موضوع حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام‌آور بهداشت که ازمحل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده پرداخت می‌شود.
۶- درآمد اخذ تعرفه خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده:
الف) تعرفه خدمات دندانپزشکی، براساس تعرفه ابلاغی خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی است.
ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:
ارائه آموزش و مراقبت‌های پیشگیری توسط بهورز و مراقب سلامت و ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای کل جمعیت ساکن فعال رایگان است.
سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت‌پوشش به‌شرح ذیل است:
برای گروه هدف از جمعیت هدف وزارت رایگان و برای غیر از گروه هدف، براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت است.
هزینه خدمات دندانپزشکی که در مرکز توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان انجام می‌شود ولی در تعهد سازمان نیستند، براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت دریافت شود. درصورت نبود خدمت در جدول، معادل ۱۰۰ درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.
برای افراد فاقد هرگونه پوشش بیمه، معادل ۱۰۰ درصد تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی دریافت گردد.
برای خدمات ارائه‌شده دندانپزشکی در شیفت خارج از ساعت موظفی، حداکثر پرداخت بیمار براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و با 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 ارائه‌خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، درصورت مراجعه بیمه‌شده روستایی مهمان به مراکز ارائه‌خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه‌خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و خدمات درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه‌شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهدبود. بدیهی‌است خدمات دندانپزشکی غیراورژانسی در این موارد براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می‌گردد.
تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت‌های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای تیم سلامت انجام می‌شود، رایگان است و برای تمام موارد خارج از بسته‌های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می‌گردد. بدیهی‌است دریافت هزینه ویزیت برای ماما از جمعیت هدف وزارت وجاهت ندارد.

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

تبصره ۴: افراد فاقد پوشش بیمه‌ای نباشد ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات را پرداخت می‌کنند (به‌جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما). لازم‌است مراکز ارائه‌خدمت این افراد را برای پوشش بیمه‌ای به اداره بیمه سلامت شهرستان راهنمائی 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.

تبصره۶: در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی است.

در مراکز شبانه‌روزی در زمان بیتوته، فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیراورژانسی (اعم از بیمه‌شده روستایی و سایر بیمه‌ها) برای ویزیت و خدمات جانبی ۳۰ درصد تعرفه دولتی و برای افراد فاقد پوشش بیمه‌ای معادل ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی است.

درمورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت‌پوشش در طول شبانه‌روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.

تبصره ۷: لازم‌است اطلاع‌رسانی به جمعیت ساکن فعال درخصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل‌ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه‌روز با همکاری دهیار/ بخشدار صورت‌پذیرد. جهت اطلاع‌رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

تبصره ۸: سهم سازمان برای اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه‌خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول برای بیمه‌شدگان تحت‌پوشش سایر صندوق‌های سازمان معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل‌پرداخت است.

ماده ۱۸: اعتبار و تعدیلات:

۱-محاسبه و توزیع اعتبار: محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزش‌افزوده 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، ازطریق معاونت بهداشت 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 ازمحل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر، جمعیت هدف سازمان و ازمحل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش‌افزوده، جمعیت هدف وزارت است.

تبصره ۱: درصورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل‌پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از ۵۰۰ متر و کانکس) توسط ادارات‌کل 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 خواهدشد.

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

- عقدقرارداد به‌منظور ارائه خدمات پزشکی (صرفاً برای خدمت بیتوته و دندانپزشکی) و غیرپزشکی موردنیاز ازطریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی درصورت نیاز.

استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هرعنوان در غیر موارد تعیین‌شده در تفاهم‌نامه توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات‌کل استانی ممنوع است.

ماده ۱۹: سهم توزیع سرانه:

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول ازمحل اعتبارات صندوق روستاییان و عشایر و یک درصد مالیات بر ارزش‌افزوده براساس ماده ۵ تفاهم‌نامه سال ۱۴۰۳ است.

ماده ۲۰: تخصیص و هزینه‌کرد اعتبار:

ضروری‌است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص‌یافته ازسوی ادارات‌کل استانی به دانشگاه/دانشکده، معاون بهداشتی ارسال گردد تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبار قرارگرفته و به‌موقع برای دریافت اعتبار اقدام نمایند. معاون بهداشتی وظیفه نظارت بر هزینه‌کرد اعتبار تخصیص‌یافته و هزینه‌کرد آنها در منابع تعریف‌شده را به‌عهده دارد.

مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف‌است فهرست ریز هزینه‌کرد خدمات سطح اول را پس از تایید معاون بهداشتی به‌صورت شش‌ماهه به اداره‌کل استانی اعلام نماید.

معاونت توسعه مدیریت و منابع به‌شرط تخصیص، اعتبار را به‌صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ و سازمان طی ۷۲ ساعات کاری بعد از دریافت، منابع تعریف‌شده را به حساب ادارات‌کل استانی پرداخت نماید. ادارات‌کل استانی طی ۷۲ ساعات کاری بعد از دریافت، نسبت به پرداخت به دانشگاه/دانشکده اقدام نماید. دانشگاه/دانشکده مکلف‌است در اسرع وقت پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه‌کرد اعتبار صرفاً در سرفصل‌های تعیین‌شده در مفاد تفاهم‌نامه پزشکی خانواده روستایی سال ۱۴۰۳ اقدام نمایند.

سازمان مکلف است به‌شرط دریافت وجه اعتبار اعلام‌شده ازسوی سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات‌کل استانی پرداخت نماید. (پایان هر ماه ۸۰ درصد از اعتبار در قالب پرداخت علی‌الحساب و پایان همان فصل ۲۰ درصد در قالب پایش عملکرد)

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

تبصره ۲: معاونت بهداشتی در پایان هرفصل، طبق فرمت ابلاغی مشترک (مرکز مدیریت شبکه و معاونت پیشگیری سازمان) گزارشات پرداختی به تیم سلامت موضوع این دستورعمل را به ادارات‌کل استانی ارایه نمایند.

ماده ۲۱: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت:

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

۲- مبلغ ۸۰ درصد در قالب علی‌الحساب ازمحل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر توسط اداره‌کل استانی صرفاً درصورت تحقق مفاد ذیل توسط دانشگاه/دانشکده مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) به‌جز سایر نیروهای بهداشتی پرداخت می‌شود:

الف- مرکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره‌کل تحویل نماید.

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

ج- مرکز بهداشت سیاهه ریزحقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به اداره‌کل استانی ارائه نماید.

د- مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر علی‌الحساب مبلغ مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره‌کل پرداخت نماید.

۳- مبلغ ۲۰ درصد پایش عملکرد ازمحل اعتبارات سازمان توسط اداره‌کل استانی به‌صورت سه‌ماهه و پس از اعمال نتایج پایش پرداخت می‌شود.

مرکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر۲۰ درصد پایش عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره‌کل استانی پرداخت نماید.

۴-معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده موظف‌است به‌محض واریز ازسوی اداره‌کل استانی به حساب درآمد دانشگاه/دانشکده، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به‌محض بازگشت وجوه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/دانشکده، مراتب را به اطلاع معاون بهداشتی برساند.

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

۶- معاون توسعه دانشگاه/دانشکده موظف‌است وجوه منابع اعتباری برنامه را هر ماه یکبار با دستور شرح هزینه‌ای که معاون بهداشتی دراختیار وی قرار می‌دهد، میان مراکز بهداشت تابعه توزیع نماید.

۷- رئیس مرکز بهداشت موظف‌است وجوه منابع اعتباری تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه‌ای معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده‌است، هزینه نموده و اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به تائید معاون بهداشتی برساند.

۸- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه‌کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از تائید معاون بهداشتی از مرکز بهداشت ندارد.

۹- مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف‌است در ابتدای سال، کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه برنامه را به‌تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری به معاون بهداشتی اعلام نماید، معاون بهداشتی نیز مراتب را به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند.

۱۰- معاون بهداشتی موظف‌است 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 موظف‌است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه کلیه درآمدهای پزشکی خانواده روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهای مرکز بهداشت را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه/دانشکده واریز و گزارش آن را به معاونت بهداشتی اعلام نماید.

۱۲- رییس دانشگاه/دانشکده و معاون بهداشتی موظف به نظارت بر شیوه هزینه‌کرد اعتبارات براساس تفاهم‌نامه و دستورعمل هستند و باید از انتقال این اعتبارات برای هزینه‌کرد در سایر بخش‌های مرکز بهداشت (خارج از سطح اول خدمات) جداً اجتناب و تلاش نمایند سهم سرانه مراکز مجری هر مرکز بهداشت به شکل واقعی در همان شهرستان هزینه گردد.

۱۳- اسناد هزینه باید پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتی رسیده، گزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین‌شده به اداره‌کل استانی و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. دانشگاه/دانشکده موظف‌است گزارش رعایت این ماده و هزینه‌کرد اعتبارات و منابع را از حسابرس دانشگاه/دانشکده دریافت و در جلسه هیات امنا مطرح کند.

۱۴- مرکز بهداشت مکلف‌است سیاهه ریزحقوقی شامل پرداخت حکم/قرارداد (به‌تفکیک اسمی) اعضایی از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر پرداخت می‌شود را تا پنجم ماه بعد به اداره‌کل استانی ارائه نماید.

۱۵- معاون بهداشتی موظف‌است 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 موظف‌است 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 هزینه‌کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی رسانده‌شود. همچنین اسناد هزینه‌کرد مربوط به دیگر سر فصل‌های اعتباری توزیع سرانه را نیز به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

۱۷- مرکز بهداشت مجاز است ازمحل منابع درآمدهای اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/دانشکده به‌منظور 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 موردتایید مرکز مدیریت شبکه هزینه می‌گردد.

ماده ۲۳: ارجاع در سطح اول خدمات:

در شرایط معمول، مانند دستورعمل قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت/پایگاه سلامت است، پس از ارائه خدمت توسط بهورز یا مراقب سلامت، درصورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل‌ها ابلاغ شده‌است، فرد را به مراکز ارائه‌خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می‌تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف‌است بیماران ارجاعی خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های سلامت را ویزیت و درمان نموده، نتیجه اقدامات ویا موارد قابل‌پیگیری سیر درمان را به‌اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع‌دهنده برساند.

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

تبصره ۳: درهرحال مدیریت سلامت جمعیت تحت‌پوشش (تشخیص، درمان و پیگیری)، برعهده پزشک خانواده است.

ماده ۲۴: ارجاع در سطح دوم خدمات:

۱- فرایند ارجاع: اجرای سطح بندی خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر براساس دستورعمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهدبود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دوم خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح اول صورت می‌گیرد.

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

ماده ۲۵: پایش فصلی تیم سلامت:

باتوجه به اهمیت پایش نحوه فعالیت‌ها در سطوح مختلف و به‌ویژه سطح محیطی، ضرورت‌دارد 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: لازم‌است 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: لازم‌است نمره پایش سه‌ماهه به‌منظور روشن‌بودن علت کسر یا تشویق در پرونده اعضای تیم سلامت درج گردد.

تبصره ۳: به‌منظور بهبود کیفیت فرایند پایش از پزشکان خانواده، لازم‌است درصورت وجود متخصص پزشکی خانواده یا پزشک عمومی با سابقه‌کاری مرتبط و دارای مدرک MPH، در پایش استفاده گردد.

تبصره ۴: لازم‌است پایش متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

ماده ۲۶: پایش مشترک:

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

۲- پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت) حداقل هر فصل یکبار انجام می‌شود. پایش مشترک یا جداگانه مرکز بهداشت ویا 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 ازمحل اعتبار سهم سازمان و ازمحل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری‌است.

۳- قالب پایش مشترک توسط سازمان تدوین و برای اعمال در پایش به معاونتهای بهداشتی و ادارات‌کل استانی ابلاغ می‌گردد. طی پایش حضوری، نتایج پایش ازطریق نرم‌افزار واسط رقیب به‌صورت الکترونیک ثبت می‌شود.

۴- نتایج پایش با دسترسی فراهم‌شده برای نماینده مرکز بهداشت، بلافاصله قابل‌رؤیت است.

ماده ۲۷: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

ستاد شهرستان با مشارکت گروه‌های آموزشی دانشگاه/دانشکده برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، تیم سلامت طرف‌قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام‌شده و تعیین اولویت‌ها در مرکز آموزش بهورزی اقدام می‌نماید. باتوجه به ناهمگونی مهارت‌های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری‌است آموزش‌های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزی تقویت‌شده با مکانیسم‌های متفاوت ازجمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد کشوری/استانی انجام شود.

تبصره ۱: ستاد استانی موظف‌است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی موردنیاز پزشکان خانواده و ماماهای طرف‌قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین‌شده به‌عمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف‌شده برای آنان و بسته‌های خدمت ضروری‌است. آموزش‌های ضمن خدمت براساس نتایج پایش، تعیین می‌گردد. برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره‌کل استانی برنامه‌ریزی می‌شود.

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

ماده ۲۸: مسئولیت اجرا:

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

تبصره ۱: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره تیم‌های سلامت تحت‌پوشش را دارد. وی مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل‌ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانه‌های بهداشت/پایگاه‌های سلامت نیز هست.

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

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

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

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 طرف‌قرارداد مطابق با مندرجات فصل روش پرداخت این دستورعمل است. دریافتی پرسنل طرف‌قرارداد برنامه شامل پزشک، دندانپزشک /بهداشتکار دهان و دندان، ماما، پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه، دو بخش است:

الف: حکم کارگزینی.

ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد.

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

ب- پرداخت مبتنی بر عملکرد: برمبنای سهم محرومیت، سهم ماندگاری، سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق‌مسئولیت تعیین می‌گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس روش پرداخت تدوین‌شده در همین دستورعمل به‌صورت 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 به‌صورت سه‌ماهه پرداخت می‌گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان با لحاظ عملکرد آنان در سامانه یکپارچه بهداشت است.

تبصره ۱: جهت محاسبه مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (علی‌الحساب ۸۰ درصد و قطعی ۲۰ درصد)، ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی برای کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد درنظر گرفته می‌شود، لذا درصورت کسب ضریب عملکرد زیر ۹۰ درصد، در زمان پایش فصلی، کسر مبلغ مازاد پرداخت‌شده (درصورت کمتربودن از مبلغ ۸۰ درصد علی‌الحساب) در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی و درصورت لزوم در پرداخت مبتنی بر عملکرد ماه بعد لحاظ خواهدشد و درصورت کسب امتیاز عملکرد بالای ۹۰ درصد، در هنگام پرداخت ۲۰ درصد قطعی محاسبه و پرداخت خواهدشد.

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

پزشک خانواده موظف‌است درصورت نیاز به خدمات آنان و براساس شیفت‌بندی مرکز بهداشت، در صبح روزهای تعطیل در مراکز ارائه‌خدمت، ارائه‌خدمت نماید. دراین‌صورت، در محاسبه ضریب حضور، این روزها به صورت کسر ضریب حضور اضافه و ضریب حضور بیش از یک خواهدشد. درغیراین‌صورت (پزشک در کشیک روزهای تعطیل همکاری ننماید) به جای روزهای کاری ماه، کل روزهای ماه، در مخرج کسر ضریب حضور لحاظ شده درنتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهدشد. بدیهی‌است درصورت نیازنداشتن به حضور در روزهای تعطیل، ضریب حضور معادل یک لحاظ می‌شود. میزان همکاری فرد در شیفت روزهای تعطیل در امتیاز پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می‌گردد. خاطرنشان می‌گردد ضریب حضور بابت شیفت در ساعات صبح روزهای تعطیل است و حضور در شیفت عصر و شب (روزهای تعطیل و غیرتعطیل) به‌عنوان شیفت بیتوته (در مراکز واجد بیتوته، معین/ تجمیعی، شبانه‌روزی، بیمارستان به‌عنوان مرکز تجمیعی/معین) بوده و براساس جداول پرداخت بیتوته، محاسبه خواهدشد.

۳- ماندگاری: در این دستورعمل هرجا از سوابق ماندگاری (سال‌های خدمت) بحث شده‌است، منظور قراردادهای با مرکز بهداشت

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

الف) عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاری عبارتند از:

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

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

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

–در تغییر محل فعالیت بدون نظر فرد و حسب نیاز نظام شبکه معادل ۱۰۰ درصد خواهدبود.

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

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

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

ه) برای افرادی که در شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر در قالب قرارداد با اداره‌کل استانی در سال‌های قبل به‌عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند و پس از تحت‌پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/دانشکده در برنامه به‌عنوان پزشک خانواده ادامه‌فعالیت داده‌اند سهم مانگاری نامبردگان در سال‌های قبل معادل سهم ماندگاری در محدوده کشور (۵۰ درصد) درنظر گرفته‌شود. این سهم چنانچه در روستاها در قالب قرارداد با اداره‌کل استانی در سال‌های قبل به‌عنوان پزشک خانواده اشتغال داشته‌اند، معادل سهم ماندگاری در محدوده دانشگاه/دانشکده/استان (۷۰ درصد) درنظر گرفته‌شود.

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

٤– 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 ضرب‌در چهار و در خانه‌های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می‌شوند ضرب‌در دو) به‌اضافه (تعداد روستای قمر تحت‌پوشش پزشک) به‌اضافه (تعداد روستای سیاری تحت‌پوشش پزشک تقسیم بر سه)

ب) فواصل (نحوه محاسبه فواصل) : (مجموع فواصل خانه‌های بهداشت تحت‌پوشش پزشک برحسب کیلومتر ضرب‌در چهار و در خانه‌های زیر ۵۰۰ نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می‌شوند ضرب‌در دو) به‌اضافه (مجموع فواصل روستاهای قمر تحت‌پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر) به‌اضافه (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 حداکثر یک واحد درنظر گرفته می‌شود.

ضریب دهگردشی * (سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحدهای تحت‌پوشش) = سهم پراکندگی

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

ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب‌شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب‌در ۱۰۰

روش‌های عملکردی:

الف) درصورت کسب امتیاز ۸۵ درصد تا ۹۰ درصد ، معادل ۱۰۰ درصد درنظر گرفته‌شود. به‌عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر ۱ ثبت می‌گردد.

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

ب) با کسب ضریب عملکرد ۴۰ درصد لغوقرارداد شود. با کسب ضریب عملکرد ۷۰ درصد و کمتر در دو دوره متوالی لغوقرارداد شود. با کسب ضریب عملکرد ۷۰ درصد ۳۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد کسر شود، البته نباید هریک از بخش‌های چک‌لیست، کمتر از ۵۰ درصد شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده‌شود. با کسب ضریب عملکرد بین ۷۰ تا ۸۵ معادل نمره کسب‌شده 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، عقدقرارداد جدید پس از حداقل یک دوره سه‌ماهه قابل‌انجام و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز بالای۷۰ در اولین پایش است. درصورت کسب نمره کمتر از ۷۰ برای بار دوم، لغوقرارداد می‌شود و عقدقرارداد جدید برای وی در سال جاری ممکن نیست.

لغوقرارداد اعضای تیم سلامت براساس دلایل مستند ارائه‌شده ازسوی مرکز بهداشت به معاونت بهداشتی و صرفاً با دستور و ابلاغ معاون بهداشتی ممکن خواهدبود. لازم‌است یک ماه قبل، مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام شود.

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

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

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

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

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

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

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

۱۰- پرداخت در موارد ترک خدمت: با شروع به‌کار پرسنل طرف‌قرارداد، علی‌الحساب ۸۰ درصد پس از پایان هر ماه (براساس

روزهای حضور) پرداخت می‌شود.

تبصره ۱: درصورت ترک محل خدمت قبل از پایان اولین ماه، صرفاً حکم کارگزینی (براساس قوانین مربوطه) پرداخت می‌گردد.

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

تبصره ۳: درصورت ترک محل خدمت بدون اعلام قبلی و بدون دلایل موجه، مراتب باید طبق مقررات اداری و استخدامی اقدام و به اطلاع فرد رسانده‌شود.

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

۱۲- ماموریت اداری: درصورت انجام ماموریت اداری توسط تیم سلامت، درمورد پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت حق‌ماموریت، 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 دستورعمل ابلاغی اصول و ضوابط تعیین واحدهای منتخب برای ارائه خدمت در شرایط بحران است.

۱۴- پرداخت ازمحل درآمد اختصاصی: به‌منظور جذب و ماندگاری پزشکان و ماماها 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: درصورت انجام خدمات جانبی درمانی موضوع بند ۴ ماده ۱۰ توسط پزشکان/دندانپزشکان، ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته‌های خدمتی پزشکان/دندانپزشکان مرکز (طبق تعرفه دولتی)، پس از کسر هزینه‌های مرتبط با خدمت خارج بسته (ازجمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) بانظر کارشناسی معاونت بهداشتی، به‌صورت FFS به پزشکان خانواده/دندانپزشکان 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 (۱۵روزه) 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. لازم‌است فهرست پزشکان و ماماهای مراکز اقماری به‌همراه شماره ملی ازسوی معاونت بهداشتی به اداره‌کل استانی ارسال شود. این پزشکان حق هیچ‌گونه فعالیت پزشکی ندارند. بدیهی‌است درصورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغوقرارداد شده پس از آن اجازه فعالیت در برنامه را نخواهندداشت. نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی برعملکرد 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- اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:

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

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

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

تبصره: درصورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده به‌علت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی آنان در سهم ماندگاری لحاظ می‌گردد.

ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت تحت‌پوشش برنامه تعیین می‌گردد.

تبصره: جمعیت ثبت‌شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاک محاسبه جمعیت تحت‌پوشش در فرمول پرداخت است و حداکثر تا سقف ۶۰۰۰ نفر برای هر پزشک قابل‌پرداخت است.

د) سهم بیتوته: صرف حضور پزشک در محل زیست مراکز ارائه‌خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نمی‌شود. پزشک خانواده موظف‌است مطابق برنامه زمان‌بندی مرکز بهداشت، بیتوته (هر شیفت بیتوته شامل پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید. مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، درصورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته به‌صورت کشیک بیتوته همکاری نماید. ضروری‌است به مردم اطلاع‌رسانی مکفی شود. در مراکز ارائه‌خدمت با جمعیت بالای ۵۰۰۰ نفر درصورت وجود یک پزشک، مبنای محاسبه حق‌بیتوته در جدول محاسبه حق‌بیتوته دو پزشکه لحاظ می‌گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهدشد. درصورت غیبت بدون اطلاع قبلی پزشک در زمان بیتوته، معادل دو برابر حق‌بیتوته همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وی کسر می‌شود.

حق‌بیتوته فرد براساس بیتوته انجام‌شده در ماه، محاسبه و پرداخت می‌گردد.

ملاک پرداخت حق‌بیتوته در مراکز شبانه‌روزی با هر تعداد پزشک (مقیم مرکز شبانه‌روزی ویا از مراکز دیگر) جدول سهم بیتوته شبانه‌روزی است. بدیهی‌است کسری تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، باید در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به‌صورت افزایش پلکانی) پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمانی، درصورت 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 حق‌بیتوته مرکز شبانه‌روزی به‌عنوان دستمزد خدمات موردنظر (علاوه بر حق‌بیتوته مرکز) تعلق خواهدگرفت.

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

هـ) سهم پراکندگی یا دهگردشی:

و) ضریب عملکرد:

ز) ضریب حضور:

ح) حق مسئولیت: مسئولیت مرکز ارائه‌خدمت مجری و مدیریت تیم سلامت به‌عهده پزشک خانواده بوده (بااولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی دارای مدارک مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع است. پزشک مسئول در مراکز ارائه‌خدمت به‌عنوان مسئول تیم‌های سلامت مرکز ارائه‌خدمت محسوب می‌شود.

حق‌مسئولیت پزشک در مرکز ارائه‌خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد (طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد اضافه می‌گردد، به‌ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه‌خدمت است ۲ درصد به این مبلغ اضافه می‌گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت‌پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۱۰ درصدی پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می‌گردد. به‌عنوان مثال در مراکز ارائه‌خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول ۱۲درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد است. لازم به‌ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۱۶ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد است.

تمامی پزشکان خانواده مستقر در مراکز ارائه‌خدمت مجری، مدیریت سلامت کل جمعیت تحت‌پوشش مرکز را عهده‌دار هستند (اعم از بیمه‌شده روستایی یا سایرین) و متناسب با فرمول تعیین‌شده در این دستورعمل از نظام پرداخت تقریبا" یکسانی برخوردار

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

ط) فرمول روش پرداخت پزشک خانواده در برنامه:

سهم بیتوته + {ضریب حضور * [ضریب عملکرد * (سهم پراکندگی + (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 بااولویت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی و مراکز با دسترسی کمتر و کم‌برخوردارتر، صرفا طبق شرایط ذیل است:

الف- حداقل ضریب عملکرد ۹۰ درصد، بدیهی‌است درصورت عملکرد کمتر از ۹۰ درصد، این مبلغ در فصل بعد پرداخت نمی‌شود.

ب- انجام خدمت در ساعات غیراداری در مراکز ارائه‌خدمت طبق برنامه اعلامی مرکز بهداشت (خدمت در شیفت عصر و شب، فعالیت درراستای 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 پراکندگی (برای ماما)، ضریب عملکرد، و ضریب حضور است.

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

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

ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت تحت‌پوشش برنامه تعیین می‌گردد.

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

د) سهم بیتوته: صرف حضور ماما در محل زیست مرکز ارائه‌خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهدشد. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت جهت خدمات محوله، بیتوته (پایان ساعت اداری تا آغاز ساعت اداری روز بعد) نماید، سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) (به‌صورت افزایش پلکانی) پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: درصورت نیاز به بیتوته پرستار/بهیار، معادل حق‌بیتوته ماما به‌صورت اضافه‌کار بابت خدمت بیتوته به آنان پرداخت شود.

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

هـ) سهم پراکندگی یا دهگردشی:

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

ز) ضریب عملکرد.

ح) ضریب حضور.

ط) فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

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

ی) خدمات جانبی: درصورت انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان) و دارویاری (در مراکزی که دارای داروخانه ملکی هستند) توسط مامای تیم سلامت و تحت‌نظر پزشک، مامای مربوطه مشمول دریافت حق‌الزحمه خدمات جانبی است.

۲۱- روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:

الف) اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان شامل تعداد خدمات وزن‌دهی ثبت‌شده در سامانه (A)، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاری در ماه و ضریب عملکرد است.

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

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

ب) فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به‌شرح ذیل است:

پرداخت مبتنی بر عملکرد=

تعداد روز کاری در ماه x ((ضریب محرومیت x ((جمع وزنی خدمات روزانه ثبت‌شده در سامانه x ضریب K (ارزش ریالی خدمت)))) x ضریب عملکرد)

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

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

۳- جمع وزنی خدمات باتوجه به تعداد خدمات ارائه‌شده در یک روز تعیین شده‌است که به‌شرح زیر است:

الف) اگر A بین ۵۰ تا ۹۹ باشد: ۰/۳ A در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

ب) اگر A بین ۱۰۰ تا ۱۴۹ باشد: ۰/۶ A در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

ج) اگر A بین ۱۵۰ تا ۱۹۹ باشد: ۰/۹ A در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

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

هـ) اگر A ۲۴۰ یا بیشتر باشد: ۱/۱ A در فرمول پرداخت محاسبه می‌شود.

- یک شیفت کاری معادل ۶ ساعت است.

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

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

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

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

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

ج- درخصوص خدمات ارائه‌شده، به موارد ذیل توجه شود:

۱. فعالیت آموزشی و معاینه در وزن‌دهی خدمات مذکور درنظر گرفته شده‌است.

۲. در بازه زمانی سه‌ماهه، ۲۵٪ گروه هدف خدمات را دریافت کرده‌باشند، ویا دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در بازه زمانی سه‌ماهه ۵۰٪ خدمات را به گروه های هدف ارائه کرده‌باشد.

۳. اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرم‌گیری، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی است.
۴. در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده‌باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۶۰ درصد کل خدمات ارائه شده‌باشد.
۵. خدمت ترمیم برای هر دندان، طی یک سال، فقط یک بار قابل‌ثبت 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 قابل‌ثبت است.
۸. خدمت جرم‌گیری برای هر فرد یک بار در سال قابل‌ثبت است.
۹. خدمت فیشورسیلنت برای دندان‌های ۶ و ۷ دائمی و فقط یکبار قابل‌ثبت 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 تروما در بافت نرم و سخت است.

د- ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت‌شده در سامانه‌های سطح اول وزارت است. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مافوق ازطریق بررسی گزارش سامانه‌های الکترونیک و عملکرد صندوق واحد درآمد (پذیرش) و نیز بررسی بالینی بیمار انجام می‌شود.
هـ- در مناطق با ضریب محرومیت مرکز ۱/۸۰ و بالاتر که جذب دندانپزشک/بهداشتکار دهان به‌هیچ عنوان ممکن نیست به‌شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوری و تامین منابع مالی ازسوی دانشگاه/دانشکده، می‌توان تا سقف ۲۰ درصد به k پایه فرد اضافه کرد.
و- واحد سلامت دهان و دندان دانشگاه/دانشکده موظف به ارائه نتایج پایش عملکرد دندانپزشکان/بهداشتکاران دهان و دندان تحت‌پوشش به‌صورت فصلی به مدیریت گسترش شبکه دانشگاه/دانشکده به‌منظور محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد است.

۲۲- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه: اجزای تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه شامل سهم محرومیت، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ضریب مراکز تحت‌پوشش مازاد است.
الف) سهم محرومیت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می‌گردد.
ب) سهم ماندگاری: براساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت تعیین می‌گردد.
ج) سهم جمعیت: براساس جمعیت فعال تحت‌پوشش برنامه تعیین می‌گردد.
د) سهم پراکندگی یا دهگردشی: درصورت انجام دهگردشی توسط این نیروها قابل‌پرداخت است.
ح) ضریب عملکرد: براساس پایش فصلی طبق چک‌لیست ابلاغی و تخصصی تعیین می‌گردد.
ز) ضریب حضور.
هـ) 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 درصورت 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: درصورت به‌کارگیری سایر نیروهای موردنیاز تیم سلامت با اولویت پرستار/بهیار؛ براساس ضوابط مندرج در این دستورعمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی (براساس ماده ۴ دستورعمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قرارداد کارمعین) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهای بهداشتی درگیر برنامه خواهدبود. شایان‌ذکر است نیروهای مذکور مشمول دریافت مزایا (اضافه‌کاری، ماموریت اداری و ...) هستند.

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

ارائه‌خدمت ازطریق خرید خدمات و عقدقرارداد با شرکت‌ها، درصورت اخذ مجوز از هیئت‌رئیسه و یا هیئت امنای دانشگاه/دانشکده و ازمحل اعتبارات جاری، مقدور است.

۲۵- مکانیسم پرداخت نیروهای آموزشی: حق‌الزحمه نیروهای آموزشی در مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی منتخب (براساس اعلام دانشگاه/دانشکده مجری)، به‌صورت فصلی (پس از پایش فصلی مشترک توسط کمیته مربوطه) و ازمحل 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) درصورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزشِ تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به پزشکان خانواده تحت‌پوشش مرکز و دانشجویان رشته پزشکی معرفی‌شده 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) درصورت ویزیت بیماران و ارائه فیدبک آموزشی به پزشکان خانواده درمورد بیماران ارجاعی (ارجاع افقی و عمودی)، آموزشِ تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به پزشکان خانواده تحت‌پوشش مرکز، دانشجویان رشته پزشکی معرفی‌شده ازسوی دانشکده پزشکی.

ج: حق‌الزحمه آموزشی پزشکان عمومی (شاغل در همان مرکز با سابقه‌کار حداقل ۳ سال پزشک خانواده علاقه‌مند به آموزش) تا سقف ۳۰ میلیون ریال در ماه درصورت مدیریت برنامه‌ریزی و ارزشیابی آموزشی، ویزیت بیماران و آموزش تشخیص، درمان (مبتنی بر راهنمای بالینی) و مدیریت بیماری‌های شایع به دانشجویان رشته پزشکی معرفی‌شده ازسوی دانشکده پزشکی.

د: حق‌الزحمه آموزشی سایر کارکنان (شاغل در همان مرکز با سابقه‌کار حداقل ۵ سال علاقه‌مند به آموزش و موردتایید گروه آموزشی مرتبط با رشته فرد) تا سقف ۱۰ میلیون ریال در ماه درصورت آموزش به دانشجویان گروه مرتبط با رشته تحصیلی فرد طبق تایید دانشکده‌ها (در رشته‌های مامایی، تغذیه، روان، محیط، حرفه‌ای و ...) در حوزه آموزش، به دانشجویان گروه علوم پزشکی معرفی‌شده ازسوی دانشکده‌ها.

ماده ۳۰: زمان اجرا:

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۱۴۰۳/۰۱/۰۱ تا ابلاغ دستورعمل جدید، مسئولیت حسن‌اجرا و پاسخگوئی درقبال هرگونه تغییر و اجرانکردن آن به‌عهده معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده و مدیرکل بیمه سلامت استان است.

ماده ۳۱: جداول راهنمای روش پرداخت تیم سلامت:

الف) پرداخت پزشکان خانواده:

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ (ریال) تعیین‌شده برای:			سهم بیتوته (ریال) برای:						سهم پراکندگی (ریال)		
	سهم محرومیت	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت	مبلغ به‌ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت‌پوشش پزشک	تک پزشک	دو پزشک	سه پزشک و بیشتر	مراکز معین/ تجمیعی	شبانه‌روزی	به‌ازای هر واحد	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (اسفالت)	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/ خاکی/ ایل‌گردش)
۱/۰۰	۱۷۹۵۵۱۲۵	۲۳۴۴۰۳۱	۱۵۹۷۵	۱۸۴۶۸۱۴	۲۲۹۸۲۵۸	۳۱۳۹۵۸۱	۵۱۷۱۰۷۸	۸۱۲۵۹۷۶	۴۵۰۰۵۴	۱۰۴۱۸	۱۴۵۸۵
۱/۰۵	۱۹۰۹۱۴۲۹	۲۴۹۱۶۱۹	۱۶۹۸۸	۱۹۶۱۵۲۸	۲۴۲۴۴۰۸	۳۲۸۱۶۶۹	۵۳۶۱۵۱۲	۸۳۸۴۱۳۱	۴۷۸۳۸۹	۱۱۲۱۰	۱۵۳۷۸
۱/۱۰	۲۰۲۲۷۷۳۰	۲۶۳۹۲۰۶	۱۸۰۰۰	۲۰۷۸۳۷۴	۲۵۵۲۸۳۱	۳۴۲۶۱۷۰	۵۵۵۴۹۲۸	۸۶۴۶۰۴۰	۵۰۶۷۲۸	۱۲۰۰۲	۱۶۱۶۹
۱/۱۵	۲۱۳۶۴۰۳۴	۲۷۸۶۷۹۳	۱۹۰۰۰	۲۱۹۷۳۵۳	۲۶۸۳۵۳۰	۳۵۷۳۰۸۵	۵۷۵۱۳۳۲	۸۹۱۱۶۹۶	۵۳۵۰۶۵	۱۲۷۹۴	۱۶۹۶۰
۱/۲۰	۲۲۵۰۰۳۳۸	۲۹۳۴۳۸۰	۲۰۰۱۳	۲۳۱۸۴۶۰	۲۸۱۶۵۰۰	۳۷۲۲۴۱۹	۵۹۵۰۷۱۵	۹۱۸۱۱۰۱	۵۶۳۴۰۳	۱۳۵۸۴	۱۷۷۵۳
۱/۲۵	۲۳۶۳۶۶۳۸	۳۰۸۱۹۶۸	۲۱۰۱۳	۲۴۴۱۷۰۱	۲۹۵۱۷۴۳	۳۸۷۴۱۶۲	۶۱۵۳۰۸۳	۹۴۵۴۲۶۳	۵۹۱۷۳۸	۱۴۳۷۷	۱۸۵۴۵
۱/۳۰	۲۴۷۷۲۹۴۳	۳۲۲۹۵۵۴	۲۲۰۲۵	۲۵۶۷۰۷۰	۳۰۸۹۲۶۱	۴۰۲۸۳۲۴	۶۳۵۸۴۳۷	۹۷۳۱۱۶۹	۶۲۰۰۷۵	۱۵۱۶۸	۱۹۳۳۵
۱/۳۵	۲۵۹۰۹۲۴۶	۳۳۷۷۱۴۴	۲۳۰۲۵	۲۶۹۴۵۷۰	۳۲۲۹۰۵۰	۴۱۸۴۹۰۳	۶۵۶۶۷۶۹	۱۰۰۱۱۸۲۶	۶۴۸۴۱۳	۱۵۹۶۰	۲۰۱۲۸
۱/۴۰	۲۷۰۴۵۵۴۸	۳۵۲۴۷۲۸	۲۴۰۳۸	۲۸۲۴۲۰۴	۳۳۷۱۱۱۱	۴۳۴۳۸۹۴	۶۷۷۸۰۸۷	۱۰۲۹۶۲۳۹	۶۷۶۷۴۸	۱۶۷۵۳	۲۰۹۲۰
۱/۴۵	۲۸۱۸۱۸۵۱	۳۶۷۲۳۱۸	۲۵۰۳۸	۲۹۵۵۹۶۶	۳۵۱۵۴۴۹	۴۵۰۵۲۹۹	۶۹۹۲۳۹۰	۱۰۵۸۴۳۹۶	۷۰۵۰۸۴	۱۷۵۴۴	۲۱۷۱۲
۱/۵۰	۲۹۳۱۸۱۵۵	۳۸۱۹۹۰۳	۲۶۰۵۰	۳۰۸۹۸۶۰	۳۶۶۲۰۵۶	۴۶۶۹۱۲۳	۷۲۰۹۶۷۴	۱۰۸۷۶۳۰۵	۷۳۳۴۲۳	۱۸۳۳۵	۲۲۵۰۳
۱/۵۵	۳۰۴۵۴۴۵۶	۳۹۶۷۴۹۱	۲۷۰۵۰	۳۲۲۵۸۸۶	۳۸۱۰۹۳۶	۴۸۳۵۳۵۹	۷۴۲۹۹۴۰	۱۱۱۷۱۹۶۹	۷۶۱۷۵۸	۱۹۱۲۷	۲۳۲۹۵
۱/۶۰	۳۱۵۹۰۷۵۹	۴۱۱۵۰۷۹	۲۸۰۶۳	۳۳۶۴۰۴۱	۳۹۶۲۰۹۴	۵۰۰۴۰۱۰	۷۶۵۳۱۹۴	۱۱۴۷۱۳۷۸	۷۹۰۰۹۵	۱۹۹۱۹	۲۴۰۸۵
۱/۶۵	۳۲۷۲۷۰۶۴	۴۲۶۲۶۶۵	۲۹۰۶۳	۳۵۰۴۳۲۶	۴۱۱۵۵۲۰	۵۱۷۵۰۷۹	۷۸۷۹۴۲۷	۱۱۷۷۴۵۳۸	۸۱۸۴۳۳	۲۰۷۱۳	۲۴۸۷۸
۱/۷۰	۳۳۸۶۳۳۶۵	۴۴۱۰۲۵۳	۳۰۰۷۵	۳۶۴۶۷۴۶	۴۲۷۱۲۱۹	۵۳۴۸۵۶۰	۸۱۰۸۶۴۴	۱۲۰۸۱۴۵۳	۸۴۶۷۶۸	۲۱۵۰۳	۲۵۶۷۲
۱/۷۵	۳۴۹۹۹۶۶۸	۴۵۵۷۸۴۰	۳۱۰۷۵	۳۷۹۱۲۹۴	۴۴۲۹۱۹۵	۵۵۲۴۴۵۵	۸۳۴۰۸۴۸	۱۲۳۹۲۱۱۴	۸۷۵۱۰۷	۲۲۲۹۵	۲۶۴۶۳
۱/۸۰	۳۶۱۳۵۹۷۰	۴۷۰۵۴۲۶	۳۲۰۸۸	۳۹۳۷۹۷۳	۴۵۸۹۴۴۰	۵۷۰۲۷۷۰	۸۵۷۶۰۳۰	۱۲۷۰۶۵۲۵	۹۰۳۴۴۳	۲۳۰۸۷	۲۷۲۵۴
۱/۸۵	۳۷۲۷۲۲۷۴	۴۸۵۳۰۱۴	۳۳۰۸۸	۴۰۸۶۷۸۵	۴۷۵۱۹۵۹	۵۸۸۳۴۹۶	۸۸۱۴۱۹۷	۱۳۰۲۴۶۹۱	۹۳۱۷۷۸	۲۳۸۷۸	۲۸۰۴۵
۱/۹۰	۳۸۴۰۸۵۷۶	۵۰۰۰۶۰۰	۳۴۱۰۰	۴۲۳۷۷۲۵	۴۹۱۶۷۵۴	۶۰۶۶۶۳۸	۹۰۵۵۳۵۰	۱۳۳۴۶۶۰۴	۹۶۰۱۱۵	۲۴۶۶۹	۲۸۸۳۸
۱/۹۵	۳۹۵۴۴۸۷۹	۵۱۴۸۱۸۹	۳۵۱۰۰	۴۳۹۰۷۹۶	۵۰۸۳۸۱۸	۶۲۵۲۱۹۶	۹۲۹۹۴۸۴	۱۳۶۷۲۲۶۵	۹۸۸۴۵۳	۲۵۴۶۲	۲۹۶۲۸
۲/۰۰	۴۰۶۸۱۱۸۳	۵۲۹۵۷۷۵	۳۶۱۱۳	۴۵۴۶۰۰۳	۵۲۵۳۱۵۵	۶۴۴۰۱۶۸	۹۵۴۶۶۰۰	۱۴۰۰۱۶۸۴	۱۰۱۶۷۸۹	۲۶۲۵۳	۳۰۴۲۲

ب) پرداخت ماماها و کارکنان پاراکلینیک (کاردان):

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ (ریال) تعیین‌شده برای:			سهم بیتوته کاردان مامایی (ریال)	سهم پراکندگی (ریال)			
	سهم محرومیت	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت	مبلغ به‌ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت‌پوشش		به‌ازای هر واحد	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت)	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (ابی/ خاکی/ ایل‌گردش)	خدمات جانبی ماما
۱/۰۰	۳۰۷۸۰۲۳	۴۳۴۰۸۱.۳	۱۰۴۶	۱۰۷۷۳۰۹	۲۷۷۸۱	۷۲۹۳	۸۳۳۴	۱۵۰۰۰۰۰۰
۱/۰۵	۳۶۱۶۶۷۸	۵۱۰۰۴۳.۸	۱۲۳۳	۱۱۱۱۵۳۵	۳۲۶۴۱	۷۴۳۴	۸۴۷۵	۱۵۲۵۰۰۰۰
۱/۱۰	۴۱۵۵۳۲۹	۵۸۶۰۰۷.۵	۱۴۱۶	۱۱۴۶۲۵۴	۳۷۵۰۳	۷۵۷۴	۸۶۱۵	۱۵۵۰۰۰۰۰
۱/۱۵	۴۶۹۳۹۸۵	۶۶۱۹۷۲.۵	۱۵۹۹	۱۱۸۱۴۷۸	۴۲۳۶۵	۷۷۱۵	۸۷۵۴	۱۵۷۵۰۰۰۰
۱/۲۰	۵۲۳۲۶۳۷	۷۳۷۹۳۶.۳	۱۷۸۵	۱۲۱۷۱۹۱	۴۷۲۲۵	۷۸۵۴	۸۸۹۵	۱۶۰۰۰۰۰۰
۱/۲۵	۵۷۷۱۲۹۱	۸۱۳۹۰۰	۱۹۷۰	۱۲۵۳۴۰۶	۵۲۰۸۶	۷۹۹۵	۹۰۳۷	۱۶۲۵۰۰۰۰
۱/۳۰	۶۳۰۹۹۴۳	۸۸۹۸۶۳.۸	۲۱۵۴	۱۲۹۰۱۱۸	۵۶۹۴۶	۸۱۳۵	۹۱۷۵	۱۶۵۰۰۰۰۰
۱/۳۵	۶۸۴۸۵۹۹	۹۶۵۸۳۰	۲۳۳۷	۱۳۲۷۳۲۶	۶۱۸۰۸	۸۲۷۵	۹۳۱۷	۱۶۷۵۰۰۰۰
۱/۴۰	۷۳۸۷۲۵۲	۱۰۴۱۷۹۱	۲۵۲۵	۱۳۶۵۰۳۴	۶۶۶۶۹	۸۴۱۵	۹۴۵۷	۱۷۰۰۰۰۰۰
۱/۴۵	۷۹۲۵۹۰۸	۱۱۱۷۷۵۶	۲۷۰۸	۱۴۰۳۲۳۷	۷۱۵۲۹	۸۵۵۶	۹۵۹۸	۱۷۲۵۰۰۰۰
۱/۵۰	۸۴۶۴۵۶۰	۱۱۹۳۷۲۰	۲۸۹۴	۱۴۴۱۹۳۳	۷۶۳۹۳	۸۶۹۵	۹۷۳۷	۱۷۵۰۰۰۰۰
۱/۵۵	۹۰۰۳۲۱۵	۱۲۶۹۶۸۵	۳۰۷۷	۱۴۸۱۱۳۵	۸۱۲۵۰	۸۸۳۶	۹۸۷۸	۱۷۷۵۰۰۰۰
۱/۶۰	۹۵۴۱۸۶۷	۱۳۴۵۶۴۸	۳۲۶۴	۱۵۲۰۸۲۶	۸۶۱۱۳	۸۹۷۶	۱۰۰۱۸	۱۸۰۰۰۰۰۰
۱/۶۵	۱۰۰۸۰۵۲۱	۱۴۲۱۶۱۳	۳۴۴۷	۱۵۶۱۰۲۱	۹۰۹۷۵	۹۱۱۸	۱۰۱۵۸	۱۸۲۵۰۰۰۰
۱/۷۰	۱۰۶۱۹۱۷۳	۱۴۹۷۵۷۵	۳۶۳۲	۱۶۰۱۷۰۷	۹۵۸۳۵	۹۲۵۶	۱۰۲۹۸	۱۸۵۰۰۰۰۰
۱/۷۵	۱۱۱۵۷۸۲۹	۱۵۷۳۵۴۱	۳۸۱۸	۱۶۴۲۸۹۵	۱۰۰۶۹۵	۹۳۹۸	۱۰۴۳۹	۱۸۷۵۰۰۰۰
۱/۸۰	۱۱۶۹۶۴۷۹	۱۶۴۹۵۰۴	۴۰۰۴	۱۶۸۴۵۷۸	۱۰۵۵۵۵	۹۵۳۸	۱۰۵۷۸	۱۹۰۰۰۰۰۰
۱/۸۵	۱۲۲۳۵۱۳۵	۱۷۲۵۴۶۹	۴۱۸۷	۱۷۲۶۷۵۹	۱۱۰۴۱۸	۹۶۷۸	۱۰۷۱۹	۱۹۲۵۰۰۰۰
۱/۹۰	۱۲۷۷۳۷۸۹	۱۸۰۱۴۳۳	۴۳۷۴	۱۷۶۹۴۳۷	۱۱۵۲۸۰	۹۸۱۸	۱۰۸۵۹	۱۹۵۰۰۰۰۰
۱/۹۵	۱۳۳۱۲۴۴۱	۱۸۷۷۳۹۸	۴۵۵۷	۱۸۱۲۶۱۳	۱۲۰۱۳۸	۹۹۵۹	۱۱۰۰۵	۱۹۷۵۰۰۰۰
۲/۰۰	۱۳۸۵۱۰۹۷	۱۹۵۳۳۶۰	۴۷۴۰	۱۸۵۶۲۸۴	۱۲۵۰۱۶	۱۰۰۹۸	۱۱۱۳۹	۲۰۰۰۰۰۰۰

ج) پرداخت ماماها و کارکنان پاراکلینیک (کارشناس):

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ (ریال) تعیین‌شده برای:			سهم بیتوته کارشناس مامایی (ریال)	سهم پراکندگی (ریال)			خدمات جانبی ماما
	سهم محرومیت	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت	مبلغ به‌ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت‌پوشش		به‌ازای هر واحد	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت)	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/ خاکی/ ایل‌گردش)	
۱/۰۰	۳۸۴۷۵۲۹	۵۲۰۸۹۷.۶	۱۲۹۲	۱۲۹۲۷۶۷	۳۴۷۲۵	۹۳۷۷	۱۰۴۱۸	۱۵۰۰۰۰۰۰
۱/۰۵	۴۳۸۶۱۸۱	۶۱۲۰۵۲.۶	۱۴۷۶	۱۳۲۹۴۸۴	۳۹۵۸۶	۹۵۱۸	۱۰۵۵۹	۱۵۲۵۰۰۰۰
۱/۱۰	۴۹۲۴۸۳۵	۷۰۳۲۰۹	۱۶۶۲	۱۳۶۶۶۸۷	۴۴۴۴۸	۹۶۵۸	۱۰۶۹۸	۱۵۵۰۰۰۰۰
۱/۱۵	۵۴۶۳۴۸۷	۷۹۴۳۶۷	۱۸۴۷	۱۴۰۴۳۹۷	۴۹۳۰۸	۹۷۹۸	۱۰۸۳۹	۱۵۷۵۰۰۰۰
۱/۲۰	۶۰۰۲۱۴۲	۸۸۵۵۲۳.۶	۲۰۳۰	۱۴۴۲۵۹۸	۵۴۱۶۸	۹۹۳۸	۱۰۹۷۹	۱۶۰۰۰۰۰۰
۱/۲۵	۶۵۴۰۷۹۷	۹۷۶۶۸۰	۲۲۱۶	۱۴۸۱۲۹۸	۵۹۰۳۱	۱۰۰۷۹	۱۱۱۲۰	۱۶۲۵۰۰۰۰
۱/۳۰	۷۰۷۹۴۴۸	۱۰۶۷۸۳۷	۲۴۰۲	۱۵۲۰۴۹۶	۶۳۸۹۱	۱۰۲۱۸	۱۱۲۵۹	۱۶۵۰۰۰۰۰
۱/۳۵	۷۶۱۸۱۰۴	۱۱۵۸۹۹۶	۲۵۸۶	۱۵۶۰۱۹۱	۶۸۷۵۳	۱۰۳۵۹	۱۱۴۰۰	۱۶۷۵۰۰۰۰
۱/۴۰	۸۱۵۶۷۵۹	۱۲۵۰۱۴۹	۲۷۶۹	۱۶۰۰۳۸۴	۷۳۶۱۳	۱۰۴۹۹	۱۱۵۴۰	۱۷۰۰۰۰۰۰
۱/۴۵	۸۶۹۵۴۱۱	۱۳۴۱۳۰۷	۲۹۵۷	۱۶۴۱۰۷۳	۷۸۴۷۴	۱۰۶۴۰	۱۱۶۸۰	۱۷۲۵۰۰۰۰
۱/۵۰	۹۲۳۴۰۶۵	۱۴۳۲۴۶۴	۳۱۴۰	۱۶۸۲۲۵۶	۸۳۳۳۵	۱۰۷۷۹	۱۱۸۲۰	۱۷۵۰۰۰۰۰
۱/۵۵	۹۷۷۲۷۲۱	۱۵۲۳۶۲۲	۳۳۲۶	۱۷۲۳۹۴۴	۸۸۱۹۶	۱۰۹۲۰	۱۱۹۶۲	۱۷۷۵۰۰۰۰
۱/۶۰	۱۰۳۱۱۳۷۱	۱۶۱۴۷۷۸	۳۵۰۹	۱۷۶۶۱۲۲	۹۳۰۵۸	۱۱۰۶۰	۱۲۱۰۰	۱۸۰۰۰۰۰۰
۱/۶۵	۱۰۸۵۰۰۲۷	۱۷۰۵۹۳۶	۳۶۹۶	۱۸۰۸۸۰۳	۹۷۹۱۸	۱۱۲۰۰	۱۲۲۴۲	۱۸۲۵۰۰۰۰
۱/۷۰	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱۷۹۷۰۹۰	۳۸۷۸	۱۸۵۱۹۷۶	۱۰۲۷۷۹	۱۱۳۴۰	۱۲۳۸۲	۱۸۵۰۰۰۰۰
۱/۷۵	۱۱۹۲۷۳۳۳	۱۸۸۸۲۴۹	۴۰۶۴	۱۸۹۵۶۴۷	۱۰۷۶۴۱	۱۱۴۸۲	۱۲۵۲۳	۱۸۷۵۰۰۰۰
۱/۸۰	۱۲۴۶۵۹۸۸	۱۹۷۹۴۰۵	۴۲۴۸	۱۹۳۹۸۱۸	۱۱۲۵۰۰	۱۱۶۲۰	۱۲۶۶۲	۱۹۰۰۰۰۰۰
۱/۸۵	۱۳۰۰۴۶۴۱	۲۰۷۰۵۶۳	۴۴۳۱	۱۹۸۴۴۸۶	۱۱۷۳۶۱	۱۱۷۶۲	۱۲۸۰۳	۱۹۲۵۰۰۰۰
۱/۹۰	۱۳۵۴۳۲۹۵	۲۱۶۱۷۲۰	۴۶۱۷	۲۰۲۹۶۴۵	۱۲۲۲۲۵	۱۱۹۰۲	۱۲۹۴۳	۱۹۵۰۰۰۰۰
۱/۹۵	۱۴۰۸۱۹۵۱	۲۲۵۲۸۷۸	۴۸۰۰	۲۰۷۵۳۱۱	۱۲۷۰۸۴	۱۲۰۴۳	۱۳۰۸۳	۱۹۷۵۰۰۰۰
۲/۰۰	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲۳۴۴۰۳۲	۴۹۸۸	۲۱۲۱۴۶۷	۱۳۱۹۶۱	۱۲۱۸۲	۱۳۲۲۳	۲۰۰۰۰۰۰۰

ب) پرداخت کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه:

میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز	مبلغ (ریال) تعیین‌شده برای:			سهم پراکندگی (ریال)		
	سهم محرومیت	بازای یکسال خدمت در مراکز ارائه‌خدمت	مبلغ به‌ازای هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت‌پوشش	به‌ازای هر واحد	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آسفالت)	به‌ازای هر کیلومتر مسافت (آبی/ خاکی/ ایل‌گردش)
۱/۰۰	۳۸۴۷۵۲۹	۵۲۰۸۹۷.۶	۹۰۵	۳۴۷۲۵	۹۳۷۷	۱۰۴۱۸
۱/۰۵	۴۳۸۶۱۸۱	۶۱۲۰۵۲.۶	۱۰۳۴	۳۹۵۸۶	۹۵۱۸	۱۰۵۵۹
۱/۱۰	۴۹۲۴۸۳۵	۷۰۳۲۰۹	۱۱۶۴	۴۴۴۴۸	۹۶۵۸	۱۰۶۹۸
۱/۱۵	۵۴۶۳۴۸۷	۷۹۴۳۶۷	۱۲۹۳	۴۹۳۰۸	۹۷۹۸	۱۰۸۳۹
۱/۲۰	۶۰۰۲۱۴۲	۸۸۵۵۲۳.۶	۱۴۲۱	۵۴۱۶۸	۹۹۳۸	۱۰۹۷۹
۱/۲۵	۶۵۴۰۷۹۷	۹۷۶۶۸۰	۱۵۵۱	۵۹۰۳۱	۱۰۰۷۹	۱۱۱۲۰
۱/۳۰	۷۰۷۹۴۴۸	۱۰۶۷۸۳۷	۱۶۸۲	۶۳۸۹۱	۱۰۲۱۸	۱۱۲۵۹
۱/۳۵	۷۶۱۸۱۰۴	۱۱۵۸۹۹۶	۱۸۱۱	۶۸۷۵۳	۱۰۳۵۹	۱۱۴۰۰
۱/۴۰	۸۱۵۶۷۵۹	۱۲۵۰۱۴۹	۱۹۳۹	۷۳۶۱۳	۱۰۴۹۹	۱۱۵۴۰
۱/۴۵	۸۶۹۵۴۱۱	۱۳۴۱۳۰۷	۲۰۷۰	۷۸۴۷۴	۱۰۶۴۰	۱۱۶۸۰
۱/۵۰	۹۲۳۴۰۶۵	۱۴۳۲۴۶۴	۲۱۹۸	۸۳۳۳۵	۱۰۷۷۹	۱۱۸۲۰
۱/۵۵	۹۷۷۲۷۲۱	۱۵۲۳۶۲۲	۲۳۲۸	۸۸۱۹۶	۱۰۹۲۰	۱۱۹۶۲
۱/۶۰	۱۰۳۱۱۳۷۱	۱۶۱۴۷۷۸	۲۴۵۶	۹۳۰۵۸	۱۱۰۶۰	۱۲۱۰۰
۱/۶۵	۱۰۸۵۰۰۲۷	۱۷۰۵۹۳۶	۲۵۸۸	۹۷۹۱۸	۱۱۲۰۰	۱۲۲۴۲
۱/۷۰	۱۱۳۸۸۶۷۹	۱۷۹۷۰۹۰	۲۷۱۵	۱۰۲۷۷۹	۱۱۳۴۰	۱۲۳۸۲
۱/۷۵	۱۱۹۲۷۳۳۳	۱۸۸۸۲۴۹	۲۸۴۵	۱۰۷۶۴۱	۱۱۴۸۲	۱۲۵۲۳
۱/۸۰	۱۲۴۶۵۹۸۸	۱۹۷۹۴۰۵	۲۹۷۴	۱۱۲۵۰۰	۱۱۶۲۰	۱۲۶۶۲
۱/۸۵	۱۳۰۰۴۶۴۱	۲۰۷۰۵۶۳	۳۱۰۲	۱۱۷۳۶۱	۱۱۷۶۲	۱۲۸۰۳
۱/۹۰	۱۳۵۴۳۲۹۵	۲۱۶۱۷۲۰	۳۲۳۲	۱۲۲۲۲۵	۱۱۹۰۲	۱۲۹۴۳
۱/۹۵	۱۴۰۸۱۹۵۱	۲۲۵۲۸۷۸	۳۳۶۰	۱۲۷۰۸۴	۱۲۰۴۳	۱۳۰۸۳
۲/۰۰	۱۴۶۲۰۶۰۳	۲۳۴۴۰۳۲	۳۴۹۲	۱۳۱۹۶۱	۱۲۱۸۲	۱۳۲۲۳

A3.1V31