

**اجرایی**

**دستورعمل**

**خانواده**

**پزشکی**

**و**

**روستایی**

**بیمه**

**نسخه**

**)**

**٢٣**

**(**

فهرست مطالب صفحه

مقدمه 3

ماده 1: تعاریف 3

ماده 2: ستاد ها و کمیته ها 5 ماده 3: هیات امناء 7

ماده 4: انواع روستا 7 ماده 5: تعیین نیروهاي مورد نیاز تیم سلامت 8 ماده 6: روند جذب اعضاي تیم سلامت 9

ماده 7: عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان 10 ماده 8: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضاي تیم سلامت و مراکز ارائه خدمت 11 ماده 9: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضاي تیم سلامت 11 ماده 10: وظایف اعضاي تیم سلامت 12 ماده 11: ساعات کار اعضاي تیم سلامت 13 ماده 12: بیتوته تیم سلامت 13 ماده 13: نحوه استفاده از مرخصی اعضاي تیم سلامت 15 ماده 14: ارائه خدمات دارویی 17 ماده 15: ارائه خدمات پاراکلینیک 20

ماده 16: خدمات سلامت دهان و دندان 23

ماده 17: درآمدها 26 ماده 18: اعتبار و تعدیلات 27 ماده 19: سهم توزیع سرانه 28 ماده 20: تخصیص و هزینه کرد اعتبار 28 ماده 21: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت 29 ماده 22: اجراي برنامه هاي فنی ادغام یافته 30 ماده 23: ارجاع در سطح اول خدمات 30 ماده 24: ارجاع در سطح دو خدمات 31

1. ماده 25: پایش فصلی تیم سلامتماده 26: پایش مشترك 32 ماده 27: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت 32
2. ماده 28: مسئولیت اجرا
3. ماده 29: مکانیسم پرداخت تیم سلامتماده 30: زمان اجرا 42 ماده 31: جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت 43

مندرجات این دستورالعمل براساس مفاد تفاهمنامه خدمات سطح اول روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهاي با جمعیت کمتراز بیست هزار نفر سال 1402 تدوین گردیدهاست.

**تحت نظارت:** آقاي دکتر محسن بارونی و آقاي دکتر فرشید عابدي

**اعضاي گروه تدوین:** آقاي دکتر مسعود مشایخی ،خانم دکتر نگین طاهري، خانم پریسا تلاوري، آقاي دکتر رضا زرگران، آقاي نادر محمدطاهري ،خانم دکتر بیتا سنگستانی، خانم رقیه ضرابی ،خانم نوجوان محمدي ،آقاي مهندس مسعود آزاد، خانم زهرا کبیري روزبهانی، آقاي حمیدرضا سحرخیز و خانم فریبا حسنی.

**مقدمه**

در اجراي بند ( ث) ماده 74 قانون برنامه ششم توسعه اقتصادي، اجتماعی و فرهنگی کشور و همچنین مطابق بند( الف) ماده 17 قانون برنامه بودجه و ماده 37 قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و تصمیم دولت دوازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهاي زیر بیست هزار نفر کشور مقرر گردید، تا با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دو و سه، دسترسی و برخورداري مردم از خدمات سلامت ارتقاء یابد.

در برنامه پزشکی خانواده ،پزشک خانواده (شامل پزشک عمومی/ متخصص پزشکی خانواده) به همراه اعضاي دیگر تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهاي تحت پوشش خود را بعهده داشته و در صورت ارجاع فرد به سایر سطوح ،مسئولیت پیگیري اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارند .همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال( Active) ارائه میشود.

**واژگان رایج:**

سازمان: سازمان بیمهسلامت ایران.

ادارات کل استانی: ادارات کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان به عنوان خریدار خدمت.

وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

معاونت بهداشت: معاونت بهداشت وزارت.

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

معاونتهاي بهداشتی: معاونتهاي بهداشتی دانشگاه ها/دانشکدهها.

مراکز بهداشت: مراکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشتی به عنوان مجري طرح.

مراکز ارائه خدمت: مراکز ارائه خدمت وابسته به مراکز بهداشت به عنوان ارائه دهنده خدمت.

برنامه: برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده

**ماده 1: تعاریف**

اصطلاحات به کار برده شده در این دستورعمل به شرح زیر تعریف میگردد:

1. **پزشک خانواده:** پزشک خانواده فردي است که داراي حداقل مدرك دکتراي حرفه اي پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهاي زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز ارائه خدمت مجري برنامه، بصورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و بر اساس بسته خدمات سلامت، ارائه خدمت مینماید.
2. **فرد روستایی:** فرد روستایی فردي است که سکونت وي در روستا مورد تایید خانه بهداشت یا شوراي اسلامی روستا بوده و داراي پرونده سلامت فعال باشد.
3. **خدمات سلامت:** مجموعه فعالیتها و فرآیندهایی است که بستر لازم براي حصول سلامت همه جانبه را براي فرد و اجتماع فراهم میکند و در برگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیري، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیري میباشد.
4. **نظام ارائه خدمات سلامت:** ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز (بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبتهاي ارتقاي سلامت، پیشگیري از بیماري، تشخیص ،مدیریت درمان و پیگیري ، بازتوانی، مراقبت هاي تسکینی و نیز مراقبتهاي مزمن طولانی در منزل می شود. این مراقبت ها از طریق سطوح و واحدهاي مختلف خدمات در نظام سلامت، در طول زندگی( از بدو تولد تا مرگ ) تضمین میشود.
5. **مراقبتهاي اولیه سلامت:** خدمات اساسی سلامت است؛ مبتنی بر روشهاي کاربردي، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار میگیرد و با هزینهاي که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه، با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید .
6. **نظام ارجاع:** ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره اي مرتبط و تکاملی می باشد تا چنانچه مراجعه کننده اي از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاترارجاع نموده و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین تر جهت پیگیري درمان اعلام گردد.
7. **سطح بندي واحدهاي ارائه خدمات سلامت:** چیدمان واحدهاي ارائه دهنده خدمات و مراقبتهاي سلامت به نحوي که دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می سازد. خدمات و مراقبتهاي سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته میشود:

الف- سطح اول: شامل خدمات/ مراقبتهاي اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین، توسط واحدي در نظام سلامت ( مراکز ارائه خدمت، خانه هاي بهداشت و پایگاه هاي سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان ) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق میافتد .

ب- سطح دو و سه: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحدهاي سرپایی و بستري در نظام سلامت ارائه میگردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/ نوتوانی تخصصی می باشد.

**8- بسته هاي خدمات سطح اول:** خدمات سلامت سطح اول ( ابلاغی توسط معاونت بهداشت) که توسط تیم سلامت ارائه میشود .

**9-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 وحرفه اي، علوم آزمایشگاهی ،رادیولوژي ،کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهاي مورد نیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بستهي خدمات سطح اول ابلاغی از سوي معاونت بهداشت را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

1. **نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات:** شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم هاي سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه میگذارند .
2. **پرداخت سرانه:** روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازاي جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا بیمار، صورت می گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف میشود.
3. **تفاهم نامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهاي با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر:** سندي است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سطح اول بطور مشترك بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و سازمان منعقد میگردد.
4. **دستور عمل اجرایی:** منظور دستورعمل اجرایی بیمه روستایی و پزشکی خانواده می باشد که شیوه اجراي برنامه را براساس تفاهم نامه مشترك ارائه میدهد .
5. **قرارداد همکاري مشترك:** قرارداد همکاري است که بین اداره کل بیمه سلامت استان با شبکه هاي بهداشت و درمان /مراکز بهداشت به منظور اجراي مفاد تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی مشترك که با تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده ها منعقد می گردد .طی این همکاري، خرید خدمات در قالب بسته خدمات سطح اول با اجراي برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده و نظام ارجاع مشتمل بر ارتقاي سلامت، پیشگیري و درمان به صورت ادغام یافته و به صورت سرانه اي انجام میگردد.
6. **مرکز خدمات جامع سلامت فعال:** مرکزي که در آن حداقل، خدمات پزشک و دارو در داروخانه فعال ارائه شود .
7. **مرکز داراي بیتوته:** مراکز ارائه خدمت مجري که در آن حداقل خدمات پزشکی و داروهاي اورژانس در خارج از ساعات اداري نیز ارائه می شود.
8. **مراکز ارائه خدمت شبانه روزي:** مراکز ارائه خدمت مجري که طبق ضوابط طرح هاي گسترش شبکه، تمامی واحدهاي ارائه دهنده خدمات تشخیصی و درمانی آن منطبق با طرح گسترش شبکه بصورت 24 ساعته فعال می باشند .
9. **مرکز معین/ تجمیعی:** مراکز ارائه دهنده خدمات جامع سلامت داراي بیتوته که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشک و داروهاي اوراژنس را ارائه مینماید.
10. **مراکز منتخب:** مراکز ارائه خدمت که از نظر ساماندهی نیروي انسانی، برنامه کاري، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی آمادگی مستمر براي مواجهه با بحران ها و بیماري هاي مختلف را دارند. این واحد ها در شرایط عادي همانند سایر واحد ها فعالیت می کنند اما در زمان بحران بر اساس نوع بحران، خدمات تعریف شده اي متناسب با شرایط پیش آمده ارائه می دهند.
11. **مرکز اقماري:** مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت 85/1 و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نمیباشد .
12. **مرکز آموزشی:** مراکز ارائه خدمت مجري که طبق ضوابط طرح هاي گسترش شبکه و بنا به استانداردهاي مربوطه وظیفه آموزش نیروي انسانی مرتبط با برنامه را دارد.
13. **جمعیت هدف وزارت:** شامل کلیه جمعیت ساکن فعال روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهاي باجمعیت کمتر از بیست هزار نفر مستند به آمار معاونت بهداشت (اعم از تحت پوشش صندوق بیمه روستایی و سایر صندوقهاي بیمه اي سازمان، سایرسازمانهاي بیمه پایه، فاقد پوشش بیمه و افراد غیر ایرانی) در مناطق روستایی، شهرهاي زیر بیست هزار نفر و عشایري که در طی سال گذشته توسط هر یک از اعضاي تیم سلامت خدمات مورد نظر را دریافت کرده و این خدمات در سامانه هاي سطح اول وزارت بهداشت (سیب، سینا، ناب و پارسا) ثبت و در پایان سال1401 اعلام شده است.
14. **جمعیت هدف سازمان:** شامل بیمه شدگان صندوق روستائیان و عشایر مستند به آمار سازمان است.
15. **فرانشیز (سهم بیمار) خدمات:** سهم پرداختی بیمه شدگان به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت هاي سلامت جمهوري اسلامی ایران، مشمول تعرفه قرار گرفته اند و نیز مطابق با آخرین مصوبه هیات وزیران و ضوابط سازمان تعیین میگردد.

**25-بیمار اورژانس**: بیماري است که طبق تعاریف پزشکی اورژانس یا براساس باور بیمار و یا همراهان وي مبنی بر اورژانسی بودن شرایط بیمار، به مراکز ارائه خدمت مراجعه مینماید.

**ماده 2: ستاد ها و کمیته ها**

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده در سطوح کشوري، استانی و شهرستانی، ستاد هاي برنامه تشکیل می شود. در این ستادها طراحی برنامه هاي عملیاتی در هر سطح ،ارائه راهکارهاي عملی، کمک هاي فنی و پشتیبانی به سطوح پایین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و به هنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژي ها و محورهاي پیشگفت در طراحی هاي همان سطح و سطوح پایین تر ،هماهنگی با کلیه شُُرکاي برنامه در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجراي برنامه و پس از استقرار، انجام تمامی فعالیت هاي لازم به منظور اجراي هر چه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت میگیرد.

جلسات عادي ستادهاي کشوري، استانی و شهرستانی به ترتیب هر شش ماه یک بار، هرسه ماه یک بار و هر یک ماه یک بار است.

جلسات فوق العاده ستادهاي کشوري، استانی، شهرستانی حسب مورد به تشخیص رئیس و یا دبیر ستاد انجام می گیرد. تشکیل جلسات با اعلام از سوي دبیر یک هفته قبل از تاریخ جلسه انجام می گیرد. رسمیت جلسات با حضور بیش از نیمی از اعضاي اصلی می باشد و حضور رئیس و دبیر ستاد براي رسمیت یافتن جلسات ستادها ضرورت دارد و تصمیمیات جلسات با اجماع حاضرین مصوب شده و در صورت نبود اجماع در ستاد شهرستانی ارسال مراتب جهت اتخاذ تصمیم به ستاد استانی و در مورد ستاد استانی به ستاد کشوري ارسال میگردد .

گزارش هاي ستاد استانی به ستاد کشوري به صورت فصلی و ستاد شهرستانی به ستاد استانی بصورت ماهانه ارسال میگردد.

**1-ستاد کشوري:** اعضاي ستاد شامل اعضاي اصلی(معاون بهداشت بعنوان رئیس ستاد، مدیرعامل سازمان بعنوان دبیر ستاد و معاونین درمان و توسعه مدیریت،منابع و برنامه ریزي، رئیس مرکز مدیریت شبکه و مدیر گروه پزشک خانواده وزارت، معاونین پیشگیري و خدمات سلامت، توسعه مدیریت و منابع، مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع و رئیس گروه پزشک خانواده سازمان و رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه) و اعضاي مدعو(حسب مورد بدون حق راي) است .وظایف ستاد کشوري، نظارت براجراي صحیح طرح، بررسی مصوبات ستادهاي استانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم نامه، بررسی و تصویب گزارش هاي مالی ستادهاي استانی، پایش ستادهاي استانی، برآورد بودجه سالانه طرح و حل اختلاف احتمالی. محل استقرار دبیرخانه ستاد کشوري سازمان است.

**2-ستاد استانی:** اعضاي ستاد شامل اعضاي اصلی(رئیس دانشگاه بعنوان رئیس ستاد، مدیر کل بیمه سلامت بعنوان دبیر ستاد، معاون بهداشت و رئیس گروه گسترش دانشگاه ها/ دانشکده ها، معاونین مدیرکل و رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل، معاون سازمان مدیریت و برنامه ریزي استان) و اعضاي مدعو(حسب مورد بدون حق راي). وظایف ستاد استانی، بررسی مصوبات ستادهاي شهرستانی از جهت مغایر نبودن آنها با مفاد تفاهم نامه، بررسی و تصویب گزارش هاي مالی ستادهاي شهرستانی، پایش ستادهاي شهرستانی، اجرایی نمودن دستورعمل ها و حل اختلافات احتمالی.

محل استقرار دبیرخانه ستاد استانی ستاد اداره کل استانی بیمه است.

تبصره: در استان هاي با بیش از یک دانشگاه/دانشکده رئیس دانشگاه مستقر در مرکز استان بعنوان رئیس ستاد تعیین میگردد.

**3-ستاد شهرستانی:** اعضاي اصلی ستاد شامل اعضاي اصلی(رئیس مرکز بهداشت در شهرستان هاي داراي دانشگاه/دانشکده بعنوان رئیس ستاد، رئیس اداره بیمه سلامت بعنوان دبیر ستاد، کارشناس گسترش و کارشناس سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره بیمه سلامت. وظایف ستاد شهرستانی تهیه و ارائه گزارش هاي مالی به ستاد استانی، پایش مراکز ارائه خدمت و اجرایی نمودن دستورعمل ها.

محل استقرار دبیرخانه ستاد شهرستانی اداره بیمه سلامت شهرستان است.

تبصره: در شهرستان هاي فاقد اداره بیمه سلامت رئیس اداره سلامت خانواده و نظام ارجاع اداره کل استانی بعنوان دبیر ستاد تعیین میگردد.

**ماده 3: هیات امناء**

در تمامی روستاها و شهرهاي محل استقرار مراکز ارائه خدمت مجري ، جلسات هیات امنا حداقل فصلی یک بار تشکیل می گردد. می توان این جلسات را با جلسات شوراي سلامت روستا ادغام نمود.

**اعضاي هیات امنا**: متشکل از افراد زیر می باشد: دهیار ،1 یا 2 نفر نماینده شوراي اسلامی روستا/ شهر، مدیر یا معلم مدرسه روستا ،2 نفر از معتمدین روستا ،1 نفر نماینده شوراي حل اختلاف دادگستري (در صورت وجود) ،1 نفر بهورز و 1 نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مراکز ارائه خدمت می باشد و بنا به صلاحدید و شرایط منطقه می توان افرادي را به آن اضافه کرد.

تبصره: در مورد شهرهاي با جمعیت کمتراز 20 هزار نفر، به جاي دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شود.

**وظایف** و**اختیارات هیات امناي روستا:** برگزاري نشست هاي جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسئول شبکه شهرستان ،هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص هاي سلامت منطقه، جلب مشارکت هاي مردمی/ خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود در برنامه مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب براي بیتوته پزشک و سایرکارکنان مرتبط.

**ماده 4: انواع روستا**

خدمات سطح اول در تمامی روستاها، عشایر و شهرهاي با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر ارائه می شوند. با تکیه بر اصل سطح بندي خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی و شهري کشور در قالب طرح هاي گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. در دفترچه هاي طرح گسترش شبکه مربوط به هر مرکز بهداشت، هر روستا، مشمول یکی از چهار حالت زیر خواهد بود:

**1-روستاي اصلی:** روستایی که طبق دفترچه هاي طرح گسترش، داراي خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است .

این روستا، روستاي اصلی نام دارد. برخی از این روستاها می توانند محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی نیز باشند .معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مراکز ارائه خدمت فعالیت می کنند. درصورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهري ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهري قرارگیرد که دراین شرایط به آن مرکز، مرکز خدمات جامع سلامت شهري روستایی گفته میشود.

**2-روستاي قمر:** روستایی که طبق دفترچه هاي طرح گسترش، محل استقرار مراکز ارائه خدمت روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد و فاصله کمتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

**3-روستاي سیاري:** به برخی از روستاها گفته می شود که خدمات توسط تیم سیار (سیاري خانه بهداشت، سیاري مراکز ارائه خدمت یا سیاري مرکز بهداشت شهرستان) به جمعیت آنها ارائه می گردد و فاصله بیشتر از شش کیلومتر با خانه بهداشت دارد.

**4-روستاي مستقیم به شهر:** روستاهایی که مستقیما" و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مراکز ارائه خدمت شهري روستایی قرار دارند. معمولا" این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیما" در پوشش نزدیکترین مراکز ارائه خدمت مستقر در منطقه شهري قرار میگیرند.

تبصره: با توجه به جامعیت ارائه خدمات سطح اول در مراکز ارائه خدمت، ارائه خدمات در سطح اول با استفاده از ظرفیت بخش دولتی خواهد بود. در مناطقی که امکان ارائه خدمات سطح اول از طریق ظرفیت بخش دولتی میسر نباشد هرگونه عقد قرارداد با بخش غیر دولتی (به جزء خدمت پزشک و ماما) در سطح اول، صرفاً از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواهد بود.

در مناطقی که ارائه خدمات سطح دوم و سوم از طریق ظرفیت بخش دولتی میسر نیست، ادارات کل استانی با رعایت نظام ارجاع می توانند نسبت به خرید خدمت از بخش غیر دولتی اقدام نمایند.

**ماده 5: تعیین نیروهاي مورد نیاز تیم سلامت**

معیار به کارگیري اعضاي تیم سلامت جمعیت هدف وزارت است. بر این اساس تعداد پرسنل مورد نیاز تیم سلامت به شرح زیر میباشد .

**1-پزشک:** براي ارائه خدمت در هر مرکز به ازاي هر 4000 نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده

(متخصص پزشکی خانواده/ عمومی) تعیین می گردد. براي جمعیت بیش از 4000 نفر تا سقف 8000 نفر به دو پزشک و براي جمعیت بیش از 8000 نفر تا سقف 12000 نفر به سه پزشک و به همین شکل در جمعیت بیشتراز 12000 نفر نیز به حداقل 4 پزشک نیازخواهد بود. در صورتیکه بیش از4000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک پزشک باشد، سرانه مربوط به پزشک ،مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به پزشک میگردد.

تبصره1: چنانچه براي پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجري، بیش از یک پزشک مورد نیاز باشد، توزیع پزشکان بر اساس خانه هاي بهداشت موجود و حتی الامکان با لحاظ توزیع مساوي جمعیت بین آنان صورت پذیرد.

تبصره: در خصوص سازوکار آموزش در مراکز خدمات جامع آموزشی شیوه نامه جداگانه اي تدوین خواهد شد.

**2-ماما:** به ازاي هر 7000 نفر جمعیت تحت پوشش فعال جهت خدمات مامایی و بسته هاي خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین کرد.

تبصره: چنانچه کل جمعیت تحت پوشش فعال مراکز ارائه خدمت مجري، بیش از 7000 نفر باشند که 2 یا چند ماما براي آن مرکز نیاز است ،توزیع ماماها بر اساس خانه هاي بهداشت/ پایگاه سلامت موجود و حتی الامکان با لحاظ تقسیم مساوي جمعیت بین آنان صورت می پذیرد. در صورتیکه بیش از7000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک ماما باشد، سرانه مربوط به ماما، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به ماما میگردد.

**3-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:** براي ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا 15000 نفر به ازاي جمعیت ساکن فعال ( در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد .

در صورتیکه بیش از15000 نفر جمعیت هدف سازمان تحت پوشش یک دندانپزشک/بهداشتکار باشد، سرانه مربوط به دندانپزشک/بهداشتکار، مشمول تعدیل عدم تناسب جمعیت به دندانپزشک/بهداشتکار میگردد.

**4- مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک:)** هر مراکز ارائه خدمت داراي دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس استاندارد در نظر گرفته شده توسط دفتر سلامت دهان و دندان (حداقل 100 خدمت وزن دهی شده روزانه متوسط، توسط دندانپزشک/بهداشتکاردهان و دندان)، می بایست یک نفر مراقب سلامت دهان با اولویت تکنسین سلامت دهان و مدرك کاردانی مرتبط، از محل اعتبار پرسنلی دهان و دندان(از طریق خرید خدمات) به کار گیري شود. در صورت نبود این نیروها، یک نفر نیروي بومی با حداقل مدرك دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده تعیین می گردد.

**5-کاردان/ کارشناس آزمایشگاه:** براي ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازاي حداکثر تا 7000 نفر جمعیت ساکن فعال

(در یک یا چند مراکز ارائه خدمت) یک نفر نیروي کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین میگردد.

**6-کاردان/ کارشناس رادیولوژي:** به ازاي هر مراکز ارائه خدمت داراي واحد رادیولوژي حداقل یک نفر نیروي کاردان یا کارشناس رادیولوژي تعیین میگردد.

**7- سایر نیروهاي بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت**: جذب سایر نیروهاي مورد نیاز با اولویت جذب پرستار/ بهیار براي مراکز ارائه خدمت و ماما براي ارائه خدمت در واحد تسهیلات زایمانی صرفاً در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (ماده 5 تفاهم نامه خدمات سطح اول بیمه روستاییان، عشایر و شهرهاي زیر بیست هزار نفر ) و نیز وجود حداقل 50 درصد پست هاي بلاتصدي ردههاي بهداشتی در مراکز ارائه خدمت بر اساس چارت تشکیلاتی میسر است. در صورت به کارگیري نیروي مازاد بر سقف اعتبارات برنامه ،مسئولیت پرداخت هزینه هاي بیش از اعتبارات به عهده دانشگاه/ دانشکده ها میباشد.

**8-کارشناس سلامت روان و تغذیه:** ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه بر اساس تفاهم نامه مشترك ارائه خدمات سلامت روان و بهبود تغذیه خواهد بود.

**ماده 6: روند جذب اعضاي تیم سلامت**

**اولویت جذب اعضاي تیم سلامت**: به ترتیب عبارت است از نیروهاي رسمی و پیمانی شاغل در مراکز ارائه خدمت محل خدمت، نیروهاي مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان( طرحی) و پیام آوران بهداشت، نیروهاي بخش خصوصی فعال در منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمت و سایر نیروهایی که بر اساس فراخوان و ضوابط تعیین شده توسط مراکز بهداشت، متقاضی عقد قرارداد برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده می باشند.

**1-پرسنل رسمی/ پیمانی و مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و پیام آوران**: همکاري با برنامه، از طریق صدور ابلاغ همکاري و محل خدمت توسط مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

**2-پرسنل قراردادي**: رابطه استخدامی نیروهاي مورد نیاز تیم سلامت بر اساس دستور عمل انعقاد قرارداد موضوع تبصره 6 ماده 31 آیین نامه اداري و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه/ دانشکده ها و دانشکده ها سال 1391 و اصلاحات بعد آن می باشد. نحوه جذب، گزینش و اولویت بندي بکارگیري نیروها بر اساس قوانین و آیین نامه هاي ابلاغی مربوطه میباشد.

تبصره1: پرداخت به نیروهاي قراردادي موضوع تبصره 6 ماده 31 آیین نامه اداري استخدامی همانند سایر نیروهاي شاغل قرارداد این موضوع در برنامه میباشد.

تبصره2: اولویت بکارگیري نیروها در مراکز تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان ها با نیروهاي موجود در حال خدمت طرف قرارداد برنامه بوده و انتقال یا جابجایی نیروهاي طرف قرارداد برنامه بیمه روستایی از محل خدمت، باتوجه به نیاز مرکز بهداشت شهرستان صرفا در صورت ثبت در سامانه انتقال نیروها که توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت معرفی می گردد، و طبق قوانین مربوطه مجاز میباشد .

**3**-**پرسنل شر کتی**: به صورت خرید خدمات و از طریق جذب شرکتی میباشد. انعقاد قرارداد شرکتی( 89 روزه) با ماما صرفاً براي یک نوبت مجاز بوده و در صورت تاییدیه عملکرد ایشان از سوي مرکز بهداشت، براي ادامه همکاري می بایست قرارداد طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع روستایی سالانه با ایشان منعقد گردد. در غیر اینصورت سهم اعتبار مربوط به ماما در آن بازه زمانی تعدیل خواهد شد .

**4-جذب به صورت اقماري:** در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت مرکز 85/1 و بالاتر که امکان جذب پزشک /ماما به هیچ عنوان مقدور نباشد و به شرط موافقت ستاد استانی می توان از نوع قرارداد اقماري( حداقل 15 روز کاري در ماه براي هر پزشک/ ماما) استفاده کرد، فعالیت مراکز اقماري و روزهاي حضور تیم سلامت، خارج از ضوابط مذکور به هر شکل ممکن ممنوع می باشد .(ضروریست ضریب محرومیت مراکز از سوي معاونت بهداشت به ادارات کل استانی اعلام شود.)

**5-فعالیت اعضاي تیم سلامت در بخش خصوصی و بیمارستان هاي دولتی**: اعضاي تیم سلامت (مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد) اجازه فعالیت در بخش خصوصی و دولتی(به جزء مراکز ارائه خدمت) را در زمان همکاري با برنامه ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت میبایست به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام گردد. همچنین معاونت هاي بهداشتی نیز امکان صدور مجوز عدم نیاز در ساعات غیر اداري را ندارند. درصورت فعالیت اعضاي تیم سلامت در بخش خصوصی و دولتی برخلاف ضوابط مربوطه، پس اطلاعرسانی موضوع به صورت کتبی از سوي ادارات کل استانی به مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت شهرستان میبایست موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو مورد نظر، اطلاع رسانی نموده و درصورت عدم رعایت این مورد، قرارداد وي را لغو نماید، در صورت ادامه فعالیت عضو مذکور در بخش خصوصی/دولتی بر خلاف ضوابط مربوطه، موضوع مجددا از سوي اداره کل استانی به مرکز بهداشت شهرستان به صورت کتبی اعلام گردیده و از تاریخ مکاتبه مذکور، سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت شهرستان کسر خواهد شد. بدیهی است در این گونه موارد، مرکز بهداشت شهرستان مطابق ضوابط جاري با عضو خاطی برخورد خواهد نمود. دارا بودن پروانه مطب و پروانه بهره برداري موسسات پزشکی (قبل از زمان همکاري با برنامه یا صدور/تمدید در زمان همکاري با برنامه) براي پزشکان خانواده و سایر نیروهاي طرف قرارداد برنامه بلامانع است .

فعالیت تمامی اعضاي تیم سلامت که مشمول پرداخت مبتنی برعملکرد میباشند، در خارج از ساعات موظف کاري، در بخش خصوصی و دولتی (به جزء مراکز ارائه خدمت) مجاز نمیباشد.

تبصره1: دانشگاه/ دانشکده ها طبق مقررات اداري مصوب ابلاغی وزارت، مجاز به پرداخت حق محرومیت از مطب به دندانپزشکان و پزشکان شاغل در برنامه هستند. بدیهی است پرداخت حق محرومیت از مطب فوق الذکر از محل درآمد اختصاصی دانشگاه/ دانشکده ها خواهد بود.

تبصره2: در صورت عدم تکافوي پزشک براي بخش اورژانس بیمارستانهاي دانشگاهی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتی به جمعیت ساکن فعال، حضور پزشکان خانواده طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادي، طرحی) مشروط به موافقت پزشک، با موافقت معاونین بهداشتی و درمان دانشگاه/ دانشکده، در ساعات غیرموظف، بلامانع میباشد. بر این اساس ساعت کاري شیفت شب اورژانس، چنانچه قبل از روز کاري پزشک باشد، به منظور جلوگیري از بروز اختلال در عملکرد پزشک در مرکز ارائه خدمت، حداکثر تا ساعت 24 مجاز میباشد .پرداختی به پزشکان بابت شیفت هاي مذکور، معادل پزشکان بخش اورژانس (و از محل اعتبارات معاونت درمان) میباشد.

**ماده7: عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان**

قرارداد فی مابین شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان و اداره کل بیمه سلامت استان سالانه براساس سرانه و خدمات ارائه شده سطح اول می باشد .تایید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده براي انعقاد قرارداد همکاري بین اداره بیمه سلامت استان و مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد. پس از ابلاغ فرم قرارداد همکاري و سهم سرانه خدمات ،انعقاد قرارداد همکاري فی مابین الزامی است.

تبصره: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمهشدگان ناشی از عملکرد اعضاي تیم سلامت، ضمن انعکاس کتبی موضوع از سوي اداره کل بیمه سلامت استان به مرکز بهداشت شهرستان، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل بیمه سلامت استان حسب ضوابط مربوطه، معمول خواهد شد؛ در این موارد مرکز بهداشت شهرستان مجاز به تعدیل سرجمع پرداختی مبتنی برعملکرد اعضاي تیم سلامت متناسب با اقدامات اداره کل بیمه سلامت استان خواهد بود. **ماده 8: انعقاد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان و اعضاي تیم سلامت و مراکز ارائه خدمات**

**1-انعقاد قرارداد با واحدهاي غیر دولتی ارائه دهنده خدمات (پاراکلینیک، داروخانه):** صرفا از سوي مرکز بهداشت شهرستان با نظارت معاونت بهداشتی میسر است. مدت زمان قرارداد پاراکلینیک یک سال، پایان قرارداد انتهاي اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتداي هر سال انجام می گردد.

نحوه انعقاد قرارداد داروخانه براساس ضوابط و دستورالعمل هاي مربوطه است.

**2-انعقاد قرارداد با اعضاي تیم سلامت:** مبلغ مندرج در متن قرارداد مذکور بر مبناي حکم کارگزینی صادره( بر اساس دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایاي کارمندان قرارداد کار معین) و پرداخت مبتنی بر عملکرد تعیین می گردد. مدت زمان قرارداد حداکثر یک سال، پایان قرارداد انتهاي اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتداي هر سال انجام می گردد. امکان عقد قرارداد پاره وقت با اعضاي تیم سلامت مقدور نمی باشد .

**ماده 9: تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضاي تیم سلامت** تعهدات مرکز بهداشت شهرستان در قبال اعضاي تیم سلامت به شرح زیر می باشد:

1. صدور ابلاغ همکاري و محل خدمت، صدور حکم کارگزینی و ارائه یک نسخه از متن قرارداد پرداخت مبتنی بر عملکرد در ابتداي فعالیت و یا تمدید آن به فرد طرف قرارداد الزامی است. بر این اساس مستخدم متعهد به پذیرش مفاد دستور عمل اجرایی خواهد بود.
2. برگزاري دوره آموزشی 3 روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی براي اعضاي تیم سلامت و صدور گواهی مربوط به این دوره لازم است تمهیدات لازم جهت ارائه آموزش ها در مراکز ارائه خدمت آموزشی منتخب شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده انجام گردد .

ابلاغ مراکز ارائه خدمت مجري آموزش و اعضاي مسئول آموزش در آن مرکز، توسط مدیر رئیس مرکز بهداشت شهرستان صادر می گردد.

1. برقراري تمهیدات لازم براي معرفی پزشک و تیم سلامت به جمعیت ساکن فعال و برقراري ارتباط با مردم روستا در ابتداي کار هر پزشک خانواده.
2. تامین، تعمیر و تجهیز فضاي فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهاي زیر20 هزار نفر(مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)

5-برگزاري دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد در خصوص قوانین بیمه اي، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران براي این افراد و صدور تاییدیه آموزشی توسط اداره کل بیمه سلامت استان.

تبصره: دوره هاي آموزشی آشنایی با سیستم و دیگر آموزش هاي لازم جزو روزهاي خدمت فرد محسوب می شود .

1. صدور ابلاغ نمایندگان منتخب تیم سلامت در ابتداي سال و برگزاري جلسات فصلی با نمایندگان/ اعضاي تیم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان.
2. صدور گواهی انجام کار به اعضاي تیم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت .
3. لیست شروع به کار و پایان کار اعضاي تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان به اداره کل بیمه سلامت شهرستان ارسال می گردد.

9-ارائه فیش پرداختی حکم و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضاي تیم سلامت به شکل کاغذي/الکترونیک .

**ماده 10: وظایف اعضاي تیم سلامت**

**1-تشکیل و تکمیل پرونده سلامت:** تشکیل و تکمیل پرونده سلامت براي تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود، از طریق سامانههاي سطح اول انجام می گردد. ثبت اطلاعات بر اساس پروتکل هاي ابلاغی و بسته خدمتی ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد. هر زمان که خانواري به منطقه تحت پوشش دیگري نقل مکان کرد، اطلاعات پرونده خانوار براي پزشک جدید منتقل می گردد .

**2- سرکشی و نظارت (دهگردشی)**: تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت می بایست طبق برنامه در روستاهاي تحت پوشش دهگردشی انجام دهند. پزشک خانواده و ماماي تیم سلامت می بایست در روستاهاي اصلی حداقل هفتهاي یکبار، همچنین ماهانه یک بار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهاي قمر و هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهاي سیاري و جمعیت عشایري ( به شرط وجود راه براي عبور خودرو) سرکشی نمایند .

دهگردشی دندانپزشک به گونه اي باید تنظیم شود که در هر ماه به یکی از خانه هاي بهداشت/پایگاه هاي بهداشت تحت پوشش خود، سرکشی نماید.

دهگردشی در خانه هاي بهداشت کمتر از 500 نفر به صورت هر دو هفته یک بار انجام می شود. براي دهگردشی باید برنامه ریزي به نحوي صورت گیرد که مراکز ارائه خدمت تک پزشک/ماما تا ساعت 11 صبح خالی از پزشک و ماما نباشد به صورتی که در ویزیت مراجعین در نوبت صبح هم اختلالی ایجاد نشود.

تبصره1: در مراکز چند پزشک، ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تحت پوشش پزشک و مامایی که به دهگردشی رفته است، باید توسط سایر پزشکان و ماماهاي مرکز انجام گیرد.

تبصره2: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز مورد نظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانههاي بهداشت و روستاهاي سیاري و قمر باید بین پزشکان تا حد امکان بطور مساوي توزیع گردد. مثلا" اگر مرکزي 6 خانه بهداشت در پوشش دارد و داراي 2 پزشک است براي هر پزشک ،3 خانه بهداشت درنظر گرفته شود.

تبصره3: فراوانی دهگردشی به تناسب خانه هاي بهداشت، روستاهاي قمر و سیاري تحت پوشش، بر اساس برنامه زمان بندي مسئول مرکز ارائه خدمت و تایید مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در زمان انجام دهگردشی، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است.

تبصره4: در صورتی که داروخانه طرف قرارداد در مراکز ارائه خدمت، داروخانه بخش دولتی باشد، دارویاري در هنگام دهگردشی در صورت نبود نیروي مرتبط، برعهده ماماي تیم سلامت می باشد.

**3- نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک:** ثبت آمار مراجعین و خدمات در سامانه سطح اول بهداشت انجام می گردد و ثبت اطلاعات می بایست بصورت الکترونیکی انجام گردد. مراکز ارائه خدمت مجري موظفند نسبت به ثبت دقیق آمار روزانه مراجعین به مراکز ارائه خدمت مجري در سامانه سطح اول بهداشت اقدام نمایند و لازم است گزارش ماهانه آمار مراجعین توسط مرکز بهداشت شهرستان رصد شود. رعایت فرایند استحقاق سنجی، نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت الزامی است. فراهم نبودن شرایط براي نسخه نویسی ،نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک نباید به هیچ دلیل منجر به خدشه در خدمت قابل ارائه یا تحمیل هزینه به جمعیت تحت پوشش سازمان شود. در صورت فراهم نبودن شرایط براي نسخه نویسی، نسخه پیچی و نظام ارجاع الکترونیک در مراکز ارائه خدمت در بستر سامانههاي سطح اول، در سامانه هاي سازمان اعمال گردد. معاونت بهداشت موظف است دسترسی به سامانه هاي سطح اول را براي معرفی شدگان از طریق سازمان فراهم نماید .

تبصره: در مواردي که زیرساخت الکترونیک وجود ندارد، طبق مفاد دستورالعمل فرمت کاغذي یکسان براي نسخه الکترونیک در شرایط اضطرار و در موارد اختلال زیرساخت هاي ارتباطی مصوب شوراي عالی بیمه سلامت کشور اقدام خواهد شد .لکن ضروریست به محض فراهم شدن دسترسی الکترونیک، اطلاعات کاغذي در سامانه هاي سطح اول وزارت ثبت گردد.

**4-ارائه خدمات در قالب بسته خدمت:** ارائه بسته خدمت تیم سلامت که با همکاري مراکز و دفاتر تخصصی معاونت بهداشت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است .

تیم سلامت شاغل در مراکز ارائه خدمت و واحدهاي ضمیمه آنها موظف هستند کلیه مراقبت ها و خدمات ارائه شده را در سامانه هاي سطح اول درج نمایند.

تبصره1: درراستاي ارتقاء سطح دسترسی و رضایت مندي گیرندگان خدمت و ترمیم حقوق پزشکان خانواده، خدمات درمانی جانبی از جمله ختنه، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداري از پوست و مخاط، کاتتریزاسیون ادراري ،آتل بندي شکستگی ها، شستشوي گوش، خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق، کار گذاشتن لوله معده و رکتوم، بخیه و غیره حسب مهارت پزشک خانواده ( پزشک عمومی/متخصص پزشکی خانواده ) و طبق کوریکولوم آموزشی آنها قابل انجام می باشد و لذا عدم انجام خدمات مذکور در مراکز ارائه خدمت ارائه دهنده سطح اول خدمات، شامل پایش و تعدیلات نخواهد شد. بدیهی است پرداختی بابت این خدمات بصورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت ( FFS ) و براساس ضوابط جاري خواهد بود.

تبصره2: طبق شیوه نامه بکارگیري متخصصین پزشکی خانواده و نظر به اولویت بکارگیري این نیروها در مراکز ارائه خدمت آموزشی، وظایف این متخصصین علاوه بر ارائه بسته هاي خدمتی پزشکان خانواده، ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و خدمات مشاوره اي به سایر پزشکان مراکز ارائه خدمت می باشد.

**ماده 11: ساعات کار اعضاي تیم سلامت**

ساعت کار موظف تیم سلامت براساس ماده 87 قانون خدمات مدیریت کشوري تعیین می گردد. روزهاي کاري اعضاي تیم سلامت، روزهاي شنبه تا پنج شنبه است. زمان شروع و پایان شیفت ها براساس توافق ادارات کل استانی و معاونت هاي بهداشت، متناسب با فصل و شرایط جغرافیایی تعیین می شود. حضور روزانه در بعد از ساعت اداري تا صبح روز بعد به عنوان بیتوته تلقی می شود. حضور فعال تیم سلامت در مراکز ارائه خدمت و خانه هاي بهداشت و پایگاه هاي بهداشت تابعه براي شیفت هاي فعال و تعیین شده توسط دانشگاه/ دانشکده، الزامی است و این نیروها موظف هستند حتما" همسان با ساعات کار اداري پزشک خانواده در شیفت هاي خدمت وي، حضور فعال داشته باشند .در مورد بهورزان درصورتیکه پزشک بعد از ساعت اداري براي دهگردشی به روستاهاي تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت، حضور داشته باشد. همچنین اعضاي تیم سلامت مستقر در مراکز مجري علاوه بر ساعات کار موظف، می بایست در ساعات غیر اداري و روزهاي تعطیل بر اساس نیاز مرکز بهداشت شهرستان و ضوابط بیتوته، فعالیت کنند .

تبصره1: اطلاعات ماهانه حضور و غیاب پزشک و ماما از سوي شبکه بهداشت و درمان شهرستان به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

تبصره2 : تغییر ساعت کاري پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضاي تیم سلامت طرف قرارداد، در ایام خاص مانند ماه مبارك رمضان و نوروز مبتنی بر ابلاغیه هیات محترم دولت یا استانداري ها است. البته، باید شیفت بندي روزهاي تعطیل و ساعات غیر اداري از طرف مرکز بهداشت شهرستان براي این ایام صورت پذیرد تا خللی در خدمت رسانی ایجاد نشود.

**ماده 12: بیتوته تیم سلامت**

ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداري (در عصر و شب و روزهاي تعطیل)، به جمعیت تحت پوشش، مطابق مفاد زیر براي کلیه مراجعین به مراکز (اعم از اورژانسی و غیر اورژانسی) الزامی است .مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، ارائه خدمت بیتوته را در یکی از انواع زیر براي جمعیت ساکن فعال فراهم نماید.

**1-مراکزارائه دهنده خدمت بیتوته:** مراکز بیتوته شامل مراکز ارائه خدمت، مراکز شبانه روزي، تجمیعی و بیمارستان دانشگاهی می باشد .

**الف) در محل مرکز ارائه خدمت:** بیتوته در مرکز واجد شرایط زیست مناسب حسب ضوابط مربوطه، که خدمت پزشک خانواده در غیر ساعات اداري بصورت بیتوته در آنجا ارائه میگردد. حضور نگهبان/سرایدار در زمان بیتوته در این مراکز الزامی است.

تبصره: براي مراکز تک پزشک بر اساس نظر مرکزبهداشت شهرستان، میتوان جمعه ها و سایر روزهاي تعطیل رسمی را تعطیل کرد. در این صورت ضروري است مرکز بهداشت شهرستان، هماهنگی لازم و اطلاع رسانی به مردم منطقه به منظور دریافت خدمات را به عمل آورد.

1. **مراکز شبانه روزي:** مراکز شبانه روزي داراي 4 پزشک یا بیشتر (براي پوشش جمعیت بیش از 12000 نفر) می باشند و یک نفر از پزشکان مرکز(به صورت چرخشی) در غیر ساعت اداري به صورت فعال در مرکز مستقر است و روز کاري بعد بیتوته براي ایشان OFF (استراحت) درنظر گرفته می شود و این عدم حضور پزشک مذکور مشمول تعدیل غیبت نخواهد شد. در مواقع کمبود پزشک در ساعات بیتوته مراکز شبانه روزي، تامین پزشک از سایر مراکزتوسط مرکز بهداشت شهرستان صورت می گیرد.

تبصره 2: حضور پرستار/ بهیار و نگهبان/ سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکزشبانه روزي الزامی است .در صورت عدم تامین نیروي پرستار/بهیار تا زمان تامین نیروي مربوطه ،ماماي تیم سلامت را میتوان در شیفت بیتوته مراکز شبانه روزي بکارگیري نمود و روز کاري بعدي براي ایشان استراحت (OFF) در نظر گرفته می شود و براي این روز مرکز بهداشت موظف به تامین نیروي ماماي جانشین است، به گونه اي که اختلالی در ارائه خدمات مربوطه در مرکز ایجاد نگردد.

1. **مراکز تجمیعی:** مراکز خدمات جامع سلامت مجري که حداکثر 30 کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز ارائه خدمت شبانه روزي فعال فاصله دارند را می توان به عنوان مرکز بیتوته( به عنوان تجمیعی/ معین مطابق با این دستور عمل) براي پوشش شیفت بیتوته استفاده کرد و دراین صورت نیازي به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نمی باشد. حداکثر سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده براي ارائه خدمات بیتوته ،20000 نفر در نظر گرفته شود. در این مراکز می بایست امکانات بیتوته براي ارائه دهندگان فراهم گردد. حضور پرستار/ بهیار و نگهبان/ سرایدار نیز به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است. از ماماي مرکز تجمیعی نمیتوان بعنوان ارائه دهنده خدمات بیتوته استفاده نمود.

تبصره 1: پوشش بیتوته مراکز تجمیعی می بایست توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان و براساس برنامه ریزي، بصورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره 2:در سایر مراکز که شرایط تجمیع شدن با شرایط فوق الذکر را ندارند، انتخاب این مراکز جهت بیتوته در جلسه مشترکی با حضور نماینده معاونت بهداشتی و اداره کل بیمه سلامت استان، با رعایت شرایطی مانند بار مراجعه بیماران ،جمعیت ساکن فعال، ضوابط طرح گسترش، مسیر حرکت بیماران و فاصله تا مراکز درمانی شبانه روزي مشخص و اطلاع رسانی لازم به جمعیت ساکن فعال انجام شود.

1. **بیتوته در بیمارستان:** درصورت نبود امکان برقراري بیتوته با شرایط فوق، مرکز/شبکه بهداشت شهرستان مجاز به عقد قرارداد با بیمارستان دانشگاهی( حداکثر در فاصله 15 کیلومتري از مرکز)، می باشد ،در این وضعیت، هزینه هاي مربوطه برحسب ساعات بیتوته، از سرجمع سرانه سهم بیتوته مرکز کم می گردد ولی اعتبار آن از سوي اداره کل بیمه استان دراختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار می گیرد تا طی قراردادي با بیمارستان جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان پرداخت شود. بدیهی است اداره کل بیمه به طور مجزا پرداخت جداگانه براي بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی به صورت پرداخت مبتنی بر ارائه خدمت (FFS ) به بیمارستان ندارد. ضروري است هماهنگی لازم فی مابین بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان، به منظور پذیرش افراد تحت پوشش صندوق بیمه روستایی بیمه سلامت در ساعات غیر اداري توسط بیمارستان ها ( به عنوان مرکز تعریف شده بیتوته) انجام شود. براي استفاده از خدمات پزشک خانواده در ساعات غیراداري کلیه هزینه هاي بیماران بیمه شده صندوق بیمه روستایی غیر بستري به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (ازمحل حذف اعتبار سرانه سهم بیتوته مرکز).

تبصره1: پوشش بیتوته مراکز میبایست توسط کلیه پزشکان تحت پوشش همان مرکز بهداشت شهرستان که شرایط ارائه خدمت بیتوته در مرکز آنها فراهم نمیباشد بصورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره2: مرکز بهداشت شهرستان مکلف در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک براي روزهاي تعطیل هستند ،بهگونهاي برنامه ریزي نماید که روزهاي تعطیل مذکور در مراکز مزبور به صورت عادلانه بین تمامی پزشکان مرکز بهداشت شهرستان توزیع گردد.

**2-محل زیست:** با درنظر گرفتن اعتبار براي راه اندازي و بهبود محل زیست مراکز بیتوته، مرکز بهداشت شهرستان موظف است براي تمامی مراکز داراي بیتوته، اقدام به تهیه محل زیست، حسب ضوابط مربوطه نماید. مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضاي فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات را در آن مرکز فراهم نماید .در صورت فقدان امکانات، باید تلاش شود از محل اعتبار در نظرگرفته شده هرچه سریعتر امکانات مورد نیاز فراهم گردد و تا زمان آماده شدن محل، با نزدیکترین مرکز هماهنگی براي بیتوته صورت پذیرد.

**3-شیفت بندي بیتوته:** مرکز بهداشت شهرستان می بایست برنامه زمان بندي شیفت بیتوته براي پزشکان را به طور نوبتی تدوین و ابلاغ نماید. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مراکز ارائه خدمت مجري ،مسئولیت شیفت بندي ارائه خدمات در ساعات غیراداري و روزهاي تعطیل با رعایت مساوات بین همکاران پزشک، با پزشک مسئول مرکز خواهد بود. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به گونه اي طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص شده در آن حضور داشته باشند. واگذاري بیتوته از سوي پزشک تیم سلامت به پزشک خانواده دیگر ممنوع می باشد. هر گونه برنامه ریزي در این خصوص می بایست از سوي مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرد. در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان به انجام بیتوته و شیفت هاي بعد از ساعات اداري و نیز روزهاي تعطیل درکلیه مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان، پزشکان خانواده و هر یک از اعضاي تیم سلامت شاغل، مکلف به انجام آن بوده و در صورت امتناع منجر به اعمال مقررات قانونی خواهد شد.

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

**5-هماهنگی با اورژانس 115:** نحوه ارائه خدمات اورژانس 115 و هماهنگی آنها مطابق دستورالعمل ها و فرایندهاي ابلاغی خواهد بود.

**6-همکاري پزشکان بخش خصوصی براي خدمت بیتوته:** استفاده از پزشکان بخش خصوصی جهت ارائه

خدمت بیتوته، در صورت نبود ظرفیت در بخش دولتی دانشگاهی، پس از امکان سنجی لازم، از محل اعتبارات بیتوته سهم پزشک و درآمدهاي حاصله همان مرکز بلامانع است .

**ماده 13: نحوه استفاده از مرخصی اعضاي تیم سلامت** ضوابط استفاده از مرخصی اعضاي تیم سلامت به شرح زیر می باشد.

1-اعضاي تیم سلامت سالانه می توانند از 30 روز مرخصی استحقاقی با حقوق و مزایا و بدون کسر ضریب حضور بهرمند شوند ولی بطور متوالی نمی توانند بیش از 10 روز از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. غیبت غیر موجه در روزهاي کاري و نیز در روزهاي تعطیل( چنانچه در برنامه کشیک روزهاي تعطیل باشد) منجر به کسر ضریب حضور (درج کل روزهاي ماه در مخرج کسر ضریب حضور به جاي روزهاي کاري ماه) و کسر امتیاز در پایش فصلی ایشان خواهد شد. همچنین در این موارد پرداخت حکم کارگزینی به ازاي غیبت، بر اساس آیین نامه اداري استخدامی مربوطه خواهد بود. مرخصی استعلاجی نیز مشمول پرداخت حکم کارگزینی بر اساس آیین نامه اداري استخدامی مربوطه و مشمول کسر ضریب حضور در پرداخت مبتنی بر عملکرد خواهد شد .ضمنا غیبت غیرموجه بیش از سه روز منجر به لغو قرارداد خواهد شد.

2-در مورد حج تمتع، صرفا یک بار در طول خدمت، استفاده از مرخصی یک ماهه امکان پذیر است و در این زمان صرفا حکم کارگزینی مطابق با قوانین مربوطه قابل پرداخت می باشد.

1. اگر زمان مرخصی پزشک با بیتوته وي همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود .
2. عدم حضور هریک از اعضاي تیم سلامت به علت انجام دهگردشی و شرکت در جلسات آموزشی و بازآموزي و اداري

(با هماهنگی ادارات بیمه شهرستان)، با رعایت مراتب اداري مربوطه، مشمول تعدیل مربوط به غیبت نخواهد بود.

تبصره : برنامه ریزي براي شرکت اعضاي تیم سلامت در جلسات آموزشی/بازآموزي/اداري به گونه اي طراحی گردد که هیچ مرکزي فاقد پزشک و ماما نباشد.

5-اعضاي تیم سلامت می توانند در صورت ابتلا به بیماري به تشخیص پزشک معتمد دانشگاه/ دانشکده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت 4 ماه در سال استفاده نمایند. در مرخصی هاي استعلاجی (بغیر از پرسنل رسمی) و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین موجود ( ازجمله قانون حمایت از جوانی جمعیت ) اقدام می شود. نحوه اقدام در مورد پرسنل رسمی مطابق با قوانین مربوطه خواهد بود.

6-در راستاي تقویت برنامه جوانی جمعیت و بنیان خانواده چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی (در مرخصی طولانی مدت و به دلیل زایمان ) داراي سابقه خدمت در محل بوده، در زمان مرخصی وي با فرد جانشین (نیروهاي مشمول قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان و در صورت نبود نیروهاي مذکور، نیروهاي قراردادي متقاضی) قرارداد موقت بسته می شود .در راستاي امنیت شغلی و سیاست هاي جمعیتی در پایان مرخصی، مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا فرد را به محل فعالیت قبلی خود باز گرداند.

7-مدت زمان مرخصی زایمان بر اساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تعیین می گردد .

8- اجراي قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل داراي شرایط خاص با نظر مسئول مستقیم، تنها به صورت کاهش ساعت کار روزانه مجاز است.

9-ذخیره مرخصی کارکنان ،با توجه به رابطه استخدامی و تابع ضوابط مربوطه می باشد .

10-وجود حداقل یک پزشک جانشین به ازاي هر مرکز بهداشت شهرستان الزامی می باشد و ضروري است مرکز بهداشت شهرستان به ازاي هر 11 پزشک خانواده، با یک پزشک دیگر نیز به عنوان پزشک جانشین قرارداد منعقد نماید. پزشکان جانشین در ایام معمول باید در مراکز مورد نیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاري لازم را داشته باشند. در استفاده از پزشک جانشین، مدیریت مرخصی پزشکان خانواده، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به پزشک جانشین واحد نداشته باشد. پزشکان جانشین کلیه فعالیت هاي پزشک خانواده اصلی را می بایست انجام دهند .

1. مرخصی پزشکان در سقف تعیین شده ( میانگین 5,2 روز در ماه )، و مرخصی استعلاجی( تا 3 روز ) در صورت نبود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر پزشکان مراکز (همان مرکز یا مراکز مجاور) مشمول تعدیل مربوط به غیبت پزشک نمی گردد .
2. وجود حداقل یک ماماي جانشین به ازاي هر تعداد ماما در مرکز بهداشت شهرستان (تا 11 نفر ماما) الزامی میباشد و پس از آن با یک ماماي دیگر( به ازاي هر 11 ماما ) نیز به عنوان ماماي جانشین قرارداد منعقد نماید. ماماهاي جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز( با نظر مرکز بهداشت شهرستان ) همکاري لازم را داشته باشند .در استفاده از ماماي جانشین، مدیریت مرخصی ماما ها، با مرکز بهداشت شهرستان است تا همزمان دو مرکز نیاز به ماماي جانشین واحد نداشته باشد .علاوه بر مبلغ حکم کارگزینی، پرداخت مبتنی بر عملکرد ماماي جانشین معادل متوسط ماماهاي شهرستان محل فعالیت بدون احتساب دهگردشی و بیتوته و بر اساس امتیاز پایش عملکرد فصلی می باشد .
3. مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما که بعنوان جانشین تعیین شده را به نحو مقتضی به ادرات کل استانی اطلاع رسانی نماید.

تبصره: با توجه به این موضوع که از پزشک و ماماي جانشین صرفا جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماهاي طرف قرارداد (در زمان مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می گردد؛ بکارگیري این نیروها بعنوان جانشین سایر پزشکان و ماماهاي(غیر طرف قرارداد بیمه روستایی) و همچنین استفاده از پزشکان و ماماهاي غیرطرف قرارداد بیمه روستایی به عنوان جانشین پزشکان و ماماهاي طرف قرارداد ممنوع می باشد.

1. مرخصی ماماها در سقف تعیین شده ( میانگین 5,2 روز در ماه )، و مرخصی استعلاجی ( تا 3 روز ) در صورت نبود جانشین، با تضمین ارائه خدمت در آن مرکز توسط سایر ماماها یا مراقب سلامت الزاما دانش آموخته مامایی همان مرکز یا مراکز مجاور مشمول تعدیل مربوط به غیبت ماما نمی گردد .
2. براي مراکز ارائه خدمت مجري که جمعیت تحت پوشش فعال کمتراز 4000 نفر دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید درنظر گرفت. در مناطقی که مراکز ارائه خدمت جمعیت تحت پوشش کمتر از 2000 نفر دارند، می توان از پزشک و ماما به صورت سه روز در هفته در این مراکز طی روزهاي مشخص استفاده نمود. بدیهی است این افراد می بایست باقی روزهاي هفته در سایر مراکز بسته به نیاز مرکز بهداشت شهرستان و یا بعنوان جانشین حضور یابند. همچنین ضروریست از پزشک و ماماي مشخصی در این مراکز استفاده گردد.

**ماده 14: ارائه خدمات دارویی**

**1- نظارت بر عملکرد واحد ارائه دهنده خدمت دارو:** نظربه تولیت دانشگاه/دانشکده ها در ارائه بسته خدمات داروي سطح اول ،مرکز بهداشت شهرستان نظارت بر تامین اقلام دارویی سطح اول را بر عهده دارد.

ـ باعنایت به مفاد بند 2,6 تفاهم نامه خدمات سطح اول روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهاي با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر درسال 1402، » مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزي گفته می شود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه، فعال است، درصورت غیرفعال بودن خدمت پزشک و یا داروخانه، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است.« لذا تأمین و نظارت بر ارائه خدمات دارویی مراکز (به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول) به گیرندگان خدمت از طریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع500 متر و کانکس دارویی) باید توسط مرکز بهداشت شهرستان صورت پذیرد.

ـ نظارت بر میزان و تأمین اقلام دارویی (موجودي حداقل 50 درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) در داروخانه ملکی و غیرملکی برعهده مرکز بهداشت شهرستان است.

- فارماکوپه دارویی مرکز بر اساس شرایط منطقه باید توسط پزشک خانواده آن مرکز یا توسط نماینده پزشکان خانواده شهرستان مشخص و در اختیار داروخانه هاي طرف قرارداد، قرار گیرد. ملاك پایش خدمات دارویی مرکز، فارماکوپه معرفی شده پزشک خانواده بوده که باید مورد توافق اداره کل بیمه سلامت استان نیز باشد.

**2-اقلام دارویی:** پزشکان شاغل در مراکز ارائه خدمت مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان ( قابل تجویز توسط پزشک عمومی) هستند.

**3-نسخه دارویی:** داروخانه هاي مراکز ارائه خدمت (ملکی) و داروخانه هاي طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استان

(غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزي پزشک می باشند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده شود .داروخانه ها ملزم به انجام نسخه پیچی الکترونیک همگام با نسخه نویسی الکترونیک در مراکز ارائه خدمت می باشند .لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان ایران صرفاً بابت اسناد تمام الکترونیک (نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه الکترونیک (نسخه نویسی کاغذي و نسخه پیچی الکترونیک) با رعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. درصورت نبود زیرساخت لازم براي نسخهنویسی الکترونیک، با تصمیم مشترك ادارهکل بیمه سلامت استان و معاونت بهداشتی، مراکز ارائه دهنده خدمت ، مجاز به نسخهنویسی کاغذي هستند، لکن ضرورياست هنگام نسخهپیچی نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان( ERX) ثبت شود.

سهم سازمان داروهاي قابلتجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوقهاي تحتپوشش این سازمان به داروخانههاي ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابلپرداخت است. سهم سازمان از داروهاي سطح اول در داروخانههاي ملکی مراکز ارائه خدمت مجري طرح، به مرکز بهداشت شهرستان پرداخت میگردد. سهم سازمان از داروهاي سطح اول در داروخانههاي غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی ) همکار طرح، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاري آنان با اداراتکل استانی پرداخت میگردد.

اداراتکل استانی صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه هاي طرف قرارداد خود هستند. پرداخت سهم ارز و سهم سازمان به داروخانههاي غیر طرفقرارداد با سازمان ممکن نیست.

* داروهاي مصوب بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که داراي پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار میگیرند به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شوند.

تبصره: انتقال داده هاي بیماران اعصاب و روان پرونده اي از سامانه هاي سطح اول وزارت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان( ERX) از طریق درگاه دیتاس نشاندار و انجام میگردد. درصورت نشاندار شدن بیماران اعصاب و روان پروندهاي صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان ،ارائه رایگان این داروها ممکن است، در غیر اینصورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می شود.

* سهم بیمه شده از هزینه داروهاي OTC قابل تجویز توسط پزشکان عمومی در بسته دارویی مصوب سطح اول، براي کلیه گروههاي سنی بیمه شدگان صندوق بیمه روستایی و عشایر معادل 30 درصد و براي سایر صندوق هاي بیمه اي سازمان مطابق با قواعد بیمه اي در سامانه نسخه نویسی الکترونیک سازمان خواهد بود.
* ارائه نسخ دارویی تجویزي مامایی و دندانپزشکی در محدوده داروهاي مصوب ، حسب سایر ضوابط مربوطه، بلامانع است.

**4-موجودي دارو:** داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه هاي خصوصی طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استانی وجود داشته باشد و حداقل در مقاطع سه ماهه، نیازهاي دارویی مراکز ارائه دهنده خدمت را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین نماید. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز ارائه خدمت ،درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت شهرستان و داروخانه بخش خصوصی اعلام کنند که هنوز حداقل 50 درصد از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود باشد .نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوري دارو، مشمول تعدیلات نمیشود.

**5-اعتبارات دارویی:** هزینه تامین داروهاي سطح اول به جزء داروهاي ترالی اورژانس و داروهاي خانه بهداشت از محل اعتبارسهم دارو از محل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بوده که سهم اعتبار مذکور از وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی به سازمان ایران تخصیص می یابد.

ـ تأمین داروي ترالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه خدمت بر اساس آخرین نسخه مصوبات مرکز اورژانس کشوري، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

ـ تأمین داروهاي قفسه دارویی در تمامی خانههاي بهداشت بر اساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهاي مکمل) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است.

ـ تأمین دارو در زمان ارائه خدمت بیتوته(به جز ترالی اورژانس) و دهگردشی، به عهده داروخانه ملکی و بخش خصوصی طرف قرارداد اداره کل بیمه سلامت استانی (شعاع 500 متر وکانکس) است .

**6-توزیع نیروي انسانی دارویی:** تأمین نیروي انسانی در داروخانه هاي ملکی به عهده مرکز بهداشت شهرستان و در داروخانه هاي غیرملکی بخش خصوصی (شعاع500 متر و کانکس) به عهده داروخانه اصلی طرف قرارداد سازمان است .

داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و تامین نیروي آموزش دیده براي ارائه خدمت در ساعات اداري در برنامه سیاري پزشک خانواده ( دهگردشی ) به روستاهاي تحت پوشش مراکز ارائه خدمت و ارائه خدمت دارویی در مرکز تعریف شده بعنوان ارائه دهنده خدمت بیتوته میباشد .

نیروي انسانی بکارگیري شده به عنوان دارویار در داروخانههاي مرکز ارائه خدمت ،باید حائز شرایط اعلام شده از سوي معاونت غذا و داروي دانشگاه/ دانشکده بوده و گواهی آموزشی مربوطه را داشته باشند.

**7-انعقاد قرارداد ارائه خدمات داروي سطح اول توسط داروخانه بخش خصوصی:** به منظور افزایش دسترسی بیمه شدگان روستایی به خدمات دارویی، درصورت عدم امکان ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت هاي بخش دولتی، اداره کل بیمه سلامت استانی با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، شهرستان و استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس ،قرارداد منعقد مینماید. بدیهی است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی هر استان، ممنوع است.

در صورتی که هیچ داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نباشد، اداره کل بیمه سلامت استان، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت شهرستان اعلام مینماید تا مرکز بهداشت شهرستان راسا نسبت به ارائه خدمات دارو به صورت ملکی در مرکز مذکور، اقدام نماید.

تبصره1: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل هاي مربوطه از سوي داروخانه طرف قرارداد اداره کل براي تامین داروهاي سطح اول، مرکز بهداشت شهرستان موارد را به صورت کتبی به ادراه کل منعکس نموده و اداره کل موظف است

در نوبت اول نسبت به تذکر کتبی به داروخانه اقدام و در صورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و براي تامین داروي سطح اول با داروخانه دیگري قرارداد منعقد نماید. در صورتی که هیچ داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نباشد، اداره کل بیمه سلامت استان، مراتب را کتبا به مرکز بهداشت شهرستان اعلام نماید تا مرکز بهداشت شهرستان راسا نسبت به ارائه خدمات دارو به صورت ملکی در مرکز مذکور، اقدام نماید .

تبصره2: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمهشدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد ،اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل بیمه سلامت استان حسب ضوابط مربوطه معمول خواهد شد.

**8-میزان تجویز دارو:** میانگین مورد انتظار اقلام دارویی سطح اول تجویز شده در بررسی هاي کلی نسخ هر پزشک با توجه به ارائه بسته هاي خدمتی به جمعیت تحت پوشش، 3 قلم می باشد. بر این اساس چنانچه بیش از 25% جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالاي 50 سال باشند، این میانگین می تواند تا 5/3 قلم دارو، افزایش یابد .رعایت میانگین مورد انتظار شامل موارد تجدید نسخ متخصص ،تجدید نسخه بیماري هاي دیابت و فشار خون و نسخ بیماران داراي پرونده فعال اعصاب و روان ( بر اساس نشان گذاري این بیماران در سامانه هاي سطح اول) نمیباشد.

**9- تعرفه ارائه خدمات دارویی:** اخذ حق فنی خدمات دارویی از بیمه شدگان روستایی در داروخانه ملکی و غیر ملکی طرف قرارداد در سطح اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است.

قیمت دارو و فرانشیز پرداختی بیمهشدگان در داروخانه هاي طرف قرارداد بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی از سوي سازمان غذا و دارو و سازمان میباشد .

ارائه خدمات دارویی در زمان بیتوته براي موارد اورژانس از طریق داروهاي ترالی اورژانس بصورت رایگان و از داروهاي قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه انجام خواهد شد.

تبصره: تعرفه داروهاي مربوط به گروه هدف (دیابت، فشارخون) مناطق عشایري در زمان انجام ایلگردشی رایگان بوده و از محل اعتبارات وزارت تامین می گردد.

**10-اقلام مکمل:** مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل جهت گروه هاي هدف می باشد. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده بر اساس برنامه کشوري مکمل یاري گروه هاي سنی و فیزیولوژیک( گروه هاي هدف ) در اختیار خانه هاي بهداشت یا پایگاه هاي بهداشت روستایی/ شهري مجري قرار داده شده و به صورت رایگان در اختیار افراد گروه هدف برنامه ها قرار داده می شود و نیاز به تجویز توسط پزشک خانواده نیست.

**ماده 15: ارائه خدمات پاراکلینیک**

**1- نحوه استقرار مراکز پاراکلینیک:** راه اندازي و استقرار مراکز پاراکلینیک بر اساس تعاریف ساختاري و ضوابط طرح گسترش خواهد بود. مرکز بهداشت هر شهرستان می تواند براي ارائه خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید .انعقاد قرارداد براي ارائه خدمات پاراکلینیک از سوي مرکز بهداشت شهرستان صورت می پذیرد .در صورت عدم ارائه خدمات سطح اول آزمایشگاه و خرید اقلام آزمایشگاهی توسط بیمه شده روستایی، برابر سهم سازمان اقلام آزمایشگاهی خریداري شده از سرانه آزمایشگاه شهرستان کسر خواهد شد.

مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت از طریق راه اندازي آزمایشگاه و رادیولوژي یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژي از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع آوري نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف قرارداد شبکه بهداشت شهرستان خواهد بود.

**2-شرایط دریافت خدمات آزمایشگاهی:** چنانچه شبکه بهداشت و درمان شهرستان، واحد آزمایشگاهی خاص را براي ارائه خدمات تعیین کرده باشد، پزشک ملزم است بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد. درصورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی دیگر غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه ها بر عهده شخص خواهد بود .همچنین چنانچه خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده و بسته خدمت سطح اول نبوده( سایر موارد آزمایشگاه، سونوگرافی و تصویربرداري) ولی در محدوده صلاحیت تجویز پزشک خانواده (عمومی، متخصص) باشد، سهم سازمان قابل پرداخت خواهد بود.

**3-سطح بندي آزمایشگاه:** واحدهاي ارائه دهنده خدمات از نظر ساختاري، به شرح ذیل تقسیم می شوند:

الف) آزمایشگاه مرکز ارائه خدمت: به آزمایشگاهی اطلاق می شودکه در مرکز ارائه خدمت با جمعیت تحت پوشش 10000 نفر واقع ( در یک یاچند مراکز ارائه خدمت ) قرار دارد.

تبصره: لازم است طوري برنامه ریزي شود تا در صورت اعمال موارد ذکر شده، آزمایشگاه هاي ایجاد شده قبلی تعطیل نگردد.

1. واحد نمونه گیري: در صورتیکه مراکز ارائه خدمت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد ازمایشگاهی یا غیردولتی طرف قرارداد باشد راه اندازي واحد نمونه گیري در مرکز الزامی است. نمونه گیري در این مرکز توسط پرسنل آموزش دیده و معرفی شده مرکز بهداشت شهرستان براي جمعیت کمتر از 2500 نفر یک روز در هفته ، و پس از آن به ازاي هر 2500 نفر جمعیت یک روز در هفته اضافه می گردد.
2. آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان: در این آزمایشگاه، آزمایشات تجویزي پزشک خانواده از مسیر ارجاع از مراکز ارائه خدمت به مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در صورتی که امکان انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمت وجود نداشته باشد، از طریق نمونه گیري و انتقال امن و ایمن نمونه به سطوح بالاتر خدمت آزمایشگاهی ارائه گردیده و نیازي به ارجاع بیمار نیست.

تبصره1: جذب نیروي انسانی آزمایشگاه براساس سرجمع جمعیت مرکز داراي آزمایشگاه فعال و جمعیت مراکز داراي واحد نمونه گیري محاسبه می گردد. به ازاي هر 7000 نفر جمعیت ساکن فعال مراکز ارائه خدمت داراي آزمایشگاه فعال، یک نفر نیروي کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به کارگیري می شود. این نیرو در مرکز داراي آزمایشگاه فعال مستقر بوده و موظف به انجام نمونه گیري در مراکز فاقد آزمایشگاه تحت پوشش این مرکز می باشد.

تبصره2: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده براي کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورتجلسه مشترکی با اداره کل بیمه مصوب و در کلیه مراکز ارائه خدمت در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

تبصره3: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان بعهده نیروهاي تخصصی مرتبط با برنامه (دکتراي علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکتراي تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) بوده و پرداخت به این نیروها از طریق اعتبارات دانشگاه/ دانشکده ها انجام می گیرد .

**4-تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه هاي بهداشتی:** تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاههاي بهداشتی مجري بر اساس لیست تجهیزات آزمایشگاههاي بهداشتی در برنامه مذکور می باشد. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی هاي فنی آنها مبتنی بر نوع خدمات آزمایشگاهی قابل انجام در آزمایشگاه و بارکاري آن می باشد .

بنابراین متناسب با بارکاري ممکن است از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر نیز براي تجهیز آزمایشگاه استفاده شود .تمام وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که تعریف آنها در ماده 2 آیین نامه وسایل تشخیص آزمایشگاهی پزشکی آمده است، باید داراي تاییدیه از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند و تمام کارکنان آزمایشگاههاي تشخیص پزشکی موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه هاي دانشگاه/ دانشکده گزارش نمایند.

**5-خدمات و آزمایش هاي قابل انجام آزمایشگاههاي بهداشتی:** خدمات آزمایشگاهی می بایست بر اساس خدمات و آزمایش هاي قابل انجام آزمایشگاه هاي بهداشتی برنامه باشد. همچنین آزمایشات غربالگري بیماري ها بر اساس بسته خدمتی و دستور عمل مربوطه، انجام می گردد.

تبصره1: به تشخیص متولیان نظام مراقبت از بیماریها و برنامه هاي کشوري، متناسب با نیازهاي بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایشهاي مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود .

تبصره2: در کلیه سطوح ارائه خدمت آزمایشگاهی در صورت فراهم نبودن شرایط انجام آزمایش، نمونه گیري در مرکز یا آزمایشگاه مجري انجام شده و نمونه هاي بالینی با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد در همان روز نمونه برداري از طریق پرسنل به آزمایشگاههاي طرف قرارداد مراکز بهداشت (بهداشتی درمانی سطوح بالاتر، آزمایشگاه بیمارستان دولتی و یا آزمایشگاه غیر دولتی طرف قرارداد) ارجاع می شود. آن دسته از نمونه ها که ارسال آنها مشمول برنامه زمانبندي مشخص میباشد، لازم است تا پیش از ارسال در شرایط مناسب نگهداري شوند.

تبصره3: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروههاي سنی به شرح زیر نیز رایگان می باشد:

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

Blood Group & Rh - آزمایشCBC و شمارش افتراقی سلول هاي خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار- کشت ادرار-

- VDRL– TSH - FBS-(منفی RH آزمایش کومبس غیر مستقیم (مادران- Serum Creatinin-Serum BUN

HBSAg - HIV (در صورت نیاز)- آزمایش غربالگري دیابت بارداريOral Glucose Tolerance Test(OGTT). ب) جمعیت بالاي سی سال: آزمایش غربالگري دیابت و غربالگري اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol ج) غربالگري نوزادان: اندازه گیري CH ) TSH) و اندازهگیري کمی فنیل آلانین (PKU ).

**جدول آزمایشات سطوح ساختاري آزمایشگاه هاي بهداشت:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان/ استان | آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی/ شهري داراي آزمایشگاه | واحد پذیرش و نمونه گیري  (نمونه برداري و ارسال ایمن و امن نمونه) |
| کلیه خدمات آزمایشگاههاي مراکز ارائه خدمت روستایی /شهري داراي آزمایشگاه به علاوه:  بیلیروبین مستقیم و توتال آزمایشUric Acid آزمایش ٢HbA آهن  ظرفیت اتصال آهن( TIBC) فریتین سرم  (Coombes Wright)کومبس رایت  2-مرکاپتواتانول ( 2)  آزمایش کمی Beta-HCG سرم آزمایش کومبس غیر مستقیم  بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor) کشت مدفوع  آزمایشTSH (غربالگري نوزادان CH)-مادر باردار آزمایش٤T  اندازهگیري کمی فنیل آلانین ( غربالگري نوزادان PKU) آزمایشHbA١c آزمایشHIVAb آزمایشHBsAg آزمایشHBsAb آزمایش HCVAb آزمایش Ca/P آزمایش Na/K  ALP Serum  نمونه گیري DAT براي تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماریهاي واگیر)  25 OH VITD3  پاپ اسمیر (نمونه گیري و آزمایش) HPV (نمونه گیري و آزمایش) | آزمایشCBC و شمارش افتراقی سلول هاي خونی هموگلوبین هماتوکریت  Blood Group & Rh گروه خون (FBS) قند خون ناشتا  Glucose Chalenge Test(GCT)آزمایش  Oral Glucose Tolerance Test آزمایش  (OGTT)  آزمایش قند 2 ساعت بعد از غذا ( 2) آزمایش Serum BUN  Serum Creatininآزمایش  Serum Cholesterol آزمایش  Serum Triglycerideآزمایش  Serum HDL-Cholesterolآزمایش در صورتیکه) Serum LDL-Cholesterolآزمایش (انجام نشود Serum HDL-Cholesterol  Serum SGOTآزمایش  Serum SGPTآزمایش  آزمایش کیفی تشخیص حاملگی آزمایشSerum 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 | پذیرش و نمونه گیري جهت انجام آزمایشهاي قابل نمونه گیري و انجام درخواستی، توسط پزشک خانواده  کلیه نمونه هاي گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه هاي بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاههاي خصوصی تائید شده) ارسال گردند.  در واحدهاي پذیرش و نمونه گیري کلیه وسایل حفاظت فردي لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجراي برنامه ایمنی وبهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه گیري و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد |

**6-ارائه خدمات تصویربرداري (رادیولوژي):** خدمات تصویر برداري مورد تعهد سطح اول شامل رادیوگرافی هاي ساده بدون ماده حاجب می باشد .شرایط خدمات مذکور به شرح زیر می باشد:

الف) بسته خدمات تصویر برداري سطح اول صرفا از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه ( اعم از دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد طبق مفاد تفاهم نامه ) قابل ارائه خواهد بود.

1. در صورت انعقاد قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با مراکز تصویر برداري دولتی و غیردولتی طرف قرارداد، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویر برداري سطح اول تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت خواهند نمود.
2. لازم است اطلاع رسانی در خصوص آدرس مراکز تصویر برداري طرف قرارداد شبکه در مراکز ارائه خدمت صورت گیرد و لیست مراکز مذکور به اداره کل بیمه سلامت اعلام گردد.

د)گرافی OPG جزو خدمات سطح دو می باشد.

سونوگرافی هاي بارداري، سونوگرافی هاي غیر بارداري و رادیوگرافی هاي غیر از رادیوگرافی ساده بدون ماده حاجب به عنوان سطح دو خدمات بوده و بر اساس سهم سازمان و فرانشیزهاي مصوب ابلاغی هیات وزیران طبق روال سایر صندوق ها در مراکز طرف قرارداد اعم از دولتی و خصوصی قابل دریافت از بیماران می باشد.

**ماده 16: خدمات سلامت دهان و دندان**

**1-مکانیسم فعال سازي واحدهاي دندانپزشکی مراکز:**

الف) بکارگیري دندانپزشکان مشمول طرح نیروي انسانی و متعهدین خدمت قانون برقراري عدالت آموزشی که به مناطق مجري برنامه اعزام میگردند، در برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده الزامی است .

* 1. اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت ،فعال سازي ساعات بعد از ظهر و شب مراکز ارائه خدمت با بکارگیري دندانپزشکان شاغل در مراکز می باشد، لذا دانشگاه/دانشکدهها بایستی شرایط و امکانات فعالسازي بعد از ظهر مراکز ارائه خدمت را براي بهره وري بیشتر واحدهاي دندانپزشکی فراهم نمایند. در این صورت چنانچه دندانپزشکان تمایل به ارائه خدمات در خارج از ساعات کاري برنامه بیمه روستایی داشته باشند، این مهم با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان بلامانع خواهد بود .
  2. براي میزان 200 خدمت وزن دهی شده در روز با استفاده از اعتبار صندوق بیمه روستاییان و عشایر و براي خدمات بالاتر از 200 خدمت وزن دهی شده در روز بر اساس درآمد حاصل از تعرفه خدمات فوق و از طریق در آمدهاي اختصاصی دانشگاه قابل پرداخت خواهد بود.
  3. در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی دندانپزشکی در شیفت بعدازظهر به استناد موضوع ماده 29 (مکانیسم پرداخت تیم سلامت)، معادل40 درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته خدمتی (طبق تعرفه دولتی) از محل درامدهاي اختصاصی دانشگاه/دانشکده ها، به دندانپزشک پرداخت گردد.

هـ) در صورت عدم رعایت شرح وظایف و عملکرد کمی و کیفی نامناسب توسط فرد، پس از دادن تذکرات لازم از سوي مرکز بهداشت شهرستان و در صورت استمرار عملکرد ضعیف، مطابق ضوابط زیر عمل گردد :

-نیروهاي رسمی و پیمانی: مطابق ضوابط آیین نامه رسیدگی به تخلفات اداري کارکنان دولت

-نیروهاي طرحی: اعلام عدم نیاز مبنی بر عملکرد نامناسب، منضم به تذکرات ارائه شده با رونوشت به اداره طرح و نیروي انسانی و دفتر سلامت دهان و دندان وزارت جهت تصمیم گیري در خصوص ادامه طرح ایشان -دندانپزشکان قانون برقراري عدالت آموزشی: بر اساس دستورالعمل اصلاح قانون مربوط به این نیروها -دندانپزشکان بخش خصوصی طرف قرارداد مرکز بهداشت: مطابق ضوابط آیین نامه هاي مربوطه یا شرایط مندرج در قرارداد هاي تنظیم شده (بدیهی است در قراردادهاي این بخش از نیروها، می بایست نحوه برخورد با عدم اجراي تعهدات ذکر گردد).

**2-نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان:** ارتقاء سلامت دهان ودندان ازطریق ارائه خدمات آموزشی ،پیشگیري و درمانی در مناطق روستایی، شهر هاي زیر20 هزار نفر و عشایري با اولویت گروه هاي هدف صورت می پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیري اولیه قابلیت اجرا در مدرسه، مهدکودك و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ کننده را دارد( تاریخ و روزهاي برنامه ریزي شده براي مراجعه به مدارس و مهدکودك ها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می گردد ). خدمات پیشگیري ودرمانی نیازمند به یونیت، در مراکز داراي واحد دندانپزشکی ثابت و یا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می گردد. صدور مجوز بهره برداري و نظارت بر عملکرد آن بر اساس آیین نامه مربوطه به عهده معاونتهاي بهداشتی می باشد.

تبصره1: لیست مراکز ارائه دهنده خدمت سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، از سوي مرکز بهداشت شهرستان به اداره بیمه سلامت استان و از طریق معاونت بهداشتی به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت ارسال می گردد. با توجه به ضرورت گسترش خدمات به منظور ایجاد پوشش صددرصدي گروه هدف، افزایش مراکز جدید بایستی با جدیت پیگیري و لیست مراکز جدید هر 3 ماه به مراجع فوق الذکر گزارش شود.

تبصره2: با توجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده ها، در صورت عدم تامین دندانپزشک توسط مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه/ دانشکده می تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاري منعقد نماید. به منظور اطلاع رسانی مناسب به بیمه شدگان لیست این مراکز در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

تبصره3: در صورت وجود اعتبار، مراکز معین، شبانه روزي و مراکز ارائه خدمت مناطق محروم واجد رادیوگرافی تک دندان گردند. بدیهی است نبود رادیوگرافی مذکور منجر به تعدیلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهد شد.

تبصره4: در صورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان ودندان در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشت شهرستان، فاصله مراکز ارائه دهنده خدمت، حداکثر 30 کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوري باشد؛ در خصوص موارد خاص، در ستاد استانی تصمیم گیري خواهد شد.

**3- خدمات سلامت دهان و دندان:**

**الف) مراقبت دهان و دندان در پایگاه هاي سلامت و خانه هاي بهداشت:** بهورز و مراقب سلامت به ارائه خدمات آموزشی و پیشگیري براي ارتقاء سلامت دهان و دندان می پردازند: آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از وسایل کمک آموزشی و با کمک مدلهاي آموزش بهداشت و مصاحبه انگیزشی( به منظور ارتقاء مهارتهاي فردي و خود مراقبتی، استفاده درست از مسواك و نخ دندان، تغذیه غیر پوسیدگی زا، اهمیت دندانهاي شیري، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان 6 سالگی، مشکلات هنگام رویش دندانها، ترك عادات بد و مضر دهان )، انجام معاینات دهان و دندان ،ثبت اطلاعات وضعیت دهان و دندان در پرونده خانوار و یا سامانه هاي الکترونیک، ارجاع افرادي که نیاز به خدمات مراقبتی خاص و یا درمانی دارند به دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، پیگیري نتیجه ارجاع و ثبت آن در پرونده خانوار فرد، انجام وارنیش فلوراید، توزیع مسواك انگشتی و ارزیابی خطر پوسیدگی دندان براي گروه هاي هدف، آموزش و معاینه در پایگاه هاي سنجش و مدرسه. چگونگی انجام این خدمات بر اساس دستورالعملهاي ابلاغی از وزارت بهداشت می باشد.

شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در منطقه تحت پوشش، جلب حمایت شوراهاي محلی و هیئت امناء روستا و برنامه ریزي هاي تکمیلی با هماهنگی برون بخشی براي ارتقاي سلامت دهان و دندان مردم منطقه با همکاري دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صورت می گیرد .

در صورت ارائه مراقبتهاي سلامت دهان و دندان توسط هر کدام از ارائه دهندگان خدمت ( بهورز، مراقب سلامت ) سرانه آن خدمت قابل پرداخت می باشد .

آموزش مورد نیاز براي ارائه دهندگان خدمت زیر نظر دفتر سلامت دهان دندان معاونت بهداشت، توسط واحد بهداشت دهان ودندان دانشگاه/ دانشکده ها و با مشارکت مراکز آموزش بهورزي انجام می گیرد.

**ب) خدمات دهان و دندان در مراکز ارائه خدمت داراي واحد دندانپزشکی، مطب ها و درمانگاه هاي دندانپزشکی طرف قرارداد:** در این مراکز دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان به ارائه بسته خدمات سلامت دهان و دندان از جمله آموزش بهداشت دهان و دندان، ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان در سامانه هاي الکترونیک، فلورایدتراپی، فیشور سیلانت تراپی ،ترمیم دندانهاي شیري و دایمی جرم گیري و برساژ، پالپوتومی، درمان پالپ زنده (VPT) دندان هاي دایمی، کشیدن دندان هاي غیر قابل نگهداري (شیري و دایمی) می پردازند. اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به کار، بدست آوردن آمار و اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گروه هاي هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده و کودکان زیر دو سال می باشد.

واگذاري خدمات به بخش خصوصی، می تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد (در روستا در محدوه روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. در این صورت ارائه تمامی خدمات مورد نظر به گروه هدف حین قراداد همکاري به صورت رایگان، الزامی است.

**4- دهگردشی، پایش و آموزشهاي گروهی:** به منظور ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت هاي دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. با توجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت ،دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان لازم است هر ماه به یکی از خانه هاي بهداشت تحت پوشش خود دهگردشی داشته باشد. زمانی که دندانپزشک ارائه خدمات دندانپزشکی را در دو یا سه مرکز به عهده دارد ،می بایست به ازاي هر مرکز یکبار دهگردشی در ماه انجام گردد، به نحوي که در طی یک سال دهگردشی براي کلیه خانه هاي بهداشت تحت پوشش انجام شود.

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

1. نظارت بر عملکرد و مراقبت هاي سلامت دهان و دندان انجام شده توسط بهورز
2. معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودك زیر دو سال ارجاع شده از سوي بهورزها
3. ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه هاي سطح اول وزارت

**5-نظارت بر اجراي برنامه سلامت دهان و دندان:** معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده به منظور برنامه ریزي ،

اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی، باید نسبت به تشکیل کمیته اي با حضور مدیرگروه /کارشناس مسئول اداره سلامت دهان و دندان و نماینده بیمه سلامت و کارشناس مسئول گسترش شبکه در مرکز بهداشت استان و به همین منوال درشهرستان جهت انجام امور مربوطه اقدام نماید. نظارت و پایش خدمات بر اساس دستورالعمل هاي سلامت دهان ودندان مادران ،کودکان زیر 6 سال، کودکان 6 تا 14 سال، و نیز دستورالعمل مراقبت از کودك سالم و دستورالعمل مراقبت هاي ادغام یافته سلامت مادران باردار انجام می گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط کارشناس ناظر مرکز و نیز توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان انجام می گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان، و نظارت بر عملکرد مسئول اداره سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر گروه /کارشناس مسئول داره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت استان انجام می شود .

پرداخت مالی به دندانپزشک پس از تأیید انجام خدمات دهان و دندان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان شهرستان صورت می گیرد .

تبصره: با توجه به اینکه انجام معاینات دهان و دندان سطح اول جزو بسته خدمتی دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان تعریف شده، دریافت هزینه ویزیت مجاز نمی باشد.

**ماده 17: درآمدها** درآمدها شامل:

1-منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزریقات و پانسمان و نمونه گیري و...) بر اساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و قوانین بیمه اي مصوب.

2-منابع حاصل از اخذ هزینه کامل مواد مصرفی براي ارائه خدمات جانبی ( مانند دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الکل ،لیدوکایین، بتادین و... ).

1. منابع حاصل ازاخذ سهم سایر سازمان هاي بیمه گر( تامین اجتماعی، نیروهاي مسلح، سایر صندوق هاي بیمه سلامت به جز صندوق بیمه روستایی و... ).
2. منابع حاصل از حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاري دانشگاه/ دانشکده ها پرداخت می شود.

5-منابع حاصل از دریافت100% تعرفه بخش دولتی از افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.

6- منابع حاصل از تعرفه ارائه خدمات دندانپزشکی:

الف) تعرفه خدمات دندانپزشکی، بر اساس تعرفه ابلاغی از وزارت بهداشت و مستند به مصوبه هیئت وزیران براي تعرفه سالانه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی می باشد.

ب) فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:

ارائه آموزش و مراقبت هاي پیشگیري توسط بهورز و مراقب سلامت و ویزیت خدمت سلامت دهان و دندان، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان براي کل جمعیت ساکن فعال رایگان است .

سهم بیمار (فرانشیز) براي خدمات توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان براي جمعیت تحت پوشش به شرح زیر میباشد:

* براي گروه هدف (کودکان زیر 14 سال ،مادران باردار و شیرده) جمعیت تحت پوشش (شامل صندوق بیمه روستائی بیمه سلامت و سایر بیمه ها) رایگان و براي سایرگروه ها بر اساس تعرفه هاي مصوب سالیانه هیئت وزیران براي بخش دولتی ابلاغی از طرف وزارت می باشد .
* هزینه خدمات دهان و دندانی که در بسته خدمات ارائه شده توسط دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان لحاظ شده ولی جزو خدمات در تعهد سازمان نیستند، معادل 100 درصد تعرفه مصوب بخش دولتی از بیمهشدگان قابل دریافت می باشد.
* براي افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه: تمامی هزینه خدمات بر عهده بیمار می باشد ( بر اساس تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیات وزیران و ابلاغیه معاونت بهداشت).

تبصره 1: ضمن لزوم نظارت بر اجراي بهینه سطح بندي خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز ارائه خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعه بیمه شده روستایی مهمان به مراکز ارائه خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی و درمانی اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه شده در مرکز مقصد مشابه با مرکز مبدا خواهد بود .بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیر اورژانسی در این موارد بر اساس فرانشیز ابلاغی دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت محاسبه میگردد.

تبصره 2: انجام کلیه مراقبت هاي مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و ماماي تیم سلامت انجام می شود رایگان میباشد و براي تمام موارد خارج از بسته هاي خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیزمصوب دریافت می گردد.

بدیهی است دریافت هزینه ویزیت براي ماما از جمعیت هدف وزارت وجاهت ندارد.

تبصره 3: در مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور شمول خدمات بیمه براي آنان، می توان با استفاده از بیمه مادر تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

تبصره 4: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه اي نباشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند( به جز موارد اورژانس ناشی از حوادث و تروما ). لازم است مراکز ارائه خدمت این افراد را به اداره بیمه سلامت شهرستان براي پوشش بیمه صندوق روستایی راهنمائی نماید.

تبصره 5: در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد براي گیرنده خدمت رایگان می باشد. در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد.

تبصره6: در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته، مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی طبق پروتکل سازمان اورژانس کشور (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمهها) براي ویزیت و خدمات جانبی30% تعرفه دولتی و براي افراد فاقد بیمه معادل 100 درصد تعرفه دولتی میباشد .

در مراکز شبانه روزي در زمان بیتوته، مبلغ فرانشیز دریافتی از بیماران اورژانسی و غیر اورژانسی (اعم از بیمه شده روستایی و سایر بیمه ها) براي ویزیت و خدمات جانبی 30% تعرفه دولتی و براي افراد فاقد بیمه معادل 100 درصد تعرفه دولتی می باشد .

در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث و تروما ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در تمامی طول شبانه روز (مطابق ضوابط جاري در سطح دو خدمات سلامت) رایگان میباشد.

تبصره7: لازم است اطلاع رسانی به جمعیت ساکن فعال در خصوص نرخ تعرفه ویزیت پزشک، نظام ارجاع و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز با همکاري دهیار/ بخشدار صورت پذیرد. جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی می باشد.

تبصره8: سهم سازمان براي اسناد پزشکان، دندانپزشکان و پاراکلینیک مراکز ارائه خدمت (FFS)، در بسته خدمات سطح اول براي بیمه شدگان تحت پوشش سایر صندوق هاي سازمان (غیر از بیمه شدگان صندوق روستائیان و عشایر) معادل تعرفه دولتی و با رعایت ضوابط مربوطه، قابل پرداخت است .

**ماده 18: اعتبار و تعدیلات**

**1-محاسبه و توزیع اعتبار:** محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزشافزوده براساس مؤلفه هاي جمعیت هدف وزارت، برنامههاي فنی و بهبود استاندارد فضاي واحدهاي ارائهدهنده خدمت و ضریب محرومیت براي خدمات پاراکلینیک و تامین خودرو جهت دهگردشی، از طریق معاونت بهداشت صورت میگیرد.

اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه هاي جمعیت هدف سازمان و ضرایب محرومیت شهرستانی اعلام شده توسط وزارت کشور و منطبق بر طرح گسترش شبکه، توسط سازمان محاسبه و توزیع میشود.

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

تبصره 1: مراکز ارائه خدمت فعال به مراکزي گفته میشود که حداقل خدمت پزشک و داروخانه فعال است، درصورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از 500 متر و کانکس) توسط ادارات کل استانی لغو میشود. ارائه نشدن هر یک از اجزاي خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضمائم که براي آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.

بر اساس مصوبات هیئت امناء دانشگاه/ دانشکده هاي علوم پزشکی کشور در سال 1384 درآمد بیمه روستایی از شمول کسر 5 درصد سهم ریاست دانشگاه/ دانشکده، معاف است. بر اساس مصوبه هیات امناء( نامه شماره 62984 مورخ 29/3/1384) مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/ دانشکده ها مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهاي بیمه و یا سایر درآمدهاي ناشی از بیمه روستایی را منحصرا" در چهارچوب دستورعمل هاي ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهاي تحویل شده به دانشگاه/ دانشکده براي مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند .همچنین، اجراي مفاد دستورعمل مربوطه، صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و دراین راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد:

* پرداخت به پزشک، ماما، دندانپزشک، کارشناس تغذیه و سلامت روان عضو تیم سلامت با روش مبتنی بر عملکرد در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
* عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی( صرفاً براي خدمت بیتوته و دندانپزشکی) و غیر پزشکی مورد نیاز از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی درصورت نیاز.

استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر از موارد تعیین شده در تفاهم نامه توسط ریاست دانشگاه/ دانشکده و ادارات کل استانی ممنوع می باشد.

**ماده 19: سهم توزیع سرانه**

توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل اعتبارات صندوق بیمه سلامت روستاییان و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده بر اساس ماده 5 تفاهم نامه سال 1402می باشد.

**ماده20: تخصیص و هزینه کرد اعتبار**

ضروري است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص یافته از سوي ادارات کل استانی به دانشگاه/ دانشکده ها، به معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت دانشگاه/ دانشکده مربوط ارسال گردد تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبار قرار گرفته و به موقع براي دریافت اعتبار خود اقدام نمایند. معاون بهداشتی/ رئیس مرکز بهداشت استان، وظیفه نظارت بر اعتبار تخصیص یافته و هزینه کرد آنها درمنابع تعریف شده را به عهده دارد .

مدیر مالی دانشگاه/ دانشکده موظف است لیست ریز هزینه کرد خدمات سطح اول را پس از تایید معاون بهداشتی دانشگاه /دانشکده به صورت شش ماهه به ادارهکل استانی اعلام نماید .

معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده مکلف است به شرط تخصیص، اعتبار را بهصورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ نموده و سازمان بعد از دریافت منابع تعریف شده ظرف 72 ساعات کاري به حساب ادارات کل استانی پرداخت نمایند و ادارات کل استانی پس از دریافت اعتبار نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به دانشگاه/ دانشکده ظرف مدت 72 ساعت کاري اقدام نماید و دانشگاه/ دانشکده مکلف است در اسرع وقت پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبار صرفاً در سر فصلهاي تعیین شده در مفاد تفاهمنامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و شهرهاي با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر سال 1402 اقدام نمایند.

سازمان مکلف است به شرط دریافت وجه اعتبار اعلام شده از سوي سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات کل استانی پرداخت نماید. (پایان هر ماه 80 درصد از اعتبار در قالب پرداخت علی الحساب و پایان همان فصل 20 درصد در قالب پایش عملکرد)

**ماده 21: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت**

جمعیت مشمول سرانه شامل کلیه افراد تحت پوشش فعال در مناطق روستایی، عشایر و شهرهاي زیر 20 هزار نفر با ملاحظات زیر می باشد:

1-وزارت بهداشت اعتبار مربوطه از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براي توزیع در اختیار سازمان قرار می دهد و سازمان بر اساس شرح هزینه اعلامی وزارت بهداشت، اعتبار مربوطه را توزیع می نماید. از اعتبار صندوق روستاییان و عشایر (اعتبار سازمان) حقوق اعضاي تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس بهداشت روان، کارشناس تغذیه، نیروي پاراکلینیک و سایر نیروهاي بهداشتی)، پرداخت میشود.

2-پرداخت 80 درصد علی الحساب از محل اعتبار صندوق روستائیان و عشایر توسط ادارات کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط دانشگاه/ دانشکده هاي مربوطه براي کارانه اعضاي تیم سلامت (پزشک، ماما، دندانپزشک ،بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس بهداشت روان، کارشناس تغذیه ،نیروي پاراکلینیک) به جز سایر نیروهاي بهداشتی انجام می پذیرد:

الف- مراکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره کل تحویل نمایند.

1. مراکز بهداشت تا پنجم هر ماه مبلغ حکم/ قرارداد ماه قبل تیم سلامت را پرداخت نمایند.
2. مراکز بهداشت سیاهه ریز حقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت ممهور به مهر بانک که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است را به ادارات کل استانی ارائه نمایند.
3. مراکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر علی الحساب پرداخت مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت ادارات کل پرداخت نمایند.

3-پرداخت 20 درصد پایش عملکرد از محل اعتبارات سازمان توسط ادارات کل استانی صرفاً درصورت تحقق مفاد زیر توسط مراکز بهداشت انجام می شود.

مراکز بهداشت حداکثر با یک ماه تأخیر20 درصد پایش عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت ادارات کل استانی پرداخت نمایند.

4-معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد استان، تمامی وجوه واریزي را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجوه اعتباري برنامه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/ دانشکده، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه /دانشکده برساند.

5- معاون بهداشتی با استناد جمعیت، حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی

(دانشگاه/دانشکده)، شهرستانی و محیطی( شامل پزشک، ماما و سایر پرسنل ) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه و دستور عمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نماید.

6-معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده موظف است وجوه منابع اعتباري برنامه را هر ماه یکبار با دستور شرح هزینهاي که معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده در اختیار وي قرار می دهد، میان مراکز بهداشت تابعه توزیع نماید.

7-مدیر/ رئیس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباري تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینهاي معاون بهداشتی که استانداردهاي آن در همین دستور عمل آمده است، هزینه نموده و اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباري را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به تائید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برساند.

8-معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباري را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده از مراکز بهداشت تابعه ندارد.

1. مدیرمالی دانشگاه/ دانشکده موظف است در ابتداي سال، کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهاي ماهانه برنامه را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهري به معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده اعلام دارد و معاون بهداشتی نیز به مرکز مدیریت شبکه اعلام کند .
2. معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستان هاي تابعه ،گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضاي مشترك مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند .
3. مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهاي بیمه روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهاي شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهاي دانشگاه/ دانشکده واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.
4. روساي دانشگاه/ دانشکده ها و معاونین بهداشتی دانشگاه/ دانشکده ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم نامه و دستورعمل اجرایی خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات براي هزینه کرد در سایر بخش هاي شهرستان( خارج از سطح اول خدمات ) جداً ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز مجري هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد .
5. اسناد هزینه بایستی پس از بررسی توسط گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی به تایید معاونت بهداشتی رسیده وگزارش اسناد مالی براساس چارچوب تعیین شده به اداره کل بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. دانشگاه /دانشکده موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع را از حسابرس دانشگاه/ دانشکده دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.
6. مراکز بهداشت مکلف هستند سیاهه ریز حقوقی شامل پرداخت حکم/ قرارداد ( به تفکیک اسمی ) اعضایی از تیم سلامت که از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر پرداخت میشود را تا پنجم ماه بعد به ادارات کل استانی ارائه نمایند.
7. معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج ماهانه (به تفکیک ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون توسعه دانشگاه/ دانشکده ارائه دهد و معاون توسعه نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.
8. مرکز بهداشت شهرستان موظف است از اعتبارات تخصیصی توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهاي منعقده را براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی رسانده شود. همچنین اسناد هزینه کرد هاي مربوط به دیگر سر فصل هاي اعتباري توزیع سرانه را نیز به معاونت بهداشتی ارائه دهد.
9. مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل منابع درآمدهاي اختصاصی همین برنامه در دانشگاه/ دانشکده و محل اعتبارات برنامه در سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه/ دانشکده به منظور جبران خدمات پرسنل با رعایت حجم خدمات و میزان مشارکت آنان در برنامه مبنی بر نتیجه ارزشیابی عملکرد به آنان پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداخت نماید.

**ماده 22: اجراي برنامه هاي فنی ادغام یافته**

اعتبارات اجراي برنامه هاي فنی ادغام یافته تفاهم نامه مشترك و اصلاحیه پیوست آن، بر اساس برنامه هاي عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت هزینه می گردد .

**ماده 23: ارجاع در سطح اول خدمات**

در شرایط معمول، مانند دستور عمل هاي قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت /پایگاه سلامت باشد و پس از اینکه بهورز یا مراقب سلامت خدمات تعریف شده خود را براي مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل هاي ابلاغی مربوطه آمده است، فرد را به مراکز ارائه خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

تبصره1: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاعی از خانه هاي بهداشت یا پایگاههاي سلامت را معاینه، ویزیت و بر اساس پروتکل هاي درمانی تعیین شده تحت درمان قرار دهد ونتیجه اقدامات انجام شده و یا موارد قابل پیگیري سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع دهنده برساند.

تبصره 2: در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد پزشک خانواده با تکمیل فرم ارجاع بیمار را به سطح دو یا سه ارجاع می نماید.

تبصره 3: در هرحال مدیریت سلامت جمعیت ساکن فعال، بر عهده پزشک خانواده مربوطه می باشد و پزشک موظف است وضعیت بیمار ارجاع شده به سطح تخصصی را پیگیري و مشخص نماید.

**ماده 24: ارجاع در سطح دو خدمات**

**1-فرایند ارجاع:** اجراي سطح بندي خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر بر اساس دستور عمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهد بود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دو خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح اول صورت میگیرد.

**2-سقف ارجاع به سطوح بالاتر:** سقف ارجاع به متخصص سطح دو تا حداکثر 15 درصد مراجعین به پزشک خانواده مرکز ارائه خدمت می باشد. بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دو براساس مراقبت گروههاي هدف و بسته خدمتی نیز می باشد. با توجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده از جمله مدیریت سلامت منطقه ،مدیریت مرکز، آموزش، راهنمایی و همکاري تمام وقت در هدایت، توانمندسازي ،ارائه مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده عمومی و دستیاران پزشکی خانواده انتظار می رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف مذکورکاهش داشته باشد.

بیمه شده تحت پوشش صندوق روستایی می تواند با رعایت نظام ارجاع جهت خدمات سرپایی و با یا بدون رعایت نظام ارجاع جهت دریافت خدمات بستري به بیمارستان دولتی و یا غیردولتی طرف قرارداد مراجعه نماید.

**ماده 25: پایش فصلی تیم سلامت**

باتوجه به اهمیت پایش و نظارت برنحوه انجام فعالیت ها در سطوح مختلف و به ویژه سطح محیطی، ضرورت دارد تمامی گروهها و واحدهاي زیرمجموعه معاونت بهداشتی، ارائه خدمت به گروه هاي هدف را بر اساس بسته هاي خدمت مورد پایش قرار دهند. نتیجه نظارت هاي فنی در مرکز بهداشت شهرستان تحلیل و مداخله هاي لازم جهت پرسنل محیطی به ویژه پزشک خانواده ارائه شود .

تبصره1: لازم است پایش عملکرد اعضاي تیم سلامت هر سه ماه یک بار توسط ستاد مرکز بهداشت شهرستان بر اساس چک لیست هاي ابلاغی مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت صورت گیرد. نمرات این پایش ملاك پرداخت قطعی سه ماهه( 20% ) خواهد بود .

تبصره2: لازم است نمره پایش در پرونده اعضاي تیم سلامت با ثبت امضاي آنان درج گردد که علت کسر شدن دریافتی یا تشویقی وي براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

تبصره3: به منظور بهبود کیفیت فرایند پایش پزشکان خانواده ، لازم است در صورت وجود متخصص پزشکی خانواده یا پزشک باسابقه کاري مرتبط و داراي مدرك Mph، از نظرات فنی ایشان استفاده گردد .

تبصره 4: لازم است پایش از متخصصین پزشکی خانواده مطابق با شرح وظایف محوله انجام گیرد.

**ماده 26: پایش مشترك**

1-پایش و ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمت و تیم سلامت شاغل در آنها (مطابق ماده 7 تفاهم نامه)، به منظور اطمینان خاطر از حصول موضوع تفاهم نامه، ارتقاي مستمر کیفیت خدمات موضوع تفاهم نامه و با رویکرد حل مسئله انجام می شود. براي پایش و ارزیابی اثر بخش، چرخه ارزیابی متضمن برنامه زمانی سه ماهه پایش هاي مشترك توسط معاونت هاي بهداشت و ادارات کل استانی تدوین می گردد.

2-پایش مراکز ارائه خدمت، توسط تیم مشترك شهرستان (متشکل از مراکز بهداشت و ادارات بیمه) حداقل هر فصل یکبار انجام می شود. پایش مشترك یا جداگانه مراکز بهداشت و یا ادارات بیمه علاوه بر پایش مشترك، حسب مورد انجام می شود. با توجه به نقش اثرگذار پایش و ارزیابی در بهبود عملکرد تیم سلامت، مراکز بهداشت و معاونت هاي بهداشتی، ضرورت دارد. حضور نماینده مرکز بهداشت شهرستان در پایش هاي مشترك الزامی می باشد. نتایج پایش در همه سطوح شهرستانی، استانی و کشوري ملاك پرداخت است .در هر پایش، ثبت نتایج حاصل از بررسی خدمات ارائه شده از محل اعتبار سهم سازمان و از محل اعتبار سهم وزارت و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروري است.

3- انجام پایش مشترك از مراکز ارائه خدمت توسط اداره بیمه سلامت شهرستان با مرکز بهداشت شهرستان به وسیله قالب پایشی که توسط سازمان تدوین و براي اعمال در پایش به معاونتهاي بهداشتی و ادارات کل استانی ابلاغ میگردد.

در طی پایش حضوري، قالب پایش در سامانه نرم افزار ثبت الکترونیکی نتایج پایش سازمان ،تکمیل می شود.

4-امتیاز پایش بلافاصله پس از تایید نهایی پایش از طریق پیامک براي نماینده مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد .

5-نمایندگان مرکز بهداشت شهرستان به گزارشهاي حاصل از نتایج پایش در نرم افزار مربوطه دسترسی دارند .

**ماده 27: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت**

ستاد شهرستان با مشارکت گروه هاي آموزشی دانشگاه/ دانشکده براي طراحی و اجراي برنامه آموزشی پزشک خانواده ،تیم سلامت طرف قرارداد در ابتداي خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت ها در مرکز آموزش بهورزي اقدام می نماید. با توجه به ناهمگونی مهارت هاي بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروري است آموزش هاي بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش بهورزي تقویت شده با مکانیسم هاي متفاوت از جمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/ دانشکده مربوطه یا ستاد کشوري/ استانی انجام شود.

تبصره1: ستاد استانی موظف است اقدامات لازم براي اجراي برنامه آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماهاي طرف قرارداد را مطابق بسته آموزشی تعیین شده بعمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده براي آنها و بسته هاي خدمت الزام دارد. آموزش هاي ضمن خدمت براساس نتایج پایش ها، تعیین میگردند. برنامه ریزي براي برگزاري جلسات آموزشی اعضاي تیم سلامت با همکاري اداره بیمه برگزار گردد.

تبصره2: آموزشهاي پزشکان خانواده مندرج بندهاي 2,1 ، 3,1 و 4,1 تفاهمنامه خدمات سطح اول روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهاي با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، براساس مفاد تفاهمنامههاي مشترك فیمابین وزارت و سازمان اجرایی میگردد.

**ماده 28: مسئولیت اجرا**

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

تبصره1: پزشک خانواده مسئول مرکز وظیفه اداره کردن تیم هاي سلامت تحت پوشش را دارد. همچنین وي مسئول فنی کلیه خدمات بهداشتی درمانی قابل ارائه در مرکز ارائه خدمت و خانهها/پایگاههاي بهداشتی می باشد.

تبصره2: ضمن اولویت به کارگیري متخصصین پزشکی خانواده به ترتیب در مراکز ارائه خدمت آموزشی ،مراکز ارائه خدمت شهري و سایر مراکز ارائه خدمت ( شهري و روستایی ) که واجد جمعیت ساکن فعال بیشتري بوده و مجري برنامه هستند؛ در صورت حضور متخصص پزشکی خانواده، در مراکز ارائه خدمت آموزشی، اولویت مسئولیت مرکز با ایشان خواهد بود.

تبصره3: پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بستهي تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی ، ویژگیهاي اقتصادي اجتماعی و ریسک بیماري در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ي تحت پوشش خود قرار دهد.

**ماده 29: مکانیسم پرداخت تیم سلامت**

**1-روش پرداخت:** براي دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه هاي مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده میشود. پرداختی به نیروهاي تیم سلامت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادي و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان طرف قرارداد مطابق با مندرجات فصل مکانیسم پرداخت این دستور عمل می باشد.

دریافتی نیروهاي طرف قرارداد برنامه شامل پزشک، دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان، ماما ،پاراکلینیک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه، دو بخش می باشد:

الف: حکم کارگزینی ب: پرداخت مبتنی بر عملکرد

الف- حکم کارگزینی: براساس ضوابط مرتبط با رابطه استخدامی شامل رسمی/ پیمانی، قراردادي (جهت نیروهاي قراردادي طبق (ماده 4) دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایاي کارمندان قرارداد کار معین سال 1399)، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیاو آوران بهداشت؛ تعیین و پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می گردد.

ب- پرداخت مبتنی بر عملکرد: بر مبناي سهم محرومیت، سهم ماندگاري ،سهم جمعیت، سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت تعیین می گردد .پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس مکانیسم پرداخت تدوین شده در همین دستور عمل به صورت ماهانه با پیش فرض ضریب عملکرد 1 ( معادل امتیاز عملکرد 90 درصد) محاسبه، و 80% آن در پایان ماه و 20% باقیمانده پس از اعمال ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی در کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد محاسبه و به صورت سه ماهه پرداخت می گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان با لحاظ عملکرد آنان در سامانه یکپارچه بهداشت میباشد.

تبصره1: جهت محاسبه مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد( علی الحساب 80 درصد و قطعی 20 درصد )، ضریب عملکرد حاصل از پایش فصلی براي کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد درنظر گرفته می شود، لذا در صورت کسب ضریب عملکرد زیر 90 درصد، در زمان پایش فصلی، کسر مبلغ مازاد پرداخت شده ( در صورت کمتر بودن از مبلغ 80 درصد علی الحساب) در هنگام پرداخت 20 درصد قطعی و درصورت لزوم در پرداخت مبتنی برعملکرد ماه بعد لحاظ خواهد شد و درصورت کسب امتیاز عملکرد بالاي 90 درصد، در هنگام پرداخت 20 درصد قطعی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

**2-ضریب حضور:** ضریب حضور عبارتست از نسبت روزهایی( ساعات اداري ) که فرد در محل خدمت خود حضور داشته است تقسیم بر تعداد روزهاي "کاري" ماه .بدیهی است حضور در جلسات آموزشی، مرخصی چنانچه استحقاقی باشد و همچنین ماموریت هاي مورد تایید، جزو روزهاي حضور اعضاي تیم سلامت می باشد. عدم حضور غیر موجه از ضریب حضور کسر خواهد شد.

پزشک خانواده موظف است در صورت نیاز به خدمات ایشان در صبح روزهاي تعطیل در مراکز ارائه خدمت در برنامه شیفت بندي تعیین شده توسط مرکز بهداشت شهرستان فعالانه شرکت نماید و در این صورت، روزهاي تعطیل که با شبکه در ارائه خدمات ویزیت به جمعیت تحت پوشش و کشیک هاي مورد نظر همکاري نماید در محاسبه ضریب حضور به قسمت صورت کسر ضریب حضور اضافه شده و ضریب حضور بیش از یک خواهد بود. چنانچه در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان در طی ماه، فرد همکاري در کشیک روزهاي تعطیل نداشته باشد در مخرج کسر ضریب حضور به جاي روزهاي کاري ماه، کل روزهاي ماه لحاظ شده و در نتیجه ضریب حضور کمتر از یک خواهد شد. بدیهی است در صورت عدم نیاز به حضور در روزهاي تعطیل، ضریب حضور معادل یک لحاظ می شود. میزان همکاري فرد در شیفت روز هاي تعطیل در امتیاز پایش عملکرد فصلی نیز لحاظ می گردد.

خاطرنشان می گردد ضریب حضور بابت شیفت در ساعات صبح روزهاي تعطیل می باشد و حضور در شیفت عصر و شب ( در روزهاي تعطیل و غیر تعطیل ) به عنوان شیفت بیتوته( در مراکز واجد بیتوته، معین/ تجمیعی ،شبانه روزي ،بیمارستان به عنوان مرکز تجمیعی /معین ) بوده و بر اساس جداول پرداخت بیتوته، محاسبه خواهد شد .

**3-ماندگاري:** در این دستور عمل هر جا از سوابق ماندگاري( سال هاي خدمت ) بحث شده است، منظور قراردادهاي با شبکه بهداشت و درمان تحت عنوان پزشک خانواده روستایی( در قالب، پیام آور، طرح، پیمانی، رسمی و قراردادي ) است. سوابق خدمت بیمه روستایی و پزشکی خانواده براي محاسبه سهم ماندگاري وي، به سال محاسبه می گردد.

الف- عوامل موثر در تعیین سهم ماندگاري عبارتند از:

* در سطح مراکز ارائه خدمت مجري محل فعالیت فرد معادل 100%
* در صورت تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد: اگر جابجایی در محدوده شهرستان و به مرکز دیگري باشد معادل %85، جابجایی بین شهرستان هاي دانشگاه/ دانشکده معادل 70% و جابجایی بین دانشگاه ها معادل 50% سنوات خدمتی محاسبه می گردد.

تبصره: جهت محاسبه سنوات خدمتی چنانچه تغییر محل فعالیت با نظر خود فرد باشد و در سوابق خدمتی ( با ارائه مستندات)، میانگین نمره پایش هاي فصلی عملکرد وي معادل90 و بالاتر بوده باشد، در این صورت به ازاي میانگین سالانه نمره پایش 90 و بالاتر 5% ( تا سقف 100% محاسبه سنوات ماندگاري آن سالها) به ضرایب ذکر شده به سنوات وي اضافه می گردد.

-در تغییر محل فعالیت با نظر مرکز بهداشت شهرستان/ دانشگاه/ دانشکده، ماندگاري معادل 100% خواهد بود .

ب-جهت محاسبه سال هاي خدمتی فرد، آخرین محل خدمت مورد نظر در قرارداد به عنوان مرکز اصلی و سایر مراکز قبلی طبق مطالب پیشگفت محاسبه می شود .

1. در سایر موارد نظیر قرارداد با سازمانهاي بیمه گر در هر قالبی غیر از پزشک خانواده مشمول ماندگاري نمی شود.
2. در صورت فعالیت همکاران ستادي در مراکز ارائه خدمت به عنوان تیم سلامت ،سال هاي خدمت فعالیت همکاران درگیر در برنامه در سطوح ستادي شاغل در مرکزمدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه معاونت بهداشت/ شهرستان در دانشگاه/ دانشکده تا 50 درصد سوابق کاري در ستاد و در غیر از مرکز مدیریت شبکه وزارت/ گسترش شبکه معاونت بهداشت/ شهرستان در دانشگاه/ دانشکده تا 25 درصد سوابق کار ستادي( در دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی با تایید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده ) نیز جزو سوابق ماندگاري محسوب می شود.
3. براي افرادي که در شهرهاي زیر بیست هزار نفر در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال هاي قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند و پس از تحت پوشش قرارگرفتن این شهرها توسط دانشگاه/ دانشکده در برنامه به عنوان پزشک خانواده ادامه فعالیت داده اند سهم مانگاري نامبردگان در سال هاي قبل معادل سهم ماندگاري در محدوده کشور ( 50 درصد ) در نظر گرفته شود. این سهم چنانچه در روستاها در قالب قرارداد با اداره کل بیمه در سال هاي قبل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت بوده اند معادل سهم ماندگاري در محدوده دانشگاه/ دانشکده/ استان( 70 درصد ) در نظر گرفته شود.
4. تعداد روزهاي مرخصی هاي استعلاجی مستمر بیش از یک ماه( از جمله به علت بارداري )، در ماندگاري فرد محاسبه نمی گردد. لیکن، در حکم کارگزینی بر اساس ضوابط مربوطه لحاظ می گردد.

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

الف-تعداد واحد تحت پوشش پزشک ( نحوه محاسبه تعداد واحد تحت پوشش پزشک ): ( تعداد خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تحت پوشش پزشک ضربدر چهار و در خانه هاي زیر 500 نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می شوند ضربدر دو ) به اضافه( تعداد روستاي قمر تحت پوشش پزشک ) به اضافه( تعداد روستاي سیاري تحت پوشش پزشک تقسیم بر سه )

ب-فواصل( نحوه محاسبه فواصل ): ( مجموع فواصل خانه هاي بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر ضربدر چهار و در خانه هاي زیر 500 نفر که هر دو هفته یکبار سرکشی می شوند ضربدر دو ) باضافه ( مجموع فواصل روستاهاي قمر تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر ) به اضافه( مجموع فواصل روستاهاي سیاري مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز تقسیم بر سه برحسب کیلومتر )

ج-ضریب دهگردشی: تعداد دهگردشی انجام شده در ماه تقسیم بر تعداد دهگردشی استاندارد در محاسبه ضریب دهگردشی، در هر روز حداکثر یک واحد در نظر گرفته می شود.

ضریب دهگردشی \* ( سهم مجموع فواصل + سهم تعداد واحد هاي تحت پوشش ) = سهم پراکندگی

**5-عملکرد:** ضریب عملکرد اعضاي تیم سلامت بر اساس پایش عملکرد فصلی طبق چک لیست ابلاغی مرکز مدیریت شبکه وزارت اقدام تعیین می گردد.

نحوه محاسبه ضریب عملکرد برابر است با امتیاز کسب شده تقسیم بر مجموع امتیازات ضرب در 100 مکانیسم هاي عملکردي:

الف- تشویق

در صورت کسب امتیاز 85% تا 90% ، معادل 100 درصد در نظر گرفته شود. به عبارت دیگر ضریب عملکرد برابر 1 ثبت میگردد.

در صورت کسب امتیاز بیش از 90% بازاي هر 1% افزایش معادل 2 صدم به ضریب عملکرد افزوده خواهد شد. در این صورت لازم است علت کسب امتیاز بالاتر از 90 حتماً مشخص گردد.

ب- تنبیه

کسب ضریب عملکرد40% سبب لغو قرارداد می شود.

کسب ضریب عملکرد 70% و کمتر در دو دوره متوالی سبب لغو قرارداد می شود.

کسب ضریب عملکرد 70% سبب کسر 30% مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می شود ، البته نباید هریک از بخش هاي چک لیست، کمتراز 50% شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود.

دریافتی ضریب عملکرد بین 70 تا 85 معادل نمره کسب شده خواهد بود.

می بایست موارد تنبیهی طی نامه کتبی توسط شبکه بهداشت و درمان شهرستان به پزشک مربوطه ابلاغ گردد.

با افرادي که در گواهی انجام کار نمره پایش عملکرد فصلی کمتر از 70 درج شده است، عقد قرارداد جدید پس از حداقل یک دوره سه ماهه قابل انجام بوده و استمرار قرارداد جدید منوط به کسب امتیاز اولین پایش بالاي70 می باشد. در صورت کسب نمره کمتر از 70 براي بار دوم، لغو قرارداد می گردد و امکان عقد قرارداد جدید براي وي در سال جاري میسر نمی باشد.

لغو قرارداد اعضاي تیم سلامت بر اساس دلایل مستند ارائه شده از سوي مرکز بهداشت شهرستان به معاونت بهداشتی و صرفا با دستور و ابلاغ معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی امکان پذیر خواهد بود. لازم است یک ماه قبل ،مراتب طی مکاتبه به نامبرده جهت اصلاح امور اعلام شده باشد.

**6-پرداخت به پرسنل جانشین:** پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل جانشین معادل متوسط پرداخت آنان در شهرستان محل ماموریت بدون احتساب دهگردشی، ماندگاري و بیتوته، و بر اساس امتیاز پایش عملکرد فصلی می باشد. بدیهی است در صورت انجام بیتوته و دهگردشی پرداخت مبتنی بر عملکرد مربوطه بر اساس مرکز محل ماموریت بوده و ماندگاري بر اساس سنوات خدمت در برنامه پرداخت می گردد .

**7-ویزیت جمعیت غیر تحت پوشش:** در مراکز ارائه خدمت، هر گاه پزشک/ ماما، در ساعات اداري، بیماران غیر از جمعیت مرکز خود (غیر بیمه روستایی) را پذیرش و ویزیت نماید، مرکز بهداشت شهرستان می بایست 40 درصد ( بر اساس عملکرد ) تعرفه پزشک/ ماما را تا سقف 300 ویزیت در ماه براي پزشک/ماما و بر اساس گزارش ویزیت از سامانه هاي سطح اول/ کاغذي، در هنگام پرداخت 20 درصد مبتنی بر عملکرد، محاسبه و پرداخت نماید.

تبصره: 100 درصد درآمدهاي حاصل از ویزیت و خدمات (اعم از سهم سازمان بیمه گر و فرانشیز پرداختی بیمه شده) جمعیت غیر از هدف سازمان و غیر تحت پوشش بیمه باید در اختیار معاونت بهداشتی قرار گرفته و معاونت بهداشتی مجاز است تا 70 درصد آنرا در همان مرکز تولید درآمد، هزینه نماید.

**8-پرداخت پرسنل طرحی و پیام آور بهداشت:** پرداخت مبتنی بر عملکرد مشمولین قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرحی) و پیام آوران بهداشت به طور کامل می باشد.

**9-پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده:** میزان پرداخت مبتنی بر عملکرد متعلقه به متخصصین پزشکی خانواده بر اساس شیوه نامه مربوطه و معادل 160 درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان خانواده عمومی می باشد. بدیهی است پرداخت مبتنی بر عملکرد براي متخصصین پزشکی خانواده، متاثر از امتیاز پایش عملکرد فصلی مربوط به این متخصصین میباشد.

تبصره1: در صورت نبود امکانات آموزشی در مراکز ارائه خدمت محل خدمت متخصصین پزشکی خانواده (طبق شیوه نامه بکارگیري متخصصین پزشکی خانواده)، از پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداختی به این متخصصین مبلغی کسر نخواهد شد.

**10-پرداخت در موارد ترك خدمت:** از شروع به کار کارکنان طرف قرارداد، پرداخت علی الحساب 80 درصد پس از پایان هر ماه (براساس روز هاي حضور) انجام می شود.

تبصره 1: در صورت ترك محل خدمت قبل از پایان اولین ماه شروع خدمت، صرفا حکم کارگزینی(بر اساس قوانین مربوطه) پرداخت می گردد.

تبصره 2: در صورت ترك محل خدمت پس از یک ماه از شروع خدمت ،علاوه بر پرداخت حکم کارگزینی( طبق مقررات مربوطه) ،پرداخت علی الحساب 80 درصد( بر اساس عملکرد و تعداد روزهاي حضور) انجام می گیرد و 20 درصد قطعی در پایان هر سه ماه کارکرد، پس از اعمال امتیاز عملکرد پایش فصلی محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره 3: در صورت ترك محل خدمت بدون اعلام قبلی و بدون دلایل موجه، مراتب می بایست مطابق مقررات اداري و استخدامی اقدام و به اطلاع فرد رسانده شود.

**11-پرداخت مبلغ عیدي، وجه مهد کودك، سختی شرایط کار، سنوات، لحاظ مدارك تحصیلی و غیره تسهیلات رفاهی ( حق مسکن و... ):** بر اساس مفاد دستورعمل موضوع تبصره ماده 60 آیین نامه اداري استخدامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیات علمی مصوبه دبیرخانه مجامع، شوراها و هیات هاي امنا قابل پرداخت خواهد بود.

**12-ماموریت اداري:** در صورت انجام ماموریت اداري توسط تیم سلامت در مورد پرسنل مشمول پرداخت مبتنی بر عملکرد ،پرداخت حق ماموریت ،صرفا براي خدمات خارج از حیطه وظایف نیرو مجاز است.

**13-پرداخت در مراکز منتخب**: پرداخت به نیروهاي شاغل در مراکز ارائه خدمت منتخب بر اساس مفاد مندرج در دستور عمل ابلاغی اصول و ضوابط تعیین واحدهاي منتخب براي ارائه خدمت در شرایط بحران خواهد بود.

**14-پرداخت از محل درآمد اختصاصی:** به منظور جذب و ماندگاري پزشکان و ماماها در مراکز ارائه خدمت که امکان جذب آنها در این مراکز به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوري و و نیز تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/ دانشکده میتوان مبلغی به پرداخت مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه نمود. خاطر نشان میسازد این افزایش شامل پزشکانی که به شکل اقماري ( 15 روز در ماه ) در مرکز حضور دارند، نمیشود.

**15**-**پرداخت خدمات خارج از بسته هاي خدمتی پزشکان**: در صورت انجام خدمات خارج از بسته خدمتی موضوع بند4 ماده 11 توسط پزشکان خانواده، 100 درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته هاي خدمتی پزشکان مرکز

(طبق تعرفه دولتی)، به صورت FFS به پزشکان خانواده آن مرکز پرداخت گردد.

**16-پرداخت در مراکز اقماري:** در مراکز ارائه خدمت با ضریب محرومیت 85/1 و بالاتر که امکان جذب پزشک و ماما به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت و تاییدیه ستاد کشوري و امکان تامین منابع مالی از سوي دانشگاه /دانشکده میتوان از نوع قرارداد اقماري ( 15 روزه ) استفاده کرد و پرداخت به ازاي هر روز کارکرد معادل 4/1 روز حضور و صرفا در فرمول پرداخت به ازاي عملکرد انجام می گردد .در چنین شرایطی امکان استفاده از مرخصی استحقاقی در ماه مطابق با مقررات اداري استخدامی مربوطه می باشد. لازم است که فهرست پزشکان و ماماهاي مراکز اقماري به همراه کد ملی از سوي معاونتهاي بهداشتی به ادارات کل استانی ارسال شود و این پزشکان نیز حق هیچ گونه فعالیت پزشکی دیگري در کشور را ندارند. بدیهی است در صورت فعالیت پزشکی در بخش دولتی و خصوصی دیگر، لغو قرارداد شده و پس از آن اجازه فعالیت در برنامه را نخواهند داشت .نحوه ارائه خدمات دندانپزشکان و پرداخت مبتنی برعملکرد آنها در مراکز فوق همانند سایر مراکز ارائه خدمت می باشد.

**17-پرداخت در مراکز دو شیفت اداري مجزا:** در مراکز ارائه خدمت دو شیفت، مبلغ 10 درصد به کل مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک و ماما اضافه می گردد.

**18-اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشک:**

اجزا تاثیر گذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد پایه پزشک شامل: سهم محرومیت، سهم ماندگاري ،سهم جمعیت ،سهم بیتوته، سهم پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد، ضریب حضور و حق مسئولیت می باشد.

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد (مطابق جدول ماده 31)

ب- سهم ماندگاري: بر اساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمت تعیین می گردد(مطابق جدول ماده 31).

تبصره: درصورت وقفه در ادامه فعالیت پزشکان خانواده بعلت ادامه تحصیل در رشته تخصص پزشکی خانواده، سنوات تحصیل تخصصی ایشان در سهم ماندگاري لحاظ می گردد .

ج - سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد(مطابق جدول ماده 31).

تبصره: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاك محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت می باشد و حداکثر تا سقف 6000 نفر براي هر پزشک قابل پرداخت می باشد.

د- سهم بیتوته: صرف حضور پزشک بیمه روستایی در محل زیست مراکز ارائه خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد بود .پزشک خانواده موظف است مطابق برنامه زمان بندي شده مرکز بهداشت شهرستان بیتوته (هر شیفت بیتوته شامل پایان ساعت اداري تا آغاز ساعت اداري روز بعد ) نماید. مراکزي که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، در صورت نیاز، باید پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز داراي بیتوته به صورت کشیک بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود. در مراکز ارائه خدمت با جمعیت بالاي 5000 نفر در صورت وجود یک پزشک، مبناي محاسبه حق بیتوته در جدول محاسبه حق بیتوته دو پزشکه لحاظ می گردد. صرف حضور در محل زیست/ پانسیون پزشک بدون نیاز مرکز بهداشت شهرستان به بیتوته، منجر به پرداخت نخواهد شد. چنانچه پزشکی در زمان بیتوته بدون اطلاع قبلی غیبت نماید، معادل دو برابر حق بیتوته همان شب از پرداخت مبتنی بر عملکرد وي کسر می شود .

حق بیتوته فرد بر اساس بیتوته انجام شده در ماه، محاسبه و پرداخت می گردد.

ملاك پرداخت حق بیتوته در مراکز شبانه روزي با هر تعداد پزشک( مقیم مرکز شبانه روزي و یا از مراکز دیگر ) جدول سهم بیتوته شبانه روزي می باشد. بدیهی است کسري تعداد پزشک مقیم طبق ساختار مصوب، می بایست در اسرع وقت مرتفع گردد. سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه ( دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز ) مطابق جدول ماده 31 (بصورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد.

تبصره: در مراکز جامع سلامت واقع در محل استقرار واحد تسهیلات زایمان، درصورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان به ارائه خدمات پزشکی در این واحد و با ارائه مستندات توسط واحد تسهیلات زایمانی مبنی بر ارائه خدمت زایمان توسط آن پزشک، معادل حق بیتوته مرکز شبانهروزي بعنوان دستمزد خدمات مورد نظر( علاوه بر حق بیتوته مرکز ) تعلق خواهد گرفت.

هـ- سهم پراکندگی یا دهگردشی: (مطابق جدول ماده 31) و- ضریب عملکرد ز- ضریب حضور

1. حق مسئولیت: مسئولیت مرکز ارائه خدمت مجري و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده ( با اولویت متخصص پزشکی خانواده، پزشکان خانواده عمومی داراي مدارك مرتبط با مدیریت سلامت و پزشکی خانواده) و واگذاري آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد. پزشک مسئول در مراکز ارائه خدمت به عنوان مسئول تیم هاي سلامت مرکز ارائه خدمت محسوب می شود.

حق مسئولیت پزشک در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل 10 درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد ( طبق امتیاز عملکرد پایش فصلی ) به سرجمع مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد نامبرده اضافه می گردد، به ازاي هرتیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت می باشد 2 درصد به این مبلغ اضافه می گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از 2000 نفر جمعیت تحت پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند ،افزایش 10درصدي پرداخت مبتنی بر عملکرد پرسنل براي هر دو مرکز لحاظ می گردد. بعنوان مثال در مراکز ارائه خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول 12درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر 16 درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد .

تمامی پزشکان خانواده مستقر در مراکز ارائه خدمت مجري، مدیریت سلامت کل جمعیت تحت پوشش مرکز را عهده دار هستند ( اعم از بیمه شده روستایی یا سایرین ) و متناسب با فرمول تعیین شده در این دستورعمل از نظام پرداخت تقریبا" یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به عنوان مسئول مراکز ارائه خدمت و رابط مرکز خدمات جامع سلامت با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد.

1. فرمول مکانیسم پرداخت پزشک خانواده در برنامه:

سهم بیتوته+ { ضریب حضور \* [ ضریب عملکرد \* ( سهم پراکندگی + ( K ریال\*جمعیت ) + سهم ماندگاري + سهم محرومیت ) ] } **19-اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/ پاراکلینیک**

اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد ماما/ پاراکلینیک شامل سهم محرومیت ،سهم ماندگاري ،سهم جمعیت سهم بیتوته ( براي ماما )، سهم پراکندگی ( براي ماما )، ضریب عملکرد، و ضریب حضور می باشد.

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد(مطابق جدول ماده 31).

1. سهم ماندگاري: بر اساس هر یک سال خدمت در مراکز ارائه خدمت تعیین می گردد (مطابق جدول ماده 31).
2. سهم جمعیت: بر اساس جمعیت فعال تحت پوشش برنامه تعیین می گردد (مطابق جدول ماده 31).

تبصره: جمعیت ساکن فعال ثبت شده در سامانه در پایان سال گذشته، ملاك محاسبه جمعیت تحت پوشش در فرمول پرداخت می باشد و حداکثر تا سقف 10000 نفر براي هر ماما/ پاراکلینیک قابل پرداخت می باشد.

1. سهم بیتوته: صرف حضور ماماي بیمه روستایی در محل زیست مراکز ارائه خدمت منجر به پرداخت سهم بیتوته نخواهد بود. چنانچه بنا به ضرورت و نیاز مرکز بهداشت/ شبکه بهداشت شهرستان جهت خدمات محوله ، بیتوته ( پایان ساعت اداري تا آغاز ساعت اداري روز بعد ) نماید، سهم بیتوته در میانگین ضریب محرومیت چهارگانه ( دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز ) مطابق جدول ماده 31 (بصورت افزایش پلکانی) پرداخت می گردد.

تبصره: درصورت نیاز به بیتوته پرستار و بهیار، معادل حق بیتوته ماما به صورت اضافه کار بابت خدمت بیتوته به ایشان پرداخت می گردد.

هـ- سهم پراکندگی یا دهگردشی: (مطابق جدول ماده 31)

تبصره: براي افراد بدون خانه بهداشت در شهرهاي زیر 20 هزار نفر معادل یک خانه( پایگاه ضمیمه ) در نظر گرفته می شود.

ز- ضریب عملکرد ح- ضریب حضور

1. فرمول محاسبه ماما/ پاراکلینیک:

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

1. در صورت عدم امکان تامین نیروي پرستار/ بهیار و تا زمان تامین آن براي مرکز ارائه خدمت، خدمات پرستاري (تزریقات و پانسمان ) و دارویاري ( درمراکزي که همچنان داروخانه ملکی دارند) بعنوان خدمات مازاد، می تواند توسط ماماي تیم سلامت و تحت نظر پزشک انجام گیرد. در این صورت، 20 درصد کل مبلغ مبتنی بر عملکرد به ازاي خدمات دارویاري و 20 درصد به ازاي خدمات پرستاري براي ایشان محاسبه و پرداخت می گردد.

**20- مکانیسم پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان**

الف- اجزاي تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان شامل تعداد خدمات وزن دهی ثبت شده در سامانه، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K)، تعداد روز کاري در ماه و ضریب عملکرد می باشد.

خدمات تعریف شده بسته سلامت دهان و دندان شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، جرمگیري، کشیدن دندان، ترمیم دندان، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، فعالیت هاي آموزشی و دهگردشی می باشد. مبناي خدمات دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان بر اساس جدول زیر می باشد:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **خدمات بسته سلامت دهان و دندان** | | | | |
| **وزن خدمت** | **خدمت** | **ردیف** | **وزن خدمت** | **خدمت** | **ردیف** |
| 45 | ترمیم سه سطحی آمالگام/SSC | 8 | 15 | فلورایدتراپی دو فک | 1 |
| 40 | ترمیم یک سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) /  PRR | 9 | 25 | فیشور سیلنت هر دندان (6 و 7) | 2 |
| 45 | ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) | 10 | 35 | جرم گیري و بروساژ دو فک | 3 |
| 50 | ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) | 11 | 15 | کشیدن دندان شیري | 4 |
| 30 | پالپوتومی | 12 | 25 | کشیدن دندان دائمی | 5 |
| 40 | درمان پالپ زنده | 13 | 35 | ترمیم یک سطحی آمالگام | 6 |
|  |  |  | 40 | ترمیم دو سطحی آمالگام | 7 |

ب- فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به شرح زیر می باشد:

پرداخت مبتنی بر عملکرد=

تعداد روز کاري در ماه x ((ضریب محرومیت x ((نسبتی از جمع وزنی خدمات روزانه ثبت شده در سامانه x ضریب K (ارزش ریالی خدمت)))) x ضریب عملکرد)

* ضریب محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ میگردد.
* ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در مکانیسم پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در طی اجراي دستورالعمل اجرایی نسخه جاري، براي دندانپزشک 000/18 ریال و براي بهداشتکار دهان و دندان 000/13 ریال لحاظ می گردد.
* میزان درصد جمع وزنی خدمات با توجه به تعداد خدمات ارائه شده در یک روز تعیین شده است که به شرح زیر میباشد:

اگر A بین 50 تا 99 باشد: 3/0 A در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین 100 تا 149 باشد: 6/0 A در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین 150 تا 199 باشد: 9/0 A در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین 200 تا 239 باشد: A در فرمول پرداخت محاسبه می شود.

اگر A بین 240 تا 320 باشد: 1/1 A در فرمول پرداخت محاسبه می شود - یک شیفت کاري معادل 6 ساعت می باشد.

* منظور از تعداد روز کاري در ماه، تعداد روزهاي حضور در مرکز و نیز انجام دهگردشی می باشد. قابل ذکر است تعداد روزهاي مرخصی استحقاقی و شرکت در جلسات آموزشی و اداري مرتبط می بایست از روزهاي مورد انتظار عملکرد آنها کسر گردد. همچنین روزهاي غیبت جزء روزهاي مورد انتظار عملکرد محسوب می شود. (به استناد ماده 13 – نحوه استفاده از مرخصی اعضاي تیم سلامت و نحوه محاسبه ضریب حضور)
* مقدار پرداخت مبتنی بر عملکرد به مبلغ حکم کارگزینی اضافه می گردد.

نحوه محاسبه پرداختی به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان از زمان ابلاغ این نسخه قابلیت اجرا دارد. (تغییر در امتیازها- اعمال به موقع فیلترها- دستی اعمال کردن)

ج- در خصوص خدمات ارائه شده، به موارد زیر توجه شود:

* فعالیت آموزشی و معاینه در وزن دهی خدمات مذکور در نظر گرفته شده است.
* امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان امتیاز کامل یک روز می باشد امتیاز دهگردشی یک بار در ماه به میزان 200 امتیاز می باشد. در طی دهگردشی پایش عملکرد بهورز و مراقب سلامت، معاینه دهان و دندان مادر باردار و شیرده و کودك زیر دو سال و در صورت امکان آموزش گروهی و بازدید از مدرسه باید انجام گیرد .
* اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیري نظیر جرمگیري، فیشورسیلنت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی می باشد.

-خدمت ترمیم براي هر دندان، در طی یک سال، فقط یک بار قابل ثبت می باشد.

-تعداد خدمت ترمیم براي یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

-خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده براي هر دندان، فقط یک بار قابلیت ثبت دارد.

-خدمت جرمگیري براي هر فرد یک بار در سال قابل ثبت است.

-خدمت فیشورسیلنت براي دندان هاي 6 و 7 دائمی و فقط یکبار قابل ثبت است.

-خدمت فیشورسیلنت براي یک نفر در یک روز، بیشتر از 4 عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

-تعداد خدمت کشیدن دندان براي یک نفر در یک روز، بیشتر از 4 عدد قابل ارائه و ثبت نمی باشد.

-خدمات اورژانسی دندانپزشکی شامل: درد و آبسه دندان، بیرون افتادن دندان دائمی، شکستگی دندان، آسیب هاي ناشی از تروما در بافت نرم و سخت می باشند.

د- ملاك پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه هاي سطح اول وزارت می باشد. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مافوق از طریق بررسی گزارش سامانه هاي الکترونیک و عملکرد صندوق واحد درآمد(پذیرش) و نیز بررسی بالینی بیمار انجام می پذیرد.

هـ-در مناطقی که ضریب محرومیت مرکز 80/1 و بالاتر بوده و امکان جذب دندانپزشک/ بهداشتکار دهان به هیچ عنوان مقدور نباشد به شرط موافقت ستاد استانی و تاییدیه ستاد کشوري و امکان تامین منابع مالی از سوي دانشگاه/ دانشکده، می توان تا سقف 20% به k پایه فرد اضافه کرد.

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

**21- مکانیسم پرداخت به کارشناس سلامت روان و تغذیه:** اجزا تاثیرگذار بر پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناس روان/کارشناس تغذیه شامل سهم محرومیت، ضریب عملکرد، ضریب حضور و ضریب مراکز تحت پوشش مازاد می باشد.

الف- سهم محرومیت: بر اساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد .(مطابق جدول ماده 31)

ب-ضریب مراکز تحت پوشش مازاد: بازاي هرمرکز مازاد تحت پوشش کارشناس سلامت روان/ تغذیه به پرداخت مبتنی بر عملکرد کارشناسان فوق، در صورت حضور و فعالیت در این مراکز اضافه می گردد .بدون مرکز مازاد ضریب 1 و بابت یک مرکز مازاد ضریب 1,1 و بازاي هر مرکز بیشتر 1,0 به آن اضافی می گردد.

ج- فرمول محاسبه کارشناس سلامت روان/ تغذیه

{ ضریب حضور \* [ ضریب عملکرد( \* ضریب مراکز مازاد\*سهم محرومیت) ] }

**22-مکانیسم پرداخت سایر نیروهاي بهداشتی تیم سلامت:** در صورت به کارگیري سایر نیروهاي مورد نیاز تیم سلامت –با اولویت- پرستار/ بهیار؛ بر اساس ضوابط مندرج در این دستور عمل، پرداختی معادل حکم کارگزینی( بر اساس ماده 4 دستور عمل اجرایی نحوه قرارداد و نظام پرداخت حقوق و مزایاي کارمندان قرارداد کار معین ) و نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد سایر نیروهاي بهداشتی درگیر برنامه خواهد بود .لازم به ذکر است نیروهاي فوق مشمول دریافت مزایا ( اضافه کاري، ماموریت اداري ...) می باشند.

**23-مکانیسم پرداخت نگهبان/ سرایدار/ خدمتگزار/ پذیرش:** جذب نیروي نگهبان/ سرایدار/ خدمتگزار /پذیرش جهت مراکز ارائه خدمت از طریق خرید خدمات و عقد قرارداد با شرکت ها، در صورت اخذ مجوز از هیات رئیسه و یا هیات امناء دانشگاه/ دانشکده و از محل اعتبارات جاري، مقدور می باشد.

**ماده 30: زمان اجرا**

تاریخ اجراي این دستورعمل از 01/01/1402 تعیین می گردد و تا زمان ابلاغ دستورعمل جدید به قوت خود باقی است .مسئولیت حسن اجراي دستور عمل فوق به عهده معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و مدیرکل بیمه سلامت استان بوده و ایشان پاسخگوي هر گونه تغییر و یا عدم اجراي مفاد آن خواهند بود .

**ماده 31:جداول راهنما مکانیسم پرداخت تیم سلامت**

# جدول سهم محرومیت پزشک

|  |  |
| --- | --- |
| مبلغ تعیین شده براي متوسط ضریب محرومیت پزشک (ریال) | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
|  | **1/00** |
|  | **1/05** |
|  | **1/10** |
|  | **1/15** |
|  | **1/20** |
|  | **1/25** |
|  | **1/30** |
|  | **1/35** |
|  | **1/40** |
|  | **1/45** |
|  | **1/50** |
|  | **1/55** |
|  | **1/60** |
|  | **1/65** |
|  | **1/70** |
|  | **1/75** |
|  | **1/80** |
|  | **1/85** |
|  | **1/90** |
|  | **1/95** |
|  | **2/00** |

# جدول سهم ماندگاري پزشک

|  |  |
| --- | --- |
| بازاي یكسال خدمت در مراکز ارائھ خدمت (ریال) | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
|  | **1/00** |
|  | **1/05** |
|  | **1/10** |
|  | **1/15** |
|  | **1/20** |
|  | **1/25** |
|  | **1/30** |
|  | **1/35** |
|  | **1/40** |
|  | **1/45** |
|  | **1/50** |
|  | **1/55** |
|  | **1/60** |
|  | **1/65** |
|  | **1/70** |
|  | **1/75** |
|  | **1/80** |
|  | **1/85** |
|  | **1/90** |
|  | **1/95** |
|  | **2/00** |

# جدول سهم جمعیت پزشک

|  |  |
| --- | --- |
| **مبلغ به ازاي هر نفر جمعیت یکبار خدمت تحت پوشش پزشک (ریال)** | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
| ٠ | **1/00** |
| ٠ | **1/05** |
| ٠ | **1/10** |
| ٠ | **1/15** |
| ٠ | **1/20** |
| ٠ | **1/25** |
| ٠ | **1/30** |
| ٠ | **1/35** |
| ٠ | **1/40** |
| ٠ | **1/45** |
| ٠ | **1/50** |
| ٠ | **1/55** |
| ٠ | **1/60** |
| ٠ | **1/65** |
| ٠ | **1/70** |
| ٠ | **1/75** |
| ٠ | **1/80** |
| ٠ | **1/85** |
| ٠ | **1/90** |
| ٠ | **1/95** |
| ٠ | **2/00** |

# جدول سهم بیتوته پزشک

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **سهم بیتوته (ریال)** | |  |  | میانگین ضرایب  محرومیت دانشگاه /دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
| **شبانه روزي** | **مراکز معین /تجمیعی** | **سه پزشک و ...** | **دو پزشک** | **تک پزشک** |
|  | ٢ |  | ٦ | ١ | **1/00** |
| ٥ | ٩ |  |  |  | 1/05 |
|  |  | ٦ |  | ٩ | 1/10 |
| ٧ |  | ٨ |  |  | 1/15 |
|  |  | ٥ |  |  | 1/20 |
| ١٠ | ٦ | ١ |  | ١ | 1/25 |
|  | ٩ |  | ٩ |  | 1/30 |
|  |  |  | ٤٠ |  | 1/35 |
| ١ | ٩ | ٥ | ٩ |  | 1/40 |
|  | ٢ |  | ٩ |  | 1/45 |
|  | ٩ |  | ٥ | ٨ | 1/50 |
| ٥ | ٢ | ٧ |  | ٩ | 1/55 |
|  | ٥ | ٨ | ٥ | ٣ | 1/60 |
|  |  | ٣ | ٦ |  | 1/65 |
|  | ٥ | ٨ |  |  | 1/70 |
| ١ | ٨ |  | ٦ |  | 1/75 |
| ٢٠ |  | ٦ |  |  | 1/80 |
| ٣ |  | ٧ | ٧ | ٨ | 1/85 |
| ٣ |  | ١٠ | ٣ |  | 1/90 |
|  | ٧ |  |  |  | 1/95 |
| ٧ |  |  |  | ٢ | 2/00 |

**جدول سهم پراکندگی پزشک**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **به ازاي هر کیلومتر مسافت(آسفالت) (ریال)** | **به ازاي هر کیلومتر مسافت**  **(آبی یا خاکی یا ایل گردشی)**  **(ریال)** | **به ازاي هر واحد(ریال)** | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه /  دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
|  | ٨ |  | **1/00** |
| ٨ |  |  | **1/05** |
|  | ٥ | ٢ | **1/10** |
| ٥ |  |  | **1/15** |
|  |  |  | **1/20** |
| ١ | ٦ |  | **1/25** |
|  |  | ٦٠ | **1/30** |
|  | ٢ |  | **1/35** |
| ٢ |  |  | **1/40** |
|  | ٩ |  | **1/45** |
| ٨ |  | ٨ | **1/50** |
|  |  | ٦ | **1/55** |
| ٥ |  |  | **1/60** |
| ٧٠ |  |  | **1/65** |
|  | ٧ |  | **1/70** |
| ٦ |  | ٥ | **1/75** |
|  | ٣ |  | **1/80** |
| ٢ |  |  | **1/85** |
|  |  |  | **1/90** |
| ٩ |  | ٢ | **1/95** |
|  |  | ١ | **2/00** |

**جدول سهم محرومیت ماما/ پاراکلینیک**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مبلغ تعیین شده براي متوسط ضریب محرومیت (ریال)** | | میانگین ضرایب محرومیت  دانشگاه/ دانشکده، شهرستان ،بخش و مرکز |
| **کارشناس** | **کاردان** |
|  |  | **1/00** |
|  |  | **1/05** |
|  |  | **1/10** |
|  |  | **1/15** |
|  |  | **1/20** |
|  |  | **1/25** |
|  |  | **1/30** |
|  |  | **1/35** |
|  |  | **1/40** |
|  |  | **1/45** |
|  |  | **1/50** |
|  |  | **1/55** |
|  |  | **1/60** |
|  |  | **1/65** |
|  |  | **1/70** |
|  |  | **1/75** |
|  |  | **1/80** |
|  |  | **1/85** |
|  |  | **1/90** |
|  |  | **1/95** |
|  |  | **2/00** |

**جدول سهم ماندگاري ماما /پاراکلینیک**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بازاي یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی (کارشناس) ریال** | **بازاي یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی(کاردان) ریال** | میانگین ضریب میانگین  ضرایب محرومیت دانشگاه /دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
|  |  | **1/00** |
|  |  | **1/05** |
|  |  | **1/10** |
|  |  | **1/15** |
|  |  | **1/20** |
|  |  | **1/25** |
|  |  | **1/30** |
|  |  | **1/35** |
|  |  | **1/40** |
|  |  | **1/45** |
|  |  | **1/50** |
|  |  | **1/55** |
|  |  | **1/60** |
|  |  | **1/65** |
|  |  | **1/70** |
|  |  | **1/75** |
|  |  | **1/80** |
|  |  | **1/85** |
|  |  | **1/90** |
|  |  | **1/95** |
|  |  | **2/00** |

**جدول سهم جمعیت ماما/ پاراکلینیک**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مبلغ تعیین شده به ازاي هر نفر جمعیت کل تحت پوشش (ریال)** | | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه /دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
| **کارشناس** | **کاردان** |
|  |  | **1/00** |
|  |  | **1/05** |
|  |  | **1/10** |
|  |  | **1/15** |
|  |  | **1/20** |
|  |  | **1/25** |
|  |  | **1/30** |
|  |  | **1/35** |
|  |  | **1/40** |
|  |  | **1/45** |
|  |  | **1/50** |
|  |  | **1/55** |
|  |  | **1/60** |
|  |  | **1/65** |
|  |  | **1/70** |
|  |  | **1/75** |
|  |  | **1/80** |
|  |  | **1/85** |
|  |  | **1/90** |
|  |  | **1/95** |
|  |  | **2/00** |

**جدول سهم بیتوته ماما**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مبلغ به ازاي بیتوته کارشناس (ریال)** | **مبلغ به ازاي بیتوته کاردان (ریال)** | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه/ دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز |
|  |  | **1/00** |
|  |  | **1/05** |
| ٢ |  |  |
|  |  | **1/10** |
|  |  | **1/15** |
|  | ٢ |  |
|  |  | **1/20** |
| ٢ |  |  |
|  |  | **1/25** |
|  |  |  |
|  |  | **1/30** |
|  |  | **1/35** |
|  |  |  |
|  | ٢ | **1/40** |
| ٩ | ١ | **1/45** |
| ٤ | ٩ | **1/50** |
| ٦ |  | **1/55** |
|  | ٤ | **1/60** |
|  |  | **1/65** |
| ٩ |  |  |
| ٥٠ |  | **1/70** |
|  |  | **1/75** |
| ٢ |  | **1/80** |
|  |  | **1/85** |
|  |  |  |
|  |  | **1/90** |
|  |  |  |
|  |  | **1/95** |
| ١ |  |  |
| ١ | ٢ | **2/00** |

**جدول سهم پراکندگی ماما**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|     **بازاي هر کیلومتر**  **مسافت (آبی یا خاکی یا ایل گردشی)**  **کارشناس(ریال)** |   **بازاي هر کیلومتر مسافت (آبی یا**  **خاکی یا ایل گردشی) کاردان (ریال)** |     **بازاي هر کیلومتر مسافت (آسفالت)**  **کارشناس(ریال)**   |   **بازاي هر کیلومتر مسافت (آسفالت)**  **کاردان(ریال)** | **بازاي هر واحد** **کارشناس(ریال)** |   **بازاي هر واحد کاردان(ریال)** | میانگین ضرایب  محرومیت دانشگاه /دانشکده،  شهرستان، بخش و مرکز |
|  |  |  |  |  |  | **1/00** |
| ٧ |  |  |  |  |  | **1/05** |
|  | ٢ | ٦ | ٩ |  |  | **1/10** |
|  |  |  | ٢ |  | ٢ | **1/15** |
| ٣ |  |  |  |  | ٨٠ | **1/20** |
| ٦ | ٩ | ٣ |  | ٥ | ٩ | **1/25** |
|  |  |  | ٨ | ٣ | ٧ | **1/30** |
|  |  |  |  |  |  | **1/35** |
| ٢ | ٥ | ٩ |  |  |  | **1/40** |
|  | ٨ | ٢ | ٥ |  |  | **1/45** |
|  |  |  |  |  | ٤ | **1/50** |
| ٩ |  |  |  | ٧ |  | **1/55** |
|  | ٤ | ٨ | ١ | ٦ | ٩٠ | **1/60** |
|  |  |  | ٤ | ٤ |  | **1/65** |
| ٥ |  |  |  | ٣ |  | **1/70** |
| ٨ | ١ | ٥ |  |  |  | **1/75** |
|  |  |  | ٣٠ |  |  | **1/80** |
|  |  |  |  |  |  | **1/85** |
| ٤ | ٧ | ١ |  | ٨٠ | ٤ | **1/90** |
|  |  | ٤ | ٧ | ٧ |  | **1/95** |
|  |  |  |  | ٩ | ٣ | **2/00** |

**جدول سهم محرومیت کارشناس سلامت روان/تغذیه**

|  |  |
| --- | --- |
| مبلغ تعیین شده براي متوسط ضریب محرومیت (ریال) | میانگین ضرایب محرومیت دانشگاه /دانشکده، شهرستان ،بخش و مرکز |
| 60000000 | **1/00** |
| 60500000 | **1/05** |
| 61000000 | **1/10** |
| 61500000 | **1/15** |
| 62000000 | **1/20** |
| 62500000 | **1/25** |
| 63000000 | **1/30** |
| 63500000 | **1/35** |
| 64000000 | **1/40** |
| 64500000 | **1/45** |
| 65000000 | **1/50** |
| 65500000 | **1/55** |
| 66000000 | **1/60** |
| 66500000 | **1/65** |
| 67000000 | **1/70** |
| 67500000 | **1/75** |
| 68000000 | **1/80** |
| 68500000 | **1/85** |
| 69000000 | **1/90** |
| 69500000 | **1/95** |
| 70000000 | **2/00** |