

دستور عمل برنامه پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع

نسخه ۲۶ (سال ۱۴۰۵)

تحت نظارت:

دکتر علیرضا رئیسی معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر محمد مهدی ناصحی مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

گروه تدوین و بازنگری:

دکتر بابک فرخی: رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر سیدحسین داودی معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر آناهیتا کشاورزی مدیرکل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر کوروش فرزین معاون فنی مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر اصلان نظری معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
پریسا تلاوری معاون سلامت خانواده اداره کل سلامت خانواده و نظام ارجاع سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر حمیدرضا خضالی رئیس گروه پزشکی خانواده و نظام ارجاع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
نادر محمدطاهری رئیس اداره نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده سازمان بیمه سلامت ایران
دکتر رضا زرگران، دکتر محمدعلی ادیب فر، دکتر نگین طاهری، رقیه ضرابی، فریبا حسنی، حوریه باقرنژاد، نسرين شهبازی، امیرمسعود آزاد
مریم ارجمند، دکتر بیتا سنگستانی، معصومه آریش، نیر داودی، رقیه خیری، محمد کیخا
سایر همکاران: دکتر قباد مرادی، دکتر رضا سعیدی، دکتر زهرا قربانی، دکتر محمدرضا شالبافان، مهندس محسن فرهادی، دکتر جعفر جندقی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر احمد اسمعیل زاده، دکتر کاظم وطن خواه یزدی، دکتر مجید قاسمی، دکتر حامد فتاحی، سعید قلعه ای، عباس نوروزی نژاد، دکتر سید محمد سید مهدی، دکتر غلامرضا شقاقی، مهندس معصومه مدنی، دکتر علیرضا مهدوی هزاوه، دکتر کتابیون خداوردیان، عاطفه اسلامی، دکتر محمد اشعاری، مریم میرمحمدعلی رودکی، دکتر نادره موسوی فاطمی، معصومه سادات موسوی، دکتر مهرانگیز بابادی، مریم کمال الدینی

فهرست مطالب

صفحه

مقدمه

ماده ۱: تعاریف

۴

ماده ۲: ستادها و کمیته ها

۴

ماده ۳: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

۵

ماده ۴: روند جذب اعضای تیم سلامت

۷

ماده ۵: قراردادهای

۷

ماده ۶: وظایف اعضای تیم سلامت

۹

ماده ۷: ساعات فعالیت اعضای تیم سلامت

۱۰

ماده ۸: ارائه خدمات دارویی

۱۱

ماده ۹: ارائه خدمات پاراکلینیک

۱۳

ماده ۱۰: خدمات سلامت دهان و دندان

۱۶

ماده ۱۱: درآمدها

۱۷

ماده ۱۲: اعتبار و تعدیلات

۱۸

ماده ۱۳: توزیع اعتبار برنامه

۱۹

ماده ۱۴: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت

۲۱

ماده ۱۵: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته

۲۲

ماده ۱۶: ارجاع در سطح اول خدمات

۲۲

ماده ۱۷: ارجاع در سطح دوم خدمات

۲۲

ماده ۱۸: پایش فصلی تیم سلامت

۲۲

ماده ۱۹: پایش مشترک

۲۳

ماده ۲۰: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت

۲۳

ماده ۲۱: مسئولیت اجرا

۲۳

ماده ۲۲: روش پرداخت اعضای تیم سلامت

۲۴

ماده ۲۳: زمان اجرا

۲۸

مقدمه:

در اجرای بند (الف) و (پ) ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مبنی بر ارتقای خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر کشور، مقرر گردید با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دوم و سوم، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقا یابد.

در برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛ پزشک خانواده به عنوان مسئول تیم سلامت همراه دیگر اعضای تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش خود را داشته و در صورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارد. لازم به ذکر است خدمات سلامت با رعایت حفظ حریم شخصی بیمار به صورت فعال (Active) به جمعیت تحت پوشش ارائه می گردد.

واژگان رایج:

سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ادارات کل استانی: ادارات کل بیمه سلامت استانی تابعه سازمان

وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت: معاونت بهداشت وزارت

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

معاونت بهداشت: معاونت بهداشت دانشگاه ها/ دانشکده‌ها

مرکز بهداشت: مرکز بهداشت شهرستان تابعه معاونت بهداشت

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

تفاهم نامه: تفاهم نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستایی

برنامه: برنامه پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع

ماده ۱: تعاریف:

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

۱- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان ماما، پرستار، بهیار، کارشناس بهداشت عمومی، کارشناس ناظر بیماریها، کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی، کارشناس رادیولوژی، روانشناس، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان، مراقب سلامت دهان، بهروز و سایر نیروهای موردنیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته‌ی خدمات سطح اول ابلاغی ازسوی معاونت بهداشت را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

پزشک خانواده: پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی بوده و مسئول برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مرکز خدمات جامع سلامت و همچنین مسئول تیم سلامت که عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر است و از طریق عقد قرارداد/ ابلاغیه در مراکز ارائه خدمت برنامه، به صورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و براساس بسته خدمات سلامت و آخرین ابلاغیه‌های مرتبط، ارائه خدمت می نماید.

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

۳- نظام ارجاع: ارائه خدمات سلامت به صورت زنجیره مرتبط، پیوسته و هماهنگ شده است تا چنانچه مراجعه کننده از سطح اول ارائه خدمات به خدمات تخصصی نیاز داشته باشد، بتواند به سطوح بالاتر ارجاع شده و متعاقب آن، نتیجه و پس خوراند اقدامات درمانی توصیه شده را به سطوح اول جهت پیگیری درمان و مراقبت ها اعلام نماید.

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

الف- سطح اول: شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین، توسط مراکز ارائه خدمت، خانه‌های

بهداشت و پایگاه های سلامت طبق طرح گسترش شبکه شهرستان ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرارداد دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می افتد.

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

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

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

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

۸- دستورعمل برنامه: منظور دستورعمل اجرایی برنامه است که شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه ارائه می دهد.

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

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

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

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

۱۳- جمعیت هدف وزارت: جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، تحت پوشش در سامانه های سطح اول وزارت.

۱۴- جمعیت هدف سازمان: کلیه بیمه شدگان صندوق بیمه روستاییان و عشایر ساکن در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر مستند به آمار سازمان.

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

ماده ۲: ستادها و کمیته ها:

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

۱- ستاد کشوری:

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

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

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

ج) دبیرخانه ستاد: دبیرخانه ستاد کشوری در محل ستاد سازمان مستقر می باشد.

۲- ستاد استانی:

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

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

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

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

۳- ستاد شهرستانی:

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

اعضای مدعو: حسب مورد بدون حق رأی.

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

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

۴- تشکیل جلسات ستاد ها و اتخاذ تصمیمات:

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

ب) تشکیل جلسات با اعلام (از سوی دبیر) یک هفته قبل از تاریخ جلسه بوده و جلسات با حضور بیش از نیمی از اعضای اصلی رسمیت خواهند داشت. تبصره: حضور رئیس و دبیر ستاد برای رسمیت جلسات در کلیه ستادها، ضروری است.

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

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

ماده ۳: تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت:

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

تبصره ۱: خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت روستایی موجود و جمعیت مرکز، می‌بایست حتی‌المقدور بصورت مساوی بین پزشکان مرکز تقسیم گردند.

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

۲- **ماما:** به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت فعال جهت خدمات مامایی و بسته‌های خدمتی ابلاغی باید یک ماما تعیین گردد.

تبصره ۱: خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت روستایی موجود و جمعیت مرکز می‌بایست حتی‌المقدور بصورت مساوی بین ماما‌های مرکز تقسیم گردند.

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

۳- **دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا حداکثر سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی،

یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی ارایه خدمت می‌نماید.

۴- مراقب سلامت دهان: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا حداکثر سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک مراقب سلامت دهان (تکنسین سلامت دهان، کاردان بهداشت دهان یا مدرک کاردانی مرتبط) حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی ارایه خدمت می‌نماید.

تبصره: در صورت عدم تامین نیروی مراقب سلامت دهان، یک نفر نیروی بومی با حداقل مدرک دیپلم و گواهی آموزشی طی شده مورد تایید معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده، با عنوان نیروی دستیار دندانپزشک از طریق خرید خدمت و اعتبار پرسنلی دهان و دندان بکارگیری می‌گردد.

۵- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی: راه اندازی واحد جدید آزمایشگاهی در مراکز روستایی مطابق با شیوه نامه ابلاغی "استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت، امکان پذیر نمی باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش دولتی / خصوصی فعال در منطقه، راه اندازی واحد و یا استمرار ارایه خدمت واحدهای فعال آزمایشگاهی بلامانع است.

در این شرایط یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی لحاظ می‌گردد. همچنین با توجه به استقرار شبکه آزمایشگاهی وجود واحد نمونه گیری در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی فاقد آزمایشگاه الزامی است.

برای ارایه خدمات نمونه گیری تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا حداکثر سه مرکز، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی تعیین می‌گردد. این فرد وظیفه نمونه گیری و انتقال آن را به آزمایشگاه مربوطه بهعهده دارد.

کلیه نمونه‌های گرفته شده باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه‌های بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه‌های خصوصی تأییدشده) ارسال گردند. در واحدهای پذیرش و نمونه گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرایند نمونه‌گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه و استفاده شود.

۶- کارشناس پر توشناسی (رادیولوژی): به‌ازای هر مراکز ارائه خدمت دارای واحد رادیولوژی یک نیروی کاردان یا کارشناس رادیولوژی تعیین می‌گردد.

۷- کارشناس تغذیه: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا حداکثر سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس بهبود تغذیه (دارای نظام تغذیه)، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی ارایه خدمت می‌نماید. محل خدمت این نیروها صرفاً در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه است.

۸- کارشناس سلامت روان: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا حداکثر سه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس سلامت روان (دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی)، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی ارایه خدمت می‌نماید. محل خدمت این نیروها صرفاً در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه است.

۹- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت:

جذب سایر نیروهای مورد نیاز مراکز ارائه خدمت از محل اعتبارات برنامه، مطابق با اصول، ضوابط و استانداردهای شبکه های بهداشت و درمان، صرفاً در صورت کفایت اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه پزشکی خانواده روستایی و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد پست‌های بالاتر از رده‌های بهداشتی در مراکز ارائه خدمت براساس تشکیلات تفصیلی و قوانین اداری و استخدامی مربوطه میسر است. در صورت به‌کارگیری نیروی مازاد بر سقف اعتبارات برنامه، مسئولیت پرداخت مازاد به‌عهده دانشگاه/ دانشکده است.

۱۰- نگهبان/ سرایدار/ راننده:

به‌ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل یک نفر راننده وجود خواهد داشت. در مراکز جدید یا مراکزی که پیش از این راننده نداشته‌اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد. چنانچه پزشک و نیروهای سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای بصورت مشترک بین دو یا چند مرکز وجود داشته باشند، باید تعداد راننده متناسب با فعالیت آنها اضافه گردد. همچنین به‌ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر نگهبان/ سرایدار تعیین می‌شود.

تبصره: طبق اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه، در بکارگیری اعضای تیم سلامت، بکارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.

تبصره: در صورت عدم بکارگیری اعضای تیم سلامت متناسب با ضوابط جمعیتی فوق‌الذکر، موضوع در ستاد شهرستان مطرح و در صورت اصلاح نشدن،

موضوع جهت اخذ تصمیمات مدیریتی با هدف رعایت ضوابط جمعیتی مذکور در ستاد استانی مطرح گردد.

ماده ۴: روند جذب اعضای تیم سلامت

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

دربرگیرنده و جابجایی اعضای تیم سلامت توجه به سوابق کاری مرتبط، سیاست های جوانی جمعیت و نمرات پایش عملکرد مورد تاکید است.

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

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

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

۴- **فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی / خیریه / نهادهای عمومی غیردولتی:** نیروهای مشمول پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد (موضوع این دستورعمل)، اجازه فعالیت در بخش خصوصی / خیریه / نهادهای عمومی غیردولتی را در زمان همکاری با برنامه (داشتن قرارداد) ندارند. بر همین اساس مراکز بهداشت به منظور اطلاع از وضعیت اشتغال آنها در مطب، کلینیک و سایر مراکز درمانی، قبل از انعقاد قرارداد، از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده درمورد وضعیت مطب، کلینیک و سایر موارد استعلام می نماید و صدور گواهی عدم نیاز صرفاً جهت اخذ پروانه مطب انجام می گیرد. در صورت فعالیت اعضای تیم سلامت در بخش خصوصی / خیریه / نهادهای عمومی غیردولتی خلاف ضوابط مربوطه، پس از اطلاع از موضوع (از هر طریق) مرکز بهداشت باید موضوع را جهت رفع مغایرت به عضو مورد نظر اطلاع رسانی نموده و در صورت استمرار فعالیت در بخش خصوصی، قرارداد وی را از زمان احراز شروع فعالیت مزبور لغو نماید، از زمان لغو قرارداد، سرانه عضو مذکور از سرجمع اعتبار مرکز بهداشت کسر خواهد شد. بدیهی است در این گونه موارد، مرکز بهداشت مطابق ضوابط جاری با عضو خاطی برخورد خواهد نمود. دارا بودن پروانه مطب و پروانه بهره برداری موسسات پزشکی (قبل از همکاری در برنامه و یا صدور / تمدید در زمان همکاری با برنامه) برای پزشکان خانواده و سایر نیروهای طرف قرارداد برنامه بلامانع است. تبصره: در صورت عدم تکافوی پزشک و سایر نیروهای بالینی برای بخش اورژانس بیمارستان های دانشگاهی و دولتی جهت ارائه خدمات بهینه فوریتهای جمعیت ساکن فعال، فعالیت نیروهای طرف قرارداد (رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی)، مشروط به موافقت نیرو و موافقت معاونت بهداشت دانشگاه/دانشکده، در ساعات غیرموظف، بلامانع است. به منظور اجتناب از بروز اختلال در عملکرد وی در مرکز ارائه خدمت، ساعت کاری شیفت شب اورژانس در شیفت قبل از روز کاری فرد؛ حداکثر تا ساعت ۲۴ مجاز است. پرداختی به آنان بابت شیفت های مذکور، معادل پرداختی نیروهای مشابه در بخش اورژانس (و از محل درآمدهای بیمارستان) است.

ماده ۵: قرارداد ها:

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

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

ب- الزامات همکاری مرکز بهداشت شهرستان با اعضای تیم سلامت: الزامات سالانه درخصوص مکانیسم پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد از سوی مرکز بهداشت شهرستان به اعضای تیم سلامت ابلاغ می گردد.

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

(۱) تایید فرم درخواست اعضای تیم سلامت برای مشارکت در برنامه؛ یک نسخه از این فرم پس از تکمیل باید به ادارات کل استانی ارائه گردد.

(۲) برگزاری دوره آموزشی با هدف شناخت نظام شبکه، وظایف تیم سلامت، دستورعمل اجرایی، آموزش های مرتبط با ارائه خدمات در بسته های خدمت،

- آشنایی با سامانه های سطح اول، نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران برای این افراد و صدور گواهی مربوط به این دوره.
- ۳) معرفی به اداره کل استانی جهت برگزاری دوره آموزشی در بدو فعالیت فرد درخصوص قوانین بیمه ای، آشنایی با سامانه نسخه الکترونیک و سایر دستورعمل ها و ضوابط حسب نیاز انجام می گردد. (تاییدیه این دوره توسط اداره کل استانی صادر می شود).
- ۴) برقراری تمهیدات لازم برای معرفی پزشک و تیم سلامت به جمعیت ساکن فعال و برقراری ارتباط با مردم روستا در ابتدای کار هر پزشکی خانواده.
- ۵) تامین، تعمیر و تجهیز فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر (مطابق استاندارد مصوب معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت)
- ۶) اعطای مرخصی به اعضای تیم سلامت مطابق با مقررات مربوط به شرایط اداری و استخدامی نیروها و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. تبصره ۱: غیبت غیرموجه در روزهای کاری و در شیفت روزهای تعطیل مشمول مقررات اداری استخدامی و کسر ضریب حضور و کسر امتیاز خواهد شد. تبصره ۲: در راستای امنیت شغلی و قوانین و دستورعمل های مربوطه (قانون جوانی جمعیت و...)، مرکز بهداشت موظف است در پایان مرخصی نیروهای طرف قرارداد، فرد را در محل فعالیت قبلی به کارگیری نماید.
- تبصره ۳: ذخیره مرخصی اعضای تیم سلامت، باتوجه به رابطه استخدامی و تابع ضوابط مربوطه است.
- تبصره ۴: حاضرنبودن هریک از اعضای تیم سلامت به علت دهگردشی، شرکت در جلسات آموزشی، بازآموزی و اداری، اجرای قانون کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص، مرخصی پزشکان و ماماها در سقف تعیین شده (میانگین ۲٫۵ روز در ماه)، با رعایت سلسله مراتب اداری، مشمول کسر از حضور (در مکانیسم پرداخت) مربوط به غیبت نمی شود.
- تبصره ۵: حضور در جلسات آموزشی، مرخصی استحقاقی و همچنین ماموریت های مورد تایید، جزو روزهای حضور اعضای تیم سلامت است.
- تبصره ۶: در صورت اعلام تعطیلی خارج از برنامه تعطیلات رسمی تقویم (توسط استانداری ...)، روزهای مذکور جزو تعطیلات رسمی محاسبه می شود.
- ۷) پزشک و مامای جانشین:
- ضروری است مرکز بهداشت به ازای حداکثر ۱۱ پزشک و مامای خانواده، با یک پزشک و ماما به عنوان پزشک و مامای جانشین نیز قرارداد منعقد نماید.
 - وجود حداقل یک پزشک و مامای جانشین به ازای هر مرکز بهداشت الزامی است.
 - پزشکان و ماماها ی جانشین در ایام معمول باید در مراکز مورد نیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری لازم را داشته باشند. پزشکان و ماماها ی جانشین کلیه فعالیت های پزشک و مامای خانواده اصلی را باید انجام دهند.
- تبصره ۱: مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به نحو مقتضی به اداره کل استانی/ اداره بیمه سلامت شهرستان اطلاع دهد.
- تبصره ۲: پزشک و مامای جانشین صرفا جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماماها ی طرف قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می گردد. مرکز بهداشت می تواند در مرخصی های طولانی مدت مانند مرخصی زایمان، نسبت به بکارگیری نیروی جانشین، اقدام نماید.
- ۸) گواهی انجام کار به اعضای تیم سلامت پس از پایان مدت قرارداد با ذکر نحوه عملکرد، و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت صادر می گردد.
- ۹) گزارش شروع به کار و پایان کار اعضای تیم سلامت به صورت ماهانه توسط مرکز بهداشت به اداره کل استانی/ اداره بیمه سلامت شهرستان ارسال می گردد.
- ۱۰) صدور و ارائه فیش پرداختی بابت حکم کارگزینی و پرداخت مبتنی بر عملکرد اعضای تیم سلامت به شکل کاغذی/ الکترونیک ازسوی معاونت بهداشت/ مرکز بهداشت الزامی است.
- ۱۱) معاونت بهداشت موظف است لیست اعلامی مشمولین معافیت مالیاتی ارسالی از سوی مرکز بهداشت را جهت اعمال به معاونت توسعه آن دانشگاه/ دانشکده اعلام نماید.
- ۱۲) به منظور جمع بندی مشکلات محیطی نیروها در اجرای برنامه، نمایندگان دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور از جمله پزشکان و ماماها ی طرف قرارداد برنامه بصورت سالانه توسط تیم سلامت هر دانشگاه/ دانشکده انتخاب و از طریق آن دانشگاه/ دانشکده به مرکز مدیریت شبکه وزارت معرفی می گردند. جلسات فصلی با نمایندگان اعضای تیم سلامت جهت بررسی و حل مشکلات اجرایی مرتبط با آنان برگزار می گردد.

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

- ۱) انعقاد قرارداد با واحدهای غیردولتی خدمات پاراکلینیک صرفا از سوی مرکز بهداشت با نظارت معاونت بهداشت میسر است. مدت زمان قرارداد

پاراکلینیک، یک سال، پایان قرارداد انتهای اسفند ماه هر سال و تمدید قرارداد در ابتدای هر سال انجام می‌گردد.
(۲) نحوه انعقاد قرارداد با داروخانه‌ها براساس ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه (توافق‌نامه انتقال سهم دارو) است.

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

ماده ۶: وظایف اعضای تیم سلامت:

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

۲- **تشکیل و تکمیل پرونده سلامت:** تشکیل و تکمیل پرونده سلامت براساس پروتکل‌ها، بسته خدمتی ابلاغی وزارت برای تمامی جمعیت هدف وزارت توسط تیم سلامت از طریق سامانه‌های سطح اول انجام می‌گردد.

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

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

۴- **بازدید و نظارت (دهگردشی):** پزشک و تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت باید طبق برنامه در روستاهای تحت پوشش دهگردشی کنند. لازم است دهگردشی در روستاهای اصلی (دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت) حداقل هفته‌ای یک‌بار، در روستاهای قمر (فاقد خانه بهداشت و با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت)، حداقل ماهی یک‌بار و در روستاهای سیاری (فاقد خانه بهداشت و با فاصله بیشتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت) و جمعیت عشایری (به‌شرط وجود راه برای عبور) حداقل هر سه ماه یک‌بار انجام گردد. دهگردشی در خانه‌های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به‌صورت هر دو هفته یک بار انجام می‌شود. دهگردشی سایر اعضای تیم سلامت مرکز باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که در هر ماه حداقل از یکی از خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود، بازدید نماید. در مورد دندانپزشک می‌بایست حداقل یک دهگردشی در ماه از خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تحت پوشش خود انجام دهد.

تبصره ۱: جهت انجام دهگردشی برنامه ریزی باید به نحوی صورت گیرد که خدمات مرکز در زمان دهگردشی پزشک مختل نشود. شایان ذکر است زمان شروع دهگردشی در مراکز تک پزشک، براساس منطقه جغرافیایی و فصول توسط ستاد شهرستانی تعیین شود.

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

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

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

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

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

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

تبصره ۲: درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار عضو هیات امنا است.

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

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

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

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

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

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

ماده ۷: ساعات کار اعضای تیم سلامت:

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

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

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

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

تبصره ۳: مرکز بهداشت مکلف است در مراکز ارائه دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

ج) مراکز شبانه‌روزی: بر اساس اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مراکز شبانه‌روزی خدمات در ساعات غیراداری به صورت فعال در مرکز ارائه می گردد. در موارد کمبود در تعداد پزشکان مراکز شبانه روزی، مرکز بهداشت از پزشکان سایر مراکز فاقد بیتوته، پزشک تامین می‌نماید.

تبصره ۱: در مراکز شبانه روزی، در صورتی که پزشک در شیفت عصر و شب فعالیت نماید اجازه استراحت (بدون لحاظ غیبت) در روز کاری بعد را دارد. تبصره ۲: در صورت کمبود، استفاده از پزشکان سایر مراکز در ساعات شیفت عصر/شب مراکز شبانه روزی، استراحت (Off) روز بعد شامل این پزشکان نیز می شود. مرکز بهداشت شهرستان موظف است جهت جلوگیری از اختلال در کار مراکز، این شیفت ها را حتی المقدور برای پزشکان مراکز چند پزشک و نیز قبل از تعطیلات رسمی تعریف نماید.

د) مراکز تجمیعی و ۱۶ ساعته: در صورت نبودن شرایط ایجاد مرکز شبانه‌روزی، در صورت نیاز، می‌توان اقدام به افزایش ساعت فعالیت مرکز از تک نوبت تا ۱۶ ساعته و یا امکان سنجی به منظور استقرار پزشک بیتوته مطابق با ضوابط و استانداردهای نظام شبکه نمود. حداقل یکی از مراکز ارائه خدمتی که بیش از ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز شبانه روزی/ بیمارستان فاصله دارند به عنوان مرکز تجمیعی (معین) برای پوشش شیفت بیتوته تعیین می‌گردد. در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمعیت مراکز تجمیعی تعریف شده برای ارائه

خدمات بیتوته، ۲۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه‌دهندگان فراهم گردد. حضور پرستار/ بهیار و نگهبان/ سرایدار به همراه پزشک در مراکز تجمیعی الزامی است.

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

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

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

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

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

ماده ۸: ارائه خدمات دارویی:

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

- در صورت غیرفعال بودن خدمت داروخانه و خدمات پزشکی، سرانه دارو و پزشک کسر و سرانه سایر خدمات توسط سازمان قابل پرداخت است. نظارت بر ارائه خدمات دارویی و تأمین اقلام دارویی (موجودی حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) از طریق داروخانه ملکی و غیرملکی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

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

۳- نسخه دارویی: داروخانه‌های مراکز ارائه خدمت (ملکی) و داروخانه‌های طرف قرارداد اداره کل استانی (غیرملکی)، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تأمین و به بیماران تحویل داده شود. داروخانه‌ها ملزم به نسخه‌پیچی الکترونیک همگام با نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ارائه خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه الکترونیک (نسخه‌نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) با رعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک اداره کل استانی و معاونت بهداشت، ضمن رعایت ضوابط مربوطه و تنظیم صورتجلسه؛ پزشکان خانواده، مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه‌پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان ثبت شود. سهم سازمان از داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق‌های تحت پوشش سازمان به داروخانه‌های ملکی و غیرملکی اصلی و کانکس (بخش خصوصی) قابل پرداخت است. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های ملکی مراکز ارائه خدمت، به مرکز بهداشت پرداخت می‌گردد. سهم سازمان از داروهای سطح اول در داروخانه‌های غیرملکی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) طرف قرارداد، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با ادارات کل استانی پرداخت می‌گردد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تبصره ۱: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه از سوی داروخانه طرف قرارداد اداره کل استانی برای تامین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت موارد را به صورت کتبی به اداره کل استانی منعکس نموده، اداره کل استانی موظف است در نوبت اول به داروخانه تذکر کتبی داده، در صورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و برای تامین داروی سطح اول با داروخانه دیگری عقد قرارداد نماید.

تبصره ۲: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان یا بیمه شدگان ناشی از عملکرد داروخانه ملکی یا طرف قرارداد و یا هرگونه عملکرد مغایر ضوابط مربوطه، اقدامات مقتضی به تشخیص اداره کل استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می شود.

تبصره ۳: تامین امکانات نرم افزاری و سخت افزاری الکترونیک داروخانه‌های کانکس مراکز ارائه خدمت به عهده داروخانه بخش خصوصی مربوطه است. مراکز بهداشت شهرستان می توانند در صورت امکان به تامین این موارد اقدام نمایند.

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

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

رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.

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

تبصره ۲: در صورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعرفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می‌گردد.

تبصره ۳: داروخانه در قبال ارائه خدمات دارویی، موظف به ارائه فاکتور به بیمه شده می‌باشد که حاوی مبلغ کل هزینه خدمات دارویی، سهم سازمان و سهم بیمه شده باشد و همچنین داروخانه تحت هیچ شرایطی مجاز نیست هزینه داروهای سطح اول برای بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر را به صورت آزاد محاسبه نماید، در اینصورت حسب ضوابط سازمان اقدام خواهد شد.

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

ماده ۹: ارائه خدمات پاراکلینیک:

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

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

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

۳- سطح بندی آزمایشگاه: سطوح ارائه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه‌گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه/آزمایشگاه‌های مرکزی طبق "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت می‌باشد.

آزمایشات تجویزی پزشکی خانواده از مسیر ارجاع از مراکز ارائه خدمت در آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان انجام می‌شود. در صورت عدم امکان انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمت، خدمات آزمایشگاهی از طریق نمونه‌گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نمی‌باشد.

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

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

۵- خدمات و آزمایش‌های قابل انجام آزمایشگاه‌های بهداشتی: خدمات آزمایشگاهی بر اساس بسته های خدمت و خدمات در تعهد برنامه در آزمایشگاه‌های بهداشتی قابل انجام می‌باشد. آزمایشات غربالگری بیماری‌ها بر اساس بسته خدمتی و دستورعمل مربوطه، انجام می‌گردد.

تبصره ۱: به تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری‌ها و برنامه‌های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر

منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایش های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.
تبصره ۲: خدمات آزمایشگاهی ادغام یافته در بسته خدمت گروه های سنی به شرح زیر رایگان هستند:
الف) آزمایشات مادران باردار (دو نوبت براساس بسته خدمت) شامل:

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

ب) جمعیت بالای سی سال: آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol.
ج) غربالگری نوزادان: اندازه گیری TSH (غربالگری نوزادان CH)، اندازه گیری کمی فیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU) و G6PD (در صورت وجود امکانات و حسب نیاز).

۶- مسئولیت فنی آزمایشگاه: مسئولیت فنی آزمایشگاه مرکز بهداشت به عهده نیروهای تخصصی مرتبط با برنامه (دکترای علوم آزمایشگاهی، پاتولوژیست، دکترای تخصصی و تکمیلی مرتبط علوم آزمایشگاهی) می باشد. تعداد مسئول فنی واجد شرایط و مورد نیاز شبکه آزمایشگاهی بر اساس جمعیت تحت پوشش، تعداد مراکز آزمایشگاهی، بار کاری آزمایشگاه تعداد مراجعین روزانه، نمونه های ارسالی از واحدهای نمونه گیری و پراکندگی آزمایشگاه ها لحاظ گردد.

جدول آزمایشات سطوح ساختاری آزمایشگاه های بهداشت:

کد ملی	شرح کد (Value)
۸۰۰۰۵	پذیرش و نمونه گیری
۸۰۰۲۰۰	آنالیز کامل ادرار
۸۰۰۴۰۰	اندازه گیری کمی گلوکز خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۰۵	اندازه گیری کمی گلوکز خون / سرم / پلاسما، ۲ ساعت پس از صرف صبحانه (hpp۲)
۸۰۰۴۱۰	آزمایش تحمل گلوکز با حداقل ۴ نمونه (GTT)
۸۰۰۴۱۵	اندازه گیری کمی اوره خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۲۰	اندازه گیری کمی کراتینین خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۲۵	اندازه گیری کمی اسید اوریک خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۳۰	اندازه گیری کمی تری گلیسیرید در خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۳۵	اندازه گیری کمی کلسترول در خون / سرم / پلاسما
۸۰۰۴۴۰	اندازه گیری کمی HDL-Cholesterol در سرم / پلاسما
۸۰۰۴۴۵	اندازه گیری کمی LDL-Cholesterol در سرم / پلاسما
۸۰۰۴۶۰	اندازه گیری کمی سدیم خون / سرم / پلاسما (فقط برای کنترل درمان بیماران سل و HIV مثبت)
۸۰۰۴۶۵	اندازه گیری کمی پتاسیم خون / سرم / پلاسما (فقط برای کنترل درمان بیماران سل و HIV مثبت)
۸۰۰۴۸۵	اندازه گیری کمی کلسیم سرم / پلاسما
۸۰۰۴۹۵	اندازه گیری کمی فسفر سرم / پلاسما
۸۰۰۵۰۰	اندازه گیری کمی آهن سرم / پلاسما
۸۰۰۵۰۵	اندازه گیری ظرفیت اتصال آهن (TIBC)
۸۰۰۵۲۵	اندازه گیری کمی بیلیروبین سرم / پلاسما (شامل بیلیروبین توتال و مستقیم)
۸۰۰۵۳۰	اندازه گیری کمی فعالیت آنزیم (SGOT(AST) در سرم / پلاسما
۸۰۰۵۳۵	اندازه گیری کمی فعالیت آنزیم (SGPT(ALT) در سرم / پلاسما
۸۰۰۵۴۰	اندازه گیری کمی فعالیت آنزیم فسفاتاز قلیایی (ALP) در سرم / پلاسما
۸۰۰۶۷۵	آزمایش چالش گلوکز (GCT)
۸۰۰۷۳۰	اندازه گیری کمی هموگلوبین A ۲ به روش کروماتوگرافی ستونی
۸۰۰۸۰۰	اندازه گیری کمی هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) در خون
۸۰۰۲۵۵	اندازه گیری کمی فیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU)
۸۰۱۱۷۰	فریتین سرم
۸۰۱۴۰۵	اندازه گیری کمی T4 سرم / پلاسما
۸۰۱۴۱۵	اندازه گیری کمی Thyroid Stimulating Hormone (TSH) سرم / پلاسما

اندازه گیری کمی HCG Beta در سرم/پلاسما	۸۰۱۵۹۰
آزمایش CBC (هموگلوبین، هماتوکریت، شمارش گلبول قرمز و سفید و پلاکت، اندیس های سلولی) و شمارش افتراقی گلبولهای سفید	۸۰۲۰۰۰
اندازه گیری هموگلوبین	۸۰۲۰۱۰
اندازه گیری هماتوکریت	۸۰۲۰۱۵
اندازه گیری سدیماتاسیون گلبولهای قرمز (ESR)	۸۰۲۰۳۰
آزمایش تجسس میکروسکوپی گسترش خون از نظر انگل های نظیر مالاریا، بورلیا، تریپانوزوم و سایر موارد مشابه	۸۰۲۰۷۰
آزمایش تعیین گروه خون ABO, Rh, Du	۸۰۲۵۰۰
آزمایش کومبس غیرمستقیم	۸۰۲۵۳۰
اندازه گیری کمی CRP	۸۰۲۸۰۵
اندازه گیری کیفی/نیمه کمی VDRL یا RPR برای غربالگری سیفلیس	۸۰۲۸۲۵
آزمایش تیتراسیون رایت	۸۰۲۸۳۰
آزمایش تیتراسیون کومبس رایت	۸۰۲۸۳۵
آزمایش تیتراسیون ME۲	۸۰۲۸۴۰
آزمایش تیتراسیون ویدال	۸۰۲۸۴۵
آزمایش پوستی تورکولوز با استفاده از PPD (این آزمایش توسط کارشناس بیماریها قابل انجام است)	۸۰۲۸۶۰
آزمایش تشخیص حاملگی (Pregnancy Test) از طریق ادرار	۸۰۲۸۷۰
آزمایش تعیین آنتی بادی لشمائیز احشایی (کالاآزار) (IgG) (نمونه گیری DAT)	۸۰۳۱۶۰
آزمایش آنتی بادی HIV	۸۰۳۱۸۶
آزمایش HBsAg	۸۰۳۲۰۵
آزمایش سنجش آنتی بادی Anti-HBs	۸۰۳۲۲۰
آنتی بادی Anti-HCV	۸۰۳۲۵۵
آزمایش تجسس میکروسکوپی مستقیم جسم لیشتن	۸۰۴۱۸۰
آزمایش کشت ادرار، کلنی کانت و آنتی بیوگرام، از نظر عوامل میکروبی	۸۰۴۰۰۰
آزمایش کشت مدفوع و آنتی بیوگرام، از نظر عوامل میکروبی	۸۰۴۰۰۵
آزمایش تجسس میکروسکوپی BK (باسیل کخ) به روش اسید فست (بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل)	۸۰۴۰۷۵
آزمایش مدفوع برای تجسس میکروسکوپی انگل (با روشهای مستقیم و تغلیظی) هر نوبت	۸۰۴۱۰۰
آزمایش تشخیص ایمنولوژیک خون مخفی در مدفوع (FIT)	۸۰۴۱۰۵
پذیرش نمونه های سیتوپاتولوژی شامل ثبت و دریافت نمونه و گزارش و نگهداری آن	۸۰۷۰۰۰
سیتوپاتولوژی، اسمیرها، گردن رحم یا واژینال، تا ۳ اسمیر همراه با بررسی دقیق هورمونی (نظیر Maturation Index Estrogenic و Karyopynotic Index)	۸۰۷۰۲۶

۶- ارائه خدمات تصویربرداری (رادیولوژی): خدمات تصویربرداری مورد تعهد سطح اول شامل رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب است.

شرایط خدمات مذکور به شرح زیر است:

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

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

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

د) گرافی OPG جزو خدمات سطح دوم است.

تبصره: فرانشیز سونوگرافی بارداری نوبت اول مطابق مصوبات وزارت متبوع رایگان می باشد. مرکز بهداشت شهرستان موظف است فهرست مراکز انجام

دهنده سونوگرافی نوبت اول بارداری را برای هر مرکز ارائه خدمت در معرض دید مراجعین قراردادده و به اداره کل استانی ارائه دهد.

ماده ۱۰: خدمات سلامت دهان و دندان:

۱- مکانیسم فعال سازی واحدهای دندانپزشکی مراکز:

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

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

۲- نحوه ارائه خدمات سلامت دهان و دندان:

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

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

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

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

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

۳- خدمات سلامت دهان و دندان:

ارائه خدمات سلامت دهان و دندان توسط بهورز/مراقب سلامت، مراقب سلامت دهان، بهداشتکار دهان و دندان/دندانپزشک و دستیار دندانپزشک بر اساس بسته خدمات ابلاغی خواهد بود.

گروه‌های هدف بسته خدمات سلامت دهان و دندان شامل مادران باردار و زنان شیرده (مادران تا دو سال پس از زایمان) و کودکان زیر ۱۴ سال است. واگذاری خدمات به بخش خصوصی، می‌تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد (در روستا در محدوده روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. در این صورت ارائه تمامی خدمات موردنظر به گروه هدف حین قرارداد همکاری به صورت رایگان، الزامی است.

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

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

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

ب. معاینه دهان و دندان گروه هدف {با اولویت مادر باردار و شیرده (مادران تا دو سال پس از زایمان) و کودکان زیر ۱۴} ارجاع شده از سوی بهورز/مراقب سلامت.

ج.مراجعة به مدرسه برای:

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

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

(۳) ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه‌های سطح اول وزارت.

(۴) ارائه خدمات در فیلد با کلینیک سیار یا همکاری در فعالیت های جهادی هماهنگ شده با معاونت بهداشت

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

ماده ۱۱: درآمدها:

درآمدها شامل:

- ۱- درآمد اخذ فرانشیز ویزیت و خدمات (تزریقات، پانسمان، نمونه‌گیری و ...) براساس آخرین ابلاغیه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی، مصوب هیأت وزیران و ضوابط و مقررات سازمان.
 - ۲- درآمد اخذ هزینه کامل مواد مصرفی ارائه خدمات جانبی (دستکش، سرنگ، ماسک، پنبه، الک، لیدوکاین، بتادین و ...).
 - ۳- درآمد اخذ سهم سایر سازمان‌های بیمه‌گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق‌های سازمان و ...).
 - ۴- درآمد اخذ ۱۰۰ درصد تعرفه خدمات ارائه‌شده به افراد فاقد هر نوع پوشش بیمه درمانی.
 - ۵- درآمد مرتبط با بند "و" موضوع حقوق پزشکان، دندانپزشکان و ماماها/ مراقبین سلامت رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام‌آور بهداشت که از محل اعتبارات جاری دانشگاه/ دانشکده پرداخت می‌شود.
 - ۶- درآمد اخذ تعرفه خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده:
 - تعرفه خدمات دندانپزشکی، براساس تعرفه ابلاغی خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی است.
 - فرانشیز بسته خدمات سلامت دهان و دندان:
 - ارائه آموزش و مراقبت‌های پیشگیری توسط بهورز و مراقب سلامت، برای جمعیت ساکن رایگان است. ویزیت خدمت دندانپزشکی، توسط دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت ساکن روستا تحت پوشش صندوق بیمه روستائی، رایگان خواهد بود.
 - سهم بیمار (فرانشیز) برای خدمات دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان برای جمعیت تحت پوشش مطابق با مصوبه تعرفه هیأت وزیران و ابلاغیه‌های معاونت بهداشت است. ویزیت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان و ارائه خدمات سلامت بسته دهان و دندان برای کلیه گروه هدف دارای بیمه‌های پایه در جمعیت ساکن روستا و شهرهای زیر بیست هزار نفر رایگان می‌باشد.
 - برای خدمات ارائه‌شده دندانپزشکی در شیفت خارج از ساعت موظفی، حداکثر پرداخت بیمار براساس تعرفه مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی و با در نظر گرفتن پوشش بیمه خدمات است.
 - ۷- درآمد حاصل از اخذ تعرفه خدمات آزمایشگاهی
- تبصره ۱: ضمن لزوم نظارت بر اجرای بهینه سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع در ستاد هماهنگی شهرستان و مدیریت مراجعات مهمان در مراکز ارائه‌خدمت براساس شرایط منطقه در ستاد مذکور، در صورت مراجعه بیمه‌شده روستایی مهمان به مراکز ارائه‌خدمت خارج از شبکه بهداشت شهرستان خود (و در سطح کشور) و نیز دیگر مراکز ارائه‌خدمت در سطح شهرستان خود، خدمات مراقبتی، درمانی و اورژانسی سطح اول ارائه و تعرفه خدمات ارائه‌شده صرفاً در مراکز معین مشابه با مرکز مبدا خواهد بود. بدیهی است خدمات دندانپزشکی غیراورژانسی در این موارد مراجعه از سایر مراکز براساس جدول پرداختی تعدیل‌یافته ابلاغی معاونت بهداشت در مقصد محاسبه می‌گردد.
- تبصره ۲: انجام کلیه مراقبت‌های مامایی که طبق بسته خدمت توسط پزشک و مامای خانواده انجام می‌شود، رایگان است و برای تمام موارد خارج از بسته‌های خدمتی، ویزیت درمانی پزشک طبق فرانشیز مصوب دریافت می‌گردد.

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

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

در مورد بیماران اورژانس ناشی از حوادث ترافیکی ارائه ویزیت و خدمات جانبی جمعیت تحت پوشش در طول شبانه روز (مطابق ضوابط جاری در سطح دوم خدمات سلامت) رایگان است.

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

تبصره ۶: 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 همکاری دهیار/ بخشدار صورت پذیرد. جهت اطلاع رسانی درج این موارد در تابلو اعلانات مرکز الزامی است.

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

ماده ۱۲: اعتبارات و تعدیلات:

- ۱- محاسبه و توزیع اعتبار سهم یک درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس مؤلفه های جمعیت هدف وزارت، برنامه های فنی و بهبود استاندارد فضای واحدهای ارائه دهنده خدمت و ضریب محرومیت برای خدمات پاراکلینیک و ضریب محرومیت و پراکندگی برای تامین خودرو جهت دهگردشی، از طریق معاونت بهداشت صورت می گیرد.
- ۲- محاسبه اعتبار اجرای برنامه پزشکی خانواده از محل اعتبار سهم سازمان براساس مؤلفه های، جمعیت هدف سازمان، ضرایب محرومیت و منطبق بر طرح گسترش شبکه اعلامی از سوی معاونت بهداشت وزارت متبوع و با در نظر گرفتن نوع رابطه استخدامی پزشک، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان، ماما و سایر نیروهای بهداشتی، کارشناس روان و کارشناس تغذیه مربوط به هر دانشگاه/دانشکده، توسط سازمان بیمه سلامت ایران محاسبه و توزیع می شود.
- ۳- معیار محاسبه تعدیلات از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر، جمعیت هدف سازمان و از محل اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده، جمعیت هدف وزارت است.
- تبصره: در صورتی که جمعیت هدف سازمان در هر مرکز، بیش از تعداد جمعیت منتسب به اعضای تیم سلامت مندرج در ماده ۳ این دستورالعمل باشد، مشمول تعدیل جمعیت خواهد شد.
- ۴- در صورت غیرفعال بودن خدمت پزشک یا دارو، سرانه پزشک کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت است، در این موارد قرارداد داروخانه مرکز (ملکی، اصلی در فاصله کمتر از ۵۰۰ متر و کانکس) بابت ارائه خدمات دارویی سطح اول توسط ادارات کل استانی لغو می شود.
- ۴- ارائه نشدن هر یک از اجزای خدمات تعریف شده در این دستورالعمل که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزو از کل سرانه مرکز خواهد شد.
- ۵- حاضر نبودن پزشکان و ماماها عضو تیم سلامت به علت مرخصی استحقاقی و استعلاجی حداکثر تا ۳ روز در ماه، به شرط ارائه خدمت توسط سایر همکاران مشمول تعدیل غیبت نمی شود و در مراکز تک پزشک، حضور جانشین در هر صورت الزامی است.
- ۶- در مراکز دارای ضریب محرومیت بالاتر از ۱/۷ و بیشتر بشرح زیر عمل می شود:
- ۷- الف) تا ۵۰۰ نفر جمعیت بیمه شده صندوق روستایی و عشایر مشمول تعدیل جمعیت پزشک نمی گردد.
- ۸- ب) از ۵۰۱ نفر تا ۶۰۰ نفر جمعیت بیمه شده صندوق روستایی و عشایر مشمول تعدیل جمعیت کسر ۲۵ درصد از سرانه پزشک می گردد.
- ۹- ج) از ۶۰۱ نفر تا ۷۰۰ نفر جمعیت، بیمه شده صندوق روستایی و عشایر مشمول تعدیل جمعیت کسر ۵۰ درصد از سرانه پزشک می گردد.
- ۱۰- از ۷۰۱ نفر جمعیت بیمه شده صندوق روستایی و عشایر مشمول ۱۰۰ درصد تعدیل جمعیت پزشک می گردد.
- ۱۱- براساس مصوبات هیئت امنا دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴ درآمد برنامه پزشکی خانواده روستایی از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه/دانشکده، معاف است. براساس مصوبه هیات امنا (نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹) به منظور استقرار و گسترش برنامه، دانشگاه/ دانشکده مکلف است کلیه اعتبارات تخصیص یافته، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر و یا سایر درآمدهای ناشی از این برنامه را منحصراً در چهارچوب دستورالعمل های ارسالی وزارت در برنامه مربوطه هزینه و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای

- تحويل شده به دانشگاه/ دانشکده برای مراکز تعیین شده توسط وزارت اقدام کنند. اجرای مفاد دستورعمل مربوطه، صادره از طرف وزارت الزامی می باشد.
- ۸- استفاده از اعتبارات این برنامه تحت هر عنوان در غیر موارد تعیین شده در تفاهم نامه و این دستور عمل توسط دانشگاه/دانشکده و ادارات کل استانی ممنوع است.
- ۹- ضروری است رونوشتی از ابلاغ اعتبار تخصیص یافته از سوی ادارات کل استانی به دانشگاه/دانشکده، به معاون بهداشت ارسال گردد تا مجریان برنامه در جریان زمان و نحوه تخصیص اعتبار قرار گرفته و به موقع برای دریافت اعتبار اقدام نمایند. معاون بهداشت وظیفه نظارت بر هزینه کرد اعتبار تخصیص یافته و هزینه کرد آنها در منابع تعریف شده را به عهده دارد.
- ۱۰- مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف است فهرست ریز هزینه کرد خدمات سطح اول را پس از تایید معاون بهداشت به صورت شش ماهه به اداره کل استانی اعلام نماید.
- ۱۱- اعتبار سهم وزارت، براساس مؤلفه های؛ جمعیت هدف وزارت، برنامه های فنی ادغام یافته، بهبود استاندارد فضای مراکز ارائه خدمت و ضریب محرومیت برای خدمات پاراکلینیک و ضریب محرومیت و پراکندگی برای تامین خودرو دهگردشی، توسط معاونت بهداشت متناسب با پرداخت از محل سهم سازمان محاسبه و پس از تنظیم صورتجلسه مشترک و توافق فی مابین حوزه های ذیربط تخصیصی معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران جهت توزیع و پرداخت به سازمان بیمه سلامت ایران اعلام می گردد. در این راستا سازمان بیمه سلامت متعهد می گردد اعتبار توزیع شده این بند را بلافاصله پس از واریز به حساب سازمان از سوی وزارت، به حساب ادارات کل استانی و ادارات کل استانی نیز بلافاصله به حساب دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی کشور واریز نمایند.
- سازمان مکلف است به شرط دریافت وجه اعتبار اعلام شده از سوی سازمان برنامه و بودجه، سهم خود را به ادارات کل استانی پرداخت نماید. (ماهانه ۸۰ درصد از اعتبار را در قالب پرداخت علی الحساب و ۲۰ درصد باقی مانده را بر اساس نتایج پایش، سه ماهه پرداخت قطعی نماید).
- تبصره ۱: اعتبارات موضوع این ماده از کسورات ناشی از مصوبات هیئت امنای دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، مستثنی بوده، باید عملکرد این دستورعمل را در بند مجزا در گزارش حسابرس به هیئت امنای دانشگاه/دانشکده ارایه نماید.
- تبصره ۲: معاونت بهداشت در پایان هر فصل، گزارشات پرداختی به تیم سلامت موضوع این دستورعمل را به ادارات کل استانی ارایه نمایند.
- ۱۲- فهرست آخرین تغییرات ساختار شبکه، سالانه (به تفکیک دانشگاه/دانشکده، مرکز بهداشت و مراکز ارائه خدمت) از سوی معاونت بهداشت به سازمان اعلام می شود.

ماده ۱۳: توزیع اعتبار برنامه:

سرفصل اعتبار از محل صندوق روستائیان و عشایر (مبالغ میلیارد ریال)	
اعتبار	سرفصل
۵۸,۰۰۰	پزشک
۲۱,۰۰۰	دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان و دستیار دهان و دندان
۲۷,۰۰۰	ماما و سایر نیروهای بهداشتی
۴,۵۰۰	کارشناس بهبود تغذیه
۴,۵۰۰	کارشناس سلامت روان
۱۰,۰۰۰	کمک به مناطق ویژه
۱۲۵,۰۰۰	جمع کل

- حداکثر ۲۰ درصد از مبلغ اعتبار خدمات ماما و سایر نیروهای بهداشتی بابت سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز، هزینه می گردد.
- فهرست مراکز ارائه خدمت ویژه و مبالغ پرداختی، به صورت مشترک، توسط معاونت بهداشت و سازمان، ابلاغ می شود.
- توزیع اعتبار بابت خدمت پزشک، دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان و دستیار دهان و دندان و ماما و کارشناس سلامت روان و بهبود تغذیه و سایر نیروهای بهداشتی به صورت سرانه ای است.
- مسئولیت هرگونه هزینه کرد بیش از اعتبار فوق به عهده دانشگاه ها/دانشکده ها است.

سرفصل اعتبار از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده (مبالغ میلیارد ریال)	
اعتبار	سرفصل
۱۱,۰۰۰	ملزومات مصرفی دهان و دندان
۳۳,۰۰۰	خدمات دارویی
۱۷,۰۰۰	پاراکلینیک
۱۲,۰۰۰	بهبود استاندارد
۱۴,۰۰۰	خودرو
۵,۰۰۰	برنامه های فنی ادغام یافته
۲۰,۰۰۰	مکمل دارویی
۳,۰۰۰	آموزش و فرهنگ سازی
۱۱,۰۰۰	توازن
۱۲۶,۰۰۰	جمع کل

- در راستای استمرار توافق نامه انتقال سهم دارو از وزارت به سازمان به شماره ۱۴۰۱/۲۹۴۲۰۹ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۹، از اعتبار خدمات دارویی، تا سقف مبلغ ۲۸,۶۰۰ میلیارد ریال، متناسب با توزیع اعتبار معاونت بهداشت و تسویه حساب با ارائه گزارش عملکرد (اسناد مثبت) فصلی سازمان به معاونت بهداشت، ابلاغ اعتبار می شود تا با سازوکار خرید راهبردی توسط سازمان مدیریت گردد و مبلغ ۴,۴۰۰ میلیارد ریال بابت تأمین داروهای خانه های بهداشت و ترالی اورژانس مراکز ارائه خدمت در اختیار معاونت های بهداشت قرار می گیرد.

- اعتبار برای تأمین مکمل های دارویی (شامل قطره آهن، قطره ویتامین A+D، قطره مولتی ویتامین، قرص اسید فولیک همراه ید، کپسول مولتی ویتامین به همراه مینرال، قرص آهن / آهن به همراه اسید فولیک، پرل ویتامین D و قرص کلسیم به همراه ویتامین D) به صورت سرانه ای پرداخت می شود.

- اعتبار بابت تأمین تجهیزات و مواد مصرفی دندان پزشکی به صورت سرانه ای پرداخت می شود.

- اعتبار بابت ارائه خدمات پاراکلینیک (خدمات آزمایشگاه ۸۰ درصد و خدمات تصویربرداری ۲۰ درصد) به صورت سرانه ای پرداخت می شود.

- اعتبار بابت هزینه های اجرای برنامه های فنی ادغام یافته براساس برنامه عملیاتی مورد تأیید مرکز مدیریت شبکه پرداخت می شود.

- مبلغ ۱۲۰۰۰ میلیارد ریال برای آماده سازی و بهبود استاندارد فضای مراکز ارائه خدمت (محل ارائه خدمت، محل بیتوته، مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی و خانه بهداشت) براساس سیاست های ابلاغی معاونت بهداشت برای دسترسی عادلانه به خدمات از طریق بازسازی، تعمیر و نگهداری و تجهیز مراکز ارائه خدمت پرداخت می شود.

الف- مبلغ ۳۰۰۰ میلیارد ریال برای بازسازی به صورت پروژه ای پرداخت می شود.

ب- مبلغ ۵۰۰۰ میلیارد ریال برای تعمیر و نگهداری فضای فیزیکی و نگهداشت تجهیزات (تعمیر، سرویس و کنترل کیفی) به صورت سرانه واحد پرداخت می شود.

ج- مبلغ ۴۰۰۰ میلیارد ریال برای تجهیز به صورت پروژه ای پرداخت می شود.

- اعتبار خودرو، بابت خودروی مطمئن (سالن، مناسب با شرایط منطقه و عمر حداکثر پنج سال) و متعلق به منطقه تحت پوشش مراکز ارائه خدمت برای دهگردشی به صورت سرانه ای پرداخت می شود.

- مبلغ ۳۰۰۰ میلیارد ریال بابت آموزش و فرهنگ سازی برنامه پزشکی خانواده تعیین می گردد.

- مبلغ اعتبار توازن براساس لیست پیشنهادی وزارت، پرداخت می شود.

تبصره ۱: معاونت بهداشت مکلف است فهرست توزیع اعتبار از محل سهم وزارت (متمکز و سرانه ای) را به تفکیک دانشگاه ها/ دانشکده ها را برای سازمان ارسال نماید.

تبصره ۲: سازمان مکلف هستند کلیه اعتبارات را در سرفصل های مربوطه و در قبال ارائه خدمت به جمعیت هدف توزیع نماید.

تبصره ۳: دانشگاه/دانشکده مکلف است، اعتبار دریافتی را صرفاً در سرفصل های تعیین شده در این دستورعمل هزینه نماید، مسئولیت حسن اجرای این تبصره با رئیس دانشگاه/ دانشکده است.

ماده ۱۴: شیوه پرداخت سرانه خرید خدمت:

- ۱- وزارت، اعتبار مربوطه از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده را برای توزیع در اختیار سازمان قرار می‌دهد. سازمان براساس شرح هزینه اعلامی وزارت، اعتبار مربوطه را توزیع می‌نماید از اعتبار صندوق روستاییان و عشایر (اعتبار سازمان) حقوق اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما و سایر نیروهای بهداشتی، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) پرداخت می‌شود.
- ۲- مبلغ ۸۰ درصد در قالب علی‌الحساب از محل اعتبار صندوق روستاییان و عشایر توسط اداره کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد ذیل توسط دانشگاه/دانشکده مربوطه برای کارانه اعضای تیم سلامت (پزشک، ماما و سایر نیروهای بهداشتی، دندانپزشک، بهداشتکار دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، نیروی پاراکلینیک) پرداخت می‌شود:
 - الف- مرکز بهداشت فهرست حضور و غیاب تیم سلامت را در پایان هر ماه به اداره کل تحویل نماید.
 - ب- مرکز بهداشت تا پنجم هر ماه مبلغ حکم/ قرارداد ماه قبل تیم سلامت را پرداخت نماید.
 - ج- مرکز بهداشت سیاهه ریزحقوقی (به تفکیک اسمی) تیم سلامت را طی مکاتبه ای توسط ذی حسابی دانشگاه/ دانشکده؛ که شامل پرداخت حکم/ قرارداد آنان تا پنجم ماه بعد است، به اداره کل استانی ارائه نماید.
 - د- مرکز بهداشت علی‌الحساب مبلغ مبتنی بر عملکرد تیم سلامت را متناسب پرداخت اداره کل پرداخت نماید.
 - هـ - مرکز بهداشت تا ۷۲ ساعت پس از پرداخت به اعضای تیم سلامت، مراتب را طی نامه کتبی به اداره کل اعلام نماید.
- ۳- مبلغ ۲۰ درصد پایش عملکرد از محل اعتبارات سازمان توسط اداره کل استانی به صورت سه ماهه و پس از اعمال نتایج پایش مربوطه پرداخت می‌شود. تبصره ۱: معاونت بهداشت، امکان دسترسی به نتایج شاخص‌های منطقه ای و جمعیتی و پرداخت مبتنی بر ارزش (کمی، کیفی و رضایت‌سنجی) به اعضای تیم سلامت شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه را برای افراد معرفی شده از سوی سازمان فراهم می‌نماید بدیهی است پرداخت ۲۰ درصد اعتبار سازمان که مبتنی بر نتایج پایش می‌باشد منوط به برقراری این دسترسی خواهد بود.
- تبصره ۲: میانگین ارقام هر نسخه دارویی پزشکان خانواده باید کمتر از $\frac{3}{5}$ قلم باشد در غیر این صورت، به ازای هر $\frac{1}{5}$ قلم بالاتر بودن میانگین ارقام نسخه، ۲ درصد از ۲۰ درصد پایش پزشک، مشمول تعدیل خواهد شد. (ملاک میانگین ارقام نسخ دارویی پزشکان خانواده، گزارش‌های استخراج شده از سامانه نسخه الکترونیک سازمان می‌باشد)
- ۴- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده موظف است به محض واریز از سوی اداره کل استانی به حساب درآمد دانشگاه/دانشکده، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید و به محض بازگشت وجوه به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه/دانشکده، مراتب را به اطلاع معاون بهداشت برساند.
- ۵- معاون بهداشت با استناد جمعیت، حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح استانی (دانشگاه/دانشکده)، شهرستانی و محیطی شامل پزشک، ماما و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل برنامه و دستور عمل پرداخت کارانه، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نماید.
- ۶- معاون توسعه دانشگاه/دانشکده موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه را هر ماه یکبار با دستور شرح هزینه‌ای که معاون بهداشت در اختیار وی قرار می‌دهد، میان مراکز بهداشت تابعه توزیع نماید.
- ۷- رئیس مرکز بهداشت موظف است وجوه منابع اعتباری تخصیصی ماهانه را مطابق دستور شرح هزینه‌ای معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نموده و اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه/ دانشکده به تائید معاون بهداشت برساند.
- ۸- معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/دانشکده و مدیریت امور مالی حق پذیرش اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری را قبل از تائید معاون بهداشتی از مرکز بهداشت ندارد.
- ۹- مدیر مالی دانشگاه/دانشکده موظف است در ابتدای سال، کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه برنامه را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری به معاون بهداشت اعلام نماید، معاون بهداشت نیز مراتب را به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل استان اعلام کند.
- ۱۰- معاون بهداشت موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از مرکز بهداشت، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه/دانشکده به مرکز مدیریت شبکه ارسال کند.
- ۱۱- مرکز بهداشت موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه کلیه درآمدهای پزشکی خانواده روستایی ناشی از ارائه خدمات واریز شده به حساب درآمدهای مرکز بهداشت را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه/دانشکده واریز و گزارش آن را به معاونت بهداشت اعلام نماید.
- ۱۲- رئیس دانشگاه/دانشکده و معاون بهداشت موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات براساس تفاهم‌نامه و دستورعمل هستند و باید از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش‌های مرکز بهداشت (خارج از سطح اول خدمات) جداً اجتناب و تلاش نمایند سهم سرانه مراکز مجری هر مرکز

بهداشت به شکل واقعی در همان شهرستان هزینه گردد.

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

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

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

ماده ۱۵: اجرای برنامه های فنی ادغام یافته:

اعتبار اجرای برنامه های فنی ادغام یافته بر اساس برنامه عملیاتی مورد تایید مرکز مدیریت شبکه هزینه می گردد. تبصره: مرکز مدیریت شبکه، برنامه عملیاتی مرتبط با هزینه کرد اعتبار اجرای برنامه های فنی ادغام یافته را به سازمان ارائه می نماید.

ماده ۱۶: ارجاع در سطح اول خدمات:

در شرایط معمول، اولین محل مراجعه بیمار خانه بهداشت/ پایگاه سلامت است، پس از ارائه خدمت توسط بهورز یا مراقب سلامت، در صورت لزوم و بنابر آنچه در پروتکل ها ابلاغ شده است، فرد را به مراکز ارائه خدمت ارجاع دهد. تحت شرایط اضطرار بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند. تبصره ۱: پزشکی خانواده موظف است بیماران ارجاعی خانه های بهداشت یا پایگاه های سلامت را ویزیت و درمان نموده، نتیجه اقدامات و یا موارد قابل پیگیری سیر درمان را به اطلاع خانه بهداشت یا پایگاه سلامت ارجاع دهنده برساند. تبصره ۲: در صورت نیاز بیمار، پزشکی خانواده با تکمیل فرم ارجاع الکترونیک و یا کاغذی، بیمار را به سطح دوم یا سوم ارجاع می نماید. تبصره ۳: در هر حال مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش (تشخیص، درمان و پیگیری)، در سطح اول برعهده پزشک خانواده است.

ماده ۱۷: ارجاع در سطح دوم خدمات:

الف- فرایند ارجاع: اجرای سطح بندی خدمات و ارجاع به سطوح بالاتر براساس دستورعمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک خواهد بود. ارجاع بیماران به متخصصین سطح دوم خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح اول صورت می گیرد. در صورت وجود ساختارهای الکترونیک مربوطه، پذیرش مرکز موظف به نوبت گیری و ارجاع الکترونیک پزشکی خانواده نیز موظف به مدیریت انجام نوبت گیری و ارجاع الکترونیک می باشد. ب- سقف ارجاع به سطوح بالاتر: سقف ارجاع به متخصص سطح دوم حداکثر ۱۰ درصد مراجعین (غیر از ارجاع مادران باردار و بیماری های مزمن غیرواگیر طبق دستورعمل ابلاغی) به پزشکی خانواده است. درصد مذکور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دوم براساس مراقبت گروه های هدف و بسته خدمتی نیز هست. باتوجه به شرح وظایف متخصصین پزشکی خانواده انتظار می رود درصد ارجاع با حضور آنان تا پنجاه درصد سقف (۵ درصد مراجعین طبق موارد فوق) مذکور کاهش یابد.

ماده ۱۸: پایش فصلی تیم سلامت:

باتوجه به اهمیت پایش نحوه فعالیت ها در سطوح مختلف و به ویژه سطح محیطی، ضرورت دارد کلیه گروه ها و واحدهای زیرمجموعه معاونت بهداشت، ارائه خدمت به گروه های هدف را براساس بسته های خدمت پایش نمایند. نتیجه پایش در مرکز بهداشت تحلیل و مداخله لازم جهت پرسنل محیطی به ویژه پزشک خانواده انجام شود.

تبصره ۱: لازم است ارزیابی عملکرد اعضای تیم سلامت توسط ستاد مرکز بهداشت براساس گزارش گیری اطلاعات از سامانه های سطح یک جهت اجرای دستورعمل ها و حصول شاخص های کمی و کیفی مبتنی بر مکانیسم پرداخت صورت گیرد.

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

تبصره ۳: لازم است پایش متخصصین پزشکی خانواده مطابق با عملکرد آنان در حیطه آموزش، مدیریت سلامت و مدیریت ارجاع انجام گیرد.

تبصره ۴: لازم است نمره پایش سه ماهه به منظور روشن بودن علت کسر یا تشویق به اعضای تیم سلامت اطلاع رسانی گردد.

ماده ۱۹: پایش مشترک:

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

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

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

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

د- نتایج پایش در سامانه سلامت خانواده سازمان پس از ثبت نهایی با دسترسی فراهم شده از سوی اداره کل استان برای نماینده مرکز بهداشت، بلافاصله قابل‌رؤیت گردد.

ماده ۲۰: مداخلات آموزشی در پایش و نظارت:

ستاد شهرستان با مشارکت گروه‌های آموزشی دانشگاه/دانشکده و اداره کل استان برای طراحی و اجرای برنامه آموزشی پزشک خانواده، تیم سلامت طرف قرارداد در ابتدای خدمت و حین خدمت براساس نتایج پایش مبتنی بر نیازسنجی انجام شده و تعیین اولویت‌ها در مرکز آموزش به‌روزی اقدام می‌نماید. با توجه به ناهمگونی مهارت‌های بهداشتی، درمانی، توانبخشی گروه پزشکی درگیر در این طرح، ضروری است آموزش‌های بهداشتی و بالینی عملی مرکز آموزش به‌روزی تقویت شده با مکانیسم‌های متفاوت از جمله خرید خدمت از معاونت آموزشی دانشگاه/دانشکده مربوطه یا ستاد کشوری/استانی انجام شود. تبصره ۱: ستاد استانی موظف است اقدامات لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده و ماماها را طرف قرارداد و سایر نیروهای تیم سلامت را مطابق بسته آموزشی تعیین شده به عمل آورد. آموزش بدو خدمت و آشنایی این افراد با نظام شبکه، وظایف تعریف شده برای آنان و بسته‌های خدمت ضروری است. آموزش‌های ضمن خدمت براساس نتایج پایش، تعیین می‌گردد. برگزاری جلسات آموزشی اعضای تیم سلامت با همکاری اداره کل استانی برنامه‌ریزی می‌شود.

ماده ۲۱: مسئولیت اجرا:

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

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

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

تبصره ۳: اولویت به کارگیری متخصصین پزشکی خانواده به ترتیب در مراکز ارائه خدمت آموزشی، مراکز ارائه خدمت شهری و سایر مراکز ارائه خدمت

(شهری و روستایی واجد جمعیت ساکن فعال بیشتر)، مجری برنامه هستند.
تبصره ۴: پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در چارچوب بسته‌ی تعریف‌شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد.

ماده ۲۲: روش پرداخت اعضای تیم سلامت:

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

برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه‌های مختلف خدمت، پرداخت پزشک، ماما، کارشناس روان و کارشناس تغذیه به روش ترکیبی (Mixed Payment) به شکل زیر صورت می‌پذیرد:

- ✓ پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)
- ✓ پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه‌ای و جمعیتی
- ✓ پرداخت مبتنی بر ارزش (Value Based Payment)

۱- پرداخت ثابت (حکم کارگزینی):

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

۲- پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه‌ای و جمعیتی:

این مبلغ بر مبنای سهم جمعیت، سهم ماندگاری، سهم پراکندگی یا دهگردشی، سهم بیتوته باتوجه به ضریب محرومیت محاسبه و آخر هر ماه پرداخت می‌گردد. ضریب حضور در این پرداخت موثر خواهد بود. لازم است دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی نرم افزارهای پرداخت خود را با این مکانیسم پرداخت منطبق نمایند.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

و) حق مسئولیت:

حق مسئولیت پزشک مسئول در مرکز ارائه خدمت با یک تیم سلامت معادل ۱۰ درصد پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی اضافه می‌گردد. به ازای هر تیم سلامت مازاد که تحت مدیریت پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است ۲ درصد به این مبلغ اضافه می‌گردد. در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش که سه روز در هفته فعالیت دارند، افزایش ۱۰ درصدی پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی پرسنل برای هر دو مرکز لحاظ می‌گردد. به عنوان مثال در مراکز ارائه خدمت با دو تیم سلامت حق مسئولیت پزشک مسئول ۱۲ درصد مبلغ پرداخت مبتنی بر شاخص های منطقه ای و جغرافیایی است. لازم به ذکر است سقف حق مسئولیت دریافتی حداکثر ۱۶ درصد است. تبصره: با توجه به نوع خدمات و نحوه پرداخت به نیروهای مشمول پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد، این نیروها مشمول کلیه قوانین تمام وقتی می‌گردند و مزایای مربوطه نیز در مکانیسم پرداخت آنها محاسبه شده است.

۳: پرداخت مبتنی بر ارزش (Value Based Payment):

الف- عملکرد کمی: شامل ویزیت، مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی برای پزشکان و ماماها بر اساس جدول پیوست می باشد. برای روانشناس و کارشناس تغذیه شامل مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی طبق جدول پیوست می باشد. عملکرد کمی اعضای تیم سلامت براساس گزارش ماهانه از سامانه های سطح یک احصا و پرداخت می گردد. حد انتظار عملکرد کمی بر اساس جمعیت گروه های سنی تحت پوشش فرد و ویژگی های منطقه ای می باشد. در صورت کسب عملکرد کمی ۹۰ درصد (با شرط عملکرد هر آیتیم بیشتر از ۷۵ درصد)، عملکرد کمی بصورت کامل به فرد تعلق می گیرد. در صورت کسب عملکرد کمی بالای ۹۰ درصد، به ازای هر یک نمره ۲ درصد به پرداخت کامل فرد اضافه می گردد (با شرط عملکرد هر آیتیم بیشتر از ۷۵ درصد).

در صورت عملکرد کمی زیر ۹۰ درصد، ملاک پرداخت فرد صرفا همان نمره کسب شده خواهد بود.

در صورت کسب عملکرد هر آیتیم زیر ۷۵ درصد نمره عملکرد کلی کمی همان نمره کسب شده خواهد بود.

ب- عملکرد کیفی: عملکرد کیفی اعضای تیم سلامت براساس شاخص های کیفی اخذ شده (طبق جدول پیوست) از سامانه های سطح یک هر کدام از اعضای تیم سلامت بصورت فصلی محاسبه و پرداخت می گردد.

حد انتظار عملکرد کیفی بر اساس مطالعات موجود و شرایط و ویژگی های منطقه ای می باشد.

امتیاز مربوط به عملکرد کیفی بر اساس درصد از حصول عملکرد حد انتظار تعیین شده خواهد بود.

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

۱- فرمول روش پرداخت در برنامه شامل سرجمع بندهای زیر است:

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

تبصره ۱: به منظور جذب و ماندگاری اعضای تیم سلامت در مراکز ارائه خدمت که جذب آنان در این مراکز با شرایط موجود ممکن نیست، به شرط موافقت ستاد استانی و تایید ستاد کشوری و نیز تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دانشگاه/دانشکده می توان مبلغی به پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد فرد، اضافه

نمود. خاطرنشان می‌سازد این افزایش شامل پزشکیانی که به شکل اقماری (۱۵ روز در ماه) در مرکز حضور دارند، نمی‌شود.

تبصره ۲: در صورت انجام خدمات جانبی درمانی موضوع بند ۷ و ۹ ماده ۶ توسط پزشک/دندانپزشک ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از انجام خدمات خارج از بسته‌های خدماتی پزشکی/دندانپزشک مرکز (طبق تعرفه دولتی)، پس از کسر هزینه‌های مرتبط با خدمت خارج بسته (از جمله مواد مصرفی، تجهیزات، نیروی انسانی پشتیبان و ...) و پس از بررسی کارشناسی معاونت بهداشت، به صورت FFS ماهانه به پزشکان خانواده/دندانپزشکان آن مرکز پرداخت گردد. تبصره ۳: در صورت انجام خدمات جانبی موضوع بند ۸ ماده ۶ توسط مامای خانواده، مبلغی تحت عنوان حق خدمات جانبی (طبق جدول پرداخت)، پس از بررسی کارشناسی معاونت بهداشت، ماهانه به پرداختی ماما اضافه می‌گردد.

۲- پرداخت به نیروهای پاراکلینیک: شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)، پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه ای و جمعیتی (بر مبنای سهم جمعیت، سهم ماندگاری و پراکندگی باتوجه به ضریب محرومیت) محاسبه و پرداخت می‌گردد.

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

۴- پرداخت به نیروی جانشین: شامل پرداخت ثابت (حکم کارگزینی)، پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه ای و جمعیتی و مبتنی بر ارزش می‌باشد. پرداخت مبتنی بر شاخص‌های منطقه ای و جمعیتی برابر متوسط این بخش از پرداخت شهرستان بدون احتساب ماندگاری و بیتوته است و پرداخت مبتنی بر ارزش و رضایت سنتی نیز بر اساس عملکرد فرد است. پرداخت سهم بیتوته براساس نوع مرکز و تعداد بیتوته انجام شده، می‌باشد. سهم ماندگاری نیز براساس سنوات خدمت در برنامه (با در نظر گرفتن ضریب ماندگاری کامل در سطح شهرستان) پرداخت می‌گردد.

۵- پرداخت به متخصصین پزشکی خانواده: پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد به متخصصین پزشکی خانواده معادل ۱۶۰ درصد کل پرداخت پزشکان خانواده عمومی (مبتنی بر شاخص جغرافیایی، مبتنی بر ارزش و ...) و مطابق با عملکرد آنان در حیطه آموزش، مدیریت سلامت و مدیریت ارجاع است.

تبصره: باتوجه به مهارت‌های آموخته‌شده توسط پزشکان خانواده در دوره‌های مرتبط (MPH، بریجینگ یا ...) به‌غیر از متخصصین پزشکی خانواده، مبلغی معادل ۱۰ درصد (باب مدیریت سلامت شامل شناسایی مشکلات سلامت منطقه، آموزش و مداخلات لازم) کل پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد پزشک عمومی، به پرداختی این پزشکان اضافه می‌گردد.

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

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

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

۹- پرداخت مبتنی بر عملکرد دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان:

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

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

خدمات وزن دهی شده بسته سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی					
ردیف	خدمت	وزن خدمت	ردیف	خدمت	وزن خدمت
۱	فلورایدتراپی دو فک	۱۵	۸	ترمیم دو سطحی آمالگام	۴۰
۲	فیشر سیلنت هر دندان (۶ و ۷)	۲۵	۹	ترمیم سه سطحی آمالگام/SSC	۴۵
۳	جرمگیری دو فک	۲۵	۱۰	ترمیم یک سطحی کامپوزیت (قدیمی-خلفی) PRR	۴۰
۴	بروساژ دو فک	۱۰	۱۱	ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدیمی-خلفی)	۴۵
۵	کشیدن دندان شیری	۱۵	۱۲	ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدیمی-خلفی)	۵۰
۶	کشیدن دندان دائمی	۲۵	۱۳	پالپوتومی	۳۰
۷	ترمیم یک سطحی آمالگام	۳۵	۱۴	درمان پالپ زنده	۴۰

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

پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد:

ضریب محرومیت $\times$ جمع وزنی خدمات ماهانه ثبت شده در سامانه $\times$ ضریب K (ارزش ریالی خدمت) $\times$ ضریب عملکرد
 ضریب محرومیت: براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.
 ارزش ریالی خدمت (ضریب K) در روش پرداخت دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان طی اجرای دستورعمل اجرایی نسخه جاری، برای دندانپزشک ۷۰۰۰۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۵۰۰۰۰ ریال لحاظ می گردد.
 تبصره ۱: ارزش ریالی خدمت (ضریب K) برای گروه هدف برای دندانپزشک ۹۰۰۰۰ ریال و برای بهداشتکار دهان و دندان ۶۲۰۰۰ ریال محاسبه می شود.

تبصره ۲: جمع وزنی خدمات ماهیانه با حداکثر سقف ۸۵۰۰ در نظر گرفته می شود و در صورت ادامه عملکرد در خارج از ساعت موظفی (شیفت عصر) این عدد تا ۲۰٪ قابل افزایش است. بدهی است برای افزایش مجوز جمع وزنی ذکر شده (۲۰٪ افزایش پیشگفت) هماهنگی و تایید معاونت بهداشت هر دانشگاه/دانشکده بایستی لحاظ گردد. با هر میزان کارکرد، پرداخت کارانه محاسبه و پرداخت می گردد اما جهت ارائه گواهی عملکرد/پایان طرح، حداقل خدمات ماهیانه قابل ارائه با توجه به شرایط و امکانات موجود در هر دانشگاه/دانشکده، توسط معاونت بهداشت آن دانشگاه/دانشکده تعیین می گردد.

تبصره ۳: به ازای هر سال ماندگاری (همکاری در برنامه پزشکی خانواده روستایی) دندانپزشک در مرکز/شبکه، یک درصد به K پایه اضافه می شود.
 تبصره ۴: ملاک پرداخت، کلیه خدمات ثبت شده در سامانه های سطح اول وزارت است. عملکرد دندانپزشک توسط مسئول مافوق از طریق بررسی گزارش سامانه های الکترونیک و عملکرد صندوق واحد درآمد (پذیرش) و راستی آزمایی از جمله بررسی بالینی بیمار، تماس تلفنی با بیمار و نتیجه پایش فصلی انجام می شود.

ج) ضریب عملکرد: ضریب عملکرد بصورت فصلی محاسبه شده در صورت کسب حداقل ۷۵ درصد استاندارد عملکرد کمی و کیفی، معادل یک در نظر گرفته خواهد شد و در صورت کسب امتیاز عملکرد بالای ۹۰ درصد معادل ۱٫۱ در نظر گرفته می شود. در صورت کسب امتیاز پایین تر از ۷۵ درصد تناسب میزان کاهش محاسبه می گردد.

۸۰ درصد مبلغ محاسبه شده برای دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان بصورت ماهانه پرداخت می گردد و ۲۰ درصد باقیمانده بر اساس نتایج پایش فصلی محاسبه و پرداخت خواهد شد.

د) در پایش فصلی استاندارد عملکرد زیر مد نظر می باشد:

- انجام دهگردشی: امتیاز دهگردشی به میزان ۲۰۰ وزن خدمتی با احتساب K پایه است.
- دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان در بازه زمانی یک ماهه بایستی ۴۰٪ و بالاتر خدمات را به گروه های هدف ارائه داده باشد.
- اولویت ارائه خدمات، با خدمات پیشگیری نظیر جرم گیری، فیشرسیلانت، فلورایدتراپی و خدمات ترمیمی است.
- در طول سه ماه، ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۵۰ درصد کل خدمات ارائه شده باشد.
- خدمت ترمیم برای هر دندان، طی یک سال، فقط یک بار قابل ثبت است.

۶. تعداد خدمت ترمیم برای یک فرد در روز بیشتر از دو عدد قابل ارائه و ثبت نیست.
۷. خدمت پالپوتومی و درمان پالپ زنده برای هر دندان، فقط یک بار قابل ثبت است.
۸. خدمت جرم گیری برای هر فرد یک بار در سال قابل ثبت است.
۹. خدمت فیشورسیلانت برای دندان های ۶ و ۷ دائمی و فقط یکبار قابل ثبت است.
۱۰. خدمت فیشورسیلانت برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نیست.
۱۱. تعداد خدمت کشیدن دندان برای یک نفر در یک روز، بیشتر از ۴ عدد قابل ارائه و ثبت نیست.

افزایش مبالغ پرداخت مبتنی بر عملکرد در سال ۱۴۰۵ معادل ۲۰ درصد تعیین شده است.

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

ماده ۲۳: زمان اجرا:

تاریخ اجرای این دستورعمل از ۱۴۰۵/۰۱/۰۱ تا ابلاغ دستورعمل جدید، مسئولیت حسن اجرا و پاسخگویی در قبال هرگونه تغییر و اجرا نکردن آن به عهده معاون بهداشت دانشگاه/دانشکده و مدیرکل بیمه سلامت استان است.