

مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، بخش و منطقه
برای کارشناس	برای کاردان	
۴۰ تومان	۳۵ تومان	۱/۰۰
۴۱	۳۶	۱/۰۵
۴۲	۳۷	۱/۱۰
۴۳	۳۸	۱/۱۵
۴۴	۳۹	۱/۲۰
۴۵	۴۰	۱/۲۵
۴۶	۴۱	۱/۳۰
۴۷	۴۲	۱/۳۵
۴۸	۴۳	۱/۴۰
۴۹	۴۴	۱/۴۵
۵۰	۴۵	۱/۵۰
۵۰	۴۵	۱/۵۵
۵۱	۴۶	۱/۶۰
۵۱	۴۶	۱/۶۵
۵۲	۴۷	۱/۷۰
۵۲	۴۷	۱/۷۵
۵۳	۴۸	۱/۸۰
۵۴	۴۹	۱/۸۵
۵۵	۵۰	۱/۹۰
۵۶	۵۱	۱/۹۵
۵۷	۵۲	۲/۰۰

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

- تعداد خانه بهداشت تحت پوشش پزشک: بازای هر خانه بهداشت مبلغ ۱۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.
- مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر: براساس حرکت ماما همراه پزشک و تعداد سفر وی برای دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفالته مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۲۰۰۰ و ۲۵۰۰ ریال است).
- مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا روستای اصلی برحسب کیلومتر: براساس حرکت ماما و تعداد سفر وی برای دهگردشی به روستاهای قمر تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفالته مبلغ ۶۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۸۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشکه بترتیب ۳۰۰۰ و ۴۰۰۰ ریال است).

- **مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر: براساس حرکت ماما و تعداد سفر وی برای دهگردشی به روستاهای سیاری تحت پوشش محاسبه می شود. بازای هر کیلومتر در جاده آسفالته مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.**  
جمع گزینه های مربوط به سهم پراکندگی در فرمول لحاظ می شود.

**۲- ضریب عملکرد:** براساس چک لیست پایش مرکز که هر سه ماه یکبار باید انجام شود و شامل سوالات فنی، ساختاری، مدیریتی، عملکردی، رضایتمندی، همکاری های بین بخشی و اجرای دستورعمل می باشد، ضریب عملکرد تعیین می شود (پیوست شماره ۱۸ شامل چک لیست سنجش عملکرد ماما یا پرستار به همراه راهنمای آن می باشد). در چک لیست پایش، به تعداد سوالاتی که وجود دارد چنانچه پاسخ صحیح برای ۹۰٪ آنها مشخص شود، ضریب عملکرد برابر ۱/۰ ثبت می گردد. نتیجه پایش در فاصله ۹۱ تا ۹۵ درصد تا ضریب عملکرد ۱/۱ و نتیجه پایش در بیش از ۹۵٪ تا ضریب عملکرد ۱/۲ در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، پایش تا ۹۰٪ کل حقوق محاسبه شده باید به فرد پرداخت گردد. بازای هر ۱٪ افزایش نتیجه پایش عملکرد از ۹۰٪ حدود ۲٪ تشویقی به پزشک پرداخت خواهد شد. نتیجه پایش ۱۰۰٪ معادل ۲۰٪ افزایش حقوق است. بازای هر پاسخ ناصحیح (کمتر از ۹۰٪) متناسب با تعداد کل سوالات، از ضریب عملکرد ۱ کم می شود. چنانچه ۷۰٪ پاسخ سوالات قابل قبول نبود یعنی ضریب عملکرد ۰/۷، پزشک مزبور فقط یک بار دیگر فرصت دارد مشکلات عملکردی خود را اصلاح کند زیرا باکسب ۲ بار عملکرد ۰/۷، لغو قرارداد می شود. البته نباید هریک از بخش های چک لیست، کمتر از ۵۰٪ شود. در چنین شرایطی به پزشک درمورد آن بخش، تذکر داده می شود. کسب ضریب عملکرد ۴۰٪ سبب لغو قرارداد می شود. در ضریب عملکرد ۰/۷ باید ۳۰٪ حقوق فرد کسر گردد.

**۳- ارائه خدمات اضافی:** چنانچه ماما علاوه بر خدمات مامایی و مراقبت از مادران، کودکان و زنان و همیاری پزشک به انجام وظایفی چون دارویاری و تزریقات و پانسمان نیز مشغول باشد بازای خدمت دارویاری تا ۷٪ دریافتی وی (برحسب اینکه تمام خدمت را انجام می دهد یا فقط بخشی از آن را فقط در دهگردشی و ساعات غیراداری) و تا ۳٪ برای خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و...) ماهانه به دریافتی وی اضافه می شود. **ضرورت دارد این نکته در زمان انعقاد قرارداد در انتهای قرارداد ذکر شده تا پس از امضاء آن توسط فرد، شبیه ای برای وی درمورد انجام خدمات اضافی پیش نیاید.**

همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به ماما یا پرستار تاثیر می گذارد.

<p>فرمول مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار:</p> <p>فرمول محاسبه کارشناس:</p> <p>ضریب عملکرد* (ارائه خدمات اضافی+ سهم پراکندگی+ (K ریال* جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت }</p> <p>فرمول محاسبه کاردان:</p> <p>ضریب عملکرد* (ارائه خدمات اضافی+ سهم پراکندگی+ (K ریال* جمعیت) + سابقه خدمت در تیم پزشک خانواده + سهم محرومیت }</p>
--

دامنه این مقدار برای ماما یا پرستار کارشناس با جمعیت ۸۰۰۰ نفری تحت پوشش و کمترین مقادیر ضرایب مختلف موجود در فرمول و حضور دائم برای خدمت رسانی بیش از ۴۵۰۰۰۰ تومان و در بالاترین ضرایب، بیش از ۹۱۶۰۰۰ تومان است (البته بدون در نظر گرفتن سهم پراکندگی و ارائه خدمات اضافی و فقط با یک سال سهم ماندگاری در همان مرکز).

دامنه تغییر این پرداختها برای مامای کاردان بترتیب ۳۸۸۰۰۰ تومان و ۸۳۶۰۰۰ تومان می باشد (البته بدون در نظر گرفتن سهم پراکندگی و ارائه خدمات اضافی و فقط با یک سال سهم ماندگاری در همان مرکز). همه محاسبات با ضریب عملکرد=۱ فرض شده است.

در هر صورت، چنانچه براساس فرمول محاسباتی حقوق ماما از آنچه در تفاهم نامه آمده است، کمتر شد باید حداقل تعیین شده در تفاهم نامه به شرط جمعیت تحت پوشش ۸۰۰۰ نفر به وی پرداخت گردد.

#### سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: نسبت روزهایی که ماما یا پرستار در محل خدمت خود حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که ماما یا پرستار غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از حقوق وی کسر می گردد.

نسبت حضور =  $\frac{۳۰}{\text{روزهایی که بطور کامل ماما یا پرستار حضور داشته است}}$

حضور در هر شیفت کاری: چنانچه ماما یا پرستار در هر یک از شیفت های دو نوبته کار روزانه خود غیبت غیرموجه کرد (غیر از مرخصی و شرکت در آموزش) ۳۵٪ کل حقوق روزانه وی بازای هر شیفت غیبت روزانه از حقوق وی کسر می گردد.

تبصره ۹۳: روزهای جمعه و تعطیل در صورت کسر اضافه می شود.

تبصره ۹۴: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار در یک مرکز بهداشتی درمانی (براساس ماده ۶۱)، کمتر از حقوق فعلی ماما یا پرستار موجود در آن مرکز (درمورد افراد رسمی، پیمانی یا طرحی) یا حقوق تعیین شده معادل فرد پیمانی همتراز وی در قرارداد باشد، فرد حقوق تعیین شده خود را دریافت کرده و از محل ۱۵٪ کارانه پرسنل آن مرکز، به وی نیز کارانه پرداخت می شود.

تبصره ۹۵: چنانچه محاسبه دریافتی ماما یا پرستار طرف قرارداد در یک مرکز بهداشتی درمانی (براساس ماده ۶۱)، کمتر از حداقل دریافتی تعیین شده برای وی طبق قانون باشد، فرد حقوق خود را براساس فرمول دریافت کرده و مابه التفاوت تا حداقل دریافتی از محل درآمدهای اختصاصی این برنامه، به وی پرداخت می شود.

تبصره ۹۶: درمورد تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز مورد نظر بیش از یک ماما یا پرستار دارد، برای محاسبه حقوق هر کدام، باید تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش برای همان ماما یا پرستار در نظر گرفته شود. مثلاً "اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت دارد و دارای ۲ ماما یا پرستار است برای هر یک، ۳ خانه بهداشت در نظر گرفته می شود.

تبصره ۹۷: چنانچه با محاسبات انجام شده حقوق ماما یا پرستار با حداقل ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۴۹۰۰۰۰ تومان در ماه شد باید دریافتی وی را به ۴۹۰۰۰۰ تومان در ماه افزایش داد.

ماده ۶۲: معادل ۸۰٪ پول ماماها یا پرستاران قراردادی - در صورتیکه مبلغ محاسبه شده براساس فرمول ماده ۶۲ بیش از حقوق آنها باشد - (پس از کسر کسورات قانونی) هر ماهه پرداخت شده و ۳۰٪ (یعنی ۲۰٪ باقیمانده و ۱۰٪ از آنچه دریافت کرده اند) را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

تبصره ۹۸: در صورتیکه فرد بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازای هر روز غیبت به میزان ۱/۵ روز از دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

ماده ۶۳: ماماها یا پرستاران استخدامی هرماه، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق تا حدود ۸۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت را دریافت می کنند و ۲۰٪ باقی مانده هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پایش عملکرد (پس از کسر کسورات قانونی) قابل پرداخت است.

**ماده ۶۴:** حق الزحمه ماماهاى قراردادى به عنوان مامای جایگزین معادل متوسط حق الزحمه ماماهاى شهرستان یا شهرستانهای محل ماموریت مامای جایگزین مزبور می باشد. بازای هر روز ماموریت ماما در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به عنوان جایگزین، ۷۰٪ کل حقوق روزانه وی به مبلغ قرارداد اضافه می شود.

**ماده ۶۵:** مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی تا ۱۵ روز آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد مبلغ آن ۱۵ روز رابه وی پرداخت کند. مثلاً " اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل ۱۵ روز کامل باید دریافت کند.

## فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل در سطوح: مرکز بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان، و مرکز بهداشت استان از منابع اعتباری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی

بعد از استقرار برنامه پزشکی خانواده، دو مورد از مهمترین اهرم های کنترل عبارتند از:

• گردش مالی اعتبارات و سهم هریک از سطوح و حیطه های ارائه خدمات از آن

• مکانیسم پرداخت به پرسنل درگیر در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی.

این اهرم های کنترل نیازمند شفاف سازی است به گونه ای که بدون ایجاد این شفافیت، نمی توان پیاده سازی برنامه پزشکی خانواده را به شکلی کامل و جامع انتظار داشت. در این فصل از دستورعمل سعی شده است تا با استفاده از نظرات کارشناسی همکاران ستادی و محیطی، به کلیه جنبه های اصلی مکانیسم پرداخت و گردش مالی پرداخته شود.

### منابع تامین مالی و محل تجمیع این منابع

ماده ۶۶: براساس مصوبات هیاتهای امناء دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۴، درآمد بیمه روستایی از شمول کلیه مقررات درآمدهای دانشگاه خارج، و تابع این دستورعمل خواهد بود.

#### مصوبه هیات امناء:

نامه شماره ۶۲۹۸۴ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۹ مطرح و مقرر گردید به منظور استقرار و گسترش برنامه بیمه روستایی دانشگاه های علوم پزشکی مکلف هستند کلیه اعتبارات تخصیص یافته برنامه بیمه روستایی، اعم از وجوه حاصل از عقد قرارداد با سازمانهای بیمه و یا سایر درآمدهای ناشی از بیمه روستایی را منحصراً در چهارچوب دستورعملهای ارسالی از وزارت بهداشت در برنامه مربوطه هزینه کرده و نسبت به استقرار تجهیزات و خودروهای تحویل شده به دانشگاه برای مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت اقدام کنند. همچنین، اجرای مفاد دستورعمل بیمه روستایی و پزشکی خانواده صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الزامی بوده و دراین راستا مجوز موارد ذیل صادر می گردد:

- پرداخت کارانه به پرسنل استخدامی (رسمی، پیمانی، پیام آور و طرحی) در چهارچوب ضوابط و دستورعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- عقد قرارداد به منظور ارائه خدمات پزشکی و غیرپزشکی موردنیاز برنامه از طریق بخش غیردولتی، اعم از اشخاص حقیقی یا حقوقی در صورت نیاز.

ماده ۶۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا قبل از بیست و پنجم هر ماه تمامی درآمدهای بیمه روستایی (منابع اعلام شده در فصل اول این دستورعمل - صفحه ۸) واریز شده به حساب درآمدهای شهرستان را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب درآمدهای دانشگاه واریز نماید و گزارش آن را به مرکز بهداشت استان اعلام دارد.

ماده ۶۸: اداره بیمه استان موظف است تا قبل از بیستم هرماه، حداقل ۸۰٪ از مبلغ مورد تعهد در قرارداد با شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را مستقیماً به حساب بانک طرف حساب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی (درآمد غیرقابل برداشت خزانه) واریز نماید و به معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی رونوشت کند.

ماده ۶۹: معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است به محض واریز وجوه درآمد بیمه روستایی شهرستان به حساب درآمد استان، تمامی وجوه واریزی را ضمن ثبت در دفاتر مربوطه، به حساب خزانه واریز نماید.

**ماده ۷۰:** معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است به محض بازگشت وجوه اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به حساب تمرکز درآمد اختصاصی دانشگاه، موارد را به اطلاع معاون بهداشتی دانشگاه برساند تا معاون بهداشتی نیز مستند به حجم ریالی منابع هر شهرستان، درصد عملکرد قابل قبول هر یک از سطوح ملی، استانی، شهرستانی و محیطی (شامل پزشک، ماما، پرستار و سایر پرسنل) و براساس مندرجات دستورعمل پرداخت کارانه (متمم دستورعمل نسخه ۱۲)، دستور خرج ستاد استان و هر شهرستان را به تفکیک تهیه نموده و منابع اعتباری را براساس این دستور خرج میان شهرستان ها توزیع نماید.

**ماده ۷۱:** معاون پشتیبانی دانشگاه موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را هر ماه یکبار با دستور خرجی که معاون بهداشتی دانشگاه در اختیار وی قرار می دهد، میان شهرستان های تابعه توزیع نماید.

**ماده ۷۲:** مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تخصیصی هر ماهه را مطابق دستور خرج معاون بهداشتی که استانداردهای آن در همین دستورعمل آمده است، هزینه نماید.

**ماده ۷۳:** مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا رییس مرکز بهداشت شهرستان موظف است اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از ارائه به مدیریت مالی دانشگاه به تائید معاون بهداشتی دانشگاه برساند.

**ماده ۷۴:** معاون پشتیبانی دانشگاه و مدیریت امور مالی نیابستی اسناد هزینه کرد وجوه منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را قبل از تائید معاون بهداشتی دانشگاه از شهرستانهای تابعه بپذیرند.



**ماده ۷۵:** براساس مصوبه هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی، منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از شمول ۵٪ درآمدهای در اختیار ریاست دانشگاه خارج و وجوه آن مطابق آنچه در دستورعمل نحوه پرداخت کارانه پرسنل (متمم نسخه ۱۲) آمده است، هزینه می شود.

**ماده ۷۶:** معاون بهداشتی دانشگاه موظف است ضمن اخذ گزارش عملکرد مالی فصلی از شهرستانهای تابعه، گزارش سالانه عملکرد مالی و فنی خود را با امضای مشترک مدیریت مالی دانشگاه به مرکز مدیریت شبکه ارسال نماید.

**استانداردهای توزیع منابع اعتباری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:**

**ماده ۷۷:** معاون بهداشتی دانشگاه موظف است پس از تعیین سهم هر یک از سطوح براساس مندرجات همین دستورعمل و دستورعمل پرداخت کارانه، ضرایب عملکرد هر سطح را در سهم همان سطح اعمال نموده و دستور خرج سه ماهه (به تفکیک

ماه) را بر این اساس تنظیم کند و به معاون پشتیبانی دانشگاه ارائه دهد و معاون پشتیبانی نیز عیناً براساس دستور خرج مذکور نسبت به توزیع منابع اقدام نماید.

**ماده ۷۸:** مرکز بهداشت شهرستان موظف است از باقی مانده اعتبارات تخصیصی، در گام اول مبالغ مورد تعهد در قراردادهای منعقدہ را براساس ضریب عملکرد، محاسبه کرده و سپس پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد به تایید معاونت بهداشتی دانشگاه رسانده شود.

**ماده ۷۹:** مرکز بهداشت شهرستان موظف است از باقی مانده اعتبارات تخصیصی، هزینه های مربوط به ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی را در صورت ارائه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

**ماده ۸۰:** مرکز بهداشت شهرستان موظف است از محل درآمدهای اختصاصی برنامه موضوع منابع مالی تعیین شده در این دستورعمل (غیر از بند ۱ صفحه ۸)، هزینه های مربوط به تامین فضای زیست یا بیتوته پزشک و مواد مصرفی مورد نیاز مراکز بهداشتی درمانی را تامین و پرداخت نماید و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی ارائه دهد.

**ماده ۸۱:** مرکز بهداشت شهرستان اجازه خواهد داشت از محل صرفه جویی در اعتبارات تخصیصی به منظور پرداخت کارانه پرسنل محیطی و ستادی مرکز بهداشت شهرستان، بهبود استاندارد و خرید مواد مصرفی مورد نیاز مرکز تا سقف اعتبارات صرفه جویی شده، هزینه کند و پس از هزینه کرد، اسناد را به معاونت بهداشتی استان ارائه دهد. بدیهی است پرسنلی که حداقل درصد عملکرد را کسب کرده باشند، نمی توانند از این اضافه کارانه بهره مند گردند.

**تبصره ۹۹:** چنانچه پزشک خانواده یا مامای تیم سلامت کمتر از ۳ ماه به قرارداد خود پایبند باشد و محل خدمت را ترک کند، سهم حاصل از نتیجه پایش عملکرد (۳۰٪) به وی تعلق نمی گیرد.

**ماده ۸۲:** مسوولیت حسن اجرای دستورعمل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده به عهده معاونین بهداشتی، پشتیبانی و به طریق اولی به عهده رییس دانشگاه خواهد بود.



## فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر

**ماده ۸۳:** در این بخش از خدمات، هیچ تغییری در نظام مالی و مکانیسم پرداخت ایجاد نخواهد شد.  
**تبصره ۱۰۰:** در عقد قرارداد با نیروهای متخصص، مکانیسم های ارائه بازخورد اطلاعات از متخصص به پزشک خانواده توسط بیمه خدمات درمانی متعاقبا" اعلام می شود.

**ماده ۸۴:** در صورت عقد قرارداد بین بیمه با بیمارستان/ بیمارستان های شبکه، بیمارستان/ بیمارستان ها باید موظف به ایجاد پلی کلینیک های تخصصی شوند تا در ساعات خاصی (مناسب با شرایط تردد روستاییان) به بیمه شدگان روستایی خدمت ارائه دهند.

**ماده ۸۵:** مرکز بهداشت یا مدیر شبکه شهرستان موظف است در شروع برنامه، مسیر ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به کمیته استانی بهر اعلام دارد.

**ماده ۸۶:** معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی موظف است مسیر ارجاع تمامی شهرستان ها را طی مجموعه ای مکتوب تهیه و به اداره بیمه خدمات درمانی استان ارائه دهد.

**ماده ۸۷:** بیمه خدمات درمانی موظف است در آغاز، پس از دریافت مسیر ارجاع، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. هر تغییری که پیش می آید، بایستی مجدد اعلام شود. به هر حال، حداکثر در فواصل ۳ ماهه لیست نهایی باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.

**ماده ۸۸:** بخش بیمارستانی موظف است تا برای تسهیل در بستری بیماران تحت پوشش بیمه روستایی یک نفر را بطور شبانه روزی برای پذیرش بیماران به جهت بستری بیمه شده روستایی اختصاص دهد.

**ماده ۸۹:** خدمات بخش بستری و درمان سرپایی تخصصی نیز براساس بسته خدمت و مراقبت های مدیریت شده و سایر ابزار کنترل، توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و با همکاری بیمه خدمات درمانی استان نظارت می شوند.

## فصل نهم: مسوولیت اجرا

ماده ۹۰: مسوولیت حسن اجرای کلیه موارد مطروحه در موضوع خدمات سلامت سطح اول به عهده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی است. همچنین، مسوولیت حسن اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در موارد مطروحه در موضوع خدمات سطوح دوم و بالاتر به عهده معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی خواهد بود. بدیهی است مسوولیت کلی اجرای برنامه بیمه روستایی در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی به عهده رییس آن دانشگاه علوم پزشکی می باشد. البته، هیچیک از نظارت های مربوط به دانشگاه علوم پزشکی، نافی نظارت اداره بیمه خدمات درمانی استان بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف نخواهد بود.

پیوست شماره ۱۹ فرمت قرارداد مشترک بیمه استان و شبکه شهرستان است به همراه تفاهم نامه مشترک در این زمینه (نامه دو امضاء)

این دستورعمل در ۹ فصل؛ ۹۰ ماده و ۱۰۰ تبصره به همراه ۲۰ پیوست تنظیم شده است.

## تفاهم نامه پیشنهادی خدمات سطح یک بیمه روستائیان و عشایر سال ۱۳۹۰

### مقدمه :

در اجرای مواد ۲۲ بند (ج) و (د)، ۲۴ (بند ج)، ۳۵ الی ۳۸ بند (ج) و (ز) قانون پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه درمانی به تمامی جمعیت روستایی و عشایر کشور با تاکید بر استقرار تیم سلامت با محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و همچنین به استناد ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مبنی بر استفاده از ظرفیتهای دولتی در مواردی که میزان فعالیت موسسات غیردولتی کفایت لازم را برای ارائه خدمات نمی نماید و نیز تبصره های ۲۱ و ۱۱ همین قانون و با توجه به عدم کفایت ظرفیت های غیردولتی در مناطق روستایی و عشایر پیرو تفاهم نامه های قبلی، این تفاهمنامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با نمایندگی معاونت بهداشت از یک طرف و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با نمایندگی سازمان بیمه خدمات درمانی از طرف دیگر مبادله و ادارات کل بیمه خدمات درمانی (خریدار خدمات) و دانشگاههای علوم پزشکی (تأمین کننده خدمات) به عنوان دستگاه های وابسته دو وزارتخانه مسئولیت اجرای مفاد این تفاهم نامه را عهده دار خواهند بود. همچنین معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری به عنوان ناظر بر تفاهمنامه می باشد.

۱) موضوع تفاهمنامه: خرید بسته خدماتی سطح اول پیوست، بر مبنای پزشک خانواده در سامانه ارجاع طبق لیستهای مورد توافق طرفین (بسته های خدمات پزشکی، مامائی، پاراکلینیک و داروشی پیوست)

۲) گیرندگان خدمت: روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی خدمات درمانی تبصره ۱: مراکز بهداشتی درمانی هر ۶ ماه یکبار (فروردین و مهرماه هر سال) لیست اسامی مولید و فوت و سالانه نیز تغییر جمعیت تحت پوشش (دارای دفترچه بیمه روستایی) مراکز مجری را به ادارات کل بیمه خدمات درمانی مربوطه ارسال می نمایند، که مبنای اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه قرار خواهد گرفت. متقابلاً اداره کل بیمه خدمات درمانی لیست اسامی دفترچه های بیمه خدمات درمانی صادر شده در هر مرکز را هر ۶ ماه یک بار جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه مینا قرارداده و به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه ارائه خواهد نمود.

تبصره ۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی موظف هستند نسبت به تدوین و اجرا تدوین پالایش جمعیت اقدام نموده و بعد از پالایش، تعداد دفترچه های جدید مبنای پرداخت سرانه خواهد بود.

تبصره ۳: گیرندگان خدمت بر اساس دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در انتخاب پزشک خانواده خود آزاد و بر اساس ضوابط قید شده در آن مجاز به تغییر پزشک خانواده خود هستند.

## هزینه‌های درمانی

۳) طرفین توافق دارند که در قالب سقف بودجه ابلاغی عمل نموده و مبلغ سرانه سالانه خدمات سطح اول به ازای جمعیت معرفی شده از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی دارای دفترچه بیمه روستایی و عشایر (۱۷۶۰۰۰ ریال) تعیین می‌گردد. این سرانه برحسب ضریب محرومیت مناطق کشور در دامنه‌ای که توسط وزارت بهداشت مشخص می‌شود (مشروط بر آنکه متوسط وزنی سرانه کل کشور از مبلغ مذکور فراتر نباشد) اختصاص خواهد یافت.

۴) سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از مجموع مبلغ سرانه به شرح ذیل خواهد بود:

الف) پزشک ۴۹ درصد

ب) ماما ۱۲ درصد

پ) اقلام دارویی سطح اول ۲۶ درصد

ت) پاراکلینیک ۷ درصد (مشمول بردو جزو رادیولوژی ۳ درصد و آزمایشگاه ۴ درصد)

ث) هزینه‌های پیش بینی نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص بندهای الف - ب - پ و ت ۴ درصد در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی که پس از مکاتبات درخواستی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار خواهد گرفت.

ج) هزینه‌های نظارت و پایش و سایر هزینه‌های عملیاتی و پرسنلی ۲ درصد در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی

### تذکر:

سهم پزشک و ماما از سرانه سطح یک، شامل حقوق و مزایا و بیمه و سایر کسور قانونی می‌باشد.

تبصره ۱: میزان تخصیص سرانه تعیین شده برای سطح اول در صورت تأیید عملکرد ارائه خدمات توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، متناسب با میزان تخصیص کل اعتبار به روستائیان و عشایر خواهد بود.

تبصره ۲: حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و حداقل دریافتی ماما نیز ۴/۹۰۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

تبصره ۳: مرکزی از نظر سازمان بیمه خدمات درمانی فعال محسوب می‌شود که در آن خدمات پزشک و دارو ارائه شود و در غیر اینصورت فعال قلمداد نمی‌گردد. همچنین دانشگاه بدون هماهنگی ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان حق واگذاری وظایف پزشک خانواده مرکز را بصورت جزئی و کلی به خارج از مرکز (بخش غیر دولتی) ندارد.

تبصره ۴: در صورت عدم ارائه خدمات آزمایشگاه و رادیولوژی در مراکز، سازمان ضمن عدم پرداخت درصد سهم مربوطه، در این رابطه نسبت به عقد قرارداد با مراکز دولتی و غیردولتی مختار خواهد بود.

تبصره ۵: به همین ترتیب حذف هر یک از خدمات دیگر این ماده نیز موجب کسر سهم آن از سرانه متعلقه خواهد شد.

تبصره ۶: تمام سرانه اختصاص داده شده بابت سطح یک برابر تفاهمنامه می‌بایست برای ارائه خدمات تعیین شده موضوع تفاهمنامه هزینه گردد و هزینه کرد آن توسط دانشگاه در غیر از موارد تعیین شده مجاز نمی‌باشد. دانشگاه موظف است لیست ریز هزینه مورد تأیید امور مالی را به تفکیک عناوین ذکر شده در ماده ۴ هر شش ماه یکبار به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اعلام نماید.

۵) ستاد هماهنگی کشور شامل نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری خواهد بود که با شرح وظایف، برنامه ریزی مشترک جهت نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف، تشکیل می شود. لازم به ذکر است ستاد هماهنگی استانی دراستانها با عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی - مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان - معاونین بهداشت و درمان دانشگاه - رئیس گروه گسترش مرکز بهداشت استان - یکی از معاونین مدیرکل و رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستائیان بیمه خدمات درمانی و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان (و فرماندار در دانشگاههای مستقر در شهرستانها) تشکیل می شود. در شهرهای مرکز استان، ریاست دبیرخانه به عهده رئیس دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و دبیری به عهده مدیرکل بیمه خدمات درمانی و در شهرهای دارای دانشگاه علوم پزشکی مستقل برعکس خواهد بود. تصمیمات این دبیرخانه با توافق جمعی و طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی موضوع به ستاد هماهنگی کشور منعکس و پاسخ آن الزام اجرای استانی خواهد داشت.

۶) دانشگاه های علوم پزشکی موظفند نسبت به تامین ۲۷۰ قلم داروی مصرفی مورد تعهد خود در خدمات سطح یک برابر فهرست مربوط به این تفاهم نامه (اعلامی از سوی سازمان غذا و دارو) اقدام نمایند. در صورت فقدان اقلام دارویی در بازدید از مراکز براساس فرمول زیر برای ماه مورد بازدید از سهم درصد مربوطه به داروی اختصاص یافته به آن مرکز کسر خواهد شد.

۱۲ + جمعیت مشمول طرح × سرانه ریالی دارو × مجموع قیمت هر واحد از اقلام کسری

مجموع قیمت هر واحد از کل اقلام (۲۷۰ قلم)

تبصره ۱: در صورتیکه یک هفته پس از تاریخ ارسال گزارش بازدید، تامین داروها توسط شبکه بهداشت به اداره بیمه شهرستان یا اداره کل اعلام گردد، تعدیلات اعمال نمی شود. در غیر اینصورت تعدیل به کل ماه مورد بازدید تعمیم داده می شود. بدیهی است باتوجه به امکان بازدید مجدد از مراکز بهداشتی درمانی در طول یکماه، مراکز می بایست نهایت همکاری را با اداره کل جهت بازدید به عمل آورند در غیر اینصورت به دلیل عدم احراز تامین دارو، تعدیلات لازم صورت خواهد گرفت.

تبصره ۲: نبود بعضی از داروها که مشابه آن موجود است، در بعضی از مناطق بدلیل کمبود کشوری داروها، با نظر ستاد هماهنگی استانی قابل اغماض است و مشمول تعدیلات نیست.

تبصره ۳: در صورتی که داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد روستایی اداره کل تهیه گردد، ۱.۵ برابر سهم سازمان از قیمت کل سرانه دارویی مرکز کسر می شود.



۲) مراکز ارائه دهنده خدمات به روستائیان در شیفت‌های صبح و بعداز ظهر (بمدت ۸ ساعت به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه) با حضور پزشک و ماما در تمام روزهای هفته به جز ایام تعطیل رسمی، موظف به ارائه خدمات درمانی می‌باشند. ستاد استان مکلف است برنامه زمانی ارائه خدمات در دو شیفت صبح و عصر را بگونه‌ای طراحی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم منطقه باشد.

تبصره ۱: به منظور جلوگیری از قطع ارائه خدمت به بیمه شدگان، دانشگاه مکلف است در مواقع خارج از برنامه زمانی تعیین شده و تعطیلات رسمی برای ارائه خدمت از طریق بیتوته برنامه ریزی و اطلاع رسانی نماید.

تبصره ۲: در صورت غیبت موجه پزشک یا تعطیلی داروخانه، بیش از سه روز در طول یکماه، مرکز غیرفعال تلقی شده و کل سرانه روزهای غیبت بیش از این سه روز کسر می‌شود. در صورت غیبت غیرموجه پزشک تا سه روز فقط سرانه پزشک کسر می‌گردد و چنانچه این غیبت بیش از سه روز بود، سرانه کل مرکز برای آن روزها کسر می‌شود.

تبصره ۳: هرگونه تغییر در فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر و خدمات ارائه شده در هر یک از آنها، باید حداکثر ظرف مدت یک ماه توسط اداره کل بیمه خدمات درمانی به شبکه‌های بهداشتی درمانی اعلام گردد.

تبصره ۴: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان بصورت یکسان (دریافت FFS و یا سرانه) عمل نماید.

۸) به ازاء هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی جذب یک پزشک و برای هر مرکز نیز حداقل جذب یک ماما ضروری است.

تبصره ۱: با توجه به سایر وظایف محوله به پزشکان شاغل در طرح (وظایف بهداشتی، ویزیت بیماران غیر روستایی و.....) برای هر پزشک حداکثر ۴۰۰۰ بیمه شده روستایی در نظر گرفته می‌شود. در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد و مراتب به تایید اداره کل بیمه خدمات درمانی استان رسیده است این تعداد تا ۸۰۰۰ نفر قابل افزایش خواهد بود.

به منظور بهینه نمودن ارائه خدمات، ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت (با رعایت ماده ۴) به شرح زیر خواهد بود:

- تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پزشک ۱۰۰ درصد سرانه پزشک پرداخت می‌گردد.

- از ۴۰۰۱ تا ۶۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۵۰ درصد از سرانه پزشک کسر می‌گردد.

- از ۶۰۰۱ نفر تا ۸۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۶۰۰۰ نفر ۷۵ درصد از سرانه پزشک کسر می‌گردد.

تبصره ۲: در استانهای محروم (سیستان و بلوچستان، لرستان، خراسان جنوبی، خوزستان، هرمزگان، کردستان، بوشهر، ایلام و دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، گناباد، بم) در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد در صورت تایید سازمان بیمه خدمات درمانی، کل سرانه در مراکز آن منطقه قابل پرداخت می‌باشد. سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است ظرف مدت حداکثر یک ماه پس از دریافت استعلام دانشگاه به همراه مستندات دال بر عدم امکان جذب پزشک توسط دانشگاه و همچنین عدم امکان واگذاری خدمات به بخش خصوصی توسط اداره کل استان مربوطه، مراکز مشمول پرداخت کل سرانه را تعیین نماید. (مشروط بر اینکه وضعیت بدتر از قبل نباشد)

۹) به منظور ارائه خدمات بهینه و هماهنگی در ارائه خدمات سطح اول، وزارت بهداشت متعهد می‌گردد با مشارکت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ پروتکل تشخیص و درمان حداقل ۴۰ بیماری شایع را تهیه و به مراکز بهداشتی درمانی ابلاغ نماید. ساختار دبیرخانه متولی این امر از سوی وزارت بهداشت حداکثر سه ماه پس از ابلاغ تفاهم نامه سال ۱۳۹۰ اعلام خواهد شد.

۱۰) مراکز بهداشتی - درمانی جهت ارائه کلیه خدمات سطح اول و به منظور کمک در امور آماری و نظارتی سازمان، موظف به استفاده از دفترچه بیمه بوده و همچنین ملزم به جدا نمودن اوراق مذکور، ارائه به سازمان می‌باشند. ضمناً نسخ ارائه شده به ویژه دارویی توسط سازمان بیمه خدمات درمانی محاسبه و تجزیه و تحلیل شده و مبنای برنامه ریزی های آینده قرار خواهد گرفت.

تبصره: استمرار پرداختها منوط به ارائه اوراق دفترچه های مربوطه می باشد.

۱۱) شیوه پرداخت بصورت سزانه به میزان ۸۰٪ تا بیستم هرماه و ۲۰٪ باقی مانده بعد از پایش عملکرد حداکثر ظرف یک ماه به شرط تخصیص اعتبار و رعایت مفاد این تفاهم نامه خواهد بود.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان مکلف به پرداخت ۸۰٪ حقوق پرسنل طرح حداکثر تا سوم ماه بعد و نیز ۲۰٪ مربوط به پایش حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش می باشد.

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان می بایست لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماها را در پایان هرماه به تفکیک اسمی پزشکان و ماماها به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان ارائه نماید. لازم به ذکر است استمرار پرداختها منوط به ارائه لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماها می باشد.

۱۲) تشکیل پرونده سلامت توسط کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات الزامی است. وزارت بهداشت متعهد می گردد در طول سال ۹۰ در ۶ استان کشور (علاوه بر موارد قبلی) برنامه مکانیزاسیون پرونده سلامت را اجرا کند.

۱۳) فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر و خدمات ارائه شده در هریک از آنها توسط ادارات کل بیمه خدمات درمانی به شبکه های بهداشتی درمانی ارائه می شود.

۱۴) هرگونه تجویز خدمات سطح اول پزشک خانواده صرفاً باید در دفترچه بیمه انجام شود. لذا پزشکان خانواده مجاز به تجویز دارو و یا سایر خدمات خارج از دفترچه بیمه و یا دربرگه غیر از برگه مخصوص داروخانه و پاراکلینیک (برگه اول) نمی باشد و نیز پزشکان مجاز به تجویز نسخه در دفترچه غیر نمی باشند. بعد از تجویز نسخه در برگه اول دفترچه، باید قسمت کادر پایین که مخصوص مهر و امضاء پزشک می باشد، توسط پزشک مهر و امضاء شده و سپس برگه دوم جدا شده و پس از مهر کردن، نزد پزشک نگهداری شود و در پایان ماه به همراه فرم تکمیل شده آمار ماهیانه مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی (موضوع پیوست شماره ۵ قرارداد) به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان موظف است پس از جمع آوری کلیه فرم ها و نسخ، آنها را به اداره کل بیمه خدمات درمانی، ارسال

گفتند از این رو در مورد دارندگان دفترچه بیمه درمان روستاییان از نظر نحوه استفاده از دفترچه بیمه، مانند مشمولین سایر بیمه ها عمل خواهد شد.

تبصره ۱: در موارد ارجاع بیمه شده به سطوح بالاتر یا عنایت به اینکه در دقائر مربوطه کد ارجاع ثبت می گردد، نیازی به کندن اوراق دفترچه نبوده و ضرورت دارد تعداد موارد ارجاع در پایان همراه براساس اطلاعات دفتر ارجاع پزشکی مرکز بهداشتی درمانی، در فرم آمار مراجعین ثبت و به اداره کل بیمه خدمات درمانی ارسال گردد.

تبصره ۲: شبکه های بهداشت و درمان شهرستان موظف هستند، پزشکان خانواده جدید را برای آشنایی با قوانین بیمه ای و نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران، به ادارات کل بیمه خدمات درمانی معرفی نمایند. ادارات کل بیمه خدمات درمانی نیز موظف می باشند ضمن آموزش قوانین مذکور، برای پزشکانش که دوره مذکور را طی کرده اند، گواهینامه آموزشی صادر نمایند.

۱۵) رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی موظف به هماهنگ نمودن معاونت های بهداشتی و درمانی خود جهت هماهنگی لازم بین سطوح ۱ و ۲ و ۳ می باشند.

۱۶) هزینه مواردی مانند فعالیتهای بهداشتی، آموزش بیماران و غیره از محل منابع در اختیار وزارت بهداشت تأمین می گردد.

۱۷) با توجه به نگاه سلامت محوری، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود.

۱۸) با توجه به جزء ۳ بند «ز» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در مناطقی که میزان فعالیت موسسات غیر دولتی برای ارائه خدمات کافی باشد، اولویت عقد قرارداد با این مراکز خواهد بود. ( تعیین حداقل معیارهای کفایت بصورت مشترک تهیه و در عرض سه ماه ابلاغ می گردد).

۱۹) قیمت تمام شده فعالیت نظام ارجاع پزشکی خانواده سطح یک براساس مطالعات و تجربیات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی در کمیته های متشکل از نمایندگان دستگاههای یاد شده با محوریت نماینده معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، بررسی و نتایج مربوط در برنامه ریزی های آتی مورد بهره برداری قرارگیرد.

تبصره: سازمان بیمه خدمات درمانی با مشارکت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به طراحی و پیاده سازی نرم افزار جامع نظام پرداخت سطح اول روستایی می نماید.

۲۰) هرگونه ارزیابی، پایش و تعدیلات ناشی از آن براساس چک لیست ابلاغی مشترک وزارت بهداشت، درمان و



آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی خواهد بود. و تعدیلات صرفاً بر قالب این چک لیست قابل قبول می باشد. موارد مرتبط با سرفصل های چک لیست فوق حداکثر ظرف مدت یکماه پس از امضای تفاهم نامه ابلاغ می گردد.

۲۱) کلیه دستورالعملهایی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی ترسیده باشد برای طرف مقابل الزام آور نخواهد بود.

مفاد این تفاهم نامه در یک مقدمه و ۲۱ ماده و ۲۴ تبصره و یک تذکر از تاریخ اول فروردین ۱۳۹۰ به مدت یک سال شمسی برای تمامی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و ادارات کل بیمه خدمات درمانی استانها لازم الاجرا است. بدیهی است مفاد این تفاهم نامه تا زمان تنظیم و ابلاغ تفاهم نامه جدید به قوت خود باقی خواهد بود.

دکتر محمد باقر هداوند

مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی

دکتر علیرضا مصدافی نیا

معاون بهداشتی وزارت بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی

دکتر رحیم ممبینی

معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری

ازجمله

ادریه المل

پیوست شماره ۲:

ضرایب محرومیت به تفکیک شهرستان در سال ۱۳۹۰

فایل مربوطه با عنوان (zarayeb1390(17500) به صورت Excel جداگانه ارسال می شود.



رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

باسمه تعالی

«با صلوات بر محمد و آل محمد»

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت بازرگانی، وزارت کار و امور اجتماعی، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، وزارت امور اقتصادی و دارایی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۳/۱۱ بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های رفاه و تامین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (هـ) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران- مصوب ۱۳۸۹ - تصویب نمود:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۳۹۰ به شرح ذیل تعیین می گردد:

الف- ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی	
۱- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی	سی و هفت هزار ریال (۳۷۰۰۰)
۲- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص	چهل و چهار هزار و پانصد ریال (۴۴۵۰۰)
۳- ویزیت پزشکان فوق تخصص و روانپزشکان	پنجاه و چهار هزار و پانصد ریال (۵۴۵۰۰)
۴- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک	شصت و پنج هزار ریال (۶۵۰۰۰)

ب- سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر برای ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (مشروط به ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان به ترتیب معادل (۱.۶) برابر، (۱.۴۵) برابر و (۱.۳۵) برابر نسبت به سهم آنان از بند (الف) و به شرح ذیل خواهد بود:

(ارقام به ریال)

ویزیت	استادیار	دانشیار	استاد
متخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	۴۹۸۰۰
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	۱۳۳۰۰
	جمع کل	جمع کل	۶۳۱۰۰
فوق تخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	۶۱۰۰۰
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	۱۶۳۰۰
	جمع کل	جمع کل	۷۷۳۰۰

تبصره ۱- سهم بیماران در پرداخت ویزیت سرپایی موضوع جزء (ب) معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه های مصوب در جزء (الف) می باشد.

تبصره ۲- اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی اطلاق می شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی خارج از دانشگاه مربوطه را نداشته باشند.

تبصره ۳- ویزیت اعضای هیئت علمی که به صورت تمام وقت جغرافیایی مشغول فعالیت می باشند، در جهت تقویت بخش آموزشی در کشور با ارائه گواهی توسط رئیس دانشگاه علوم پزشکی مبنی بر تمام وقت بودن جغرافیایی و ضمیمه نمودن حکم حقوقی تمام وقتی بر مبنای مفاد جزء (ب) بند (۱) این تصویب نامه توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت است.

## جدول تعرفه و فرانشیز برخی از خدمات تشخیصی درمانی سال ۱۳۹۰

مبالغ به ریال می باشد.

تعرفه تعدادی از خدمات تشخیصی درمانی سال ۱۳۹۰

ردیف	کد بین المللی	نام خدمت	ضریب ارزش نسبی	واحد	تعرفه بخش دولتی در سال ۱۳۹۰				توضیحات
					پزشک	پرستار	پزشک	پرستار	
1	90782	هر نوع تزریق درمانی دارو داخل عضله یا زیر جلدی	2,5	کای داخلی	12100	8500	3700	2600	طبق بخشنامه شماره ۳۵۸۴۰۸ مورخ ۸۶/۱۰/۶ تعرفه تزریقات برای پرستار معادل ۷۰٪ محاسبه می گردد.
2	90783	داخل شریانی	3	کای داخلی	14500	10200	4400	3100	هزینه سرنگ به طور جداگانه قابل محاسبه می باشد.
3	90784	داخل وریدی	4	کای داخلی	19400	13600	5900	4100	
4	90788	هر تزریق داخل عضله آنتی بیوتیک	2,5	کای داخلی	12100	8500	3700	2600	
5	90780	انفوزیون وریدی توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم وی تا یک ساعت(وصل سرم)	6	کای داخلی	29100	20400	8700	6100	
6	90781	هر ساعت اضافه تا ۸ ساعت	4	کای داخلی	19400	13600	5900	4100	
7	90030	پانسمان مختصر	3,5	کای داخلی	17000	12000	5100	3600	
8	12001	ترمیم پوست ساده (بخیه) تا ۲,۵ سانتی متر	1	کای جراحی	60000	0	18000	0	
9	12002	ترمیم پوست ساده ۲,۵ تا ۷,۵ سانتی متر	1,4	کای جراحی	8400	0	25000	0	
10		ختنه در تمامی سطوح سنی و بصورت گلوبال	5	کای جراحی	300000	0	90000	0	بخشنامه شماره ۲۴۹۶۳/ک مورخ ۱۳۷۸/۱۲/۱۴
11	80001	پذیرش خدمات آزمایشگاهی	5900						صفحه ۷۷ کتابچه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی ۱۳۹۰ وزارت بهداشت

## پیوست شماره ۴:

فرم پایش مشترک بیمه استان و شبکه: اداره بیمه فقط مجاز است با این فرم مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه را پایش کند و کسورات فقط بازای موارد دارای امتیاز اعمال می گردد.

### فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

#### الف: خدمات پزشکی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۱۰	آیا پزشک خانواده در هشت ساعت اداری در مرکز حضور فعال دارد؟					
۲	۱	آیا پزشک کلیه بیمه شدگان روستایی را بدون محدودیت در هشت ساعت اداری مرکز پذیرش می نماید؟					
۳	۱۰	آیا ثبت اقدامات درمانی در پرونده سلامت بیماران صورت گرفته است؟					
۴	۰	آیا دفتر آمار روزانه مراجعین به پزشک خانواده تکمیل می شود؟					
۵	۰	آیا پزشک در برگزاری کلاسهای آموزشی جهت پرسنل، بهورزان و بیمه شدگان شرکت فعال دارد؟					
۶	۵	آیا پزشک خدمات درمانی سرپایی را مطابق بسته خدمات در دفاتر بیمه تجویز می کند؟					
۷	۲	آیا نظارت بر خدمات ارائه شده توسط تیم سلامت (بخیه، ختنه، تزریقات وپانسمان) به وسیله پزشک صورت می گیرد؟					
۸	۰	آیا تابلوی شرح وظایف پزشک خانواده در محل مناسبی از اتاق پزشک نصب گردیده است؟					
۹	۱	آیا تابلوی مشخصات پزشک خانواده در محل مناسبی از اتاق پزشک نصب گردیده است؟					
۱۰	۲	آیا مکاتبه با شبکه بهداشت و درمان شهرستان در خصوص پیگیری رفع کمبودها در موارد دارویی، ماما، تجهیزات مرتبط با درمان سرپایی و تعیین و تکلیف پاراکلینیک در طی یکماه گذشته صورت گرفته است؟ (در صورت وجود کمبود)					
۱۱	۵	آیا ثبت موارد ارجاع در دفاتر انجام می شود؟					
۱۲	۳	آیا پزشک خانواده در محل کادر ارجاع کد ارجاع را درج می نماید؟					
۱۳	۳	آیا مهر و امضاء پزشک خانواده در محل مناسب دفاتر بیمه روستایی جهت موارد ارجاع درج می گردد؟					
۱۴	۲	آیا تاریخ ارجاع ویزیت در محل کادر ارجاع درج می گردد؟					
۱۵	۲۶	نسبت تعداد کل ارجاعات به تعداد کل ویزیت های انجام شده بیمه شدگان روستایی (در صد ارجاع به متخصص) چه میزان است؟					
۱۶	۴	آیا پزشک خانواده با بازرسان ناظر بیمه خدمات درمانی همکاری لازم را به عمل می آورد؟					
۱۷	۸	درصد تکمیل پرونده سلامت برای خانوارهای تحت پوشش چه میزان است؟					
۱۸	۰	آیا اطلاعات مراجعات بیماران به طور مستمر در پرونده سلامت ثبت می شود؟					
۱۹	۰	آیا پزشک خانواده آموزشهای لازم جهت طرح پزشک خانواده را دیده است؟					
۲۰	۰	آیا پزشک خانواده در خصوص امور بهداشتی درمانی مرکز با شورای اسلامی روستا هماهنگی لازم را انجام می دهد؟ (با ارائه مستندات)					
۲۱	۰	آیا فرم های آماری ثبت اطلاعات مراجعین، ماهانه توسط پزشک خانواده تکمیل و به مرکز ارسال می گردد؟					
۲۲	۶	آیا دریافت فرانشیز مصوب جهت ویزیت و خدمات پزشک رعایت می شود؟					
۲۳	۰	آیا پزشک همه اقلام دارویی مورد نیاز بیمار را (در تعهد ۲۷۰ قلم و یا خارج از ۲۷۰ قلم) در دفترچه بیمه تجویز می نماید؟					
۲۴	۰	آیا برنامه ریزی دقیق دهگردشی های مرکز بطوریکه جهت هر مرکز حداقل دو بار در هفته سرکشی به خانه های بهداشت تحت پوشش انجام گیرد، صورت گرفته است؟					
۲۵	۰	آیا در مراکز تک پزشک دهگردشی پس از ساعت ۱۱ صبح انجام می شود؟					
۲۶	۰	آیا برنامه ریزی سیاری پزشک خانواده در محل مناسب و قابل رویت در مرکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت نصب شده است؟					

### فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

### ب: خدمات مامانی

رتبه	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۴	آیا ثبت مراجعین مامایی توسط ماما در دفتر ثبت مراجعین صورت گرفته و این آمار در دسترس می باشد؟					
۲	۰	آیا درخواست دارو و آزمایشات روتین بارداری توسط ماما صورت می گیرد؟					
۳	۰	آیا مامای خانواده کنترل حاملگی و معاینات روتین بارداری را انجام می دهد؟					
۴	۰	آیا مامای خانواده موارد غیر طبیعی و مشکل دار بیماریهای زنان را به پزشک ارجاع می دهد؟					
۵	۰	آیا مامای خانواده مادران باردار با علائم ویژه و پر خطر را شناسایی می کند؟					
۶	۰	آیا مامای خانواده آموزش شیردهی بعد از زایمان می دهد؟					
۷	۰	آیا مامای خانواده طبق برنامه تنظیمی در دهگردشی ها حضور دارد؟ (با بررسی گزارشات موجود در دفتر گزارش درخانه های بهداشت)					
۸	۰	آیا مامای خانواده پاپ اسمیر انجام می دهد؟					
۹	۱	آیا مامای خانواده برنامه های آموزشی درمورد تنظیم خانواده دارد؟					
۱۰	۰	آیا مامای خانواده دارای دفتر ثبت خدمات مامایی خود (پاپ اسمیر، تنظیم خانواده و مراقبت های مامایی) می باشد؟					
۱۱	۷	آیا در هنگام بازدید، ماما در مرکز حضور دارد؟ (حضور غیر موجه موجب کسورات نمی گردد)					

### ج: خدمات دارویی

رتبه	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۰	آیا خدمات دارویی توسط دارویار ارائه می شود؟					
۲	۸	آیا مرکز دارای داروخانه مستقر در محل می باشد؟ (دولتی یا خصوصی)					
۳	۰	آیا قفسه بندی و طبقه بندی منظم دارو در داروخانه صورت گرفته است؟					
۴	۲	آیا قیمت گذاری نسخ در حضور بیمار صورت می گیرد؟					
۵	۰	آیا در کلیه دهگردشی ها دارو توزیع می شود؟					
۶	۶	آیا فرمهای ابلاغی اداره کل (بارمراجعه دارویی، هزینه و ...) ماهانه تکمیل و به اداره کل ارسال می گردد؟					
۷	۸	آیا داروخانه مرکز در هشت ساعت کاراداری پزشک ارائه خدمت می دهد؟					
۸	۱	آیا شرایط نگهداری داروها در داروخانه رعایت می گردد؟ (از لحاظ نور، دما، رطوبت، تهویه، نظافت، طبقه بندی و...)					
۹	۲	آیا فرانشیز مصوب در زمان پیچیدن نسخه رعایت می گردد؟					
۱۰	۲	آیا همکاری با بازرسان ناظر بیمه براساس ضوابط انجام می شود؟					
۱۱	۰	آیا پیگیری و درخواست کمبود دارویی مرکز توسط مسئول داروخانه بصورت مکتوب انجام شده است؟					
۱۲	۰	آیا داروخانه مرکز با کمبود دارو و تأخیر در ارسال دارو از شبکه روبرو می باشد؟					
۱۳	۲	آیا گنجه دارویی جهت موارد خارج از ساعات موظف فعالیت مرکز موجود می باشد؟					
۱۴	۲	آیا دریافت حق فنی داروساز تنها منوط به ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی و توسط داروساز می باشد؟					
۱۵	۱	آیا در مواردیکه داروخانه خصوصی روستای همجوار اقدام به راه اندازی داروخانه قمر در مرکز نموده است تنها هزینه نسخه پیچی مصوب (۱۵۰۰ ریال) از بیمه شده دریافت می شود؟					
۱۶	۰	آیا در صورت تأمین دارو از گنجه دارویی «حق فنی» یا هزینه «نسخه پیچی» از بیمه شده دریافت نمی گردد؟					
۱۷	۶	آیا دارو ی تاریخ گذشته در مرکز وجود ندارد؟					

## فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

### د: خدمات آزمایشگاهی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۲/۵	آیا مرکز دارای آزمایشگاه مستقر می باشد؟ (با نیم ساعت دسترسی)					
۲	۰/۵	آیا لیست نسخ و هزینه آزمایشهای سطح اول انجام شده در مؤسسه طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه توسط مرکز بهداشت شهرستان دریافت می گردد؟					
۳	۰/۵	آیا مؤسسات طرف قرارداد مرکز رعایت دریافت فرانشیز مصوب از بیمه شدگان را می نمایند؟					
۴	۰	انواع آزمایشات ارائه شده در مرکز شامل چند کد می باشد؟					
۵	۰/۵	آیا در خصوص زنان باردار آزمایشات مورد توافق (مطابق بسته خدمتی پاراکلینیک پیوست قرارداد) انجام می شود؟					
۶	۱/۵	آیا واحد آزمایشگاه در هشت ساعت اداری و روزهای غیر تعطیل فعالیت دارد؟ (مراکز دولتی)					
۷	۰/۵	آیا کلیه مراجعین دارای دفاتر بیمه روستایی و عشایر پذیرش می شوند؟					
۸	۰/۵	آیا کیتهای آزمایشگاهی فاقد اعتبار در مرکز وجود دارد					
۹	۰/۵	آیا در فرم آمار مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی، تعداد هزینه نسخ آزمایشگاهی بطور کامل ثبت می شود؟					
۱۰	۰/۵	در صورت ارائه خدمات آزمایشگاهی در موسسه طرف قرارداد مرکز آیا تابلوی اطلاع رسانی به بیمه شدگان در محل مناسب مرکز نصب شده است؟					
۱۱	۰/۵	آیا حق پذیرش آزمایشگاه مستقر در مرکز از بیمه شدگان دریافت نمی شود؟					

### ج: خدمات رادیولوژی

ردیف	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۱/۵	آیا مرکز دارای بخش رادیولوژی مستقر می باشد؟ (بازیم ساعت دسترسی)					
۲	۰/۵	آیا لیست نسخ و هزینه رادیولوژی های سطح اول انجام شده در مؤسسات طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۳	۰/۵	آیا مؤسسات طرف قرارداد رعایت دریافت فرانشیز دولتی از بیمه شدگان را می نمایند؟					
۴	۱/۵	آیا تمام رادیوگرافی های بسته خدمتی سطح اول در مرکز انجام می شود؟					
۵	۰/۷۵	آیا واحد رادیولوژی در تمام ساعات اداری و همه روزهای هفته به جز ایام تعطیل بطور مستمر فعالیت دارد؟					
۶	۰/۵	در صورت ارائه خدمات رادیولوژی در موسسه طرف قرارداد مرکز، آیا تابلوی اطلاع رسانی به بیمه شدگان در محل مناسب مرکز نصب شده است؟					
۷	۰/۵	آیا در فرم آمار ثبت اطلاعات مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی تعداد و هزینه نسخ رادیوگرافی ثبت می شود؟					
۸	۰/۲۵	آیا در ماه اخیر به علت خرابی دستگاه و یا عدم حضور پرسنل، واحد رادیوگرافی تعطیل بوده است؟ (با کنترل دفتر مراجعین و حضور و غیاب پرسنل)					

## فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

### ط: عملکرد مرکز



رتبه	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	۰	آیا مرکز بهداشتی و درمانی روستایی طبق ساعت مقرر فعالیت دارد؟					
۲	۰	آیا دفتر حضور و غیاب پرسنل موجود بوده و روزانه تکمیل می گردد؟					
۳	۳	آیا به نسبت جمعیت دارای دفترچه در مرکز مسقر شده است؟					
۴	۲	آیا هر پزشک دارای اتاق ویزیت جداگانه می باشد؟					
۵	۶	آیا تجهیزات و لوازم در مرکز کامل می باشد؟ تخت معاینه <input type="checkbox"/> اتوسکوپ <input type="checkbox"/> گوشی <input type="checkbox"/> افتالموسکوپ <input type="checkbox"/> فشارسنج <input type="checkbox"/> چکش رفلکس <input type="checkbox"/> ترازو <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ترومتر <input type="checkbox"/> نکتوسکوپ <input type="checkbox"/> چراغ قوه <input type="checkbox"/> داروهای اورژانس <input type="checkbox"/> پایه سرم <input type="checkbox"/> وسایل پاپ اسمیر <input type="checkbox"/> لارنگوسکوپ <input type="checkbox"/> لوله تراشه <input type="checkbox"/> ترالی اورژانس <input type="checkbox"/> سیلندر اکسیژن با چرخ مربوط و مانومتر <input type="checkbox"/> انواع سوند <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> تخت احیاء <input type="checkbox"/> ساکشن <input type="checkbox"/> ست پانسمان <input type="checkbox"/> ست جراحی <input type="checkbox"/> انواع تامپون <input type="checkbox"/> فور یا اتوکلاو <input type="checkbox"/>					
۶	۲	آیا آمار موالید و فوت در زمان مقرر به اداره کل بیمه ارسال می شود؟					
۷	۲	آیا به نسبت جمعیت، ماما در مرکز مستقر شده است؟					
۸	۲	آیا تجهیزات اتاق مامایی کامل می باشد؟ تخت ژنیکو <input type="checkbox"/> اسپکولوم <input type="checkbox"/> چراغ پایه دار <input type="checkbox"/> گوشی مامایی <input type="checkbox"/> ست IUD <input type="checkbox"/> فشار سنج <input type="checkbox"/>					
۹	۱	آیا ارائه خدمات تزریقات و پانسمان و ... توسط ماما یا پرستار در مرکز انجام می شود؟					
۱۰	۱	آیا پگ پانسمان استریل در مرکز موجود می باشد؟					
۱۱	۲	آیا لیست موسسات سطح دوم طرف قرارداد در مرکز نصب و در معرض دید روستائیان می باشد؟					
۱۲	۰	آیا بابت خدمات (تزریقات، پانسمان و ...) به جز هزینه لوازم مصرفی تعرفه ای دریافت نمی شود؟					
۱۳	۰	آیا وسیله نقلیه در ساعات اداری در اختیار مرکز می باشد؟					
۱۴	۰	آیا سرایدار یا نگهبان در مرکز حضور دارد؟					
۱۵	۰	آیا آراستگی و نظافت مرکز قابل قبول می باشد؟					
۱۶	۰	آیا لیست نسخ و هزینه آزمایشهای سطح اول انجام شده در مؤسسه طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۱۷	۰	آیا لیست نسخ و هزینه رادیولوژی های سطح اول انجام شده در مؤسسات طرف قرارداد مرکز به طور منظم و ماهانه دریافت می شود؟					
۱۸	۶	آیا حقوق پزشک و مامای مرکز بر اساس لیست حقوقی (با رعایت حداقل دریافتی ۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و ۰۰۰/۴۰۰/۰۰۰ ریال (جهت پزشک خانواده و ماما) پرداخت می شود؟					
۲۰	۲	آیا شبکه پزشک و مامای طرح را بیمه نموده است؟					
۲۱	۴	آیا مرکز در صورت مرخصی پزشک، فرد جانشین تعیین نموده است؟ (با ارائه مستندات قبلی)					
۲۲	۳	آیا در صورت پرداخت به موقع اداره کل حقوق پزشک و مامای مرکز به موقع پرداخت می گردد؟					
۲۳	۴	آیا لیست حضور و غیاب (پزشکان و ماما های طرح) ماهانه به اداره کل ارسال می گردد؟					

### ی: رضایتمندی بیمه شدگان

رتبه	امتیاز	موضوع	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	عدم ارائه خدمت
۱	+	آیا مردم از هشت ساعت کاری مرکز رضایت دارند؟					
۲	+	آیا مردم از نحوه برخورد پرسنل مرکز رضایت دارند؟ (پزشک ، ماما ، آزمایشگاه ، داروخانه، رادیولوژی )					
۳	۲	آیا مردم از پزشک خانواده مرکز رضایت دارند؟					
۴	۴	آیا مردم از مامای مرکز رضایت دارند؟					
۵	+	آیا بیمه شدگان از نحوه ارائه خدمات دارویی رضایت دارند؟					
۶	+	آیا در صورت ارائه خدمات آزمایشگاهی در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی بیمه شدگان به سهولت خدمات مذکور را دریافت می نمایند؟					
۷	+	آیا در صورت ارائه خدمات رادیولوژی در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی بیمه شدگان به سهولت خدمات مذکور را دریافت می نمایند؟					

## فرم بازدید از مراکز بهداشتی درمانی روستایی

شهرستان : روستا : تاریخ بازدید : ساعت بازدید :

نام مرکز : جمعیت دارای دفترچه بیمه :

الف - مشخصات پرسنل مرکز :

نام و نام خانوادگی پزشکان خانواده	شماره نظام پزشکی	کد پزشک	تاریخ روز غیبت
..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱
..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲
..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳

نام و نام خانوادگی ماماهاى طرح	شماره نظام مامای	تاریخ روز غیبت
..... ۱- ۱	..... ۱- ۱	..... ۱- ۱
..... ۲- ۲	..... ۲- ۲	..... ۲- ۲
..... ۳- ۳	..... ۳- ۳	..... ۳- ۳

۱- تعداد مراجعین به پزشک  ماه  از ابتدای ماه

۲- تعداد مراجعین به ماما  ماه  از ابتدای ماه

۳- تعداد ارجاعات به متخصص  ماه  از ابتدای ماه

### وضعیت دریافت حقوق پزشک :

آیا پزشک حق الزحمه خود را ماهانه در صورت پرداخت اداره کل دریافت نموده است ؟  بلی  خیر

در صورت اخذ، ذکر مبلغ دریافتی : ..... مبلغ قرارداد : ..... آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۸۰٪) : .....

مربوط به ماه : ..... آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۲۰٪) : ..... مربوط به ماه : .....

### وضعیت دریافت حقوق ماما :

آیا ماما حق الزحمه خود را ماهانه دریافت نموده است ؟  بلی  خیر

در صورت اخذ، ذکر مبلغ دریافتی : ..... مبلغ قرارداد : ..... آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۸۰٪) : .....

مربوط به ماه : ..... آخرین تاریخ حقوق دریافتی (۲۰٪) : ..... مربوط به ماه : .....

### پیشنهادات بیمه شدگان :

نام و نام خانوادگی پزشک خانواده مرکز : مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس بیمه : امضاء

## پیوست شماره ۵: گردش کار پزشک خانواده



## گردش کار عملکرد پزشک خانواده در برخورد با مراجعه کنندگان به تیم سلامت

خدمات پزشک خانواده در دو شکل عمده، مراجعه تیم پزشک خانواده به در منازل افراد تحت پوشش در قالب ارائه خدمات به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می شود.

در حالت اول: پزشک بعد از استقرار، موظف به تشکیل پرونده سلامت خانوار برای تمام جمعیت تحت پوشش منطقه خود خواهد بود. بعد از تشکیل پرونده و معاینه همه افراد تحت پوشش، موارد بیماری را مطابق آنچه در حالت دوم توضیح داده می شود، اداره و مدیریت خواهد کرد. در حین و پس از پایان معاینه ادواری، واحد تیم سلامت که شامل پرسنل خانه های بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی است، اعلام آمادگی می کنند تا مردم نیازمند خدمات بهداشتی درمانی برای دریافت این خدمات مراجعه نمایند. در حالت دوم، پس از مراجعه فرد به بهورز، در ابتدا فرد توسط بهورز بررسی می گردد تا از Stable بودن مراجعه کننده اطمینان حاصل شود. در صورتیکه فرد از نظر علائم حیاتی Stable نبود، پس از انجام اقدامات اولیه توسط بهورز، فرد به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می شود. با حضور پزشک بر بالین بیمار، باید اقدامات لازم برای Stable کردن او صورت گیرد. پس از آن، بررسی می شود که آیا فرد نیازمند ارجاع به بیمارستان می باشد؟ در صورتیکه چنین است، باید فرم ارجاع به بیمارستان را تکمیل کرد و فرد را به بیمارستان انتقال داد و اطلاعات لازم را ثبت نمود.

در صورتیکه فرد مراجعه کننده به بهورز، Stable بود، نخستین گام باید بررسی علل مراجعه باشد. چنانچه مراجعه کننده نیازمند خدمات بهداشتی باشد این خدمات به وی ارائه می گردد. در جریان ارائه خدمات بهداشتی اگر فرد نیازمند دریافت خدمات پزشکی نباشد، توصیه های بهداشتی، ثبت اطلاعات در پرونده و تعیین تاریخ مراجعه بعدی برای مراجعه کننده صورت می گیرد. چنانچه در جریان ارائه خدمات بهداشتی فرد نیازمند خدمات پزشکی باشد، فرد به پزشک خانواده ارجاع شده و پزشک وی را ویزیت می کند. در صورت نیاز به اقدامات تشخیصی، اقدام می کند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی او را به متخصص ارجاع می دهد. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، متخصص مربوطه وی را بستری می کند تا درمان و مشاوره توسط متخصصین انجام شود. پس خوراند خدمات بستری و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام خواهد شد. کلیه اطلاعات مربوط به بیمار بستری در پرونده بیمار ثبت و در صورت نیاز پی گیری می شود. در صورت عدم نیاز به متخصص و یابستری شدن بیمار، اقدامات درمانی، مشاوره و توصیه های بهداشتی توسط پزشک خانواده صورت می گیرد، اطلاعات در پرونده بیمار و دفترچه بیمه وی ثبت و در صورت نیاز، پی گیری می شود. در مواردی که فرد مراجعه کننده به دلیل دریافت خدمات درمانی به بهورز مراجعه کرده باشد، چنانچه مشکل با درمان علائم ساده علامتی که در آموزشهای بهورز آمده است قابل حل باشد، باید توسط بهورز درمان گردد و در صورتیکه پس از انجام اقدامات لازم بیمار بهبود نیافت، او را به پزشک خانواده ارجاع می دهد. در مواردی که بیمار به دلایلی غیر از موارد درمان ساده علامتی مراجعه می کند، بهورز باید بیمار را مستقیماً به پزشک خانواده ارجاع دهد و کلیه اقداماتی که در بالا توضیح داده شد برای بیمار توسط پزشک صورت پذیرد.

## پیوست شماره ۶: فهرست بسته های خدمتی و اقلام دارویی بسته پایه خدمات سلامت

ترکیب اعضای تیم سلامت:

- بهورز
- کاردان ها (مشمول بر کاردان بهداشت خانواده، ماما، کاردان بهداشت محیط، کاردان مبارزه با بیماریها و...)
- کارشناس ها (کارشناس تغذیه، روانشناس، پرستار، ماما)
- پزشک

خدمت ها و مراقبت هایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است:

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس خوراند مناسب

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت ها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر

ز- دریافت پس خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس خوراند

الف- مدیریت سلامت :

- ◀ شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- ◀ شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- ◀ شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ◀ ثبت داده ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- ◀ شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- ◀ اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری های درون بخشی و بین بخشی
- ◀ تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت های مردمی
- ◀ همکاری در اجرای برنامه های استانی و کشوری
- ◀ همکاری در برنامه های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم های مذکور بر اساس پروتکل های کشوری
- ◀ پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت بر اساس دستورالعمل های موجود

ب- آموزش و ارتقای سلامت

◀ آموزش سلامت

◀ ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت بر اساس کتاب / کتابهای .....

◀ مراقبتهای از کودکان

- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویتهای و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع
- در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبتهای جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیهها و اقدامات لازم
- مراقبت نوزادان (در دوره های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)
  - ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی، توكشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
  - ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بی حالی، برآمدگی ملاحظ، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
- مراقبتهای از کودکان سالم (در دوره های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و ...)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- انجام مراقبتهای درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
  - عفونت های موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
  - تشخیص افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
  - تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز
  - تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)

- در دوره های سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و ۲۴ سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:

- مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
- پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
- پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدائی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)
- پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای پوستی
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
- پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
- آموزش تغذیه مناسب
- آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
- آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
- آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴ سالگی

### ◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

- با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

- پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
- آموزش پیشگیری و کنترل استعمال دخانیات
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی



## ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویتهای آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

- پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سکته‌های قلبی و مغزی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه‌ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب
- پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی

## ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باردار

- مشاوره پیش از بارداری
- دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)
  - انجام ارزیابی‌های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و ...
  - اندازه‌گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
  - تجویز مکمل‌های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
  - آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
  - ترسیم جدول وزن‌گیری
  - توجه به تاریخ تقریبی زایمان
  - ایمن‌سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستورالعمل کشوری
  - ارجاع برای انجام آزمایش معمول
  - ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
  - مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
  - تزریق رگام در مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت
  - شناسایی مادر در معرض خطر
  - ارجاع مادر عارضه‌دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)

- ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
- پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
- ثبت خدمات
- ارایه آموزش های فردی یا گروهی
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) – ملاقات اول و دوم

### ◀ تنظیم خانواده

- انجام مشاوره قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
- انجام مشاوره حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- بررسی و تعیین مناسب ترین شیوه پیشگیری از بارداری برای هر زوج
- انجام مراقبتهای لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
- ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع

### ◀ مراقبت و درمان بیماریهای خاص (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد)

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده و بروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- جذام
- مالاریا
- تزریقات ایمن
- هیپاتیت
- مننژیت
- سرخک

- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوآنزا
- دیفتری
- سیاه سرفه
- ایدز
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- زنجیره سرما
- سل

## ◀ سلامت محیط و کار

- سلامت محیط جامعه (مدیریت)
  - آب آشامیدنی سالم
  - آلودگی هوا
  - ابتکارات جامعه محور (CBI)
  - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
  - بهداشت پرتوها
  - جمع آوری و دفع فاضلاب
  - کنترل ناقلین بیماریها
  - پسماندها
  - مواد شیمیایی و سموم
- سلامت محیط خانوار
  - ابتکارات جامعه محور (CBI)
  - ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
  - سوانح و حوادث
  - محیط فیزیکی مسکن
- سلامت محیط های جمعی
  - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
  - سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
  - سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی

- سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
- سلامت محیط های آموزشی
- سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
- سلامت محیط کار
  - بهداشت حرفه ای
  - ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی به کارگران
  - ایجاد ایستگاه های بهرگر
  - پیشگیری و مراقبت از بیماری های شغلی
  - پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار

#### د- درمان اولیه و تدبیر فوریت ها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما)

##### ◀ ویزیت

- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
- معاینه (جسمی\_روانی)
- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
- تدوین و اجرای برنامه درمانی
- ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد

##### ◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی

- وازکتومی
- ختنه
- بخیه زدن و دبریدمان
- کشیدن ناخن
- برداشتن خال و لیپوم و زگیل
- نمونه برداری از پوست و مخاط
- کاتتریزاسیون ادراری
- فیزیوتراپی تنفسی
- آتل بندی شکستگی ها
- شستشوی گوش
- خارج کردن جسم خارجی از گوش، بینی و حلق
- کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- اندازه گیری تیز بینی با E-Chart
- نوار قلب
- تزریقات
- پانسمان

##### ◀ ویزیت در منزل

- حضور بر بالین بیمار در منزل
- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
- معاینه (جسمی\_روانی)
- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
- تدوین و اجرای برنامه درمانی
- ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد

◀ مشاوره (تلفنی)

◀ فوریت ها

- انجام احیاء قلبی ریوی مغزی ( CPR )
- لوله گذاری تراشه
- اقدامات اولیه در مسمومیت ها
- اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
- اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
- اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان

## ه- ارجاع

- ◀ ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- ◀ پی گیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- ◀ پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ◀ تنظیم و ارائه گزارش های مورد نیاز
- ◀ تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده ی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

## فهرست پیشنهادی داروهای پزشکی خانواده

کد الفبایی	نام دارو	نوع دارو
۱	او.آر.اس	پودر خوراکی
۲	ارگوتامین سی	قرص
۳	اریترومایسین	سوسپانسیون
۴	اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم	قرص
۵	استامینوفن	شربت
۶	استامینوفن	قطره خوراکی
۷	استامینوفن ۳۲۵ میلی گرم	قرص
۸	استامینوفن کودکان	شیاف
۹	اشک مصنوعی	قطره چشمی
۱۰	اکسیکتورانت	شربت
۱۱	اگزاپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۲	اگزاپام ۵ میلی گرم	قرص
۱۳	اگزاپام ۱۰ میلی گرم	قرص
۱۴	آپرازولام ۰.۵ میلی گرم	قرص
۱۵	امپرازول	کپسول
۱۶	انالاپریل ۵ میلی گرم	قرص
۱۷	انسولین NPH انسانی	ویال
۱۸	انسولین رگولار انسانی	ویال
۱۹	ایبوپروفن ۲۰۰ میلی گرم	قرص
۲۰	ایبوپروفن ۴۰۰ میلی گرم	قرص
۲۱	ایزوسورباید ۱۰ میلی گرم	قرص
۲۲	ایزوسورباید ۴۰ میلی گرم	قرص
۲۳	ایمی پرامین ۱۰ میلی گرم	قرص
۲۴	ایمی پرامین ۲۵ میلی گرم	قرص
۲۵	ایندومتاسین	کپسول
۲۶	آب مقطر	آمپول
۲۷	آتنولول ۵۰ میلی گرم	قرص
۲۸	آتنولول ۱۰۰ میلی گرم	قرص
۲۹	آزیترومایسین ۲۵۰ میلی گرم	کپسول
۳۰	آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم	کپسول
۳۱	آسپرین ۸۰	قرص
۳۲	آسپرین ۱۰۰	قرص

نوع دارو	نام دارو	كد القبايى
قرص	آسپرين ۳۲۵	۳۳
قرص	آلومينيوم ام جى اس	۳۴
سوسپانسيون	آلومينيوم ام جى اس	۳۵
كپسول	آمپى سيلين ۵۰۰ ميلى گرم	۳۶
كپسول	آموكسى سيلين ۵۰۰	۳۷
سوسپانسيون	آموكسى سيلين ۱۲۵	۳۸
سوسپانسيون	آموكسى سيلين ۲۵۰	۳۹
قرص	آمى تريپتيلين ۱۰	۴۰
قرص	آمى تريپتيلين ۲۵	۴۱
قرص	آمى تريپتيلين ۵۰	۴۲
پماد	آنتى هموروئيد	۴۳
قرص	آنتى هيستامين دكونژستانت	۴۴
قرص	باكلوفن ۱۰ ميلى گرم	۴۵
قرص	باكلوفن ۲۵ ميلى گرم	۴۶
آمپول	بتا متازون	۴۷
قطره چشمى	بتا متازون	۴۸
آمپول	بتا متازون LA	۴۹
قرص	برم هگزين	۵۰
شربت	برم هگزين	۵۱
قرص	بيزاكوديل	۵۲
شيفاف	بيزاكوديل ۵	۵۳
شيفاف	بيزاكوديل ۱۰	۵۴
قرص	پردنيزولون ۵ ميلى گرم	۵۵
قرص	پردنيزولون ۵۰ ميلى گرم	۵۶
قرص	پروپرانولول ۱۰ ميلى گرم	۵۷
قرص	پروپرانولول ۲۰ ميلى گرم	۵۸
قرص	پروپرانولول ۵۰	۵۹
آمپول	پروژسترون ۲۵ ميلى گرم	۶۰
شربت	پرومتازين	۶۱
آمپول	پرومتازين	۶۲
شربت	پزدو افدرين	۶۳
ويال	پنى سيلين	۶۴
ويال	پنى سيلين ۳،۳،۶	۶۵
ويال	پنى سيلين بنزاتين ۱۲۰۰۰۰۰ واحد	۶۶
سوسپانسيون	پنى سيلين وى ۲۵۰ ميلى گرم	۶۷

کد القباہی	نام دارو	نوع دارو
۶۸	پنی سیلین وی ۵۰۰ میلی گرم	قرص
۶۹	پوویدون آیداین	ژل واژینال
۷۰	پی پرازین	شربت
۷۱	پیروکسیکام	ژل
۷۲	پیرونیوم پاموات	سوسپانسیون
۷۳	تئوفیلین جی	شربت
۷۴	تئوفیلین ریتارد	قرص
۷۵	تتابولین	آمپول
۷۶	تتراسایکلین	پماد موضعی
۷۷	تتراسایکلین	پماد چشمی
۷۸	تری فلوپرازین ۱ میلی گرم	قرص
۷۹	تری فلوپرازین ۲ میلی گرم	قرص
۸۰	تری هگزی فنیدیل	قرص
۸۱	تريا مترن اچ	قرص
۸۲	تريا مسینولون NN	پماد
۸۳	تریپل سولفا	کرم واژینال
۸۴	تیوریدازین	قرص
۸۵	جم فیروزویل ۳۰۰ میلی گرم	کپسول
۸۶	جم فیروزویل ۴۵۰ میلی گرم	کپسول
۸۷	جنٹا مایسین	قطره چشمی
۸۸	داکسی سایکلین	کپسول
۸۹	دایجستیو	قرص
۹۰	دایمتیکون	قرص
۹۱	دایمتیکون	قطره خوراکی
۹۲	دکستروز متورفان	شربت
۹۳	دکستروز متورفان پی	شربت
۹۴	دگزا متازون ۴	آمپول
۹۵	دگزا متازون ۸	آمپول
۹۶	دیازپام	آمپول
۹۷	دی پیریدامول ۷۵	قرص
۹۸	دی پیریدامول ۲۵	قرص
۹۹	دی سیکلومین	شربت
۱۰۰	دی سیکلومین	قرص
۱۰۱	دی سیکلومین	آمپول
۱۰۲	دیازپام ۲	قرص



کد القبايی	نام دارو	نوع دارو
۱۰۳	دیزپام ۵	قرص
۱۰۴	دیزپام ۱۰	قرص
۱۰۵	دیفن هیدرامین	شربت
۱۰۶	دیفن هیدرامین کامپاند	شربت
۱۰۷	دیکلوفناک	ژل موضعی
۱۰۸	دیکلوفناک ۱۰۰ میلی گرم	شیاف
۱۰۹	دیکلوفناک ۲۵ میلی گرم	قرص
۱۱۰	دیگوکسین	قرص
۱۱۱	دیلتiazم ۶۰ میلی گرم	قرص
۱۱۲	دیمن هیدرینات	قرص
۱۱۳	رانیتیدین	قرص
۱۱۴	رانیتیدین	آمپول
۱۱۵	ریگر ۵۰۰ و ۱۰۰۰	سرم تزریقی
۱۱۶	زینک اکساید	پماد
۱۱۷	سالبوتامول	شربت
۱۱۸	سالبوتامول	اسپری
۱۱۹	سدیم کلراید	قطره بینی
۱۲۰	سدیم کلراید ۵۰۰ و ۱۰۰۰	سرم تزریقی
۱۲۱	سرما خوردگی اطفال	قرص
۱۲۲	سرما خوردگی اطفال	شربت
۱۲۳	سرما خوردگی بزرگسالان	قرص
۱۲۴	سفالکسین ۱۲۵	سوسپانسیون
۱۲۵	سفالکسین ۲۵۰	سوسپانسیون
۱۲۶	سفالکسین ۲۵۰	کپسول
۱۲۷	سفالکسین ۵۰۰	کپسول
۱۲۸	سوختگی (روغن ماهی)	پماد
۱۲۹	سولفا استامید ۱۰٪	قطره چشمی
۱۳۰	سولفا استامید ۲۰٪	قطره چشمی
۱۳۱	سیپروفلوکساسین	قطره چشمی
۱۳۲	سیپروفلوکساسین ۲۵۰	قرص
۱۳۳	سیپروفلوکساسین ۵۰۰	قرص
۱۳۴	سیلور سولفادیازین	کرم
۱۳۵	فاموتیدین ۲۰ میلی گرم	قرص
۱۳۶	فاموتیدین ۴۰ میلی گرم	قرص
۱۳۷	فروس سولفات	شربت

کد القباہی	نام دارو	نوع دارو
۱۳۸	فلوکستین ۱۰	کپسول
۱۳۹	فلوکستین ۲۰	کپسول
۱۴۰	فنازو پیریدین	قرص
۱۴۱	فنو باربیتال ۱۵	قرص
۱۴۲	فنو باربیتال ۳۰	قرص
۱۴۳	فنو باربیتال ۱۰۰	قرص
۱۴۴	فنی توئین	کپسول
۱۴۵	فورازولیدون	سوسپانسیون
۱۴۶	فوروسماید	قرص
۱۴۷	فوروسماید ۲۰ میلی گرم	آمپول
۱۴۸	کلرامفنیکل	قطره چشمی
۱۴۹	کلماستین	آمپول
۱۵۰	کلومیپرامین ۱۰	قرص
۱۵۱	کلومیپرامین ۲۵	قرص
۱۵۲	کاپتوپریل ۲۵	قرص
۱۵۳	کاپتوپریل ۵۰	قرص
۱۵۴	کاربامازپین	قرص
۱۵۵	کالامین دی	کرم
۱۵۶	کتوتیفن	شربت
۱۵۷	کتوتیفن	قرص
۱۵۸	کلردیازپوکساید ۵ میلی گرم	قرص
۱۵۹	کلردیازپوکساید ۱۰ میلی گرم	قرص
۱۶۰	کلر فنرامین	قرص
۱۶۱	کلسیم - د	قرص
۱۶۲	کلسیم جوشان	قرص
۱۶۳	کلوبتازول	پماد
۱۶۴	کلوتریمازول	کرم
۱۶۵	کلوتریمازول	کرم واژینال
۱۶۶	گلوکز اسیلین ۵۰۰ میلی گرم	کپسول
۱۶۷	کلونازپام ۱ میلی گرم	قرص
۱۶۸	کلونازپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۶۹	کلیدینیوم سی	قرص
۱۷۰	کو آموکسی کلاو ۱۵۶	سوسپانسیون
۱۷۱	کو آموکسی کلاو ۳۱۲	سوسپانسیون

کد القبايی	نام دارو	نوع دارو
۱۷۲	کو آموکسی کلاو ۳۷۵	قرص
۱۷۳	کو آموکسی کلاو ۶۲۵	قرص
۱۷۴	کو تریماکسازول	سوسپانسون
۱۷۵	کو تریماکسازول بزرگسالان ۲۰۰	قرص
۱۷۶	کو تریماکسازول بزرگسالان ۴۰۰	قرص
۱۷۷	گایا فنرین	شربت
۱۷۸	گلی بن کلامید	قرص
۱۷۹	گلیسیرین فنیکه	قطره گوش
۱۸۰	لورازپام ۱ میلی گرم	قرص
۱۸۱	لورازپام ۲ میلی گرم	قرص
۱۸۲	لووتیروکسین	قرص
۱۸۳	لیتیم کربنات ۱۵۰	قرص
۱۸۴	لیتیم کربنات ۳۰۰	قرص
۱۸۵	مبندازول	قرص
۱۸۶	مترونیدازول	قرص واژینال
۱۸۷	مترونیدازول	قرص
۱۸۸	مترونیدازول	سوسپانسیون
۱۸۹	متفورمین	قرص
۱۹۰	متو کاربامول	قرص
۱۹۱	متو کاربامول	آمپول
۱۹۲	متو کلوپرامید	قرص
۱۹۳	متو کلوپرامید	آمپول
۱۹۴	متو کلوپرامید	قطره خوراکی
۱۹۵	متیل پردنیزولون استات	آمپول
۱۹۶	متیل دوپا	قرص
۱۹۷	محلول شستشو ۵۰۰۰/۱۰۰۰ میلی گرم	محلول
۱۹۸	مفنامیک اسید	کپسول
۱۹۹	منتول - سالسیلات	پماد موضعی
۲۰۰	مولتی ویتامین	قرص
۲۰۱	مولتی ویتامین	قطره خوراکی
۲۰۲	نالیدیکسیک اسید	قرص
۲۰۳	نفازولین	قطره چشمی
۲۰۴	نفازولین + آنتازولین	قطره چشمی
۲۰۵	نوروتریپتیلین ۱۰	قرص

نوع دارو	نام دارو	كد القبايى
قرص	نوروتريپتيلين ٢٥	٢٠٦
پماد	نيترو فورازون	٢٧
قرص	نيتروكانتين ٢/٦	٢٠٨
قرص	نيتروكانتين ٦/٤	٢٠٩
پرل	نيتروگليسيرين زير زباني	٢١٠
قطره خوراكي	نيستاتين	٢١١
كپسول	نيفديپين	٢١٢
قرص	نيكلوزاميد	٢١٣
قرص	هالوپريدول ٥/ ميلي گرم	٢١٤
كپسول	هماينيك	٢١٥
شربت	هيدروكسى زين	٢١٦
قرص	هيدروكسى زين ١٠	٢١٧
قرص	هيدروكسى زين ٢٥	٢١٨
سوسپانسيون	هيدروكسيد منيزيم	٢١٩
قرص	هيدروكلورتيازيد	٢٢٠
پماد	هيدروكورتيزون	٢٢١
قرص	والپرات سدويم ٢٠٠	٢٢٢