

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز مدیریت شبکه

دستورعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی قابل اجرا در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱

بهمن ۱۳۹۰

نسخه ۱۲

فهرست مطالب:

صفحه	عنوان
۲	مقدمه
۵	فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
۱۲	فصل دوم: گردش کار
۱۲	فصل سوم: بسته های خدمت
۱۳	فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره بیمه خدمات درمانی
۲۱	فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه روستایی
۳۳	فصل ششم: مکانیسم پرداخت
۴۹	فصل هفتم: اجرای گردش مالی و شیوه پرداخت به پرسنل
۵۳	فصل هشتم: خدمات سطوح دوم و بالاتر
۵۴	فصل نهم: مسوولیت اجرا
۵۵	پیوست شماره ۱: تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰
۶۲	پیوست شماره ۲: جدول راهنمای ضرایب محرومیت استان و شهرستان ها و سرانه هریک در برنامه پزشک خانواده
۶۳	پیوست شماره ۳: تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی در سال ۱۳۹۰
۶۶	پیوست شماره ۴: چک لیست مشترک پایش
۷۲	پیوست شماره ۵: گردش کار پزشک خانواده
۷۴	پیوست شماره ۶: فهرست بسته های خدمتی و اقلام دارویی
۹۲	پیوست شماره ۷: نامه دفتر نیروی انسانی درباره ذخیره مرخصی نیروهای طرف قرارداد
۹۳	پیوست شماره ۸: دستورعمل ارائه خدمات دارویی در سطح اول خدمات و فرمت قرارداد با بخش غیردولتی
۱۰۰	پیوست شماره ۹: فرمت قرارداد شبکه بهداشت و درمان با نیروهای عضو تیم سلامت
۱۱۳	پیوست شماره ۱۰: فرمت آماری قابل ارائه به بیمه و مرکز مدیریت شبکه با راهنما
۱۲۳	پیوست شماره ۱۱: درباره تزریق ماماها
۱۲۴	پیوست شماره ۱۲: نامه دفتر حقوقی درباره بکارگرفته نشدن بازنشستگان
۱۲۵	پیوست شماره ۱۳: فهرست آزمایشات و رادیولوژی مورد تعهد
۱۲۶	پیوست شماره ۱۴: نمونه قرارداد با آزمایشگاه های بخش غیردولتی
۱۳۱	پیوست شماره ۱۵: دستورعمل نمونه گیری درمحل و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه
۱۳۶	پیوست شماره ۱۶: پوشه پرونده سلامت خانوار و فرمهای مربوط به آن به همراه دستورعمل
۱۵۰	پیوست شماره ۱۷: چک لیست ارزیابی عملکرد پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن
۱۷۱	پیوست شماره ۱۸: چک لیست ارزیابی عملکرد ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده و راهنمای استفاده از آن
۱۸۰	پیوست شماره ۱۹: فرمت قرارداد شبکه بهداشت شهرستان و اداره بیمه استان
۱۸۴	پیوست شماره ۲۰: نامه درمورد ساعت کاری در ایام ماه مبارک رمضان

مقدمه:

در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی بویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی کشور فراهم شود. به منظور ایجاد اطمینان از دستیابی به نتایج مطلوب حاصل اجرای برنامه بیمه روستایی، به تدوین برنامه اجرایی و عملیاتی مشخص، وجود ساختار مناسب برای فراهمی دسترسی فراگیر، مدیریت کارآمد و مبتنی بر نتیجه، نیروی انسانی آموزش دیده، منابع کافی، نظام گردش مالی بهنگام و نظام کنترلی تعریف شده نیاز هست و در صورت پرداختن به جزئیات هر یک از موارد پیشگفت در قالب برنامه های عملیاتی می توان از موفقیت برنامه اطمینان یافت.

اجرای موفقیت آمیز برنامه مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، ما را به این نتیجه منطقی رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبتهای اولیه بهداشتی پیروی کند. لذا، همان ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهمترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آنها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت.

مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی کاری نابخاست. همچنین، کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

محورهای زیر، مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده در راستای پوشش بیمه ای جمعیت روستایی، عشایری و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر خواهد بود:

- ۱- تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است. درمورد استقرار پزشک، ماما یا پرستار، ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاهی، خدمات دارویی و سایر خدمات بهداشتی و درمانی، طرحهای گسترش شبکه ملاک خواهد بود. از سویی دیگر، ملاک در بخش خدمات بستری، موضوع سطح بندی خدمات در قالب اجرای ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه یا ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه کشور می باشد.
- ۲- وجود بسته خدمات بهداشتی و درمان سرپایی در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم می کند. بدیهی است پس از انجام هماهنگی های لازم با سازمان بیمه خدمات درمانی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسته خدمات مورد نظر را در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی قرار خواهد داد.
- ۳- تعیین جمعیت معین برای یک تیم سلامت (پزشک خانواده). با انجام بررسی های بعمل آمده کارشناسی در برنامه کشوری اصلاح نظام سلامت و در نظر گرفتن بسته خدمات پزشک خانواده، جمعیتی در حدود ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر

بازای هر تیم پزشک خانواده مناسب خواهد بود. بسیار ضروریست که جمعیت های روستایی در قالب جمعیت های تحت پوشش خانه های بهداشت و بدون تغییر در طرح های گسترش شبکه، تحت پوشش پزشک خانواده قرار گیرند.

۴- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است، در مناطق روستایی کشور براساس شرایط منطقه، میزان دسترسی به خدمات تخصصی، طراحی راهکارهایی برای مدیریت اطلاعات از سطح متخصص به پزشک خانواده و شرایط ترابری روستایی متغیر خواهد بود. در چنین شرایطی باید ضمن رعایت کلیه نکات پیشگفت، مناسب ترین شکل ارجاع از دیدگاه بیمار طراحی گردد.

۵- شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد.

۶- آخرین و شاید اصلی ترین محور اجرای برنامه پزشک خانواده، موضوع مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده است.

با در نظر گرفتن کلیه جزئیات محورهای فوق، موفقیت برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تضمین می شود. اولین نسخه از مجموعه گزیده ای از مبانی تئوریک و شرح دستورعمل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مدتی اندک و در پی بحثهای کارشناسی بعمل آمد و به دنبال اظهارنظر منطقی همکاران اجرایی در سطح دانشگاه های علوم پزشکی، نسخه های متعددی تهیه گردید و اینک با گذشت حدود پنج سال از آغاز استقرار برنامه در سطح کشور و براساس تفاهم نامه مشترک به شماره ۳۲/۵۰۳۲۷ مورخ ۱۳۸۸/۶/۱ (معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور) و نظرات همکاران محترم در دانشگاه های علوم پزشکی و پزشکان خانواده نسبت به بازنگری دستورعمل نسخه ۱۰ و تدوین دستورعمل نسخه ۱۱ (جزوه حاضر) اقدام می گردد.

در اینجا برخود لازم می دانیم از زحمات مدیران و کارشناسان محترم سازمان بیمه خدمات درمانی تشکر و قدردانی کنیم و همچنین، از همکاران خوبمان در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت خانمها و آقایان: عصمت جمشیدبیگی، دکتر محمد شریعتی، دکتر نگین طاهری، فاطمه مالکی، نیلوفر مردفرد، و دکتر داوود مقیمی، و نیز تعدادی از همکاران محترم دانشگاه های علوم پزشکی که تلاش و زحمات فراوانی را متحمل شدند، سپاسگزاری نماییم. همچنین، از همکاری صمیمانه جناب آقای دکتر مبارکی و دیگر همکاران معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تنظیم فرمت قرارداد با پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران عضو تیم سلامت و آقای دکتر حسینی رییس محترم دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت دارو و غذا برای تنظیم ارقام دارویی مورد نیاز در سطح اول خدمات، تشکر و قدردانی می کنیم.

باوجود این، ضرورت دارد برای رفع مشکلات این دستورعمل از راهنمایی های سایر همکاران در تمامی دانشگاه های علوم پزشکی نیز برخوردار گردیم. امید است اجرای این امر مهم _ که آرزوی چندین ساله دست اندرکاران نظام سلامت کشور است _ به تحقق انجامد.

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

دکتر عباس حسنی
معاون توسعه مدیریت و منابع

فصل اول: کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

ماده ۱: تعاریف

تعریف پزشک خانواده:

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت‌هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخشها را برعهده دارد.

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه های درمانی را شخصا پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبتهای پس از درمان تحت نظر خود دارد.

بسته خدمات سلامت (health services package):

خدمات سلامتی (بهداشتی و درمانی سطح اول) و دارای اولویت که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود. این مجموعه تحت عنوان "کتاب شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده" تهیه شده و در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی کشور قرار گرفته است.

نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات (provider payment mechanism)

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبتهایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.

پرداخت سرانه (Per capita)

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت، بازای جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا مریض، صورت می گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می شود.

پرداخت کارانه (Fee For Service)

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت، بازای خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می پذیرد. در این شیوه ریسک مالی به سازمان های بیمه گر منتقل می گردد.

تفاهم نامه مشترک

سندی است که حداقل سالی یکبار بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی منعقد می گردد. در این سند، میزان سرانه سطح اول ارائه خدمت و کلیات تعامل دو وزارتخانه برای اجرای برنامه در سال مورد تعهد روشن می شود. مفاد تفاهم نامه مشترک برای هر دو ارگان لازم الاجرا است. آخرین تفاهم نامه مشترک که به امضاء معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری؛ مدیرعامل و رییس هیات مدیره سازمان بیمه خدمات

درمانی و معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده است (به شماره ۳۰۸/۱۱۸۸۶ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۴) در پیوست شماره ۱ این دستورعمل آمده است و توجه به مفاد آن ضرورت دارد. مفاد این تفاهم نامه از ابتدای سال ۱۳۹۰ و طول سال ۱۳۹۱ تا زمان ابلاغ تفاهم نامه جدید قابل اجراست.

دستورعمل اجرایی

تمامی نکات اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در سطح اول ارائه خدمت در دستورعمل اجرایی مشخص می شود. موارد ذکر شده در دستورعمل منحصراً" به اجرای برنامه در شبکه های بهداشت و درمان مربوط است و با ابلاغ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابلیت اجرایی دارد.

قرارداد همکاری مشترک

به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل ضرورت دارد قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه خدمات درمانی هر استان با مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان منعقد گردد. فرمت این قرارداد مطابق آنچه در نسخه ۹ آمده است، می باشد.

تیم سلامت (health team)

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی که بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است (شامل: بهورز، کاردان و کارشناس حرف پیراپزشکی و ...).

سطح بندی خدمات (stratification of health services):

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبتهای سلامت به منظور فراهمی دسترسی بیشتر مردم به مجموعه خدمات به طوریکه، تا جایی که ممکن است دسترسی سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت ایجاد گردد.

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذاشته می‌شود:

سطح اول خدمات: خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می‌افتد. خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمانهای اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی‌گیری بیمار عمده‌ی خدمات این سطح را تشکیل می‌دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

سطح دوم خدمات: خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می شوند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح اول قرار می‌گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده‌ی ارجاع کننده، او را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازند. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح می باشند.

سطح سوم خدمات: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع شدگان از سطوح اول و دوم قرار می‌گیرند و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می‌سازند. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می‌گیرد.

نظام ارجاع:

نظام ارجاع نظامی است که براساس آن، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) مراجعه و در صورت لزوم با ارجاع بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز با برگه دفترچه بیمه روستایی به پزشک متخصص معرفی گردد و پزشک متخصص، پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه های لازم و انعکاس آنها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبداء ارجاع معرفی کند. در مواردی که در بسته های خدمتی برای بهورزان نقشی در نظر گرفته نشده است، یا در شرایط اضطرار (با نظر بیمار) بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند.

مرکز بهداشتی درمانی فعال یا تجهیز شده در برنامه پزشک خانواده:

مرکز بهداشتی درمانی فعال مرکزی است که در آن خدمات پزشک و دارو از ابتدای سال ۱۳۹۰ بطور کامل ارائه شود (برابر تبصره ۳ بند ۴ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰). به عبارت دیگر، مرکز بهداشتی درمانی که براساس جمعیت تحت پوشش خود، تعداد پزشک مورد نیاز را جذب یا مستقر کرده و نسبت به تامین خدمات دارویی از یکی از طرق: تامین در بخش دولتی یا انعقاد قرارداد با داروخانه بخش خصوصی موجود در محل، اقدام کرده باشد. اداره بیمه خدمات درمانی استان بازای چنین مراکزی با مراکز بهداشت شهرستان مربوط، قرارداد منعقد خواهد کرد.

در مراکز بهداشتی درمانی فعال و مجری برنامه پزشک خانواده در صورت وجود ماما در واحد تسهیلات زایمانی ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی، می توان از مامای تسهیلات زایمانی برای ارائه خدمات مامایی استفاده کرد و در این صورت و در نبود بهیار یا پرستار در مرکز، می توان با یک پرستار به جای ماما قرارداد منعقد کرد. همچنین، چنانچه به بیش از یک ماما در مرکز نیاز باشد یا در صورت نبود داوطلب مامایی، می توان به عنوان نفر دوم یا به جای ماما، بنابه صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و با اطلاع کتبی به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان به شرط متوقف نشدن ارائه خدمات مامایی از نیروی پرستار استفاده کرد. در صورت نبود امکان جذب ماما در یک مرکز، جایگزینی پرستار بنحوی که ارائه خدمات متوقف نشود حداکثر تا سقف ۵٪ تعداد ماماها تیم سلامت دانشگاه و با اطلاع اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مربوطه بلامانع است. قابل توجه اینکه ماما به هیچوجه جایگزین نیروی بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد مگر در شرایطی که نیروی بهداشتی مربوطه در مرکز وجود نداشته باشد که در این صورت، تا زمان جذب این نیرو، وظایف آن فرد به ماما محول می شود.

گردش مالی اعتبارات:

به توضیح روابط میان حیطه های تامین منابع، تخصیص منابع، توزیع منابع و هزینه کرد منابع می پردازد.

مکانیسم پرداخت:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی است که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.

منابع مالی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی:

- به مجموعه منابع حاصل از اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده اطلاق می شود که می تواند شامل موارد زیر باشد:
- 1- منابع حاصل از عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه بهداشتی درمانی شهرستان با اداره کل بیمه خدمات درمانی استان. باتوجه به بند ۳ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰ و تعیین سرانه هر شهرستان که براساس ضرایب محرومیت برحسب شهرستان در پیوست شماره ۲ این دستورعمل آمده است (متوسط سرانه ۱۷۵۰۰ تومان).
 - 2- منابع حاصل از اخذ فرانشیز ویزیت پزشک خانواده یا مامای کارشناس با رعایت سیستم ارجاع درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند (براساس تعرفه اعلام شده براساس تصویب نامه شماره ۶۵۱۵۵/ت/۴۶۷۷۲ مورخ ۱۳۹۰/۳/۲۸ هیات محترم وزیران درمورد تعرفه های تشخیصی درمانی بخش دولتی در سال ۱۳۹۰. در قسمت اول بند الف، برای پزشک عمومی ۳۷۰۰۰ ریال است که فرانشیز آن مطابق تبصره ۱ بند ب معادل ۳۰٪ (۱۱۱۰۰ ریال) می باشد. این مبلغ (تعرفه) برای مامای کارشناس ۷۰٪ و برای مامای کارشناس ارشد ۸۰٪ تعرفه پزشک عمومی (بترتیب ۲۵۹۰۰ و ۲۹۶۰۰ ریال) است. که به عنوان ورودیه برای خدمات درمانی تعیین شده در بسته خدمت که توسط پزشک خانواده یا ماما ارائه می شود، دریافت می گردد (چنانچه در طول سال جاری تعرفه خدمت پزشکی عمومی تغییر کرد، فرانشیز تعرفه جدید ملاک عمل قرار می گیرد). چنانچه بیمار منحصراً برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند، فرانشیز تعرفه آن خدمت را می پردازد. البته درصورت مراجعه به پزشک و ماما فقط فرانشیز تعرفه خدمت پزشک از بیمار اخذ می گردد. فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب کالیفرنیا مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد. غیر از انجام مراقبت ها که در بسته خدمت آمده است، برای تمامی موارد ویزیت درمانی پزشک باید فرانشیز دریافت گردد.
 - 3- منابع حاصل از اخذ ۳۰٪ از تعرفه دارو درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
 - 4- منابع حاصل از اخذ ۳۰٪ از تعرفه خدمات آزمایشگاهی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
 - 5- منابع حاصل از اخذ ۳۰٪ از تعرفه خدمات رادیولوژی درمورد افرادی که دفترچه بیمه روستایی دارند.
 - 6- منابع حاصل از اخذ فرانشیز مصوب از تعرفه های خدمات تزریقات و پانسمان و سایر خدمات سرپایی که مشمول تعرفه هستند، براساس نامه شماره ۳۰۸/۱۰۷۳۶ د مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱ (پیوست شماره ۳) برای سایر خدمات قابل ارائه که در جدول پیوست نیامده است می توان از کتاب کالیفرنیا که در اختیار معاونت درمان تمامی دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد، استفاده کرد. خاطرنشان می سازد این موضوع درمورد برنامه های جاری نظام شبکه بهداشت و درمان از قبیل آزمایشات روتین مادران باردار مصداق ندارد و چنین خدماتی همانطور که در برنامه آمده است، باید رایگان ارائه گردد.
 - 7- منابع حاصل از اخذ ۳۰٪ فرانشیز کل خدمات ارائه شده (پزشکی، دارویی، و پاراکلینیکی و ...) به سایر بیمه شدگان (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سایر صندوق های بیمه خدمات درمانی و ...).
 - 8- منابع حاصل از اخذ کل هزینه وسایل مصرفی.
 - 9- منابع حاصل از اخذ سهم سایر سازمان های بیمه گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و ...) درقبال ارائه برگه ی بیمه شدگان.
 - 10- منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی (خارج از بسته خدمتی تعریف شده دفتر سلامت دهان و دندان).
 - 11- منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت به سایر افرادی که خارج از سیستم ارجاع مراجعه می کنند. به عنوان مثال شهرنشینی که بصورت میهمان در روستا به پزشک خانواده مراجعه کرده اند.
 - 12- منابع حاصل از ۱۰٪ تعرفه ارائه خدمت به افراد فاقد هر نوع دفترچه بیمه (اعم از بیمه روستایی یا سایر بیمه ها). افرادی که برگه های دفترچه بیمه روستایی آنها به پایان رسیده باشد تا زمان اخذ دفترچه جدید باید تمامی ۱۰٪ تعرفه را پرداخت کنند. براساس تبصره ۲ ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی (شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴). فقط در

مورد نوزادان تازه متولد شده تا صدور دفترچه برای آنان، می توان با استفاده از دفترچه بیمه مادر آنها را تحت پوشش قرار داد و فرانشیز مصوب دریافت کرد.

۱۳- حقوق پزشکان یا ماماها رسمی، پیمانی، طرحی یا پیام آور که از محل اعتبارات جاری دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود.

اعتبارات مربوط به درآمدهای اختصاصی این برنامه از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه معاف است.

سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی:

منظور کلیه پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی است (به استثنای پزشکان (اعم از قراردادی، رسمی، پیمانی، طرحی، و پیام آور) و ماماها (قراردادی، رسمی، طرحی، پیمانی) یا هر پرسنل دیگری است که در قالب قرارداد برنامه بیمه روستایی به کار مشغول شده اند). این تعریف، بهورزان شاغل در خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز را نیز شامل می گردد.

پرسنل مرکز بهداشت شهرستان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت شهرستان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل مرکز بهداشت استان:

منظور کلیه پرسنل شاغل در ستاد مرکز بهداشت استان است که در اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده همکاری دارند.

پرسنل امور پشتیبانی دانشگاه:

منظور کلیه پرسنل شاغل در معاونت پشتیبانی دانشگاه است که بطور مستقیم با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در ارتباط هستند و وظایف تعیین شده در بخشنامه های صادره از سوی کمیته مشترک برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را درمورد شیوه پرداختها و انعقاد قراردادها انجام می دهند.

مرکز بهداشتی درمانی معین یا مرجع:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی شبانه روزی است که از نظر دارا بودن نیروی انسانی، تجهیزات، اتاق فوریتها، واحدهای پاراکلینیک، حضور ۲۴ ساعته پزشک و پرسنل درمانی و وجود آمبولانس بتواند پذیرای بیماران ارجاع شده از طرف چند مرکز بهداشتی درمانی منطقه خود باشد. این مرکز به هیچوجه نباید در فضای بیمارستان قرار گیرد.

کمیته بیمه پایه و توسعه پزشک خانواده:

این کمیته با شرح وظیفه برنامه ریزی مشترک به منظور تعیین نحوه نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف در سطح ملی از جمله تعديلات تشکیل می شود (بند ۵ تفاهم نامه مشترک ۱۳۸۸).

دبیرخانه ستاد اجرایی مشترک کشوری:

این ستاد با عضویت کارشناسانی از معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسانی از سازمان بیمه خدمات درمانی با ابلاغ مشترک معاون سلامت و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل می شود و دارای شرح وظایف زیر است:

- ابلاغ هرگونه بخشنامه، دستورعمل، با تغییر رویه ضروری در روند اجرای آخرین تفاهم نامه به سطوح محیطی مرتبط با هر دو ارگان بطور مشترک
- بررسی هرگونه ابهام، درخواست، انتقاد، پیشنهاد، سوال یا استفسار از سطح دانشگاهی یا استانی پیرامون بیمه روستاییان، پزشک خانواده و نظام سطح بندی و ارجاع و اعلام مصوبات نهایی با دو امضاء. (تبصره ۲ ماده ۱ آیین نامه اجرایی سال ۱۳۸۶)
- اتخاذ تصمیم درخصوص موارد مهمی که در سطح استان قابل حل نیست.

ساختار اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در سطوح مختلف:

به منظور عملیاتی کردن برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، در سطوح ملی، دانشگاهی، شهرستانی، و بخشهای روستایی، ستادهای اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده تشکیل می شود. در این ستادهای اجرایی، که ترکیب آن به شرح ذیل خواهد بود، طراحی برنامه های عملیاتی در هر سطح، ارائه راهکارهای عملی، کمکهای فنی و پشتیبانی به سطوح پائین تر، نظارت بر عملکرد سطح بلافصل خود، تنظیم جریان منابع مالی به شکلی موثر و بهنگام در هر سطح، در نظر گرفتن اصول، استراتژیها و محورهای پیشگفت در طراحی های همان سطح و سطوح پائین تر، هماهنگی با کلیه stakeholder های برنامه پزشک خانواده در هر سطح، طراحی نظام مدیریت اطلاعات به منظور کسب نظر مردم از نحوه اجرای برنامه و پس از استقرار، انجام کلیه فعالیتهای لازم به منظور اجرای هرچه بهتر برنامه و خدمات ارائه شده، صورت خواهد پذیرفت.

- **ستاد هماهنگی کشور:** براساس بند ۵ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰ شامل نمایندگان سازمان بیمه خدمات درمانی، معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری است.
- **ترکیب ستاد اجرایی در سطح ملی وزارت بهداشت:** وزیر بهداشت؛ معاون بهداشت؛ معاون درمان؛ نماینده معاونت آموزشی؛ رئیس مرکز مدیریت شبکه؛ نماینده معاونت برنامه ریزی راهبردی نهاد ریاست جمهوری؛ نماینده معاونت دارو و غذا، و نماینده معاونت توسعه مدیریت و منابع
- **کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان ارشد مرکز مدیریت شبکه و تعدادی از معاونین بهداشتی و مدیران گروه گسترش شبکه های دانشگاه های علوم پزشکی بر اساس ابلاغ صادره توسط رییس مرکز مدیریت شبکه تشکیل می دهند.
- **کمیته ملی آموزش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده:** اعضای این کمیته را تعدادی از مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه و تعدادی از کارشناسان ادارات کل حوزه معاونت های بهداشت و درمان و کارشناسانی از معاونت آموزشی تشکیل می دهند.
- **ستاد هماهنگی دانشگاهی:** اعضای این کمیته عبارتند از: رییس دانشگاه علوم پزشکی؛ مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان؛ معاونین بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی؛ رییس گروه گسترش شبکه دانشگاه علوم پزشکی؛ یکی از معاونین اداره کل بیمه؛ رییس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسوول امور روستاییان بیمه خدمات درمانی و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استانها و فرماندار در دانشگاه های مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند. در دانشگاه های مستقر در شهرهای مراکز استان ریاست دبیرخانه به عهده رییس محترم دانشگاه علوم پزشکی است و دبیری به عهده مدیرکل محترم بیمه خدمات درمانی استان است. درمورد دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در شهرستان هایی که مرکز استان نیستند، این تقسیم وظیفه، عکس می شود.

کمیته استانی هر ۳ ماه یکبار تشکیل می شود و گزارش عملکرد کمیته استانی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه می گردد. تصمیمات این کمیته با توافق جمعی طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی شده و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی، موضوع به کمیته کشوری منعکس و تصمیمات آن برای استان مربوط لازم الاجراست.

کمیته استانی مجاز به تصمیم گیری در خارج از چهارچوب تفاهم نامه و اصول کلی آن نمی باشد (بند ۵ تفاهم نامه ۱۳۸۸).

- **ترکیب کمیته اجرایی در سطح شهرستانی:** مدیر شبکه بهداشت و درمان؛ رئیس مرکز بهداشت شهرستان؛ مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان؛ معاون فنی مرکز بهداشت شهرستان و معاون درمان شبکه شهرستان یا یکی از روسای بیمارستان یا بیمارستان های موجود در شهرستان (رییس اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان می تواند به عنوان ناظر برای اجرای بهتر برنامه حضور داشته باشد)
- **ترکیب ستاد اجرایی در سطح بخش های روستایی:** رییس مرکز بهداشتی درمانی روستایی؛ نماینده پزشکان بخش خصوصی فعال در مرکز بخش یا دهستان؛ نماینده مرکز بهداشت شهرستان و نماینده سازمان بیمه خدمات درمانی شهرستان

قابل توجه اینکه هر جا درباره جمعیت روستایی بحث می شود، جمعیت عشایر نیز مدنظر است و درمورد عشایر هم جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان و عشایر ملاک پرداخت سرانه است.

درمورد شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در صورت انعقاد قرارداد با شبکه های بهداشتی درمانی، همین دستورعمل به اجرا درخواهد آمد.

فصل دوم: گردش کار

ماده ۲: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود که گردش کار چگونگی تماس پزشک خانواده با مراجعه کنندگان را به شرح پیوست شماره ۵ این دستورعمل، رعایت نمایند.

فصل سوم: بسته های خدمت

ماده ۳: دانشگاه های علوم پزشکی موظف خواهند بود فهرست بسته های خدمات تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری روستایی مشمول برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده را به شرح بسته های خدمتی مورد استفاده دانشگاه های علوم پزشکی (نامه شماره ۸/۱۰۰۴۱۱ ب س مورخ ۱۳۸۶/۹/۱۰) کاملاً رعایت کنند. فهرست بسته های خدمت مورد تفاهم با سازمان بیمه خدمات درمانی بر روی سایت تحت عنوان نامه دو امضاء گذاشته شده است (پیوست شماره ۶).

فصل چهارم: شیوه تعامل دانشگاه علوم پزشکی با اداره کل بیمه خدمات درمانی

پیش از تصویب ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۴ درمورد اجرای برنامه بیمه روستایی، سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت سالانه مبلغی معادل ۹۰۰ میلیارد ریال برای تامین خدمات بستری روستاییان بیمه شده دریافت می کرد. در سال ۱۳۸۴ علاوه بر مبلغ فوق، میزان ۳۲۵۰ میلیارد ریال نیز بابت پوشش خدمات درمانی اعم از بستری و سرپایی برای این سازمان تصویب شد که مجموعاً مبلغ ۴۱۵۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۴ به منظور پوشش کامل بیمه سلامت تمامی روستاییان، عشایر و ساکنین مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر تصویب گردید. این مبلغ از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ به رقمی حدود ۸۰۰۰ میلیارد ریال رسید. برای سال ۱۳۹۰ به منظور ایجاد هماهنگی بیشتر با سازمان بیمه خدمات درمانی در اجرای هرچه بهتر برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده راه کارهای کلی زیر پیشنهاد می شوند:

- ۱- میانگین سرانه سالانه خدمات سطح اول بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی ساکنین روستاها و عشایرین ساکن در مناطق روستایی (غیر از بیمه شدگان سایر سازمانهای بیمه گر) مبلغ ۱۷۵۰۰۰ ریال تعیین می گردد (بند ۳ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).
- ۲- منابع مورد اشاره در سطح اول خدمات (صفحه ۸ این دستورعمل)، صرفاً برای پرداخت هزینه های اعضاء تیم پزشک خانواده (پزشک، ماما یا پرستار)، تامین اقلام دارویی موردنیاز، هزینه های آزمایشگاهی، هزینه های رادیولوژی و سایر هزینه های مدیریت و استقرار برنامه (شامل: کارانه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، ستادهای شهرستانی و استانی و...) خواهد شد.
- ۳- براساس تفاهم نامه مشترک سال جاری ۲٪ کل سرانه سطح اول برای خدمات پایش و نظارت و سایر هزینه های عملیاتی و پرسنلی در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی و ۴٪ هم برای هزینه های پیش بینی نشده و انجام تحقیقات مربوط در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) قرار می گیرد (قسمت های الف تا ت بند ۴ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰).
- ۴- براساس بند ۴ تفاهم نامه مشترک سال جاری ۴۹٪ اعتبارات سطح اول برای حق الزحمه پزشکان خانواده؛ ۱۲٪ برای حق الزحمه ماماها، تیم سلامت؛ ۲۶٪ به منظور تهیه اقلام دارویی سطح اول و ۷٪ برای خدمات پاراکلینیک (۳٪ رادیولوژی و ۴٪ آزمایشگاه) هزینه می شود.
- ۵- اعتبارات باقی مانده در اختیار بیمه، برای خرید خدمات درمان بستری، درمان سرپایی تخصصی و فوق تخصصی خواهد بود.

ماده ۴: اداره کل بیمه خدمات درمانی استان، هنگام تخصیص اعتبارات استانی به دانشگاه علوم پزشکی، رونوشتی به معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مربوط ارسال می کند تا مجریان برنامه در جریان باشند و بموقع برای دریافت اعتبار خود اقدام نمایند.

تبصره ۱: ادارات بیمه استان ها، اعتبار هر دانشگاه (حداقل ۸۰ درصد) را تا قبل از بیستم هرماه به حساب دانشگاه علوم پزشکی واریز می نمایند و معاون پشتیبانی دانشگاه نیز بلافاصله گردش مالی را به اجرا می گذارد تا پول بموقع به دست پزشکان، ماماها، پرستاران و سایر پرسنل دست اندرکار اجرای برنامه برسد. ۲۰٪ باقیمانده سرانه بعد از پایش عملکرد سه ماهه، حداکثر تا یک ماه باید پرداخت شود. (با توجه به وضعیت حقوق پایه ماماها در بعضی از مناطق برخوردار که نتیجه پایش را بی اثر می کند، باید در مورد عقد قرارداد با این افراد و گنجاندن مواردی در خصوص لغو قرارداد پس از دو بار اخطار کتبی، اقدام گردد و چنانچه نتیجه پایش عملکرد آنها بیش از ۹۰٪ باشد از محل درآمدهای اختصاصی در لیست دریافت کارانه پرسنل مرکز قرار گیرند).

تبصره ۲: کلیه افراد طرف قرارداد باید حداکثر تا سوم ماه بعد ۸۰٪ حقوق خود را دریافت کنند و ۲۰٪ مربوط به پایش عملکرد حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش تسویه گردد (تبصره ۱ بند ۱۱ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰). البته، سهم

پایش افراد تیم سلامت ۳۰ درصد است. چنانچه نتیجه پایش سه ماهه فرد از ۰/۸ (۰/۸۰) کمتر شد علاوه براینکه ۲۰٪ باقیمانده سه ماه مورد پایش به وی تعلق نمی گیرد باید برحسب درصد نتیجه پایش کمتر از ۰/۸ (تا ۰/۷) از مطالبات وی (به عنوان مثال دریافتی های بعدی) کسر گردد. ممکن است چند حالت پس از نتیجه پایش پیش آید:

۱. نتیجه پایش فرد بین ۸۰ تا ۹۰ درصد شود. در این صورت مشکلی پیش نمی آید چراکه اگر ۸۰٪ شد، کل ۲۰٪ سه ماهه به فرد پرداخت نمی گردد. اگر مثلاً ۸۵٪ شد، فقط ۵٪ بازای هر ماه پرداخت می شود. در صورتی که ۸۹٪ شد، ۱۱٪ بازای هر ماه پرداخت نمی شود.

۲. نتیجه پایش بین ۷۰ تا ۸۰ درصد شود. بازای هر درصد کمتر از ۸۰٪ باید از حقوق ماه چهارم وی کسر گردد. به عنوان مثال: اگر نتیجه پایش ۷۵٪ شد، ۲۰٪ که نزد شبکه باقی است و به فرد پرداخت نمی شود بعلاوه بازای هر ماه باید ۵٪ هم کسر گردد که برای سه ماه، ۱۵٪ می شود. بنابراین، در ماه چهارم کارکرد فرد به جای ۸۰٪ حقوق پایان ماه، باید ۶۵٪ به وی پرداخت گردد و توضیح داده شود که ۱۵٪ کسری به دلیل پایش عملکرد ضعیف وی در سه ماهه قبل بوده است. اگر نتیجه پایش ۷۰٪ بود این کسری برای سه ماه، ۳۰٪ می شود (هرماه ۱۰٪ علاوه بر ۲۰٪ باقیمانده).

۳. نتیجه پایش ۹۰٪ یا بیشتر شود. در این صورت براساس بند ۶ ماده ۵۳ دستورعمل بازای هر ۱ درصد اضافی باید ۲٪ تشویقی هم به فرد علاوه بر ۲۰٪ حقوق خودش، پرداخت گردد. در هریک از شرایط فوق پس از پرداخت باید از فرد رسید دریافت شده و در پرونده وی درج گردد که علت کسر شدن حقوق یا تشویقی وی براساس نتیجه پایش سه ماهه فرد روشن باشد.

ماده ۵: نوع تعامل بیمه خدمات درمانی استان با دانشگاه علوم پزشکی براساس استفاده از شیوه پرداخت سرانه خریدخدمات برای تمامی خدمات سلامت سطح اول مورد توافق دو طرف می باشد. در این روش، ابتدا سهم سرانه خدمات سطح اول از کل اعتبار مشخص می شود. این مبلغ براساس آخرین تفاهم نامه مشترک بر مبنای متوسط **سرانه سالانه کشور ۱۷۵۰۰۰ ریال بازای کل جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان (جمعیت روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در صورت انعقاد قرارداد)** با دامنه ای بین ۱۴۵۰۰۰ تا ۲۱۰۰۰۰ ریال برحسب ضریب محرومیت شهرستان برای سال ۱۳۹۰ است (براساس ضریب محرومیت ۱ مبلغ ۱۴۵۰۰۰ ریال و بازای هر ۰/۰۵ افزایش مبلغ ۳۲۵۰ ریال به رقم قبلی اضافه می شود و برای ضریب محرومیت ۲ مبلغ ۲۱۰۰۰۰ ریال می گردد. جدول ضرایب محرومیت شهرستانی و تعیین سهم هر شهرستان از سرانه در پیوست شماره ۲ آمده است). اداره بیمه خدمات درمانی استان موظف است این پول را طی قراردادی که نمونه آن پیوست است، پس از تعیین مراکز بهداشتی درمانی فعال (دارای پزشک ثبت نام شده مورد نیاز و با وضعیت مشخص خدمات دارویی) در اختیار مرکز بهداشت شهرستان قرار دهد

تبصره ۳: قرارداد مابین شبکه بهداشت و درمان شهرستان و بیمه خدمات درمانی استان هر شش ماه یکبار براساس تغییرات جمعیت دارای دفترچه بیمه روستاییان تجدیدنظر خواهد شد. ماخذ آمار این جمعیت، اطلاعات سیستم جامع بیمه گری سازمان بیمه خدمات درمانی است و در موارد اختلاف با سرشماری ابتدای سال خانه های بهداشت، مجدداً باید توسط مرکز بهداشت شهرستان بررسی گردد (تبصره ۱ بند ۲ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰). جمعیت اصلاح شده در همین زمان باید به مرکز مدیریت شبکه نیز اعلام شود.

تبصره ۴: هر شهرستان براساس ضرایب محرومیت بخش های تشکیل دهنده آن شهرستان (نظر کمیته شهرستانی)، اعتبار موردنیاز را به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه آن بخش اختصاص می دهد.

تبصره ۵: تأیید معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی برای انعقاد قرارداد همکاری بین بیمه خدمات درمانی و مرکز بهداشت شهرستان ضرورت دارد.

ماده ۶: مدیریت مالی حوزه پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی موظف است که در ابتدای سال کل مانده وجوه بهداشتی و درآمدهای ماهانه بیمه روستایی را به تفکیک صندوق بیمه و برحسب مناطق روستایی و شهری (براساس منابع تعریف شده در فصل اول این دستورعمل) به مرکز بهداشت استان اعلام دارد و از طریق مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت شبکه اعلام گردد. مجددا تاکید می شود که اعتبارات مربوط به درآمد اختصاصی این برنامه براساس مصوبه هیات امناء دانشگاه های علوم پزشکی، از شمول کسر ۵ درصد سهم ریاست دانشگاه، معاف است. کل این اعتبار (حتی مانده سنواتی آن) باید صرف هزینه های برنامه پزشک خانواده براساس دستورعمل گردد. **به هیچ عنوان نباید از محل اعتبار این برنامه برای فعالیت هایی خارج از چهارچوب تعریف شده در این دستورعمل استفاده شود.**

تبصره ۶: هرزمان اعتباری از سوی ادارات کل به دانشگاه علوم پزشکی تخصیص داده می شود، دانشگاه موظف است، رونوشتی از آن را به مرکز مدیریت شبکه ارسال دارد.

ماده ۷: پس از عقد قرارداد، وظیفه تامین خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی (به شرحی که در قسمتهای بعدی توضیح داده خواهد شد) به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظیفه تامین خودرو و فضای فیزیکی برای ارائه خدمات و بیتوته پزشک (پزشکان) مراکز بهداشتی درمانی نیز با توجه به امکانات موجود و تفاهم با بیمه استان، به عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۸: پس از عقد قرارداد با اداره بیمه استان برای ارائه خدمات سلامت سطح اول به شیوه سرانه، از مبلغ دریافتی در قرارداد و سایر منابع برنامه - که در بند ۱ فصل اول همین جزوه، صفحه ۸ آمده است- ابتدا سهم دستمزد پزشکان (براساس محاسبه دریافتی تک تک پزشکان در نظر گرفته شده برای مرکز) و **ماماها یا پرستاران** در مرکز بهداشتی درمانی با فعالیت هایی نظیر: پیگیری بیماران مزمن، خدمات پرستاری، خدمات زایمانی (فقط در مناطق دارای تسهیلات زایمانی)، مراجعات ژنیکولوژی و ... (براساس محاسبه دریافتی تک تک ماماها یا پرستاران در نظر گرفته شده برای مرکز) مطابق آنچه که در بخش مکانیسم پرداخت به آن اشاره خواهد شد، تعیین و کنار گذاشته می شود. سپس، بقیه مبلغ منابع ثبت شده در برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده براساس موارد زیر توزیع می گردد:

هزینه خدمات دارویی (۲۶٪ از کل سرانه برای هر نفر)، هزینه خدمات آزمایشگاهی (۴٪ از کل سرانه برای هر نفر)، هزینه خدمات رادیولوژی (۳٪ از کل سرانه برای هر نفر).

تبصره ۷: هزینه مربوط به پرداخت کارانه به سایر پرسنل شاغل در همان مرکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمت و خانه های بهداشت تابعه آن (معادل ۱۵٪ از کل سرانه برای هر نفر) و سایر پرسنل ستادهای شهرستانی و استانی صرفاً "باید از محل درآمدهای اختصاصی برنامه (بندهای ۲ تا ۱۳ صفحه ۸) خارج از اعتباری که از طریق بیمه خدمات درمانی ارائه می شود، تامین گردد (چگونگی توزیع کارانه پرسنل در متمم دستورعمل اجرایی نسخه ۱۲ آمده است).

تبصره ۸: از محل منابع برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، عیدی افراد طرف قرارداد؛ **خرید مرخصی مانده (براساس نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی - پیوست شماره ۷)**، اعتبار موردنیاز برای تامین پزشک و مامای جایگزین؛ تامین اعتبار برای بکارگیری نیروهای آزمایشگاهی و رادیولوژی و پرستار موردنیاز مشخص می شود.

ماده ۹: براساس بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰، مراکز بهداشت شهرستان ها موظف هستند نسبت به تامین ۲۷۰ نوع و شکل داروی مصرفی مورد تعهد براساس فهرست تهیه شده توسط سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تمام مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه اقدام کنند. از میان اقلام فهرست شده باید ۲۷۰ قلم که با شرایط منطقه تطابق دارد، انتخاب شده و در مرکز موجود باشد.

تبصره ۹: تصمیم‌گیری درمورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی تا حداکثر ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیرکل بیمه استان، معاون دارو و غذا و معاون بهداشتی دانشگاه، رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی یا رییس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه خدمات درمانی استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که براساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، ۲ بار در طول سال و بنابه ضرورت تشکیل خواهد شد. تمام تغییرات فهرست دارویی باید به سازمان بیمه خدمات درمانی و مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

تبصره ۱۰: درصورت کمبود اقلام دارویی در هر بازدید از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، براساس فرمول بند ۶ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰ برای همان ماه مورد بازدید صرفاً از سهم درصد سرانه دارو کسر می شود.

تبصره ۱۱: نبود بعضی از داروها در برخی از مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، با نظر کمیته استانی قابل اغماض است و مشمول کسورات نمی شود.

تبصره ۱۲: براساس تبصره ۳ از بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۸۷، پزشک خانواده مجاز به تجویز داروهای خارج از ۲۷۰ قلم داروی تعیین شده نمی باشد مگر درمورد تمدید نسخ ادامه درمان بیماران دیابتی، پرفشاری خون، اعصاب و روان، و نارسایی کرونری و قلبی که توسط متخصص مربوطه شروع و براساس راهنماهای وزارت بهداشت ادامه یابد. به شرط وجود پرونده سلامت و پیگیری ماهانه این بیماران و ثبت میزان مصرفی دارو در پرونده سلامت.

تبصره ۱۳: چنانچه داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد اداره کل بیمه تهیه شود، معادل ۱/۵ برابر سهم بیمه قیمت نسخه (۷۰٪ قیمت نسخه) از سرانه دارویی مرکز مزبور کسر خواهد شد (تبصره ۳ بند ۶ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).

ماده ۱۰: ضرورت دارد شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان برای ارائه خدمات پاراکلینیک به صورت یکسان عمل کند (دریافت FFS یا سرانه) و درصورت لزوم نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط اقدام نماید. ارائه خدمات پاراکلینیک بایستی یا در مرکز مجری برنامه یا حداکثر با نیم ساعت فاصله زمانی تا مرکز مزبور انجام شود (تبصره ۴ از بند ۷ تفاهم نامه مشترک ۱۳۹۰).

تبصره ۱۴: سهم ۴٪ اعتبارات خدمات آزمایشگاهی فقط در این دو صورت از طریق سرانه پرداخت می شود. درغیراینصورت، و فقط در صورت فقدان حتی یکی از دو شرط (داخل مرکز مجری برنامه یا با فاصله حداکثر نیم ساعت تا مرکز)، خدمات آزمایشگاهی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۴٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات آزمایشگاهی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شود، برگه دفترچه جدا می شود و علاوه بر ۳۰٪ بهای تعرفه آزمایشات که از بیمار اخذ می گردد ۷۰٪ بقیه تعرفه نیز با ارائه اوراق دفترچه از بیمه خدمات درمانی دریافت می شود.

تبصره ۱۵: سهم ۳٪ اعتبارات خدمات رادیولوژی فقط با مراکزی که یکی از دو شرط زیر را دارا باشند، در قرارداد لحاظ شده و از طریق سرانه پرداخت می شود:

۱. مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه دارای رادیولوژی فعال باشد
۲. فاصله رادیولوژی طرف قرارداد مرکز بهداشتی درمانی برای ارائه خدمات رادیوگرافی تا مرکز مزبور حداکثر نیم ساعت فاصله با خودروی معمول در منطقه باشد

درغیراینصورت، خدمات رادیولوژی بصورت Fee For Service ارائه خواهد شد. یعنی ۳٪ مربوطه از مبلغ قرارداد کسر می شود و تجویز پزشک برای خدمات رادیولوژی در دفترچه بیمه روستایی نوشته شده و حتی اگر خدمت در یکی از مراکز شبکه بهداشتی درمانی به بیمار ارائه شد، برگه دفترچه جدا می شود و علاوه بر ۳۰٪ بهای تعرفه خدمات رادیولوژی که از بیمار اخذ می گردد ۷۰٪ بقیه تعرفه نیز با ارائه اوراق دفترچه از بیمه خدمات درمانی دریافت می شود.

ماده ۱۱: روسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونین بهداشتی دانشگاه ها موظف به نظارت بر شیوه هزینه کرد اعتبارات به شرح مواد ۸ تا ۱۰ دستورعمل و موضوع دستورعمل پرداخت کارانه پرسنل خواهند بود و بایستی از انتقال این اعتبارات برای هزینه کرد در سایر بخش های شهرستان (خارج از سطح اول خدمات) به شکل جدی ممانعت بعمل آورند و تلاش نمایند تا سهم سرانه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده هر شهرستان به شکلی واقعی در همان شهرستان هزینه گردد. همچنین، اسناد هزینه بایستی توسط معاونت بهداشتی استان تایید شده و گزارش اسناد مالی براساس فرمت تعیین شده به اداره بیمه استان و مرکز مدیریت شبکه گزارش گردد. دانشگاه موظف است گزارش رعایت این ماده و هزینه کرد اعتبارات و منابع برنامه پزشک خانواده را از حسابرس دانشگاه دریافت کرده و در جلسه هیات امناء مطرح کند.

ماده ۱۲: مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی موظفند، مبلغی معادل فرانشیز تعیین شده در بخشنامه هیات دولت بابت ویزیت پزشک عمومی یا ماما (در شرایطی که بیمار منحصرأ" برای دریافت خدمات درمانی زنان به مامای کارشناس مرکز مراجعه کند) را از بیماران تحت پوشش بیمه روستایی مراجعه کننده، به عنوان ورودیه برای دریافت خدمات ذکر شده در بسته خدمت اخذ نمایند. همچنین، برای ارائه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی باید ۳۰٪ و برای خدمات تزریقات و پانسمان، ختنه و بخیه زدن و سایر خدماتی که مشمول تعرفه هستند، معادل آنچه در پیوست شماره ۳ آمده است، **بعلاوه هزینه های مواد مصرفی اخذ می گردد** (موادی مانند دستکش، سرنگ، ماسک و نخ بخیه) خاطر نشان می سازد برای پنبه، الکل، لیدوکائین، بتادین و از این قبیل نباید هزینه ای دریافت کرد.

تبصره ۱۶: ارائه دفترچه بیمه روستاییان در سطح اول خدمات برای دریافت خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی ضرورت دارد.

تبصره ۱۷: چنانچه فرد تابع هیچ نوع بیمه ای نباشد یا اوراق دفترچه اش تمام شده باشد باید کل تعرفه خدمات را پرداخت کند (آزاد) و هرچه سریعتر برای دریافت دفترچه بیمه روستایی معرفی شده و اقدام کند.

ماده ۱۳: برحسب تعداد جمعیت عشایر دارای دفترچه و زمان استقرار آن جمعیت در شهرستان باید سرانه آنها محاسبه شده و در قرارداد مشترک شبکه بهداشت و درمان شهرستان با اداره بیمه استان لحاظ گردد. زمان استقرار عشایر در هر شهرستان توسط سازمان امور عشایر تعیین و از طریق وزارت بهداشت اعلام می شود و سرانه افراد براساس زمان اقامت به شهرستان مربوطه تحویل می گردد. در طول مدت حضور عشایر در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، حقوق پزشک و ماما یا پرستار در آن مدت برحسب جمعیت کل (روستایی و عشایری) محاسبه می شود.

ماده ۱۴: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده از ۴۰۰۰ نفر بیشتر شد، ملاک پرداخت سرانه نسبت به جمعیت از سوی اداره بیمه استان به قرار زیر می شود (تبصره ۱ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰). ولی در محاسبه حقوق برای پزشک باید کل جمعیت در فرمول قرار گیرد.

☞ تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۱۰۰٪ سرانه پزشک
☞ از ۴۰۰۱ تا ۶۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۶۰٪ سرانه پزشک
☞ از ۶۰۰۱ تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک پزشک	۲۵٪ سرانه پزشک

تبصره ۱۸: در استان های محروم (دانشگاه های علوم پزشکی زاهدان؛ زابل؛ جیرفت؛ لرستان؛ خراسان جنوبی؛ خوزستان؛ هرمزگان؛ کردستان؛ بوشهر؛ ایلام؛ گناباد و بزم) در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد، در صورت تایید سازمان بیمه خدمات درمانی در آن منطقه، برای جمعیت های بالاتر از ۴۰۰۰ نفر نیز کل سرانه پزشک پرداخت می شود (تبصره ۲ بند ۸ تفاهم نامه مشترک سال ۱۳۹۰).

تبصره ۱۹: تعداد کل جمعیت تحت پوشش پزشک (تا سقف ۸۰۰۰ نفر) مبنای فرمول محاسباتی حقوق وی می باشد (یعنی عین جمعیت در فرمول وارد می شود). توصیه اکید می شود در جمعیت های بیشتر از ۸۰۰۰ نفر باید به تعداد پزشک اضافه کرد تا سهم سرانه حذف نگردد. فقط در صورت تصویب ستاد استان می توان با جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر برای یک پزشک موافقت کرد. چنانچه در منطقه ای فقط عشایر حضور داشتند، در مدت حضور آنها باید متناسب با جمعیت با پزشک و ماما یا پرستار برای ارائه خدمات قرارداد بست و آنها (افراد طرف قرارداد) را در نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی جای داد.

تبصره ۲۰: حق الزحمه پزشک خانواده و ماما، یا پرستار بازای کل جمعیت روستایی و عشایری تحت پوشش آنها محاسبه و پرداخت می گردد اعم از اینکه افراد در پوشش بیمه روستایی باشند (یعنی دفترچه بیمه روستایی داشته باشند) یا نوع بیمه آنها متفاوت باشد.

تبصره ۲۱: چنانچه تعداد مراجعین روزانه به یک پزشک خانواده (برای مدت یک ماه) بالغ بر ۷۰ نفر شود، باید موضوع به ستاد اجرایی شهرستان برای بررسی و پیشنهاد ارائه طریق ارجاع گردد. زیرا در این شرایط، پزشک فقط می تواند به ویزیت بیمار بپردازد و به سایر فعالیتها نخواهد رسید. یکی از راه حلها: می تواند کم کردن جمعیت تحت پوشش هر پزشک و راه حل دیگر، بررسی درمورد علل مراجعه بالا... باشد.

تبصره ۲۲: با توجه به بند ۸ موافقنامه شماره ۳۰۶۶۹ مورخ ۱۳۸۴/۴/۲۲ در صورت وجود واحد تسهیلات زایمانی فعال، زایمان انجام شده در آن واحد رایگان می باشد و نباید وجهی از خدمت گیرنده دریافت شود ولی در صورت فقدان واحد تسهیلات زایمانی، فرد به سطح دوم ارجاع می گردد، بدیهی است در صورت انجام زایمان در بیمارستان، هزینه های مربوطه توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۵: هزینه خدماتی که در چهارچوب قراردادهای عقد شده نباشد و بیمار از مسیر ارجاع و پزشک خانواده مراجعه نکند، باید بطور کامل از بیمار اخذ گردد. مانند خدمات پزشکی، دارویی، رادیولوژی و آزمایشگاهی نسخه شده توسط پزشکان عمومی (غیراز پزشک خانواده تعیین شده برای محل) و متخصصین در مراجعات خارج از نظام ارجاع.

ماده ۱۶: انعقاد قرارداد برای ارائه خدمات به جمعیت ساکن در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر باید از همان الگوی سرانه جمعیت روستایی تبعیت کند. چنانچه قرارداد با شبکه بهداشت و درمان شهرستان برای این جمعیت منعقد نشود، ارائه خدمات درمانی، دارویی و پاراکلینیکی بصورت FFS (Fee For Service) خواهد بود طوریکه ۳۰٪ تعرفه از مراجعه کننده و ۷۰٪ از سازمان بیمه اخذ می شود.

ماده ۱۷: در هر شهرستان، ستاد اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده شهرستان، به شیوه تعامل میان بخش سلامت سطوح اول و دوم یا بالاتر می پردازد. علاوه بر آن، این گروه وظیفه تصمیم گیری درخصوص موارد اختلاف میان بیمه خدمات درمانی و مرکز بهداشت شهرستان را نیز بعهده دارد.

تبصره ۲۳: در صورت عدم حل اختلاف در ستاد اجرایی شهرستان، مشکل به دبیرخانه ستاد اجرایی سطح دانشگاه یا استان (تبصره ۳ ماده ۱ آیین نامه اجرایی به شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴) ارجاع می شود.

تبصره ۲۴: ابلاغ اعضای ستاد اجرایی بیمه روستایی شهرستان با دو امضاء مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان و مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان صادر می شود. درمورد دبیرخانه ستاد اجرایی بیمه روستایی دانشگاه، امضاء کنندگان ابلاغ اعضای ستاد، رییس دانشگاه علوم پزشکی و مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان می باشند. رییس و دبیر این ستاد براساس تبصره ۳ ماده ۱ آیین نامه اجرایی به شماره ۶۶۱۲۱/س مورخ ۱۳۸۶/۵/۲۴ تعیین شده اند. درمورد ستادهای شهرستانی، رییس و دبیر ستاد اجرایی در اولین جلسه تشکیل ستاد تعیین می شوند.

ماده ۱۸: در تمامی روستاهای محل استقرار مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، هیات امنای روستا متشکل از افراد زیر تشکیل می گردد: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهروز و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسوول مرکز بهداشتی درمانی می باشد و بنا به صلاحدید منطقه می توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره ۲۵: در صورتیکه شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر نیز در قرارداد مشترک با بیمه قرارگیرد، به جای دهیار، بخشدار به عنوان عضو هیات امناء انتخاب می شوند.

ماده ۱۹: انتظارات عمده از هیات امنای روستا عبارتست از: برگزاری نشستهای جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی توسط پزشک و مسوولین شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخصهای سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکتهای مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و پرسنل و ...

تبصره ۲۶: رییس مرکز بهداشت شهرستان مکلف است با همکاری دهیار، اقدامات لازم برای آگاهی دادن به مردم را انجام دهد. اطلاعاتی از قبیل: ثابت و یکسان بودن نرخ تعرفه ویزیت پزشک و سایر خدمات قابل ارائه در مرکز در تمام ساعات شبانه روز، اهمیت دارد و این موضوع باید روی بورد (تابلو اعلانات) مرکز بهداشتی درمانی به صورتیکه توسط مراجعین قابل رویت باشد، درج گردد.

تبصره ۲۷: رییس مرکز بهداشت شهرستان مکلف است در آغاز هر سال یا در ابتدای کار هر پزشک خانواده، برای معرفی پزشک و تیم سلامت و برقراری ارتباط با مردم به روستا سرکشی کند و این اقدام را بطور ادواری تکرار نماید.

ماده ۲۰: براساس بخشنامه شماره ۱۵۳۸۱/د مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲ معاون محترم غذا و دارو (پیوست شماره ۸) مبنی بر سیاست بکارگیری خدمات دارویی از بخش خصوصی، در صورت وجود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، اولویت برای تامین و توزیع داروهای مورد نیاز از طریق انعقاد قرارداد با این داروخانه با فرمت قرارداد ارائه شده با بخشنامه فوق الذکر می باشد. اگر بیش از یک داروخانه در محل وجود داشته باشد، می توان با هر یک از آنان، قراردادی جداگانه منعقد کرد. داروخانه طرف قرارداد متعهد می شود شعبه ای از داروخانه را با اقلام داروهای سطح اول (۲۷۰ قلم دارو) بطور رایگان (از نظر فضای فیزیکی) در مرکز مستقر نماید (مگر آنکه داروخانه در جنب مرکز مستقر باشد). در چنین شرایطی، داروخانه موجود در مرکز بهداشتی درمانی تعطیل می شود و فقط گنجه دارویی برای ارائه خدمات دارویی در ساعات غیراداری در اختیار پزشک خانواده قرار داده می شود. داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین نیرو برای ارائه خدمت در شیفت های صبح و عصر است. قرارداد بین داروخانه بخش غیردولتی و مرکز بهداشت شهرستان منعقد می گردد.

تبصره ۲۸: داروخانه طرف قرارداد که محل فیزیکی ای را در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بطور رایگان در اختیار دارد، فقط مجاز به ارائه خدمات دارویی از این محل به مردم می باشد و مجاز به فروش لوازم آرایشی نیست.

تبصره ۲۹: اخذ تعرفه حق فنی داروساز تنها زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه خصوصی و در حضور داروساز انجام می شود، وجاهت قانونی دارد. ارائه دارو در مرکز بهداشتی درمانی توسط پرسنل داروخانه خصوصی فقط مشمول هزینه نسخه پیچی (۱۵۰۰ ریال) می باشد. ارائه دارو از گنجه دارویی توسط پزشک یا پرسنل مرکز بهداشتی درمانی در ساعات غیراداری و شیفت شب مشمول دریافت حق فنی یا هزینه نسخه پیچی نیست.

تبصره ۳۰: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی، می توان با داروخانه موجود در مناطق مجاور و قابل دسترس مردم (بنا به تشخیص مرکز بهداشت شهرستان) قرارداد تامین داروهای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده را منعقد کرد. در این وضعیت نیز باید شعبه ای از داروخانه طرف قرارداد در مرکز بهداشتی درمانی مستقر گردد.

ماده ۲۱: مسوولیت تامین پرسنل و تامین، توزیع و عرضه صحیح داروها با مسوول داروخانه طرف قرارداد می باشد و مرکز بهداشت شهرستان مسوولیت نظارت بر فعالیتهای داروخانه مزبور را به عهده دارد.

تبصره ۳۱: داروخانه طرف قرارداد موظف به تامین و توزیع دارو و نیروی انسانی مورد نیاز در برنامه سیاری پزشک خانواده (دهگردشی) به روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی و تامین دارو در شیفت شب برای موارد اورژانس می باشد. چنانچه داروخانه طرف قرارداد امکان تامین نیرو برای ارائه خدمات دارویی در دهگردشی ها را نداشت، این کار توسط یکی از کارکنان مرکز که همراه پزشک می باشد (ماما، پرستار یا ...) انجام می شود و بازای این اقدام، درصدی از مبلغ قرارداد کسر می گردد.

ماده ۲۲: در صورت نبود داروخانه بخش خصوصی در روستای محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی یا مناطق مجاور یا تمایل نداشتن آنها به همکاری با برنامه پزشک خانواده، مرکز بهداشت شهرستان موظف به راه اندازی واحد داروخانه و تامین و توزیع دارو به مردم در محل مرکز بهداشتی درمانی مزبور و زمان دهگردشی پزشک می باشد.

ماده ۲۳: نظارت بر حسن انجام خدمات دارویی به عهده مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان می باشد.

ماده ۲۴: باتوجه به انجام نظارتهای مشترک، اداره بیمه استان موظف است پس خوراند بازدیدهای انجام شده در طول ماه قبل را تا حداکثر دهم ماه بعد برای رفع نواقص اعلام کند تا فرصت کافی برای اصلاح اقدامات توسط مراکز بهداشت استان ها و شهرستان ها باشد. بدیهی است که نکات مورد نظر سازمان بیمه که متعاقباً و بطور مشترک اعلام می شود، به سازمان بیمه منعکس می گردد. مرکز بهداشت استان موظف به پیگیری درمورد این ماده می باشد.

فصل پنجم: شیوه استقرار برنامه پزشک خانواده در مناطق مجری برنامه بیمه

روستایی

با تکیه بر اصل سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، تمامی مناطق روستایی کشور در قالب طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان قرار دارند. این بدان معناست که در دفترچه های طرح گسترش شبکه هر شهرستان، برای کلیه روستاهای موجود در آن شهرستان، شیوه دریافت خدمت کاملاً مشخص شده است. در واقع، یک روستا در شهرستان از شمول پنج حالت ممکن زیر خارج نیست:

۱- این روستا همان روستایی است که طبق دفترچه های طرح باید محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی باشد. در چنین شرایطی این روستای اصلی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی هم خواهد بود.

۲- این روستا طبق دفترچه های طرح، فاقد مرکز بهداشتی درمانی روستایی ولی دارای خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت روستایی است. این روستا، روستای اصلی نام دارد ولی محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی نمی باشد. روستای اصلی، روستای محل استقرار خانه بهداشت است و معمولاً یک یا چند خانه بهداشت، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی فعالیت می کنند. گاه، در صورت نزدیکی خانه بهداشت به منطقه شهری ممکن است آن خانه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری قرارگیرد که در این شرایط به آن مرکز، مرکز شهری روستایی گفته می شود.

۳- این روستا طبق دفترچه های طرح گسترش، محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا خانه بهداشت نبوده ولی تحت پوشش خانه بهداشت می باشد که به آن، روستای قمر گویند.

۴- به برخی از روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری مرکز بهداشتی درمانی یا سیاری مرکز بهداشت شهرستان) ارائه می گردد. به این دسته از روستاها، روستاهای سیاری گفته می شود. البته، برخی از این روستاها به دلیل کم بودن جمعیتشان، سیاری می باشند که حتی پس از تکمیل طرح ها نیز به همین صورت خدمت می گیرند.

۵- روستاهایی که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است و اغلب جمعیت قابل توجهی نیز ندارند، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر در منطقه شهری قرار می گیرند. به عبارت دیگر، روستاهای تحت پوشش مستقیم مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی.

ماده ۲۵: به منظور تعیین پرسنل درمانی مورد نیاز و شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده می بایست اقدامات زیر انجام شود:

⇐ جمعیت هر یک از مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی بدون توجه به نوع بیمه آنها مشخص شود، این داده با انجام سرشماری سالانه قابل دسترسی است و اطلاعات آن باید در صفحه داخلی پرونده خانوار ثبت گردد.

⇐ تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک بازای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین گردد. بدیهی است برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و نیاز خواهد بود. بازای هر دو پزشک، باید یک ماما تعیین کرد. درمورد مراکز ۳ پزشک و بالاتر می توان نفر دوم را به جای ماما، پرستار بکارگیری کرد. برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت. بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، یک پزشک جایگزین تعیین می شود. در مورد ماما هم بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای یک ماما باید یک مامای جایگزین تعیین کرد.

← برای تعیین پزشکان و ماما‌های مورد نیاز، ابتدا تعداد پزشکان و ماما‌های استخدامی که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده وجود دارد، مشخص می شوند و سپس، به جذب مابقی نیروهای مورد نیاز از طریق عقد قرارداد با پزشک یا مامای بخش خصوصی با اولویت پزشکان و ماما‌های مطب دار در همان روستا یا روستاهای مجاور اقدام می گردد.

← اولویت برای جذب پزشک و ماما بترتیب عبارتست از: پزشکان یا ماما‌های استخدامی شاغل در مرکز (رسمی و پیمانی از طریق مصوبه هیات ریسه دانشگاه های علوم پزشکی کشور)؛ پزشکان یا ماما‌های بخش خصوصی طرف قرارداد و فعال در محل (آنانکه مطب دارند و به شرط تعطیلی مطب)؛ سایر پزشکان یا ماما‌هایی که براساس فراخوان ثبت نام می کنند (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۹) و در نهایت پزشکان طرحی و پیام آور و البته براساس ضوابط تعیین شده توسط مرکز بهداشت استان. توصیه می شود نیروهای طرحی و پیام آور بیشتر برای مناطقی که جذب پزشک مشکل تر است، بکارگیری گردد.

تبصره ۲۲: براساس بند ج قسمت ۸ قرارداد با پزشک (فسخ قرارداد با یک ماه اعلام قبلی) چنانچه فرد طرف قرارداد زودتر از یک ماه محل خدمت خود را ترک کند، کل حقوق یک ماه وی به همراه ۲۰٪ جریمه پرداخت نمی شود (این ۲۰٪ جریمه از اعتبار مربوط به پایش وی که نزد مرکز بهداشت است، کسر می شود).

تبصره ۲۳: چنانچه پزشک یا مامای طرف قرارداد، محل خدمت فعلی خود را ترک می کند اعم از اینکه فرد، خود مایل به ترک خدمت شده باشد یا به دلایلی قرارداد وی توسط مرکز بهداشت لغو گردد، ضرورت دارد مرکز بهداشت شهرستان مربوطه گواهی چگونگی انجام خدمت به وی ارائه دهد (گواهی انجام کار). در این گواهی باید به نحوه عملکرد، رضایتمندی و نمره ارزشیابی و مدت زمان خدمت وی اشاره گردد. قطعاً در هنگام انعقاد قرارداد با این افراد برای محل دیگر، باید این گواهی مبنای بکارگیری (انعقاد قرارداد) و محاسبه ضریب ماندگاری (از این به بعد) وی قرارگیرد.

تبصره ۲۴: با افرادی که در گواهی انجام کار آنها، نمره ارزشیابی کمتر از ۷۵ داشته باشند، نباید قرارداد منعقد گردد.

تبصره ۲۵: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک پزشک کمتر از ۲۵۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۲۵۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۲۶: چنانچه در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده که جمعیت تحت پوشش دارای دفترچه بیمه روستایی آن از ۴۰٪ کل جمعیت تحت پوشش مرکز کمتر باشد، پزشک خانواده موظف به بیتوته نمی باشد و فقط در شیفت (های) معمول ساعت کاری مرکز، ارائه خدمت می کند. در چنین شرایطی می توان از وجود این پزشک بصورت شیفت بندی با نزدیکترین مرکز برای بیتوته استفاده کرد و در قرارداد وی نیز زمان بیتوته را منظور نمود. همچنین، باید با اطلاع رسانی به مردم تحت پوشش این مناطق، محل واحد ارائه خدمت در ساعات غیراداری را مشخص کرد.

تبصره ۲۷: تمامی پزشکان خانواده مستقر در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی، مسوول جمعیت تحت پوشش مرکز هستند و متناسب با فرمول تعیین شده موجود در فصل ششم این دستورعمل از نظام پرداخت تقریباً یکسانی برخوردار می باشند ولی یکی از آنها، به عنوان مسوول مرکز بهداشتی درمانی و رابط مرکز با مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد شد (با اولویت پزشک رسمی یا پیمانی). مرکز بهداشت شهرستان می تواند ماهانه از ۴٪ تا حداکثر ۷٪ کل مبلغ قرارداد را به عنوان حق مسوولیت باتوجه به درصد عملکرد پزشک در نتیجه پایش، برای این فرد قائل شود (۵٪ تا ۷٪ فقط خاص مراکز شبانه روزی طبق دفترچه های طرح های گسترش است). محل تامین این اعتبار از منابع اعتباری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است.

تبصره ۲۸: تمامی پزشکان و پرسنل شاغل در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده موظف به اجرای برنامه هستند و عضو تیم سلامت محسوب می شوند (براساس ماده ۵۴ فصل ششم مجموعه کامل قوانین و مقررات استخدامی) و فقط تحت شرایط استثنایی و با نظر معاون بهداشتی استان می توان از پزشکی که مایل به فعالیت در این برنامه نیست به عنوان پزشک جایگزین در زمان نبود سایر پزشکان شاغل استفاده کرد. بدیهی است که این امر برای پزشکان پیام آور و

مشمول قانون طرح نیروی انسانی صدق نمی کند و حضور آنان در این برنامه در صورت نیاز مرکز بهداشت شهرستان اجباری است. در زمان عدم حضور، نباید پولی به طرف قرارداد پرداخت گردد.

ماده ۲۶: بازای هر دو پزشک، باید یک ماما به کار گرفته شود. چنانچه براساس ماده ۲۵، تنها یک پزشک به مرکز بهداشتی درمانی تعلق گیرد، حداقل وجود یک ماما الزامی است. برای تعیین ماماهاى موردنیاز ابتدا تعداد ماماهاى استخدامی که امکان تامین آنها برای مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی وجود دارد، مشخص می گردد و سپس، برای تامین سایر ماماهاى مورد نیاز، اقدام به جذب نیرو از طریق انعقاد قرارداد با آنها (براساس پیوست شماره ۹) **برای مراکز مربوط می شود. برای تکمیل نیروی ماما در مراکز تسهیلات زایمانی نمی توان از قرارداد پزشک خانواده استفاده کرد.**

تبصره ۳۷: در صورتیکه مرکز به بیش از یک ماما نیاز داشته باشد (مرکز با بیش از ۲ پزشک)، نفر اول باید حتماً ماما بکارگرفته شود. برای تعیین نفر دوم، می توان از بین پرستاران هم گزینش کرد.

تبصره ۳۸: در صورت فقدان ماما در منطقه و با هماهنگی اداره کل بیمه استان می توان از پرستار به جای ماما استفاده کرد بنحوی که ارائه خدمات مامایی متوقف نشود و موضوع کتباً به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان منعکس گردد.

تبصره ۳۹: در صورت جذب نیروی قراردادی ماما یا پرستار، کلیه خدمات مامایی، پرستاری، داروپاری و سایر فعالیتهای مرتبط با امور تکنیکی بخش درمان باید توسط این افراد ارائه گردد (البته به شرط نبود بهیاری و داروپار در مرکز). **در این صورت، قطعاً باید آموزش های لازم طی دوره های کوتاه مدت برای آنها در مرکز آموزش بهورزی اجرا شده و گواهی صادر گردد. فقط در این صورت است که این افراد می توانند تزریقات عضلانی را انجام دهند. البته تزریق برای اولین بار باید زیر نظر پزشک مرکز باشد و در دفعات بعد حتماً با نسخه انجام گیرد (نامه شماره ۳۰۸/۱۱۴۰۹ مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ - پیوست شماره ۱۱).** تقسیم کار بین افراد به عهده پزشک مسوول مرکز است.

تبصره ۴۰: در مناطق محروم و در صورت نبود نیروی پرستار می توان بهیاری را بکارگیری کرد.

تبصره ۴۱: در صورت وجود تسهیلات زایمانی فعال و وجود ماما در مرکز، می توان از پرستار به جای ماما در مرکز بهداشتی درمانی استفاده کرد.

تبصره ۴۲: چنانچه جمعیت تحت پوشش یک ماما یا پرستار کمتر از ۴۰۰۰ نفر باشد، قرارداد تا سقف ۴۰۰۰ نفر با وی منعقد می گردد.

تبصره ۴۳: در صورتی که ماما، علاوه بر ارائه خدمات مامایی و مراقبت های مادر و کودک، خدمات دارویی را هم ارائه دهد تا سقف ۷٪ کل حقوق وی به دستمزدش اضافه می شود (برحسب اینکه کل خدمات به عهده وی باشد یا فقط در دهگردشی این وظیفه را انجام دهد، متفاوت است). چنانچه خدمات پرستاری مثل تزریقات و پانسمان را هم به عهده داشته باشد **(به شرط وجود گواهی آموزش)**، تا ۳٪ دیگر هم به دستمزدش اضافه می شود. **توصیه می شود** تا حدامکان بویژه در مراکز پرجمعیت، نیروی دیگری بکارگیری شود تا ارائه خدمات مامایی با اشکال مواجه نگردد.

تبصره ۴۴: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت دارویی توسط مرکز و وجود داروخانه در مرکز بهداشتی درمانی و نبود دارویار، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۸۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) علاوه بر یک ماما، بهتر است یک پرستار نیز برای ارائه خدمات دارویی و پرستاری بکارگرفته شود. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات دارویی برنامه بیمه روستایی (۲۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد فروش دارو (۷۵٪) تامین کرد. در این شرایط، ماما عمدتاً به ارائه خدمات تخصصی مامایی و مراقبت های مادر و کودک و تنظیم خانواده می پردازد و به بهبود شاخصهای مربوطه کمک می کند. خاطر نشان می سازد همکاری بین ماما و سایر پرسنل واحد بهداشت خانواده مرکز ضرورت دارد.

تبصره ۴۵: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت آزمایشگاهی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی برای آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین آزمایشگاه دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه

جمعیت تحت پوشش مرکز به ۸۰۰۰ نفر رسید (دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه می توان برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات آزمایشگاهی برنامه بیمه روستایی (۳۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات آزمایشگاهی (۶۵٪) تامین کرد.

تبصره ۴۶: باتوجه به اینکه پزشک، مسوول فنی کلیه خدمات قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی است، در صورت ارائه خدمت رادیولوژی توسط مرکز و نبود تکنیسین یا کاردان رادیولوژی و وجود تجهیزات و فضای فیزیکی مناسب برای رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی و فاصله نزدیکترین رادیولوژی دولتی یا غیردولتی با مرکز بیش از نیم ساعت با خودرو، چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز به ۱۰۰۰۰ نفر رسید (حداقل دارای ۲ پزشک) یک نفر تکنیسین یا کاردان رادیولوژی می توان برای مرکز بکارگرفت. دستمزد این فرد را می توان از محل درآمدهای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده یا بصورت ترکیبی، از محل اعتبارات خدمات رادیولوژی برنامه بیمه روستایی (۴۵٪ از دستمزد این فرد) و محل درآمد ارائه خدمات رادیولوژی (۵۵٪) تامین کرد.

تبصره ۴۷: محاسبه میزان حقوق تکنیسین دارویی، تکنیسین یا کاردان آزمایشگاه یا رادیولوژی (تبصره های ۴۳ تا ۴۵) مشابه حقوق افراد پیمانی هم ردیف آنها خواهد بود و از محل اعتبار کارانه مرکز نیز به آنها سهمی براساس نتیجه پایش عملکرد تعلق می گیرد.

ماده ۲۷: در مورد روستاهای یک شهرستان که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند، ابتدا جمعیت روستاهای مذکور تعیین و پرسنل درمانی مورد نیاز برای ارائه خدمت به آن جمعیت - براساس توضیحات مواد پیشین- مشخص می گردد و درمورد استقرار این نیروها، در یک یا چند نقطه شهر براساس تعداد جمعیت و پراکندگی این روستاها در اطراف شهر تصمیم گیری می شود (محل استقرار تیم پزشک خانواده ترجیحا" باید جدا از پزشکان و پرسنل ارائه دهنده خدمت به جمعیت شهری باشد مگر اینکه شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر نیز در پوشش برنامه پزشک خانواده قرار داشته باشند). در صورتیکه ناچار به استقرار تیم پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی شهری باشیم، باید علاوه بر محاسبه دریافتی پزشک و سایر پرسنل بازای جمعیت روستایی، از محل کارانه و بازای جمعیت شهری تحت پوشش از محل درآمدهای مرکز تا حداکثر ۴۰٪ درآمد حاصل از کل ویزیت را باتوجه به ضریب عملکرد آنها حاصل پایش فصلی، به دریافتی افراد اضافه کرد (به عنوان مازاد کارانه). از این مقدار، حداقل ۲۰٪ به پزشک اختصاص داده شود. **این اقدام در مورد افراد غیرایرانی تحت پوشش مراکز مجری برنامه که دارای پرونده فعال هستند، نیز انجام می شود. زیرا این افراد در جمعیت تحت پوشش پزشک در فرمول محاسبه حقوق وارد نمی شوند و از آنجاکه بیمه نیستند باید کل تعرفه را پرداخت کنند، می توان از این روش به دستمزد افراد ارائه دهنده خدمت به آنها استفاده کرد.**

تبصره ۴۸: در شرایطی که تیم پزشک خانواده ارائه دهنده خدمت به جمعیت روستایی در مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی مستقر گردد و جمعیت شهری نیز جزو قرارداد با بیمه نباشد، به هیچوجه نباید جمعیت شهری و روستایی تحت پوشش این مرکز بین پرسنل مرکز تقسیم شود. باید همکاری کامل بین پرسنل برای ارائه خدمت به کل جمعیت برقرار باشد و **کارانه ۱۵ درصدی** براساس ضریب عملکرد کل پرسنل مرکز (غیر از افراد طرف قرارداد) بین همه آنها توزیع گردد. توجه داشته باشید که در چنین شرایطی بازای جمعیت طرف قرارداد باید نیروی پزشک و مامای موردنیاز را تامین کرد و برای جمعیت شهری نیز به تعداد پزشکان افزود بطوریکه ناچار نباشیم به یک پزشک حدود ۱۲۰۰۰ نفر جمعیت را بسپاریم.

ماده ۲۸: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین پزشک/پزشکان برای ارائه خدمات پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود پزشک از طریق قرارداد دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و پزشک

داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد. چنانچه موفق به جذب پزشک نباشیم ولی ماما جذب شده باشد، حق الزحمه ماما باید از محل منابع برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تامین گردد و منتظر اعتبار بیمه خدمات درمانی نبود.

تبصره ۴۹: حتماً یک نسخه از قرارداد باید به پزشک خانواده طرف قرارداد ارائه گردد.

ماده ۲۹: شبکه بهداشت و درمان یا مرکز بهداشت شهرستان پس از انعقاد قرارداد با اداره کل بیمه استان، موظف به تامین ماما، یا پرستار برای ارائه خدمات غیر تخصصی پزشکی سلامت سطح اول در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده است. در چنین شرایطی باید کمبود این نیرو از طریق قراردادی دو جانبه بین مرکز بهداشت شهرستان و فرد داوطلب (پیوست شماره ۹) تامین گردد.

تبصره ۵۰: حتماً یک نسخه از قرارداد باید به ماما یا پرستار یا ... طرف قرارداد ارائه گردد.

ماده ۳۰: تامین فضای فیزیکی ارائه خدمات پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر (در صورت عقد قرارداد مرکز بهداشت شهرستان با بیمه)، بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

ماده ۳۱: در برنامه بیمه روستایی، پزشکانی که از هر طریق ممکن (قرارداد با مرکز بهداشت شهرستان یا در قالب رابطه استخدامی با مرکز بهداشت شهرستان و ...) به عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت به مردم روستایی و عشایری یا شهری (در صورت قرارداد برای شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر) می شوند، اجازه فعالیت در بخش خصوصی حرف پزشکی (مطب و ...) را نخواهند داشت ولی مجوز مطب آنها نباید ابطال گردد. دانشگاه حق ندارد از این پزشکان در بیمارستانها در ساعات غیراداری استفاده کند زیرا این افراد باید در مرکز محل تعهد خود کشیک دهند.

تبصره ۵۱: قبل از انعقاد قرارداد با پزشکان خانواده، از معاونت درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی درمورد داشتن مطب وی استعلام گردد.

تذکر: براساس بند ب ماده ۶۵ قانون پنجم توسعه "هرگونه بکارگیری افرادی که در اجرای قوانین و مقررات، بازرخرد یا بازنشسته شده یا می شوند به استثناء مقامات، اعضاء هیات علمی، ایثارگران، فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان هفتاد درصد و بالاتر در دستگاه های اجرایی یا دارای ردیف یا هر دستگاهی که بحوی از انحا از بودجه کل کشور استفاده می کند، ممنوع و همچنین، هرگونه پرداخت از هر محل و تحت هر عنوان به افراد بازنشسته و بازرخرد توسط دستگاه های مذکور ممنوع است". بنابراین، فقط در صورتی که شرایط بازنشستگان متقاضی با یکی از موارد مجاز بکارگیری، مذکور در ماده ۶۵ قانون برنامه پنجم توسعه انطباق داشته باشد، بکارگیری آنها در طرح پزشک خانواده مجاز خواهد بود (براساس نامه شماره ۱۰۷/۲۳۶۶ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱ دفتر امور حقوقی وزارتخانه- پیوست شماره ۱۲).

تبصره ۵۲: چنانچه بیمه خدمات درمانی اقدام به عقد قرارداد با پزشک، بدون مشارکت مرکز بهداشت شهرستان نماید، مرکز بهداشت شهرستان هیچ وظیفه ای در قبال تامین فضای فیزیکی ارائه خدمت نخواهد داشت.

ماده ۳۲: پزشکان خانواده مستقر در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موظفند در تمام اوقات صبح و بعدازظهر (برحسب شیفت بندی دانشگاه علوم پزشکی و حداقل ۸ ساعت کار) و در ایام شب (بطور بیتوته) فعالیت کنند. چنانچه در هر یک از اوقات صبح و بعدازظهر (شیفت های خدمت) یا در زمان بیتوته، (برحسب تعداد پزشک مرکز و برنامه شیفت بندی هر پزشک) حضور نداشتند (غیر از زمان دهگردشی، مرخصی استحقاقی یا شرکت در کلاسهای آموزشی که برنامه آن باید بروی تابلوی اعلانات مرکز نصب باشد)، از دریافتی آنها کسر می شود.

به عبارت دیگر، پزشکان خانواده سه نوع زمان کاری دارند: اول ساعت کار موظف که از شنبه تا چهارشنبه معادل ۸ ساعت کاری و برای پنجشنبه ها ۴ ساعت کاری است که بصورت یک یا دو نوبته بسته به تصمیم ستاد استان تعیین می گردد؛ دوم زمان بیتوته که شامل ساعات بعداز زمان کاری محسوب می شود (عمدتاً ساعات شب روزهای معمول که بصورت شیفت

بندی برای پزشکان هر مرکز تعیین می شود؛ و سوم روزهای تعطیل که پزشکان کل روز را بطور شیفت بندی در مرکز حضور خواهند داشت و موارد مراجعه کننده را می پذیرند. چنانچه پزشکی در زمان ببتوته غیبت نماید، اعتبار در نظر گرفته شده برای ببتوته از دستمزد وی کسر می شود ولی اگر روز تعطیل را که باید شیفت دهد، غیبت کند یک سی ام کل حقوق وی بازای هر روز غیبت کسر می گردد.

تبصره ۵۳: پزشکان خانواده موظفند هر یک روز درمیان یا حداقل ۲ بار در هفته به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای اصلی خانه های بهداشت تابعه براساس جمعیت، سرکشی و نظارت (دهگردشی) نمایند. این اقدام در تعیین ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. فقط درمورد مراکز دارای یک پزشک خانواده، یا وقتی پزشک بیش از ۵ خانه بهداشت در پوشش خود دارد، انجام حداقل یکبار دهگردشی به خانه های بهداشت تحت پوشش در هفته کافی است. محل استقرار پزشک، خانه بهداشت خواهد بود و توصیه می شود یک میز و صندلی برای این کار در خانه بهداشت در نظر گرفته شود.

تبصره ۵۴: پزشکان خانواده موظفند ماهانه به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای قمر زیرپوشش خانه های بهداشت تابعه سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند. این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

تبصره ۵۵: پزشکان خانواده موظفند هر سه ماه یکبار به جمعیت تحت پوشش خود در روستاهای سیاری زیرپوشش مرکز محل خدمت خود، سرکشی و نظارت (دهگردشی) کنند (به شرط وجود راه برای عبور خودرو). این اقدام در تعیین دریافتی و ضریب عملکرد آنها بسیار موثر است. برای استقرار پزشک می توان با کمک شورای روستا از مدرسه یا مسجد یا ... استفاده کرد.

ماده ۳۳: ارائه خدمات پزشکی در غیر ساعات اداری مندرج در ماده ۳۲، به جمعیت ساکن در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی الزامی است. در صورت وجود بیش از یک پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی روستایی، مسوولیت شیفت بندی ارائه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل با پزشک مسوول مرکز خواهد بود. چنانچه تنها یک پزشک در مرکز بهداشتی درمانی روستایی وجود داشته باشد، سه حالت احتمال دارد:

الف_ پزشک در مرکز ببتوته کند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که در شرایط نبود پزشک به هر دلیل، پزشک جایگزین مورد نیاز مرکز را تامین نماید یا نزدیکترین مرکز دارای پزشک که قابل دسترس روستاییان آن مرکز باشد را معرفی کند تا مردم در شرایط ضروری به پزشک دسترسی داشته باشند و در صورت تعیین جانشین، اداره کل بیمه استان مکلف به ارائه مهر و کد برای پزشک جانشین می باشد. مدت زمان استفاده از پزشک جایگزین نباید بیش از ۱۰ روز در ماه برای یک مرکز باشد.

ب_ پزشک به دلیل نبود امکانات ببتوته، در مرکز ببتوته نکند. در چنین شرایطی مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که برای جمعیت روستایی تحت پوشش دو یا چند مرکز مجاور با شرایط مشابه، امکان دسترسی به خدمات را در محلی مناسب برای خدمات شیفت شب فراهم کند (تعیین مرکز بهداشتی درمانی معین یا مرجع).

پ_ مرکز بهداشت شهرستان پزشک مرکز دارای یک پزشک را با مرکز مجاور به طور نوبتی در کشیک شبانه قرار دهد و به مردم نیز اعلام کند که در شرایط اضطرار می توانند به مرکز دارای پزشک مراجعه کنند. در چنین شرایطی، نباید پزشک مزبور از مزایای مرکز تک پزشک منتفع گردد.

تبصره ۵۶: درمورد روستاهایی که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی هستند می توان موارد مراجعه در شیفت های شب را به یک مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در شهر -مرکز معین- یا اورژانس بیمارستان ارجاع داد (به شرطی که فاصله کمتر از ۲۰ کیلومتر باشد) یعنی ببتوته حذف می شود و در این وضعیت، هزینه های مربوطه برحسب ساعات شیفت شب، از سرجمع اعتبارات پزشک مرکز کم می گردد (نبايد از پزشک خانواده مرکز برای خدمت در اورژانس بیمارستان استفاده شود).

ماده ۳۴: مرکز بهداشت استان و شهرستان موظف است در جهت تامین نیروهای جایگزین (پزشک و ماما) در زمان مرخصی ها یا آموزشهای شغلی آنها اقدام کند. می توان از حالت های زیر به عنوان راه حل های مناسب برای مدیریت تامین نیروی جایگزین استفاده کرد:

☞ تنظیم برنامه زمان استفاده از مرخصی های استحقاقی و اخذ تقاضای بازخرید ۱۵ روز مرخصی استحقاقی در ابتدای انعقاد قرارداد

☞ تامین نیروهای جایگزین از بین نیروهای موجود (در مورد مراکز ۲ پزشک غیر زن و شوهر و بالاتر)

☞ رعایت ضوابط تامین پزشک و مامای جایگزین با انعقاد قرارداد با آنها

تبصره ۵۷: مرکز بهداشت شهرستان موظف است تغییرات ایجاد شده در فهرست پزشکان خانواده و ماماها یا پرستاران قراردادی یا فهرست پزشکان جایگزین را در اسرع وقت به مرکز مدیریت شبکه و اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اعلام کند.

ماده ۳۵: در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه با بیش از یک پزشک (غیر زن و شوهر) باید طوری برنامه ریزی کرد تا در زمان مرخصی یا شرکت در کلاس آموزشی یک پزشک، سایر پزشکان در مرکز حضور داشته باشند.

تبصره ۵۸: در مورد مراکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا با پزشکان زن و شوهر می توان بگونه ای برنامه ریزی کرد که در زمان حضور نداشتن آنها از وجود پزشکان مراکز همجوار که دارای چند پزشک هستند، یا پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شبانه روزی استفاده خدمتی کرد. حق الزحمه این پزشکان در قالب اضافه کار، فوق العاده ماموریت یا فوق العاده ویژه برنامه پزشک خانواده (طبق بند ۳ ردیف ج) پرداخت می شود.

تبصره ۵۹: بازای هر ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی دارای تک پزشک یا دو پزشکی که زن و شوهر هستند، می توان با یک پزشک به عنوان پزشک جایگزین قرارداد بست. اگر این رقم، کمتر از ۱ شد، یک نفر لحاظ می گردد. این پزشکان در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت شهرستان) همکاری لازم با سایر پزشکان را داشته باشند.

ماده ۳۶: در صورت قرارگرفتن مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده در مناطق شهری یا حاشیه شهرها و روستاهای نزدیک به شهر، که روستاییان در ساعات خارج از ساعت اداری به واحدهای ارائه دهنده خدمت در شهر مراجعه می کنند، به منظور تسهیل در دسترسی مردم و جلوگیری از هدر رفتن منابع، می توان برای این مراکز بسته به نظر کمیته اجرایی شهرستانی بیمه روستایی، بیتوته پزشک را حذف کرد و ارائه خدمت در ساعات غیر اداری را به مراکز اورژانس یا مراکز شبانه روزی موجود در شهر واگذار نمود.

تبصره ۶۰: در صورت فقدان امکانات بیتوته برای پزشک می توان لزوم بیتوته پزشک را منتفی دانست. در این شرایط، حق بیتوته از دستمزد پزشک کسر می شود. چنانچه فاصله چنین مرکز بهداشتی درمانی بدون امکانات بیتوته تا نزدیکترین شهر محل اقامت پزشک، بیش از ۵۰ کیلومتر باشد که پزشک ناچار به تردد روزانه و مدام گردد، فقط تا یک دوم مبلغ بیتوته وی کسر می شود.

تبصره ۶۱: ضرورت دارد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی به منظور همکاری بیمارستان ها و مراکز اورژانس با برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده ابلاغی صادر نماید. البته برای استفاده از خدمات پزشک عمومی در ساعات غیراداری کلیه هزینه ها به عهده مرکز بهداشت شهرستان است (از محل حذف بیتوته پزشک مرکز).

تبصره ۶۲: بیمارستان ها و اورژانس های همکار براساس دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده از مراجعین روستایی دارای دفترچه بیمه روستایی و برگه ارجاع، مبلغ فرانشیز خدمات پزشکی و خدمات دارویی و پاراکلینیکی دریافت می کنند و لیست بیماران همراه هزینه مربوطه ماهانه به شبکه بهداشت و درمان شهرستان ارائه می گردد. **البته توصیه می شود از یک مرکز بهداشتی درمانی در نزدیکترین محل تردد مردم به عنوان مرکز معین استفاده شود و**

همان پزشکان مراکز روستایی بصورت شیفت بندی در این مرکز بیتوته نمایند و به مردم برای مراجعه به مرکز معین در ساعات غیراداری اطلاع رسانی گردد.

ماده ۳۷: خدمات بهداشتی با مسوولیت کامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و بدون اضافه کردن نیروی درگیر در بخش بهداشت باید با کیفیت مناسب و با آخرین بسته خدمات بهداشتی ابلاغی ارائه گردد مگر اینکه بسته خدمتی جدید از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرا ابلاغ شود. در ضمن، پزشکان خانواده موظف هستند آمار مراجعین خود را براساس فرمت یکسان، روزانه ثبت کرده و ماهانه به واحد گسترش شبکه در مرکز بهداشت شهرستان گزارش کنند. مرکز بهداشت شهرستان نیز پس از اطمینان از صحت اطلاعات، آن را به واحد گسترش شبکه در استان ارسال می دارد تا جمع بندی آنها به ستاد ملی **در مرکز مدیریت شبکه** اعلام گردد.

تبصره ۶۳: مرکز بهداشت شهرستان موظف به آموزش بسته های خدمت بهداشتی درمانی به پزشکان و ماماهاى طرف قرارداد و ابلاغ آن به آنها می باشد. ترجیحا" توصیه می شود از روش آموزش غیرحضوری استفاده شود. درضمن، به محض انعقاد قرارداد با پزشک یا ماماىی که بتازگی به سیستم سلامت وارد می شود باید دوره آموزشی ۳روزه با هدف شناخت نظام شبکه و وظایف تیم سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده برای آنها برگزار گردد و گواهی مربوط به این دوره صادر شود.

تبصره ۶۴: فرمت های آماری مورد توافق وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی و دستور عمل تکمیل آن در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، در پیوست شماره ۱۰ آمده است. جدول خاص مرکز بهداشتی درمانی، باید همراهه توسط تمامی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه تکمیل شده و نتیجه آن به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد. مرکز بهداشت شهرستان وظیفه دارد پس از اطمینان از صحت داده ها، آنها را در فرم مربوط به مرکز بهداشت شهرستان جمع بندی کرده و به مرکز بهداشت استان ارسال دارد. مرکز بهداشت استان پس از اطمینان از صحت داده ها، ضمن ارسال یک نسخه از جدول ارسال شده از مراکز بهداشت شهرستان های تابعه به اداره بیمه استان، جمع بندی آنها را در فرم مخصوص مرکز بهداشت استان انجام داده و به مرکز مدیریت شبکه ارسال می دارد.

توجه: فرمت های آماری دیگری ازسوی مرکز مدیریت شبکه **در فایل Excel تهیه** شده است و برروی سایت Port.Health.gov.ir قرار دارد که ضروریست هر **۳ ماه یکبار** بدون هیچگونه تغییری در ساختار فایل، تکمیل و ارسال گردد. همچنین، فرم های ثبت داده براساس عملکرد باید همانند پیوست شماره ۱۰ طراحی گردد و هر مورد مراجعه برحسب نوع خدمت دریافتی ثبت شود و مطابق دستورعمل گردش کار فرم ها تکمیل شده و هر **۳ ماه یکبار** به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

ماده ۳۸: پزشک یا پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، مسوولیت سلامت مردم تحت پوشش خود در سطح اول و مدیریت چگونگی ارائه کلیه خدمات بهداشتی و درمانی فنی، پیگیری فعال بیماران مزمن، و مراجعه کنندگان خدمات بهداشتی را بر عهده دارند.

ماده ۳۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین اقلام دارویی مطابق لیست پیوست شماره ۶ در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی بطور مستقیم یا از طریق انعقاد قرارداد با بخش خصوصی (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۸) است.

تبصره ۶۵: در طول مدت هر ۳ تا ۶ ماه اجرای برنامه، تمامی اقلام دارویی مورد نیاز مردم با احتساب بار مراجعه به داروخانه، متوسط تعداد اقلام دارویی در هر نسخه و متوسط قیمت هر نسخه برآورد شده به مرکز مدیریت شبکه اعلام می گردد تا در صورت لزوم اقلام دارویی موردنیاز سطح اول بازنگری شوند. بنابراین، در طول اجرا باید آمار داروهای مصرفی و کمبودها ثبت

گردد. به هر حال، آنچه اهمیت دارد دسترسی روستاییان به تمامی خدمات دارویی مورد نیاز در سطح اول است. همانطور که قبلاً نیز گفته شد باید تمامی اقلام دارویی قابل تجویز توسط پزشک خانواده (۲۷۰ قلم) در مرکز موجود باشد.

تبصره ۶۶: ارائه داروهای بهداشتی موجود در داروخانه بهداشت همچنان رایگان می باشد. برای داروهایی که با ثبت در دفترچه بیمه روستاییان و عشایر و دارندگان دفترچه سایر سازمانهای بیمه گر و سایر صندوق های سازمان بیمه خدمات درمانی تجویز می شوند، ۳۰٪ فرانشیز از بیماران اخذ می گردد و در مورد داروهای تجویز شده برای افراد فاقد هرگونه دفترچه بیمه، باید هزینه کامل توسط بیمار پرداخت شود (مگر در مورد نوزادان که تا زمان صدور دفترچه آنها، می توان از دفترچه مادر نوزاد استفاده کرد).

تبصره ۶۷: اخذ تعرفه "حق فنی داروساز" فقط زمانی که ارائه خدمات دارویی در محل داروخانه طرف قرارداد صرفاً با حضور داروساز انجام می شود، وجهت قانونی دارد. در صورتیکه دارو در محل مرکز بهداشتی درمانی و توسط پرسنل داروخانه طرف قرارداد ارائه گردد فقط مبلغ ۱۵۰۰ ریال "هزینه نسخه پیچی" علاوه بر قیمت دارو از بیمار اخذ می شود. ارائه دارو در غیرساعات اداری مرکز و در زمان دهگردشی شامل حق فنی یا هزینه نسخه پیچی نمی شود.

تبصره ۶۸: براساس بخشنامه شماره ۷۱۹۴/د مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۴ معاونت غذا و دارو وقت، مبلغ تعرفه حق فنی برای نسخ کمتر از ۱۵۰۰۰ ریال معادل ۳۰۰۰ ریال و برای نسخ ۱۵۰۰۰ ریال و بالاتر معادل ۴۰۰۰ ریال می باشد که فقط در حضور داروساز قابل دریافت است.

تبصره ۶۹: چنانچه قیمت نسخه به بیش از ۵۰۰۰۰ ریال برسد، باید این نسخه ها در پایان هرماه به مرکز بهداشت شهرستان برای بررسی ارسال گردد. در بررسی نسخ توسط ستاد اجرایی شهرستان، چنانچه قیمت نسخه بی جهت بالا باشد یا تعداد قابل توجهی از نسخه های یک پزشک ارقام بالا داشته باشند، ضمن ارائه تذکر به پزشک، در ضریب عملکرد آن پزشک تاثیر خواهد داشت.

تبصره ۷۰: داروهای مربوط به برنامه های جاری ادغام شده در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور باید از محل اعتبارات جاری دانشگاه علوم پزشکی تامین شده و براساس دستورعمل برنامه مزبور در اختیار مردم قرار داده شوند.

ماده ۴۰: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات آزمایشگاهی (مطابق پیوست شماره ۱۳) در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده خواهد بود این بدان معنا نیست که در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاه راه اندازی گردد بلکه، امکان خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش غیردولتی (براساس نمونه قرارداد پیوست شماره ۱۴) یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین یا مرجع (باتوجه به دستورعمل پیوست شماره ۱۵) را باید در نظر گرفت.

تبصره ۷۱: در هر ۳ تا ۶ ماه اجرای برنامه، تمامی آزمایشات موردنیاز مردم با احتساب بار مراجعه به آزمایشگاه و رادیولوژی، متوسط تعداد خدمات مربوط در هر تجویز و متوسط قیمت هر تجویز برآورد شده و به ستاد ملی اعلام گردد تا در صورت لزوم موارد آزمایش موردنیاز سطح اول بازنگری شود. بنابراین، در طول اجرای برنامه باید آمار آزمایشات ثبت گردد. به هر حال، آنچه اهمیت دارد دسترسی روستاییان به تمامی خدمات آزمایشگاهی موردنیاز در سطح اول ارائه خدمات سلامتی است.

تبصره ۷۲: چنانچه خدمات پاراکلینیکی خاصی در برنامه های جاری نظام شبکه پیش بینی شده باشد که جزو فهرست خدمات پاراکلینیکی پزشک خانواده نبود (مثل سونوگرافی رحم در برنامه مراقبت از مادران باردار)، پزشک می تواند آن موارد را در دفترچه بیمه روستایی نوشته و بیمار را به سطح دوم ارجاع دهد. (لیست موارد مجاز به ثبت در دفترچه بیمه روستایی بدون مراجعه به سطوح بالاتر در پیوست شماره ۱۳ آمده است).

تبصره ۷۳: پزشک خانواده می تواند در محدوده خدمات پاراکلینیکی تعیین شده توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، سایر موارد آزمایشگاه و تصویربرداری که شامل بسته خدمتی سطح اول نبوده ولی پزشک عمومی مجاز به درخواست آنها می باشد را در دفترچه بیمه تجویز نماید. هزینه این خدمات توسط سازمان بیمه پرداخت می شود.

ماده ۴۱: مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین تمامی رادیوگرافی های ساده مرتبط با تروما و CX-Ray در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی می باشد (این بدان معنا نیست که در کلیه مراکز بهداشتی درمانی رادیولوژی راه اندازی گردد بلکه امکان خرید خدمات رادیولوژی از بخش غیردولتی یا امکان استفاده از خدمات رادیولوژی دولتی یا ارجاع برنامه ریزی شده بیماران به رادیولوژی شهر را باید در نظر گرفت).

ماده ۴۲: در صورتیکه مطابق بندهای پیشگفت مقرر گردید پزشک در شیفت های شب در مرکز بهداشتی درمانی روستایی کشیک دهد، مرکز بهداشت شهرستان موظف خواهد بود که فضای فیزیکی، امنیت و حداقل امکانات بیتوته را در آن مرکز فراهم کند. وجود سرایدار/خدمتگزار برای این مراکز بویژه در شرایط حضور پزشک خانم، ضرورت دارد. نیازی به بیتوته کردن ماما یا پرستار نمی باشد.

تبصره ۷۴: ماما، یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده و کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی موجود مرکز موظف هستند حتماً همسان با ساعات کار اداری پزشک در شیفت های خدمت وی، حضور فعال داشته باشند.

تبصره ۷۵: چنانچه فاصله مرکز بهداشتی درمانی تا شهر طوری باشد که امکان تردد هرروزه برای ماما یا پرستار عضو تیم پزشک خانواده میسر نگردد، لازم است مرکز بهداشت شهرستان در جهت تامین فضای زیست مناسب برای این افراد، همکاری و مساعدت نماید. در این موارد، می توان از همکاری و مشارکت مردم و شورای روستا نیز بهره گرفت.

ماده ۴۳: حضور فعال پزشکان، ماماها یا پرستاران، کارکنان های بهداشتی، کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی (در صورت وجود) و بهورزان تیم سلامت در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و خانه های بهداشت تابعه برای شیفت های فعال و تعیین شده توسط استان، الزامی است. درمورد بهورزان فقط در صورتیکه پزشک برای دهگردشی به روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت مربوط می رود باید بهورز آن خانه بهداشت حضور داشته باشد.

تبصره ۷۶: با وجود آنکه حضور سایر پرسنل مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی در ارائه بهتر خدمات بسیار موثر است ولی تصمیم گیری درمورد حضور آنها در یک شیفت ۸ ساعته یا طی دو شیفت صبح و عصر به عهده ستاد اجرایی استان و مسوولین دانشگاه علوم پزشکی مربوطه می باشد.

تبصره ۷۷: افرادی که در دو شیفت صبح و عصر در مرکز بهداشتی درمانی حضور نداشته باشند، در صورتیکه مرکز در دو شیفت فعالیت می کند، حق استفاده از سهم کارانه معادل آنانکه حضوری برابر فعالیت مرکز را دارند، نخواهند داشت. در چنین شرایطی می توان پس از نتیجه پایش ۳ ماهه مرکز و کسب ضریب عملکرد ۱، حداکثر معادل ۴۰٪ کارانه کارکنانی که در دو شیفت خدمت می دهند را به آنها پرداخت کرد. اگر همه کارکنان مرکز در ساعات مشابه، خدمت ارائه می دهند و تفاوتی در ساعات خدمت دهی آنها نیست، سهم سرانه براساس دستورعمل شیوه پرداخت و با نظر پزشک خانواده مرکز درمورد نحوه کارکرد هریک از آنها تعیین می شود.

ماده ۴۴: در اجرای برنامه پزشک خانواده در شرایط معمول، مانند دستورعمل های قبلی نظام شبکه بهداشت و درمان، اولین محل مراجعه بیمار و روستاییان باید **خانه بهداشت** باشد و پس از اینکه بهورز خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد، در صورت لزوم و بنابر آنچه در دستورعمل های اجرایی هر برنامه آمده است، فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد. (در صورت نبود برنامه مشخص در هر بیماری برای بهورز یا تحت شرایط اضطرار برحسب نظر بیمار، می توان مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کرد).

تبصره ۷۸: اولین اقدام پزشک خانواده پس از شناخت جمعیت تحت پوشش خود و ثبت نام از آنها، تشکیل پرونده سلامت خانوار برای هر فرد از افراد خانوار و انجام اولین ویزیت افراد است. اولین ویزیت رایگان می باشد. فرم پوشه پرونده سلامت خانوار و فرم اولین ویزیت به همراه سایر فرم ها (ویزیت پزشک خانواده، ویزیت ارجاع به متخصص، ارجاع و جمع آوری داده ها به همراه دستورعمل آنها) در پیوست شماره ۱۶ آمده است. پزشک موظف است در طول اولین سال خدمت خود، تا ۸۰٪ اولین

ویزیت را برای جمعیت تحت پوشش (تا ۴۰۰۰ نفر) انجام دهد. چنانچه جمعیت تحت پوشش، ۶۰۰۰ نفر شد، این رقم تا ۵۵٪ برای سال اول خدمت پزشک قابل قبول است.

تبصره ۷۹: هر زمان که خانواری به منطقه تحت پوشش پزشک خانواده نقل مکان کرد، باز هم اولین اقدام، تشکیل پرونده سلامت خانوار و ویزیت اول تمام افراد خانوار جدید توسط پزشک خانواده است.

تبصره ۸۰: در هنگام ویزیت دوره ای تمامی روستاییان توسط پزشک خانواده، ماما یا پرستار یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت از پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت استخراج شده و کنترل گردد. چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد، بهورز او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت دعوت می کند تا پزشک در دهگردشی خود به همراه بهورز او را در محل خانه بهداشت یا مکان مناسب دیگری ویزیت کند. **حداقل هر ۳ سال یکبار باید ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش انجام شود.**

تبصره ۸۱: اگر مرکز بهداشت شهرستان تشخیص داد که به دلیل حضور بهورز در هنگام ویزیت دوره ای، کارهای بهورز در خانه بهداشت با مشکل مواجه می شود، پرونده خانوار افرادی که باید ویزیت شوند، در اختیار ماما یا پرستار همراه پزشک قرار می گیرد. فقط در این حالت نیازی به حضور اجباری بهورز نیست.

تبصره ۸۲: هر اقدام درمانی که پزشک خانواده برای افراد تحت پوشش خود انجام می دهد باید در پرونده سلامت خانوار وی ثبت گردد.

ماده ۴۵: چنانچه کل جمعیت مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بیش از ۴۰۰۰ نفر باشد که ۲ یا چند پزشک برای آن مرکز نیاز است، می بایست جمعیت به تساوی و با تفاهم بین پزشکان آن مرکز تقسیم شود و دقیقاً مشخص گردد که هر پزشک، مسوول کدام خانوارها است.

تبصره ۸۳: در زمان دهگردشی هر پزشک، کلیه بیماران آن پزشک باید توسط پزشک یا پزشکان دیگر موجود در مرکز ویزیت گردند.

ماده ۴۶: میانگین ارقام دارویی تجویز شده در هر نسخه پزشک نبایستی در بررسیهای فصلی نسخ آن پزشک، بیشتر از ۲/۵ قلم باشد. افزایش ارقام متوسط دارویی سبب کم شدن ضریب عملکرد در پایش پزشک می شود.

تبصره ۸۴: چنانچه بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در گروه سنی بالای ۵۰ سال باشند، می توان این رقم را تا ۳ قلم دارو پذیرفت.

ماده ۴۷: میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایشات سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۱۰ درصد باشد.

ماده ۴۸: میانگین موارد ارجاع برای انجام خدمات رادیولوژی سطح اول در بررسیهای فصلی نبایستی بیش از ۴ درصد مراجعه کنندگان باشد. مواردی مثل سونوگرافی رحم که در برنامه جاری مراقبت مادران باردار آمده است ولی جزو خدمات رایج برنامه پزشک خانواده در سطح اول خدمات نیست، در محاسبه ۴٪ وارد نمی شوند.

ماده ۴۹: مرکز بهداشت شهرستان موظف است با مراکز اورژانس ۱۱۵ در همان شهرستان هماهنگ شود تا موارد فوریت ها را مدیریت کنند و در صورت ضرورت، به نزدیکترین واحد بیمارستانی انتقال دهند.

ماده ۵۰: پزشکان خانواده، بهورزان و سایر اعضای تیم پزشک خانواده باید آموزش بگیرند تا در شرایط فوریتهای پزشکی که برای مراجعه کننده روستایی به واحد ارائه خدمت، پیش می آید، در اسرع وقت با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند.

ماده ۵۱: پزشکان خانواده و اعضای تیم آنها موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش دهند تا در شرایط نیاز به اقدام فوری با شماره تلفن ۱۱۵ تماس بگیرند. در این آموزش بایستی مشخص شود که بیماران در چه شرایطی می توانند مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند و در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام نمایند.

ماده ۵۲: مراکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها باید بنابر فرمت قرارداد تعیین شده برای ارائه خدمات پزشکی و خدمات تخصصی غیرپزشکی (خدمات مامایی، پرستاری و خدمات دارویی و پاراکلینیکی) عقد قرارداد کنند که نمونه فرم قراردادهای مربوط و فرم های بکارگیری در پیوست های مختلف این دستورعمل آمده است.

توجه: پزشکی که در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی باجمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر (عمدتاً مراکز درجه یک)، بیتوته می کند، نیازی به ارائه خدمت در شیفت کاری روز بعد را ندارد. خاطرنشان می سازد این مراکز ۴ پزشک هستند که روز بعد ۳ پزشک فعال هستند.

فصل ششم: مکانیسم پرداخت

مکانیسم پرداخت در تعیین رفتار ارائه کننده خدمت درضمن ارائه خدمات، نقش بسیار مهمی دارد. از جمله اصلی ترین سوالات قابل طرح در استفاده از هر یک از مکانیسم های پرداخت عبارتند از:

- ۱- ریسک مالی در این نوع مکانیسم پرداخت به عهده چه کسی خواهد بود؟
- ۲- این مکانیسم پرداخت بر پوشش خدمت چه تاثیری دارد؟
- ۳- این مکانیسم پرداخت بر کیفیت خدمت چه تاثیری دارد؟
- ۴- این مکانیسم پرداخت بر رضایت مردم چه تاثیری دارد؟
- ۵- این مکانیسم پرداخت بر هزینه خدمت چه تاثیری دارد؟

در برنامه پزشک خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب (اپتیموم) جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می شود.

ماده ۵۳: در مکانیسم پرداخت پزشک، عناصر تاثیر گذار بر دریافتی پزشک عبارتند از:

- ۱- سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. عدد $1 = 1750000$ ریال و براساس جدول زیر در دامنه 1750000 ریال تا 12550000 ریال تغییر می کند. چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، مثلاً $1/13$ شد باید مبلغ $1/15$ را از $1/10$ کم کرده و بر ۵ تقسیم کرد و هرچه بدست آمد در ۳ ضرب کرده و با $1/10$ جمع نمود که 227000 تومان می شود.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت پزشک	مبلغ بازای هر ۰/۰۱ در متوسط ضرایب محرومیت (تومان)	متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
۱۷۵۰۰۰ تومان	۴۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۱۹۵۰۰۰	۴۰۰۰	۱/۰۵
۲۱۵۰۰۰	۴۰۰۰	۱/۱۰
۲۳۵۰۰۰	۵۰۰۰	۱/۱۵
۲۶۰۰۰۰	۶۰۰۰	۱/۲۰
۲۹۰۰۰۰	۷۰۰۰	۱/۲۵
۳۲۵۰۰۰	۷۰۰۰	۱/۳۰
۳۶۰۰۰۰	۸۰۰۰	۱/۳۵
۴۰۰۰۰۰	۸۰۰۰	۱/۴۰
۴۴۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱/۴۵
۴۹۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱/۵۰
۵۴۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱/۵۵
۵۹۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱/۶۰
۶۴۰۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱/۶۵
۷۰۰۰۰۰	۱۴۰۰۰	۱/۷۰
۷۷۰۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱/۷۵
۸۴۵۰۰۰	۱۷۰۰۰	۱/۸۰
۹۳۰۰۰۰	۱۸۰۰۰	۱/۸۵
۱۰۲۰۰۰۰	۲۲۰۰۰	۱/۹۰
۱۱۳۰۰۰۰	۲۵۰۰۰	۱/۹۵
۱۲۵۵۰۰۰	۲۵۰۰۰	۲/۰۰

۳- سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان پزشک خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال خدمت (برحسب تومان) براساس جدول زیر تعیین می شود. چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیراز آنچه درجدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، بازای هر ۰/۰۱ محاسبه گردد.

بازای یکسال خدمت در سطح کشور		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	۶سال و بیشتر	تا ۶ سال خدمت	
۵۰۰۰	۱۵۰۰۰ تومان	۱۰۰۰۰	۳۰۰۰۰ تومان	۱۵۰۰۰	۴۵۰۰۰ تومان	۲۰۰۰۰	۶۰۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۵۲۵۰	۱۶۰۰۰	۱۰۵۰۰	۳۲۰۰۰	۱۶۰۰۰	۴۷۵۰۰	۲۱۰۰۰	۶۲۵۰۰	۱/۰۵
۵۵۰۰	۱۷۰۰۰	۱۱۰۰۰	۳۴۰۰۰	۱۷۰۰۰	۵۰۰۰۰	۲۲۰۰۰	۶۵۰۰۰	۱/۱۰
۵۷۵۰	۱۸۰۰۰	۱۱۷۵۰	۳۵۷۵۰	۱۸۰۰۰	۵۳۰۰۰	۲۳۵۰۰	۷۰۰۰۰	۱/۱۵
۶۰۰۰	۱۹۰۰۰	۱۲۵۰۰	۳۷۵۰۰	۱۹۰۰۰	۵۶۰۰۰	۲۵۰۰۰	۷۵۰۰۰	۱/۲۰
۶۵۰۰	۲۰۰۰۰	۱۳۲۵۰	۳۹۷۵۰	۲۰۰۰۰	۵۹۰۰۰	۲۶۵۰۰	۷۹۵۰۰	۱/۲۵
۷۰۰۰	۲۱۰۰۰	۱۴۰۰۰	۴۲۰۰۰	۲۱۰۰۰	۶۲۰۰۰	۲۸۰۰۰	۸۴۰۰۰	۱/۳۰
۷۵۰۰	۲۲۰۰۰	۱۴۷۵۰	۴۴۲۵۰	۲۲۰۰۰	۶۵۷۵۰	۲۹۵۰۰	۸۸۵۰۰	۱/۳۵
۸۰۰۰	۲۳۰۰۰	۱۵۵۰۰	۴۶۵۰۰	۲۳۰۰۰	۶۹۵۰۰	۳۱۰۰۰	۹۳۰۰۰	۱/۴۰
۸۵۰۰	۲۴۵۰۰	۱۶۲۵۰	۴۹۰۰۰	۲۴۵۰۰	۷۳۲۵۰	۳۳۰۰۰	۹۶۵۰۰	۱/۴۵
۹۰۰۰	۲۶۰۰۰	۱۷۰۰۰	۵۱۵۰۰	۲۶۰۰۰	۷۷۰۰۰	۳۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۱/۵۰
۹۵۰۰	۲۸۰۰۰	۱۸۵۰۰	۵۵۲۵۰	۲۷۵۰۰	۸۲۵۰۰	۳۷۰۰۰	۱۰۹۰۰۰	۱/۵۵
۱۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۵۹۰۰۰	۲۹۰۰۰	۸۸۰۰۰	۳۹۰۰۰	۱۱۸۰۰۰	۱/۶۰
۱۰۵۰۰	۳۲۰۰۰	۲۱۵۰۰	۶۳۵۰۰	۳۱۰۰۰	۹۴۰۰۰	۴۲۰۰۰	۱۲۶۵۰۰	۱/۶۵
۱۱۰۰۰	۳۴۰۰۰	۲۳۰۰۰	۶۸۰۰۰	۳۳۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۴۵۰۰۰	۱۳۵۰۰۰	۱/۷۰
۱۲۰۰۰	۳۶۵۰۰	۲۴۵۰۰	۷۳۲۵۰	۳۶۰۰۰	۱۰۸۵۰۰	۴۸۵۰۰	۱۴۵۵۰۰	۱/۷۵
۱۳۰۰۰	۳۹۰۰۰	۲۶۰۰۰	۷۸۵۰۰	۳۹۰۰۰	۱۱۷۰۰۰	۵۲۰۰۰	۱۵۶۰۰۰	۱/۸۰
۱۴۰۰۰	۴۲۲۵۰	۲۸۰۰۰	۸۴۲۵۰	۴۲۰۰۰	۱۲۶۰۰۰	۵۶۰۰۰	۱۶۸۰۰۰	۱/۸۵
۱۵۰۰۰	۴۵۵۰۰	۳۰۰۰۰	۹۰۰۰۰	۴۵۰۰۰	۱۳۵۰۰۰	۶۰۰۰۰	۱۸۰۰۰۰	۱/۹۰
۱۶۰۰۰	۴۷۷۵۰	۳۱۵۰۰	۹۵۰۰۰	۴۷۵۰۰	۱۴۲۵۰۰	۶۲۵۰۰	۱۹۰۰۰۰	۱/۹۵
۱۷۰۰۰	۵۰۰۰۰	۳۳۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۶۵۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۲/۰۰

خاطرنشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً "اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان پزشک خانواده ۷ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد و ۱ ماه در مرکز دیگری به نام حسن آباد همین شهرستان الف خدمت کرده است که ضریب محرومیت آنها ۱/۹۰ می باشد، بازای ۷ ماه خدمت در همین مرکز طرف قرارداد ۱۰۵۰۰۰ تومان (یعنی هفت دوازدهم ۱۸۰۰۰۰ تومان) بعلاوه ۹۰۰۰۰ تومان (یعنی هشت دوازدهم ۱۳۵۰۰۰ تومان) به عنوان سهم ماندگاری برای وی باید تعیین گردد (۱۹۵۰۰۰ تومان). چنانچه پزشکی مدت ۳۰ ماه در همان مرکز علی آباد فعالیت داشته و در حال حاضر هم قرارداد برای همان مرکز منعقد می گردد باید ۵۴۰۰۰۰۰ تومان سهم ماندگاری به وی تعلق گیرد (هر ۱۲ ماه ۱۸۰۰۰۰ تومان).

چنانچه پزشکی در یک مرکز خاص با ضریب محرومیت ۲ به مدت ۷ سال بدون وقفه خدمت کرده باشد باید بازای هر سال تا ۶ سال ۲۰۰۰۰۰ تومان به حقوق وی اضافه شود و برای سال های ۶ و ۷ هر یک ۶۵۰۰۰ تومان اضافه می شود که برای این گزینه ۱۱۳۰۰۰۰ تومان خواهد شد.

۴- تعداد شب بیتوته: بازای هر شب که پزشک در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده بیتوته می کند، مبلغی در نظر گرفته می شود شامل: برای مراکز تک پزشکه ۱۳۰۰۰۰ ریال، برای مراکز دو پزشکه ۱۵۰۰۰۰ ریال، برای مراکز سه پزشکه و بالاتر ۱۸۰۰۰۰ ریال و برای مراکز شبانه روزی مصوب طرحهای گسترش شبکه مبلغ ۲۵۰۰۰۰ ریال. خاطرنشان می سازد که براساس دستورعمل، انجام بیتوته ضرورت دارد.

۵- جمعیت: بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، بخش و منطقه) مبلغ ۱۸۰۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم بین ۱۸۰ تا ۴۷۰ تومان متغیر است: چنانچه میانگین ضرایب محرومیت ارقامی غیر از آنچه در جدول آمده است، شد یعنی درفاصله دو عدد متوالی بدست آمد، بازای هر ۰/۰۱ محاسبه گردد.

مبلغ تعیین شده بازای هر نفر جمعیت تحت پوشش پزشک (K)	متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
۱۸۰ تومان	۱/۰۰
۱۸۵	۱/۰۵
۱۹۰	۱/۱۰
۲۰۰	۱/۱۵
۲۱۰	۱/۲۰
۲۲۰	۱/۲۵
۲۳۰	۱/۳۰
۲۴۰	۱/۳۵
۲۵۰	۱/۴۰
۲۶۵	۱/۴۵
۲۸۰	۱/۵۰
۲۹۵	۱/۵۵
۳۱۰	۱/۶۰
۳۲۵	۱/۶۵
۳۴۰	۱/۷۰
۳۶۰	۱/۷۵
۳۸۰	۱/۸۰
۴۰۰	۱/۸۵
۴۲۰	۱/۹۰
۴۴۵	۱/۹۵
۴۷۰	۲/۰۰

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

- تعداد خانه بهداشت تحت پوشش پزشک: بازای هر خانه بهداشت مبلغ ۳۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود.
- مجموع فواصل خانه های بهداشت تحت پوشش پزشک برحسب کیلومتر: بازای هر کیلومتر در جاده آسفالتی مبلغ ۴۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۵۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشک بترتیب ۲۰۰۰ و ۲۵۰۰ ریال است).
- مجموع فواصل روستاهای قمر تحت پوشش پزشک تا روستای اصلی برحسب کیلومتر: بازای هر کیلومتر در جاده آسفالتی مبلغ ۶۰۰۰ ریال و در جاده خاکی و آبی مبلغ ۸۰۰۰ ریال در نظر گرفته می شود (برای مراکز تک پزشک بترتیب ۳۰۰۰ و ۴۰۰۰ ریال است).

• **مجموع فواصل روستاهای سیاری مسکونی تحت پوشش پزشک تا مرکز برحسب کیلومتر: 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.

۷- دارندگان مدرک MPH: پزشکان خانواده ای که دارای مدرک MPH هستند معادل ۴٪ کل حقوق دریافتی آنها به مبلغ قرارداد اضافه می شود. برای آنها که هنوز مدرک کامل را دریافت نکرده اند، بازای طی کردن هر ترم از این دوره با حداقل معدل ۱۵ و به تعداد حداقل ۱۰ واحد، به میزان ۱ درصد کل مبلغ قرارداد، به دریافتی آنها اضافه می گردد. این مبلغ در ابتدای انعقاد قرارداد در نظر گرفته می شود.

۸- 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 ۱۷ محتوای چک لیست نظارتی خدمات پزشک به همراه دستورعمل 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. یعنی اگر نتیجه پایش پزشکی ۸۵٪ شد باید ۱۵٪ از حقوق کلی وی کسر گردد. 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 با کسب 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.

همانطور که مشاهده می شود ضریب عملکرد بر تمامی عناصر موجود در فرمول پرداختی به پزشک خانواده تاثیر می گذارد و فقط درمورد افرادی که مرکز بهداشت شهرستان، بیتوته برای آنها را الزامی نکرده است باید سهم تعداد شب بیتوته از تاثیر ضریب عملکرد محفوظ بماند.

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز تک پزشک با بیتوته:

ضریب عملکرد* {سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت)+ امتیاز مدرک MPH+ سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده
+سهم محرومیت+ (۱۳۰۰۰۰ ریال*تعداد شب بیتوته) }

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز دو پزشک با بیتوته:

ضریب عملکرد* {سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت)+ امتیاز مدرک MPH+ سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده
+سهم محرومیت+ (۱۵۰۰۰۰ ریال*تعداد شب بیتوته) }

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز سه پزشک و بالاتر با بیتوته:

ضریب عملکرد* {سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت)+ امتیاز مدرک MPH+ سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده
+سهم محرومیت+ (۱۸۰۰۰۰ ریال*تعداد شب بیتوته) }

فرمول مکانیسم پرداخت پزشک در مراکز شبانه روزی مصوب طرح با بیتوته:

ضریب عملکرد* {سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت)+ امتیاز مدرک MPH+ سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده
+سهم محرومیت+ (۲۵۰۰۰۰ ریال*تعداد شب بیتوته) }

سایر مکانیسمهای موثر:

نسبت حضور: از آنجاکه مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در روزهای تعطیل هم باید ارائه خدمت دهند. البته حضور پزشک خانواده (به صورت بیتوته) کفایت، بنابراین، نسبت حضور عبارتست از: نسبت روزهایی که پزشک در محل خدمت خود (براساس شیفت تعیین شده) حضور داشته است به عدد ۳۰ روز در ماه. این ضریب بین صفر تا یک تغییر می کند. بازای هر روز کامل که پزشک غیبت داشته باشد معادل یک سی ام دریافتی از کل حقوق وی کسر می گردد. این موضوع، شامل روزهای تعطیل که پزشک موظف به ارائه شیفت بود نیز می شود.

خاطرنشان می گردد مراکزی که براساس دستورعمل نیاز به بیتوته ندارند، باید اولاً "پزشک آن مرکز با نزدیکترین مرکز دارای بیتوته بصورت شیفتی بیتوته داشته باشد و به مردم هم اطلاع رسانی شود و ثانیاً" اگر حتی بیتوته برای شیفت شب نیاز نیست و مرکز نزدیکی هم وجود ندارد ولی باید روزهای تعطیل خدمت ارائه دهد. البته درمورد کسر نسبت حضور، گزینه تعداد شب بیتوته باید از فرمول کسر گردد و سپس، آنچه می ماند بر عدد ۳۰ تقسیم شود.

۳۰/ضریب عملکرد* {سهم پراکندگی+(K ریال*جمعیت)}+سنوات+سهم

محرومیت

حضور در شیفت یا بیتوته: تعداد شب هایی که پزشک به عنوان شیفت یا بیتوته ای که در وظیفه یا نوبت وی قرار گرفته است، چنانچه برسر نوبت بیتوته خود حاضر نشود، مبلغ بیتوته آن شب از دریافتی وی کسر می گردد (براساس بند ۳ ماده ۵۲ این دستورعمل).

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

دامنه نوسان دستمزد پزشک خانواده برای جمعیت تحت پوشش ۴۰۰۰ نفری با کمترین ضرایب محرومیت (۱)، مسافت و پراکندگی و با ضریب عملکرد ۱ و به شرط حضور و بیتوته کامل (۱۵ شب در ماه یعنی مرکز ۲ پزشک یا ۱ پزشک شیفت بندی شده)، و فرض یک سال ماندگاری در آن مرکز و البته بدون هیچ سهم پراکندگی، رقمی حدود ۱۲۰۰۰۰۰ تومان می

شود. همین رقم در بالاترین ضرایب (۲) و عملکرد ۱/۰ برحسب شرایط محرومیت منطقه و حداقل یک سال ماندگاری در همان مرکز و با فرض ۱۵ شب بیتوته و بدون سهم پراکندگی برای همان ۴۰۰۰ نفر حداقل تا **بیش از ۳۵۳۰۰۰۰ تومان** می شود. البته بازای جمعیت حداقل یعنی ۲۵۰۰ نفر با کمترین ضرایب و ضریب عملکرد ۱ به شرط حضور و بیتوته کامل **رقمی حدود ۸۸۰۰۰۰ تومان** می شود. **چنانچه دانشگاهی در منطقه برخوردار به دلیل پایین بودن حقوق پزشک، امکان جذب را نداشت می تواند با مصوبه هیات ریسه دانشگاه و طرح موضوع در ستاد اجرایی استان تا ۲۰٪ حقوق را از محل اعتبارات دانشگاه یا کمک گرفتن از بیمه استان، افزایش دهد.**

تبصره ۸۵: چنانچه با محاسبات انجام شده **حداقل حقوق قانونی پزشک خانواده** با حداقل ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش و ضریب عملکرد ۱، کمتر از ۱۲۰۰۰۰۰ تومان در ماه شد باید **حقوق وی را به ۱۲۰۰۰۰۰ تومان** در ماه افزایش داد.

تبصره ۸۶: شرایط فوق در مورد پزشکان طرحی و پیام آور هم صادق است.

تبصره ۸۷: در صورتیکه عملکرد پزشک خانواده ای در پایش سه ماهه بالاتر از ۹۰٪ شود، بازای هر درصد اضافه باید ۲٪ کل دریافتی به عنوان پاداش ماهانه برای وی در نظر گرفت.

تبصره ۸۸: در مورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز مورد نظر بیش از یک پزشک دارد، برای محاسبه حقوق هر پزشک باید تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش آن پزشک در نظر گرفته شود. مثلاً " اگر مرکزی ۶ خانه بهداشت در پوشش دارد و دارای ۲ پزشک است برای هر پزشک، ۳ خانه بهداشت در نظر گرفته شود.

تبصره ۸۹: در صورتیکه پزشک بدون عذر موجه ۱۰ روز بطور کامل در محل خدمت خود حضور نیابد، باید بازای هر روز غیبت به میزان ۲/۵ روز از کل دریافتی وی کسر شده و لغو قرارداد گردد.

تبصره ۹۰: چنانچه ضریب عملکرد پزشکی طی دو دوره پشت سرهم پایش عملکرد، ۰/۷۵ بدست آید، در هر بار اخطار کتبی داده می شود و قرارداد وی لغو می گردد.

ماده ۵۴: برای مراکز که فقط یک پزشک دارند، می توان جمعه ها و سایر روزهای تعطیل را تعطیل کرد. البته مرکز بهداشت شهرستان موظف است برحسب وضعیت، بین این مرکز و نزدیکترین مرکز قابل دسترس مردم، (با حداکثر نیم ساعت فاصله زمانی دسترسی با خودرو)، یکی را برای ارائه خدمت در روزهای جمعه و تعطیل به مردم تحت پوشش این مراکز به عنوان کشیک قرار دهد. در ضمن، لازم است نام، محل و نشانی مرکز کشیک بنحوی به اطلاع تمامی مردم تحت پوشش مراکز رسانده شود تا مردم بدانند در روزهای تعطیل باید به کجا مراجعه کنند. پزشکان مستقر در مراکز دارای یک پزشک نیز بصورت شیفت بندی شده باید در این مرکز کشیک دهند و **نباید بابت روزهایی که کشیک برای آنها در نظر گرفته نشده است، از حقوقشان کسر گردد.**

ماده ۵۵: حق الزحمه پزشکان قراردادی به عنوان پزشک جایگزین معادل متوسط حق الزحمه پزشکان شهرستان یا شهرستانهای محل ماموریت پزشک جایگزین مزبور می باشد. بازای هر روز ماموریت پزشک در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه به عنوان جایگزین **به شرط وجود شرایط حق ماموریت از نظر فاصله مکانی و بیتوته، ۷۰٪ کل حقوق روزانه وی به مبلغ قرارداد اضافه می شود.**

ماده ۵۶: پزشکان خانواده ۲/۵ روز در ماه مرخصی استحقاقی دارند (۳۰ روز در سال). ولی بطور متوالی نمی توان بیش از ۱۰ روز از مرخصی استحقاقی استفاده کرد. هنگام استفاده از مرخصی استحقاقی نباید هیچ مبلغی از پزشک کسر گردد و فقط اگر زمان مرخصی، با بیتوته پزشک همزمان بود، مبلغ مربوط به بیتوته کسر می شود. **برای باز خرید مرخصی مانده (فقط تا ۱۵ روز) مبنای محاسبه کل مبلغ قرارداد پزشک منهای مبلغ مربوط به بیتوته وی می باشد (نامه شماره ۲۰۹/۳۵۸۷ د مورخ ۱۳۹۰/۱۰/۲۷ - پیوست شماره ۷).**

تبصره ۹۱: در مرخصی استعلاجی کمتر از ۳ روز منحصر "حقوق روزانه براساس اصل حقوق به فرد پرداخت می گردد و کارانه ویژه محاسبه و پرداخت نمی شود. در مرخصی های استعلاجی بیش از ۳ روز و مرخصی زایمان، فرد به سازمان تامین

اجتماعی معرفی می شود و در زمان مرخصی براساس قوانین این سازمان، فقط غرامت دستمزد از سازمان مربوط دریافت می کند. پس از پایان دوره مرخصی فرد می توان ۳ اقدام مختلف انجام داد:

- تا زمان پایان مدت قرارداد وی، مرکز بهداشت موظف است فرد را در هر مرکز بهداشتی درمانی تابعه خود که نیاز دارد به کار بگمارد.
- در صورتیکه نیازی به وی بعد از بازگشت از مرخصی استعلاجی نبود، با حداقل حقوق می تواند در همان مرکز محل خدمت خود تا پایان مدت قرارداد به خدمت ادامه دهد.
- چنانچه فرد استفاده کننده از مرخصی دارای سابقه خدمت در محل بوده و از خدمت وی رضایت حاصل است، در زمان مرخصی وی با فرد جایگزین قرارداد موقت بسته شود (فقط تا مدت زمان مرخصی استعلاجی فرد) تا فرد پس از پایان مرخصی به سرکار خود بازگردد.

ماده ۵۷: از پول پزشکان قراردادی حدود ۸۰٪ هر ماهه (پس از کسر کسورات قانونی) پرداخت می شود. قابل توجه است که سهم نتیجه پیش عملکرد هر ۳ ماه یکبار، ۳۰٪ است.

ماده ۵۸: پزشکان استخدامی همراهِ، علاوه بر حقوق، مابه التفاوت حقوق خود (براساس حکم حقوقی) را پس از کسورات قانونی آن تا حدود ۸۰٪ از کل مبلغ محاسبه شده در مکانیسم پرداخت دریافت می کنند و ۳۰٪ (یعنی ۲۰٪ باقیمانده و ۱۰٪ از آنچه دریافت کرده اند) را هر ۳ ماه یکبار براساس نتایج پیش عملکرد و پس از کسر کسورات قانونی دریافت می دارند.

ماده ۵۹: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید در صورت استفاده نکردن فرد طرف قرارداد از مرخصی استحقاقی برابر زمان آن را محاسبه کرده و در پایان زمان قرارداد به وی پرداخت کند. مثلاً "اگر هیچ از مرخصی استفاده نکرد، معادل ۱۵ روز کامل (براساس قانون مدیریت خدمات کشوری) باید دریافت کند.

تبصره ۹۲: مبلغ عیدی براساس رقم اعلام شده هیات محترم دولت و برحسب ماه خدمتی فرد طرف قرارداد باید در پایان سال به وی پرداخت گردد.

ماده ۶۰: پزشکان، ماماها، و پرستاران طرف قرارداد که براساس تایید بنیاد جانبازان به عنوان جانباز شناخته شده اند، بر مبنای بند ج ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه از پرداخت بیمه و مالیات معاف هستند.

ماده ۶۱: در مکانیسم پرداخت ماما یا پرستار، عناصر تاثیرگذار بر دریافتی آنها همانند آنچه در مورد پزشک گفته شد، شامل موارد زیر است:

۱- سهم محرومیت: میانگین ضرایب محرومیت استان و شهرستان و بخش و منطقه که از عدد ۱ شروع می شود. برای کارشناسان عدد ۱=۱۱۰۰۰۰۰ ریال و برای کاردان ها رقم ۱۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد. برطبق جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای کارشناسان از ۱۱۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰۰ تومان و برای کاردان ها از ۱۰۰۰۰۰ تا ۳۶۰۰۰۰ تومان متغیر است.

مبلغ تعیین شده برای متوسط ضریب محرومیت در مورد:		متوسط ضرایب محرومیت استان، شهرستان، و منطقه
ماما یا پرستار کاردان	ماما یا پرستار کارشناس	
۱۰۰۰۰۰ تومان	۱۱۰۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۱۰۵۰۰۰	۱۱۵۰۰۰	۱/۰۵
۱۱۵۰۰۰	۱۲۲۰۰۰	۱/۱۰
۱۲۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰	۱/۱۵
۱۲۸۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۱/۲۰
۱۳۵۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۱/۲۵
۱۴۵۰۰۰	۱۶۰۰۰۰	۱/۳۰
۱۵۵۰۰۰	۱۷۲۰۰۰	۱/۳۵
۱۶۷۰۰۰	۱۸۳۰۰۰	۱/۴۰
۱۷۸۰۰۰	۱۹۵۰۰۰	۱/۴۵
۱۹۰۰۰۰	۲۱۰۰۰۰	۱/۵۰
۲۰۵۰۰۰	۲۲۴۰۰۰	۱/۵۵
۲۲۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰	۱/۶۰
۲۳۵۰۰۰	۲۵۵۰۰۰	۱/۶۵
۲۳۵۰۰۰	۲۷۴۰۰۰	۱/۷۰
۲۶۰۰۰۰	۲۹۰۰۰۰	۱/۷۵
۲۸۰۰۰۰	۳۱۰۰۰۰	۱/۸۰
۳۰۰۰۰۰	۳۲۵۰۰۰	۱/۸۵
۳۲۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰	۱/۹۰
۳۴۰۰۰۰	۳۷۵۰۰۰	۱/۹۵
۳۶۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰	۲/۰۰

۷- سهم ماندگاری در تیم پزشک خانواده: بازای زمان ماندگاری و خدمت به عنوان مامای تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده در سطح مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، شهرستان، استان و کل کشور و نیز ضریب محرومیت منطقه مبلغی به قرار زیر بازای یک سال خدمت (برحسب تومان) تعیین می شود:

بازای یکسال خدمت در سطح کشور		بازای یکسال خدمت در سطح دانشگاه		بازای یکسال خدمت در سطح شهرستان		بازای یکسال خدمت در مرکز بهداشتی درمانی		میانگین ضریب محرومیت تعیین شده
تا ۶ سال و بیشتر	۶ سال و بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	۶ سال و بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	۶ سال و بیشتر	تا ۶ سال و بیشتر	۶ سال و بیشتر	
۲۰۰۰	۶۰۰۰ تومان	۳۲۰۰	۹۵۰۰ تومان	۴۰۰۰	۱۲۰۰۰ تومان	۸۰۰۰	۲۴۰۰۰ تومان	۱/۰۰
۲۱۰۰	۶۲۵۰	۳۳۵۰	۱۰۰۰۰	۴۱۵۰	۱۲۵۰۰	۸۲۵۰	۲۵۰۰۰	۱/۰۵
۲۲۰۰	۶۵۰۰	۳۵۰۰	۱۰۵۰۰	۴۳۰۰	۱۳۰۰۰	۸۵۰۰	۲۶۰۰۰	۱/۱۰
۲۳۵۰	۷۰۰۰	۳۶۵۰	۱۱۰۰۰	۴۵۵۰	۱۳۷۵۰	۹۰۰۰	۲۷۵۰۰	۱/۱۵
۲۵۰۰	۷۵۰۰	۳۸۰۰	۱۱۵۰۰	۴۸۰۰	۱۴۵۰۰	۹۵۰۰	۲۹۰۰۰	۱/۲۰
۲۶۰۰	۷۸۵۰	۴۰۰۰	۱۲۲۵۰	۵۰۰۰	۱۵۲۵۰	۹۷۵۰	۳۰۵۰۰	۱/۲۵
۲۷۰۰	۸۲۰۰	۴۳۰۰	۱۳۰۰۰	۵۳۰۰	۱۶۰۰۰	۱۰۰۰۰	۳۲۰۰۰	۱/۳۰
۲۸۵۰	۸۶۰۰	۴۵۵۰	۱۳۷۵۰	۵۵۵۰	۱۶۷۵۰	۱۰۷۵۰	۳۳۵۰۰	۱/۳۵
۳۰۰۰	۹۰۰۰	۴۸۰۰	۱۴۵۰۰	۵۸۰۰	۱۷۵۰۰	۱۱۵۰۰	۳۵۰۰۰	۱/۴۰
۳۱۵۰	۹۵۰۰	۵۰۰۰	۱۵۲۵۰	۶۱۵۰	۱۸۵۰۰	۱۲۲۵۰	۳۷۵۰۰	۱/۴۵
۳۳۰۰	۱۰۰۰۰	۵۳۰۰	۱۶۰۰۰	۶۵۰۰	۱۹۵۰۰	۱۳۰۰۰	۳۹۰۰۰	۱/۵۰
۳۵۰۰	۱۰۵۰۰	۵۵۵۰	۱۶۷۵۰	۶۷۵۰	۲۰۲۵۰	۱۳۷۵۰	۴۱۰۰۰	۱/۵۵
۳۷۰۰	۱۱۰۰۰	۵۸۰۰	۱۷۵۰۰	۷۰۰۰	۲۱۰۰۰	۱۴۵۰۰	۴۳۰۰۰	۱/۶۰
۳۸۵۰	۱۱۵۰۰	۶۰۰۰	۱۸۲۵۰	۷۳۰۰	۲۲۰۰۰	۱۵۲۵۰	۴۵۰۰۰	۱/۶۵
۴۰۰۰	۱۲۰۰۰	۶۳۰۰	۱۹۰۰۰	۷۶۰۰	۲۳۰۰۰	۱۶۰۰۰	۴۷۰۰۰	۱/۷۰
۴۱۵۰	۱۲۵۰۰	۶۶۵۰	۲۰۰۰۰	۸۱۵۰	۲۴۵۰۰	۱۶۷۵۰	۴۹۵۰۰	۱/۷۵
۴۳۰۰	۱۳۰۰۰	۷۰۰۰	۲۱۰۰۰	۸۷۰۰	۲۶۰۰۰	۱۷۵۰۰	۵۲۰۰۰	۱/۸۰
۴۶۰۰	۱۳۷۵۰	۷۳۵۰	۲۲۰۰۰	۹۰۰۰	۲۷۰۰۰	۱۸۲۵۰	۵۴۵۰۰	۱/۸۵
۴۹۰۰	۱۴۵۰۰	۷۷۰۰	۲۳۰۰۰	۹۳۰۰	۲۸۰۰۰	۱۹۰۰۰	۵۷۰۰۰	۱/۹۰
۵۱۰۰	۱۵۲۵۰	۸۰۰۰	۲۳۷۵۰	۹۶۵۰	۲۹۰۰۰	۱۹۵۰۰	۵۸۵۰۰	۱/۹۵
۵۳۰۰	۱۶۰۰۰	۸۲۰۰	۲۴۵۰۰	۱۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	۶۰۰۰۰	۲/۰۰

خاطرنشان می سازد که آخرین محل خدمت موردنظر در قرارداد مدنظر است و باید مبلغ مربوطه در عدد (تعداد ماه خدمت تقسیم بر ۱۲) ضرب گردد. مثلاً "اگر با فردی قرارداد برای مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف با ضریب محرومیت ۱/۵ بسته می شود و این فرد در سوابق خود به عنوان مامای تیم سلامت ۱۲ ماه در همین مرکز بهداشتی درمانی علی آباد شهرستان الف و ۸ ماه در مرکز بهداشتی درمانی حسن آباد همین شهرستان خدمت کرده باشد. برای محاسبه ضریب ماندگاری بازای ۱۲ ماه خدمت در همین مرکز مبلغ ۳۹۰۰۰ تومان و بازای ۸ ماه خدمت در مرکز دیگری در همین شهرستان مبلغ ۱۳۰۰۰ تومان و در کل ۵۲۰۰۰ تومان به عنوان ضریب ماندگاری وی تعیین می گردد.

همانطور که در جدول آمده است برای افرادی که ۶سال و بالاتر خدمت دارند بازای هر سال خدمت آنها برحسب محل موردنظر، مبلغ دیگری که در جدول مشاهده می شود، به حقوق فرد اضافه می گردد.

جمعیت: بازای هرنفر جمعیت تحت پوشش، در مناطق با میانگین ضریب محرومیت ۱ (میانگین استان، شهرستان، بخش و منطقه) برای مامای کارشناس مبلغ ۴۰۰ ریال و برای مامای کاردان مبلغ ۳۵۰ ریال می باشد؛ براساس جدول زیر دامنه تغییرات این رقم برای مامای کارشناس بین ۴۰ تا ۵۷ تومان و برای مامای کاردان بین ۳۵ تا ۵۲ تومان متغیر است