



برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری (روش ارائه خدمات سلامت)



دستورعمل اجرایی برنامه در
مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای 20 هزار
نفر

مرکز مدیریت شبکه - نسخه تیر 1398



فهرست مطالب

صفحه	عنوان
3	مقدمه
4	فصل 1: واژه نامه
4	فصل 2: پوشش همگانی سلامت (UHC) و گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری
4	1-2. جمعیت هدف
4	2-2. ارکان اجرایی و وظایف
5	3-2. ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت
10	4-2. استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی
14	فصل 3: روش اجرای کار
15	1-3. نحوه خرید خدمات سلامت
18	2-3. اعتبار موردنیاز و شیوه پرداخت
29	فصل 4: روش ارائه خدمات
29	فصل 5: پایش و ارزشیابی
30	پیوست‌ها (در دستورعمل قبلی آمده است) و لینک تفاهم نامه همکاری با وزارت تعاون

مقدمه:

معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت تدبیر و امید در برنامه تقدیمی خود به مجلس شورای اسلامی وقت مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و لزوم تکمیل شبکه ارائه خدمات در مناطق شهری و سکونتگاه های غیر رسمی، در سال 1393 تحلیل سریعی از وضعیت انجام داد و با استفاده از خردجمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را برای دستیابی به اهداف پوشش فعال همه آحاد مردم، ارائه بسته خدمات جامع و ادغام یافته و حداکثر حفاظت مالی از مردم به منظور تحقق پوشش همگانی سلامت تهیه نمود.

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال 1393 آغاز شد و زیرساخت های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتاً تحقق برنامه ششم توسعه را فراهم کرد. دستورعمل فعلی در ادامه دستورعمل های پیشین، گام های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در طول برنامه ششم را براساس ویژگی های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم می کند. رعایت ویژگی های ذیل باید در اجرای دستورعمل اجرایی برنامه گسترش مراقبت های بهداشتی درمانی در مناطق شهری مورد توجه جدی و دقیق مدیران، کارشناسان و کارکنان قرار گیرد:

- جمعیت تعریف شده
- خدمات یکپارچه و ادغام یافته در نظام شبکه بهداشت و درمان و با کیفیت بالا
- هزینه قابل پرداخت برای مردم
- استمرار خدمت
- استفاده از نیروی چندپیشه آموزش دیده
- وجود یک پزشک سلامت نگر برای هر 12000 نفر
- مشارکت بخش دولتی و خصوصی (Public Private Partnership (PPP))
- مطابقت با شبکه بهداشت و درمان
- مدیریت سلامت منطقه جغرافیایی تعریف شده
- تجمیع منابع
- استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین ها)
- استقرار پرونده الکترونیکی سلامت
- برقراری نظام ارجاع
- خرید راهبردی خدمات و
- نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

نهایتاً از زحمات شبانه روزی تمامی مسولین و کارشناسان سطح دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی و شهرستان های تابعه در حوزه معاونت بهداشت، و تمامی مدیران و کارشناسان سطح ملی این حوزه بویژه مرکز مدیریت شبکه صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم. امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20 هزار نفر و با پایش و ارزشیابی مستمر و منظم، دستورعمل شهری با کمترین چالش در سال 1398 و پس از آن به اجرای بهتر از پیش خود، ادامه دهد. به منظور پیشبرد هرچه بهتر برنامه از نظرات و پیشنهادات سطوح مختلف مدیران، کارشناسان و ارائه دهندگان خدمت استقبال می کنیم.

دکتر علیرضا رئیسی

معاون بهداشت

فصل 1: واژه نامه

واژه ها و اصطلاحات مربوط به این برنامه اجرایی و دستورعمل آن، در نسخه قبلی دستورعمل آمده است و تغییری در این موارد، وجود ندارد.

فصل 2: پوشش همگانی سلامت (UHC) و گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری

1-2. جمعیت هدف:

ماده 1: جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که براساس اجرا، در 2 گروه زیر فازبندی شده اند:

الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی: براساس تعریف سال 1395 وزارت کشور جمعیت ساکن در حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی برابر با 10159352 نفر می‌باشد.

تبصره 1: بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی¹ دارد مانند خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود. درمورد درمان بیماری‌های واگیردار هدف (وباء، دیفتری، تب مالت و ...) در صورت نبود توانایی پرداخت توسط فرد مبتلا، خدمت باید رایگان ارائه شود.

تبصره 2: دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی [که از این به بعد دانشگاه/ دانشکده نامیده می‌شود] موظف اند جمعیت و جامعه مورد نظر این برنامه را از طریق انجام سرشماری، شناسایی و ترکیب جمعیت، ساختار واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و توزیع دریافت خدمت مشخص کنند.

ب: جمعیت شهرهای بالای 20 هزار نفر: جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بیش از 20 هزار نفر می‌باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال 1395 نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها 42934960 نفر (بدون احتساب جمعیت حاشیه نشین) خواهد بود.

جمعیت قابل قبول و قابل محاسبه در شاخص‌های مختلف عملکردی، **جمعیت ثبت نام شده و جمعیت حداقل یکبار دریافت کننده خدمت** است که برحسب نوع شاخص از سامانه یکپارچه بهداشت قابل احصا می‌باشد.

2-2. ارکان اجرایی و وظایف

ماده 2: واحدهای مرتبط و مسوول در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، موظف به بستر سازی و اجرای دقیق این برنامه هستند.

¹ Externality

وظایف کشوری:

- تدوین و ابلاغ سیاست‌های اجرایی برای یکپارچه سازی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه های تحول در حوزه بهداشت
 - تدوین و ابلاغ دستورعمل اجرایی برنامه های تحول
 - هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی
 - اطلاع رسانی رسانه ای در سطح ملی درباره اقدامات انجام گرفته
- تبصره 1:** محل دبیرخانه واحد کشوری در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می‌باشد.
- تبصره 2:** اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است.
- تبصره 3:** تمام برنامه ها و دستورعمل‌های اجرایی سطح ملی با پاراف رییس مرکز مدیریت شبکه و ابلاغ معاونت بهداشت قابلیت اجرا دارد.

2-3. ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت

ماده 3: واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

- ❖ **پایگاه سلامت** براساس تراکم جمعیت بازای هر 6 تا 20 هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت 12500 نفر) با نیروی شاغل زیر توسط طرف قرارداد راه اندازی می‌شود:
- **مراقب سلامت:** بازای هر 2500 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه، یک نفر.
- باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (**مراقب سلامت- ماما**) باشند.
- یادآور می‌شود پایگاه سلامت باید حداکثر تلاش خود را برای **فعال** شدن خدمات کل جمعیت تحت پوشش انجام دهد. چنانچه در طول سه ماه، هیچ تغییری در خدمات ارائه شده هر مراقب سلامت صورت نگیرد وی و مسوول پایگاه سلامت ناچار به پاسخگویی هستند.

در این واحد، خدمات فعال مراقبت‌های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می‌گردد. **در پایگاه سلامت خدماتی برای جمعیت و منطقه تحت پوشش انجام می‌شود که کلیات آن در بسته خدمت آمده است:**

1. بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
2. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
3. تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
4. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
5. ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل‌های دارویی)
6. اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
7. اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
8. خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه‌های تعیین شده در دستورعمل مربوط (البته درمورد نمونه هایی که نیاز به گرفتن نمونه خون و ادرار است، این کار در مرکز انجام می‌شود)

9. ...

تبصره 1: مسوول پایگاه از بین کارکنان مستقر در پایگاه سلامت، انتخاب و توسط پیمانکار (در شرایط برونسپاری) یا توسط معاون مرکز خدمات جامع سلامت (در شرایط دولتی) منصوب می‌شود. به دلیل افزودن مسوولیت بیشتر به مسوول، نسبت به سایرین، می‌توان برای این فرد، اضافه پرداختی تا 5% هزینه حقوق بابت حق مسوولیت در نظر گرفت (مسوول پایگاه سلامت ترجیحاً بهتر است از بین مراقب سلامت- ماماها انتخاب گردد).

❖ **مرکز خدمات جامع سلامت** که بازای هر 2 تا 8 پایگاه سلامت (جمعیت 25 تا 100 هزار نفر جمعیت با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود 40000 نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود 60 هزار نفر خواهد بود)، یک مرکز خدمات جامع سلامت براساس آخرین بازنگری دفاتر طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان در نظر گرفته می‌شود. برای شهرهای با جمعیت کمتر از 25 هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است. نیروی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت عبارتند از:

○ **بزشک عمومی:** بازای هر 12000 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه یک پزشک. هر مرکز خدمات جامع سلامت باید حداقل دو پزشک داشته باشد. تصویب پزشک سوم در طرح گسترش شبکه مستلزم اضافه شدن 50 درصد جمعیت پایه به جمعیت تحت پوشش مرکز (حدود 6000 نفر) خواهد بود. (به عبارت دیگر، برای حضور پزشک سوم باید جمعیت 30 هزار نفر باشد).

○ **پذیرش:** یک نفر بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت با عنوان مسوول پذیرش که حداقل باید کاردان یا کارشناس یکی از رشته های بهداشتی درمانی / مدیریت/آمار/فناوری اطلاعات/سلامت/ مدارک پزشکی/علوم کامپیوتر/IT باشد.

○ **کارشناس سلامت روان:** بازای هر 40 هزار نفر، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بکارگیری می‌شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه‌های سلامت تحت پوشش سرکشی کند.

○ **کارشناس تغذیه:** بازای هر 40 هزار نفر، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه بکارگیری می‌شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه‌های سلامت تحت پوشش سرکشی کند.

○ **کارشناس بهداشت محیط:** بازای هر 300 امکنه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت محیط در محدوده مرکز، یک کارشناس در نظر گرفته می‌شود البته در دانشگاه‌هایی که دفاتر خدمات سلامت بهداشت محیط راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی 3000 امکنه افزایش می‌یابد. (مطابق با نامه شماره 300/3911د مورخ 1397/3/12).

○ **کارشناس بهداشت حرفه ای:** بازای هر 300 کارگاه یا کارخانه قلاب بررسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس در نظر گرفته می‌شود. البته در دانشگاه‌هایی که دفاتر خدمات بهداشت حرفه ای راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی 3000 واحد کارگاهی/ کارخانه ای افزایش می‌یابد.

○ **پرستار/ بهیار:** بازای هر مرکز، یک نیرو برای انجام خدمات تزریقات، پانسمان و مراقب از بیمار در شرایط خاص تعیین می‌گردد. این فرد در صورت نبود آزمایشگاه، کار نمونه گیری آزمایشگاه را نیز به عهده دارد.

○ **کاردان/ کارشناس آزمایشگاه:** در صورت نیاز به فعالیت واحد آزمایشگاه در مرکز متناسب با جمعیت خدمت گیرنده و براساس مصوبه آخرین بازنگری طرح‌های گسترش شبکه نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه در نظر گرفته می‌شود. در چنین شرایطی مسوول فنی آزمایشگاه مرکز، مسوولی است که در مرکز بهداشت شهرستان حضور دارد.

○ **دندانپزشک:** در صورت نیاز به فعالیت واحد دندانپزشکی در مرکز، متناسب با جمعیت تحت پوشش نیروی دندانپزشک بکارگیری می‌شود (بازای حداکثر 2 دندانپزشک، یک نفر مراقب سلامت دهان با عنوان دستیار دندانپزشک بکارگیری می‌شود که باید آموزش-های لازم را دیده باشد و حضور وی وابسته به حضور دندانپزشک است و پرداخت به وی از محل درآمدهای دندانپزشکی خواهد بود). بهداشتکار دهان و دندان و وظایف مشابه دندانپزشک دارد و 50% ارزش کاری وی را دریافت می‌کند. کاردان‌های بهداشت دهان، به هیچوجه جایگاه بهداشتکار دهان و دندان را ندارند.

تبصره 1: از آنجاکه طبق سطح بندی واحدهای ارائه دهنده خدمت باید نظارت مستقیم بر پایگاه‌های سلامت توسط مرکز خدمات جامع سلامت انجام شود، در شرایطی که تعداد پایگاه تحت پوشش مرکز از 3 باب بیشتر باشد می‌توان یکی از کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان را برای نظارت به مرکز مزبور انتقال داد که با عنوان مراقب سلامت ناظر فعالیت کند. این اقدام برحسب حجم فعالیت می‌تواند تعدادی از روزهای کاری کارشناس مرکز بهداشت شهرستان را دربرگیرد (مثلاً دو تا سه روز در هفته). در صورت افزایش منابع، امکان بکارگیری نیروی جدید مراقب سلامت ناظر فراهم می‌شود که طی دستورعمل بعدی اعلام می‌گردد.

تبصره 2: چنانچه علاوه بر افراد ارجاع شده از طریق سایر اعضای تیم سلامت، تعداد مراجعین سرپایی به پزشک (بیماران مراجعه مستقیم یعنی علاوه بر افرادی که از طریق مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و روان و ... به پزشک ارجاع می‌شوند)، بیش از 15 نفر در روز بازای هر پزشک باشد، می‌توان برای پاسخگویی به این مراجعین، مرکز را در صورت وجود فضای اضافی لازم در ساعات صبح و در غیر اینصورت در خارج ساعات فعالیت مرکز به پزشک/ پزشکان بخش خصوصی (مجاز) غیر از پزشک موظف این دستورعمل با قرارداد متناسب به منظور ارائه خدمات پزشکی عمومی واگذار کرد. بدیهی است حالت اخیر نه تنها برای مرکز هزینه اضافی ایجاد نمی‌کند، بلکه می‌تواند درآمد را نیز باشد.

تبصره 3: اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (NCD) و واگیردار هدف در جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت، قبول ارجاعات از مراقبین سلامت و نظارت بر آنها می‌باشد (درکل باید تمام

خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند). درضمن، پزشکان، وظیفه نظارت فنی بر کارکنان پایگاه های سلامت همراه با معاون مرکز یا مراقب سلامت ناظر (کارشناس مامور یا منتقله از مرکز بهداشت شهرستان) را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت (بر اساس ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر کیفیت).

❖ وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شامل موارد زیر است:

1. مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه های سلامت)

- پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رییس مرکز، معاون مرکز، مراقب سلامت ناظر، کارشناسان بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک و سایر کارکنان فنی شاغل در مرکز (کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان)

- تدوین برنامه عملیاتی مرکز برای دستیابی به اهداف و کمک به برنامه ریزی عملیاتی پایگاه های سلامت

- جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاه های تحت پوشش و تحلیل آنها

- ارائه پس خوراند به پایگاه های سلامت

- تشکیل هیات امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها

- جلب مشارکت خیرین

- برنامه ریزی برای جذب داوطلبین سلامت و سفیران سلامت و ...

- همکاری در طرح های تحقیقاتی استانی و ملی

- مدیریت پرونده الکترونیکی سلامت و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده

- آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

2. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش:

- تزریقات و پانسمان

- خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه

- خدمات بهداشت محیط

- خدمات بهداشت حرفه ای

- خدمات تغذیه جامعه (در مدارس، مهدکودکها، مراکز جمعی، مساجد و...)

- خدمات مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی در پیشگیری یا کمک به درمان بیماری های هدف

- خدمات دندانپزشکی

- همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماری های تحت مراقبت، اپیدمی ها و حوادث غیرمترقبه

- خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان که توسط یکی از پزشکان آموزش دیده مرکز، انجام می شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه های وابسته ارجاع داده می شوند)

3. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه:

- همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر.

- خدمات مشاوره ازدواج

- خدمات مشاوره شیردهی
 - خدمات مشاوره ژنتیک
 - خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم
4. درمان بیماران سرپایی

تبصره 4: در صورت نیاز منطقه و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه و سازمان اورژانس کشور، خدمات اورژانس پیش بیمارستانی (115) در مناطق روستایی و شهرهای زیر 50000 نفر در مرکز خدمات جامع سلامت منتخب و زیر نظر پزشک شاغل در مرکز، ارائه می‌گردد. **بدیهی است سازوکار اجرای این تبصره پس از انجام توافقات لازم اعلام می‌شود.**

ماده 4: تیم مدیریت مرکز خدمات جامع سلامت شامل رییس و معاون مرکز است. رییس مرکز یکی از پزشکان مرکز می‌باشد که سابقه خدمت و ماندگاری بیشتر دارد و ترجیحاً متخصص پزشک خانواده است. معاون از بین کارکنان مرکز توسط رییس با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می‌شود و ضمن انجام وظایف اصلی خود، در مدیریت واحد با رییس مرکز همکاری می‌کند. وظیفه این تیم، علاوه بر پاسخگویی نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش، کنترل امور عمومی داخل مرکز و پایگاه-های سلامت تحت پوشش، مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات سلامت کارکنان مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش و تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه نیز هست.

- پایش و ارزشیابی فعالیتهای مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- پیگیری تهیه لیست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و...)، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای کارکنان و جمعیت هدف،
- فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
- تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی (از طریق پیمانکار در صورت برونسپاری)
- پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز،
- تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
- مدیریت کلیه پرداختها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ...) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیتها و اعمال موازین انضباطی، و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
- مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (برای مراکز دولتی)
- مدیریت بودجه و اعتبارات براساس برنامه عملیاتی (در مراکز دولتی زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان انجام خواهد شد)، ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها (ارسال اسناد به مرکز بهداشت شهرستان برای مراکز دولتی)
- جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز برای ارائه خدمات مرکز.

- نظارت بر آمار ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش با هماهنگی مسوول پایگاه‌ها
 - تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس‌خوراند
 - ارتقای کیفیت فرایند های خدمت و مراقبت‌ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
 - نیازسنجی سلامت منطقه و حل مشکلات سلامت منطقه با مشارکت مردم و بخش‌های مرتبط با سلامت از طریق تشکیل هیات امنای مرکز
 - جلب مشارکت بین بخشی برای ارتقای سلامت منطقه
- تبصره 1:** در مراکزی که به صورت دولتی اداره می‌شود رییس مرکز خدمات جامع سلامت با تایید مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می‌شود.
- تبصره 2:** بابت مسوولیتی که تیم مدیریت مرکز (رییس و معاون) به عهده دارند، مبلغی تا 10% حقوق به دریافتی آنان اضافه می‌گردد.

ماده 5: در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی مستقر در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20000 نفر، هیات امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می‌گردد.

- تبصره 1:** ساختار (اعضای) هیات امنای هر مرکز عبارتند از:
- اعضای مرتبط با حوزه شهری و شهرداری بترتیب اولویت (در صورت وجود در منطقه تحت پوشش مرکز) شامل:

- الف:** یکی از اعضای شورای اسلامی شهر یا نماینده شورای مذکور
- ب:** شهردار ناحیه
- پ:** رییس شورایی محلی
- ت:** نماینده شهرداری محلی
- نماینده / نمایندگان مدارس / مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز
- یکی از مسوولین پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رییس مرکز
- نماینده ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی در منطقه تحت پوشش مرکز
- رییس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهده دارد

تبصره 2: وظایف هیات امنای هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری عبارتند از:

- آموزش سلامت در غالب برگزاری نشستها و گردهماییهای برنامه های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه
- هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت و رفع عوامل خطرزای محیطی
- طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه حل‌های علمی و اجرایی برای آنها
- جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه های سلامت عمومی

- آموزش و اطلاع رسانی درمورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه های سلامت و مرکز

تبصره 3 : گردش کار هیات امنای مرکز: هرساله طی مکاتبه رسمی و مراجعه حضوری به ارگانهای دولتی و مردمی منطقه، سعی در جلب مشارکت دستگاههای مذکور می شود و از آنها درخواست معرفی نماینده می گردد. پس از معرفی نمایندگان و اعضای هیات امنای مرکز، ابلاغ آنها توسط رییس مرکز صادر می شود و هیات مزبور هر سه ماه یکبار تشکیل می گردد و صورتجلسات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. بدیهی است کلیه مصوبات هیات امنای مرکز پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان قابل اجرا خواهد بود.

تبصره 4 : رییس مرکز بهداشت شهرستان/ مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان با طرح موضوع هیات امنای مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی تحت پوشش در جلسات شورای اداری شهرستان به معرفی اهداف، اعضا و وظایف هیات امنای مرکز می پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری مراکز مذکور را می نماید.

ماده 6: علاوه بر مراکز خدمات جامع سلامت، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظایف مرکز بهداشت شهرستان با همکاری مراکز خدمات جامع سلامت عبارتست از:

- تهیه و ارایه طرح گسترش شبکه ارائه خدمت در منطقه و ارائه به ستاد شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/ دانشکده
- مدیریت و پشتیبانی از ارائه دهندگان خدمات سلامت:
 - آموزش و توانمندسازی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت
 - کمک به راه اندازی نظام مدیریت اطلاعات سلامت و پشتیبانی آن در واحدها
 - نظارت، پایش و ارزیابی بر عملکرد واحدها در شبکه ارائه دهندگان خدمات (اعم از دولتی و برونسپاری)
- نظارت بر اجرای سرشماری یا به روز رسانی دوره ای از جمعیت تحت پوشش
- نیازسنجی سلامت مردم منطقه
- تضمین دسترسی به حداکثر خدمات پایه سلامت و تخصصی موردنیاز منطقه
- شناسایی واحدهای ارائه دهنده خدمات اجتماعی و مراقبت های سلامت و تامین کنندگان فرآورده های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
- تهیه مسیر ارجاع افقی و عمودی و هدایت خدمت گیرندگان
- هماهنگی ارائه خدمات در شرایط فوریت های پزشکی و حوادث و سوانح طبیعت و انسان ساز
- تامین مستقیم خدمات سلامت به صورت سرپایی و مراقبت روزانه در شرایط ویژه (در صورت حضور نداشتن واحدهای تشخیصی درمانی مورد تایید شبکه بهداشت شهرستان)
- مدیریت امور مالی
- تامین واکسن، مکمل ها و داروها (بر اساس برنامه های هدف)

ماده 7: مدیریت تمام واحدهای برونسپاری شده با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

4-2. استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی

ماده 8: واحدهایی که قبلاً برابر استانداردهای اعلامی دستورعمل نسخه 03 راه اندازی یا برونسپاری شده اند، می‌توانند با همان شرایط ادامه خدمت دهند لیکن برای راه اندازی واحدهای جدید، رعایت استانداردهای زیر الزامی است، طرف قرارداد باید فضای فیزیکی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نیروی انسانی، به شرح زیر آماده نماید:

1. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با متوسط جمعیت تحت پوشش 12500 نفر حداقل 130 متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- ❖ فضای کار مراقب سلامت (5 نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، بین مراقبین سلامت، حداقل پاراوان قرار داده شود (2 تا 3 اتاق با حداقل 12 مترمربع و جمعاً 36 متر مربع)
- ❖ فضای کار واکسیناسیون و نمونه گیری برای آزمایشگاه (یک اتاق 12 تا 16 متر مربع)
- ❖ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی، کلاسهای آمادگی برای ازدواج و زایمان و... با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (20 تا 24 مترمربع که می‌تواند خارج از محل پایگاه باشد).
- ❖ اتاق ارائه خدمات مامایی (به گونه ای که حریم شخصی مراجعه کننده با اطمینان رعایت گردد، دارای تخت ژنیکولوژی و فضایی برای معاینه مادر باردار مانند شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، معاینه واژینال، معاینه پستان، و مشاوره و اخذ شرح حال درمورد HIV، رفتارهای پر خطر، بیماری ها و ... به منظور رعایت حریم خصوصی 12 تا 16 مترمربع). این اتاق حتما درب داشته باشد.
- ❖ سالن انتظار و فضا برای پذیرش (25 مترمربع)
- ❖ فضای آبدارخانه (6 مترمربع)
- ❖ فضای سرویس‌های بهداشتی (12 مترمربع)
- ❖ **بیش بینی رمب** برای معلولین در ساختمان‌هایی که در ورودی پله وجود دارد و آسانسور برای ساختمان‌های دوطبقه و بالاتر

توجه: در ساختمان هایی که مرکز و پایگاه در دوطبقه قراردارند باید محل استقرار پایگاه سلامت به گونه ای انتخاب شود که دسترسی به آن نسبت به مرکز راحتتر و در اولویت باشد.

- برای جمعیت‌های کمتر از 6000 نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز پایگاه به 110 متر کاهش می یابد.

- حداکثر پله برای پایگاه سلامت از 7 پله با ارتفاع مناسب نباید بیشتر باشد
 - استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **مرکز خدمات جامع سلامت** با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار نفر برای کلانشهرها) حدود 350 تا 400 متر مربع می باشد (در صورت ضرورت می‌تواند در 2 ساختمان همجوار یا در دو طبقه باشد که پایگاه سلامت ضمیمه باید در طبقه اول مستقر شود). به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند 1، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد. در صورتیکه مرکز و پایگاه در یک طبقه و در یک ساختمان قرار داشته باشند ترجیحاً ورودی مرکز از پایگاه جدا گردد.
 - فضا برای رییس مرکز (12 مترمربع)
 - فضا برای پزشک (24 متر، 2 اتاق 12 متری)
 - فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (24 مترمربع)
 - فضا برای مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی (12 مترمربع)
 - فضا برای خدمات سلامت روان (12 مترمربع)
 - فضا برای سالن انتظار (حدود 50 مترمربع)
 - فضا برای ارائه خدمات پرستاری (12 مترمربع)
 - فضا برای پذیرش و آمار (12 مترمربع)
 - فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (12 مترمربع) در صورت وجود
 - فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و... با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه به مقدار 3 برابر فضای برگزاری جلسات آموزش پایگاه سلامت (فضای آموزش پایگاه سلامت در این فضا ادغام می‌شود = حدود 50 مترمربع)
 - فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود 30 مترمربع) حداقل 20 مترمربع بازای هر یونیت
 - فضا برای سرویس‌های بهداشتی و آبدارخانه (حدود 12 مترمربع، مشترک با پایگاه سلامت ضمیمه)
 - فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود 60 مترمربع)
 - پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دو طبقه و بالاتر
- تبصره :** در مناطقی که دسترسی به سطح دوم فراهم نیست واگذاری محل مرکز در ساعات خارج اداری با یکی از روش های قانونی به متخصصین کودکان، داخلی، زنان و زایمان و روانپزشکی با هماهنگی و موافقت مرکز مدیریت شبکه بلامانع است. در مناطقی که دسترسی به داروخانه و تصویر برداری وجود ندارد با تصویب کمیته دانشگاهی/ دانشکده ای می‌توان نسبت به راه اندازی آنها (با تعرفه دولتی) اقدام نمود. در این صورت باید فضای مورد نیاز داروخانه و تصویر برداری تعیین گردد.

- برای جمعیت های 25 هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی موردنیاز به حدود 250 تا 300 متر کاهش می‌یابد. مشروط به اینکه از فضاهای ضروری که مانع ارائه خدمات می‌گردد کاسته نشود.
- فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در صورت لزوم تعیین می‌گردد.

ماده 9: طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت براساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نماید:

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش 12500 نفر به شرط پوشش 100 درصد جمعیت، به قرار زیر می‌باشد:

- مراقب سلامت- ماما (مسوول پایگاه):
1 نفر

- مراقب سلامت یا مراقب سلامت- ماما
نفر یک (مراقب)
4 نفر (2500)

تبصره: ارائه خدمات و نظافت بصورت خرید خدمت تامین و در سرانه لحاظ می‌شود.

یادآوری:

- برای هر 2500 نفر یک مراقب سلامت در نظر گرفته می‌شود. حداکثر مدرک تحصیلی مورد قبول برای مراقب سلامت یا مراقب سلامت ماما کارشناسی می‌باشد.
- دانش آموختگان رشته های بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، پرستاری و مامایی می‌توانند به عنوان مراقب سلامت فعالیت نمایند. در صورتیکه مراقب سلامت فارغ التحصیل رشته مامایی و دارای نظام مامایی باشد باید خدمات مامایی پایگاه را نیز انجام دهد (مراقب سلامت ماما). اگر همه مراقبین سلامت شاغل در یک پایگاه، دانش آموخته مامایی دارای نظام مامایی نباشند، جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت با مدرک تحصیلی مامایی برحسب تعداد آنها باید کمتر از سایر مراقبین سلامت با سایر مدارک تحصیلی باشد (حدود 2000 نفر). بازای هر مراقب سلامت غیرماما که خدمات مامایی جمعیت تحت پوشش وی به عهده مراقب سلامت ماما قرار می‌گیرد متناسب با تعداد زنان باردار تحت پوشش از جمعیت مراقب سلامت ماما، کم شده و به جمعیت مراقب/مراقبان سلامت غیرماما اضافه شود، تعداد جمعیت برآورد شده برای این جابجایی حدود 300 نفر می‌باشد.
- حداقل باید مدرک تحصیلی یکی از مراقبین سلامت (یا 30% آنها)، کارشناس مامایی همراه با نظام پزشکی مامایی باشد. در شرایطی که هیچیک از مراقبین سلامت ماماها، نظام مامایی ندارند باید زیر نظر پزشک مرکز، خدمات درمانی و پاراکلینیکی را انجام دهند.

2. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار

نفر) علاوه بر موارد مندرج در بند 1 این ماده، به قرار زیر می باشد:

1 نفر	• پزشک (بازای 12 هزار نفر):
1 نفر	• دندانپزشک (بازای هر 30 هزار نفر):
1 نفر	• کاردان/کارشناس بهداشت حرفه ای و محیط (بازای هر 300 واحد یا پرونده) 2 تا 4 نفر
1 نفر	• مراقب سلامت دهان (حداقل بازای هر دندانپزشک)
1 نفر	• کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه (بازای 40 هزار نفر):
1 نفر	• کارشناس/ کارشناس ارشد سلامت روان (بازای 40 هزار نفر):
1 نفر	• پذیرش و آمار
1 نفر	• پرستار/ بهیار
2 نفر	• مشاوره ازدواج / شیردهی/ ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص)
	• خرید خدمت حجمی برای نظافت
	• خرید خدمت حجمی برای نقلیه
برحسب	• کاردان/ کارشناس آزمایشگاه ضرورت

یادآوری :

کارشناس تغذیه صرفاً باید مدرک کارشناسی در رشته علوم تغذیه داشته باشد و کارشناس ارشد تغذیه باید دارای مدرک تحصیلی با پایه علوم تغذیه باشد. در صورت نبود کارشناس تغذیه داوطلب در هر یک از مناطق با جمعیت تحت پوشش مورد نظر، تا زمان تأمین کارشناس تغذیه آموزش‌های عمومی تغذیه توسط مراقب سلامت برابر برنامه های سلامت کشوری ارائه و در صورت امکان مردم می‌توانند از خدمات بخش غیردولتی استفاده نمایند.

کارشناسان تغذیه، روانشناس بالینی، و بهداشت محیط و حرفه ای باید دانش آموخته کارشناسی یا کارشناسی ارشد باشند. در مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره ای، مامای مرکز باید دانش آموخته کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های مامایی و با اولویت مشاوره در مامایی باشد (برای مشاوره ازدواج به زنان یا حداقل 10 سال سابقه کار مفید در این حوزه به تشخیص رییس مرکز بهداشت شهرستان داشته باشد). این فرد یکی از اعضای تیم پایشگر محسوب می‌شود. مراقب سلامت دهان حداکثر باید کاردان باشند. برای انجام خدمات آزمایشگاهی حداکثر باید کارشناس باشند برای پذیرش باید کاردان یا کارشناس باشند. برای کارشناس سلامت روان ترجیحاً باید کارشناس ارشد روانشناسی بالینی باشد

تبصره 1: چنانچه جمعیت تحت پوشش هر نیرو از عدد تعیین شده بیش از ۵۰٪ افزایش یافت، باید نفر دوم اضافه شود. به عنوان مثال در ضوابط بازای هر 40000 نفر، یک کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان در نظر گرفته شده است. اگر جمعیت مرکز به 60000 نفر رسید، کارشناس دوم اضافه می‌شود. درمورد دندانپزشک در صورتیکه جمعیت واحد ارائه دهنده خدمت 50٪ استاندارد تعیین شده باشد، یک نیرو بصورت مشترک بین دو واحد در نظر گرفته می‌شود در چنین شرایطی، نیرو بین دو مرکز جابجا می‌گردد.

تبصره 2: برای مشاوره ازدواج و شیردهی در صورت نبود کارشناس ارشد مامایی با تایید کمیته استانی می‌توان از کارشناس مامایی با سابقه کاری بیش از ۱۰ سال و اخذ گواهی دوره آموزش تخصصی استفاده کرد.

تبصره 3: برای فعالیت مشاوره ژنتیک، بازای هر دو تا سه مرکز خدمات جامع سلامت، یکی از پزشکان موجود، آموزش لازم را دیده و خدمت را به کل جمعیت 2 تا 3 مرکز مزبور ارائه می‌دهد. مرکزی که دارای مشاوره ازدواج می‌باشد باید حتما مشاوره ژنتیک را هم انجام دهد.

تبصره 4: در صورت عدم بکارگیری نیروی مورد نیاز براساس قرارداد، ضمن اخطار به طرف قرارداد، مبلغی معادل هزینه محاسبه شده پرسنل مربوطه در سرانه، بازای هر نفر روز کسر می‌گردد.

تبصره 5: بازای هر 300 واحد کار و 300 پرونده اماکن تعریف شده برای نظارت بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت حرفه ای و یک کارشناس بهداشت محیط در نظر گرفته می‌شود. این افراد باید کل منطقه تحت پوشش مرکز شامل پایگاه‌های تابعه مرکز را نیز پوشش دهند. چنانچه تعداد پرونده اماکن و واحد کار در منطقه تحت پوشش مرکز از استاندارد تعیین شده کمتر باشد، فقط یک نیرو بکارگیری می‌شود که با آموزش، باید هر دو وظیفه را انجام دهد و براساس اکثریت نوع واحد مورد بررسی، نوع نیرو تعیین می‌گردد. به عنوان مثال اگر کل پرونده اماکن 150 و تعداد واحد کار 100 باب باشد، فقط یک کارشناس بهداشت محیط بکارگیری می‌شود که باید خدمات بهداشت حرفه ای را هم پوشش دهد. در مناطقی که دفاتر خدمات سلامت راه اندازی شده است به نسبت فعالیت این دفاتر به تعداد واحدها بازای هر نیرو اضافه می‌شود. در مناطقی که طبق برنامه مرکز سلامت محیط و کار باید دفاتر خدمات سلامت راه اندازی شود میزان اعتبار تخصیصی به این منظور تا 10 درصد خواهد بود.

فصل 3: روش اجرای کار

ماده 10: مرکز بهداشت شهرستان باید نقشه جغرافیایی استاندارد مناطق حاشیه، شهرهای بالای 20 هزار نفر را تهیه و جمعیت بلوکها را بر روی آن مشخص کنند.

تبصره 1: منطقه مورد بررسی باید براساس منطقه بندی شهرداری، بلوکبندی گردد. می‌توان از روش بلوکبندی قابل استفاده در نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا شهرداریها استفاده کرد.

ماده 11: جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و اماکن عمومی با انجام سرشماری یا به روز رسانی جمعیت از مناطق حاشیه شهری، شهرهای بالای 20 هزار نفر (شامل مسکن مهر و ...) و ثبت آن در سامانه الکترونیک معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد.

ماده 12: تمامی مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه براساس مصوبه بازنگری طرح گسترش، با جمعیت تحت پوشش بین 25 تا 100 هزار نفر، براساس استاندارد نیروی انسانی و خدمات به مرکز خدمات جامع سلامت تغییر وضعیت داده و ادامه خدمت خواهند داد. لازم است برای تکمیل نیروی انسانی این مراکز، از کارکنان موجود در سایر مراکز خدمات جامع سلامت منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود. بطوریکه ترجیحاً یک مرکز خدمات جامع سلامت با پایگاه‌های ضمیمه و غیرضمیمه کلاً بصورت دولتی یا خصوصی مدیریت گردد. در تکمیل نیروهای پزشکی، تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و کار، دندانپزشک، پرستار، و پاراکلینیک (در صورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز خدمات جامع سلامت دولتی که با کسری نیروی انسانی مواجه هستند، از طریق شیوه خرید خدمت به شکل حجمی از طریق قرارداد با شرکت‌های مجاز، استفاده خواهد شد. جبران خدمات شرکت در قرارداد مشخص می‌شود و مبنای آن، پرداخت مبتنی بر عملکرد و سرانه انطباق یافته با عملکرد است. متذکر می‌گردد مدیریت ارائه این خدمات بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

تبصره 1: راه‌اندازی مراکز خدمات جامع سلامت که در بازنگری سال 1396، ایجاد آنها در این مناطق تصویب شده است، به عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی بوده (توسط بخش دولتی یا خصوصی) و در اولویت قرار دارد.

ماده 13: چنانچه در منطقه، امکان خرید خدمات سلامت دهان و دندان و آزمایشگاه از بخش خصوصی وجود نداشت، باید این خدمات توسط مرکز خدمات جامع سلامت ارائه شود. توصیه می‌گردد در مناطق کم جمعیت، خدمات بصورت تجمیعی و بازای هر دو تا سه مرکز در یک مرکز معین ارائه شده و اطلاع رسانی مناسبی به جمعیت تحت پوشش منطقه به عمل آید. واحدهایی مانند دندانپزشکی سیار یا تجمعی، واحد مستقل محسوب نمی‌شوند و به عنوان بخشی از مراکز خدمات جامع سلامت لحاظ می‌گردند.

ماده 14: ارائه خدمات فعال در پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت می‌تواند با همکاری داوطلبان سلامت، سفیران سلامت خانوار و محله و با تاکید بر روش خود مراقبتی انجام گیرد.

3-1. نحوه خرید خدمات سلامت²

در راستای سیاست‌های کلی اصل 44 قانون اساسی و سند توسعه بخش تعاون و به منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و با هدف گسترش همکاری، تقویت مشارکت و استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و توانایی‌های اجرایی طرفین، گسترش فرهنگ کارآفرینی و ایجاد اشتغال پایدار و مولد در حوزه سلامت، توصیه می‌شود پیمانکاران اقدام به ایجاد شرکت‌های تعاونی مراقبت‌های اولیه سلامت (Cooperative primary health care) CPHC نمایند. این شرکت‌ها باید براساس قوانین و مقررات ناظر بر بخش تعاون و مبتنی بر اساسنامه ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت تشکیل گردند.

ماده 15: واگذاری خدمات به بخش غیردولتی با استفاده از روش‌های قانونی موجود بویژه مقررات و مجوزهای آئین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها انجام می‌شود. اولویت در واگذاری‌ها با شرکت‌های تعاونی CPHC است یعنی شرکت‌های تعاونی که 100 درصد سهام آنها متعلق به افرادی باشد که ارائه دهنده خدمت در همان واحد هستند. (در صورت تغییر سهامدار باید سهام وی به نیروی دیگری با همان شرایط واگذار شود بطوریکه هیچیک از سهامداران، سهمی بیش از 1/5 برابر تک تک افراد دیگر نداشته باشد). به منظور تسهیل ایجاد شرکت‌های تعاونی مراقبت‌های اولیه سلامت، تفاهم‌نامه پیوست است و مستندات لازم برای تسریع تشکیل این نوع شرکت‌ها متعاقباً تهیه و ارسال می‌گردد.

شرط انعقاد قرارداد و شروع بکار برنده مناقصه، موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن مرحله اول دوره آموزشی است.

1. انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت‌های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده / رییس مرکز بهداشت شهرستان
2. پایش، بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آنها براساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این دستور عمل توسط مرکز بهداشت شهرستان

تبصره 1: به منظور ماندگاری پیمانکاران موضوع تمامی قراردادها در صورت توافق و رضایت از عملکرد، برای 3 تا 5 سال منعقد می‌گردد ولی مدت هر قرارداد، یکساله خواهد بود. مبنای استمرار قرارداد در این مدت نتایج پایش و ارزشیابی خواهد بود.

تبصره 2: تفویض اختیار مدیریتی به مدیران اجرایی و راه اندازی واحدهای دولتی براساس ماده 40 دستورعمل واگذاری خدمات سلامت موضوع نامه شماره 105/685/د - 1392/02/04 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

2

براساس مصوبه هیات وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۱/۲۰ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ث) ماده (84) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

تبصره 3: نمونه قرارداد واگذاری به بخش غیردولتی و تفاهم نامه واگذاری به مدیران اجرایی در نسخه قبل دستورعمل، ضمیمه بود.

تبصره 4: میانگین سرانه عقد قرارداد با پیمانکاران نباید از عدد سرانه اعلامی توسط مرکز مدیریت شبکه بیشتر باشد بدیهی است مبلغ قرارداد باید به گونه ای باشد که با محاسبات کارشناسی امکان ارائه خدمت با آن مبلغ مقدور باشد.

ماده 16: زمان پرداخت سرانه انطباق یافته با خدمت از زمان استقرار نیروهای آموزش دیده در پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت و آغاز ارائه خدمات با تایید مرکز بهداشت شهرستان (براساس ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت) خواهد بود.

ماده 17: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه / مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

تبصره 1: به علت عقد قرارداد بیش از یک سال، باید برای سال های آتی تورم سالیانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، و نیز احتمال تغییر در دستورعمل و برنامه های سلامت در قرارداد مدنظر قرارگیرد.

تبصره 2: در صورت توقف ارائه خدمات مورد تعهد براساس قرارداد، باید بلافاصله به طرف قرارداد اخطار داده شود و در صورت توجه نکردن به اخطار داده شده، خسارتی به میزان 6 % مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ شود.

تبصره 3: در صورت افزایش بسته خدمت در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می باشد.

تبصره 4: مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می شود. لذا، در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.

- واکسن، ملزومات سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری های هدف و مکمل های دارویی مورد نیاز برحسب گروه های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت
- مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن
- مجوز ورود به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت

ماده 18: براساس قانون، مراقبت های بهداشتی برمبنای بسته خدمت باید بطور رایگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می گردد.

تخطی از این موارد موجب جریمه برابر قرار داد خواهد شد

ماده 19: 80 درصد مبلغ عملکرد براساس گزارش سامانه از روز 28 هر ماه تا حداکثر روز 10 ماه بعد بصورت علی الحساب به طرف قرارداد پرداخت می شود. ترتیب این کار مطابق چارچوب قراردادی است که توسط دفتر حقوقی اعلام می گردد. 20 درصد باقی مانده پس از پایش و ارزیابی کمی و کیفی عملکرد طرف قرارداد بترتیبی که در ذیل این ماده آمده است، هر 3 ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

تبصره 1: نتیجه نمره کسب شده از نتیجه پایش فصلی:

- ارزشیابی بین 90 تا 95 از 100 کل 100% باقیمانده پرداخت می شود

- امتیاز کمتر از 90 متناسب با کسری امتیاز نسبت به عدد 100، از کل مبلغ کسر می‌گردد
- هر 1 امتیاز بیشتر از 95 به عنوان پاداش اضافه می‌شود

در صورتیکه نتیجه ارزیابی زیر 70 باشد، علاوه بر کسر پول باقیمانده براساس موارد فوق، همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی داده می‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از 70 در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

تبصره 2: در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس مفاد قرارداد است.

تبصره 3: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

ماده 20: پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی فعلاً بصورت معمول (پرداخت بازای خدمت "FFS") و به شرط تجویز پزشک یا مامای دارای نظام مامایی، توسط سازمان‌های بیمه گر و گیرندگان خدمات با دریافت فرانشیز براساس تعرفه دولتی انجام می‌شود (به جز موارد رایگان تعیین شده در بسته خدمات).

ماده 21: پرداخت به ارائه دهندگان خدمت مبتنی بر عملکرد ثبت شده آنها در سامانه بصورت ماهانه براساس عملکرد وزن دهی شده، درصد ثبت تلفن همراه، درصد رضایت دریافت کنندگان خدمت و درصد عدم دریافت خدمت (بازای هر یک درصد عدم دریافت خدمت تا سه درصد کسر دریافتی تعلق می‌گیرد) است. درمورد نیروهای دولتی (کارکنان رسمی، پیمانی، طرحی، پیام آور و قرارداد با دانشگاه/ دانشکده) چنانچه عملکرد از دریافتی وی (حقوق) بیشتر بود، مابه التفاوت بصورت کارانه پرداخت می‌شود.

3-2. اعتبار موردنیاز و شیوه پرداخت

پرداخت به پیمانکار طرف قرارداد مبتنی بر عملکرد و نتایج پایش و ارزشیابی می باشد (80٪ معادل ریالی خدمات انجام شده در قرارداد براساس آمار ثبتی و راستی آزمایی شده سامانه یکپارچه سلامت بصورت علی الحساب در پایان هر ماه پرداخت می شود و براساس کیفیت عملکرد متناسب با نتیجه نظارت حضوری، حداکثر در پایان هر فصل تسویه می گردد). خاطر نشان می سازد اعتبارات این برنامه شامل اعتبارات سلامت شهری و ردیف برنامه پزشک خانواده است و تخصیص به دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی و همچنین، پرداخت به نیروها براساس عملکرد خواهد بود. این بخش از دستورعمل اجرایی برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت در مناطق شهری بالای 20 هزار نفر و حاشیه، از 1398/1/1 قابلیت اجرا دارد.

علی رغم افزایش حقوق کارکنان و افزایش هزینه های مربوط به مکمل دارویی و آزمایشات و ... ولی افزایشی در اعتبارات برنامه شهری و حاشیه حاصل نشد. به همین دلیل رعایت پرداخت مبتنی بر عملکرد با تاکید بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد. در مورد دانشگاهها/ دانشکده هایی که پرداخت مبتنی بر عملکرد را جدی نگیرند، هیچگونه ترمیمی در منابع آنها از طرف ستاد ملی صورت نخواهد گرفت.

الف: برآورد سرانه واحدهای ارائه دهنده خدمت در مناطق شهری و حاشیه:

ماده 22: به منظور برآورد سرانه خدمات سلامت، هزینه های مربوط به نیروی انسانی، مکمل های دارویی، مواد مصرفی، ثبت داده ها و پرونده الکترونیک سلامت و ... محاسبه می شود. در مورد دارو و پاراکلینیک براساس وضعیت معمول یعنی استفاده از دفترچه بیمه یا نسخه آزاد عمل می شود:

❖ برآورد سرانه خدمات پایگاه سلامت:

در تعیین سرانه بازای هر پایگاه سلامت با 12500 نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

- هزینه حقوق 5 مراقب سلامت (با مدرک تحصیلی کارشناسی/ کارشناسی ارشد) که شامل: مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، حق بیمه و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر مراقب سلامت ليسانس/ فوق ليسانس ماهانه 3150000 تومان در نظر گرفته می شود. در مورد مراقبین سلامت با مدرک کاردانی 17٪ از مبلغ تعیین شده، کسر می شود.
- اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط 33000 تومان ماهانه برآورد می گردد؛
- هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ...: ماهانه مبلغ 200000 تومان تعیین می شود.
- هزینه نظافت پایگاه: ماهانه 500000 تومان در نظر گرفته می شود
- خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از پایگاه بصورت کرایه موردی: تا سقف 300000 تومان ماهانه و
- در نظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل 22 درصد کل مبلغ قرارداد

سرانه بدست آمده برای یک پایگاه سلامت بطور میانگین عدد **25532 تومان** بازای هر فرد تحت پوشش که تمامی خدمات سلامت را براساس برنامه های سلامت کشوری دریافت کند، بدست آمد.

توجه:

- روش فوق برای محاسبه سرانه است، نه پرداخت.
- پرداخت صرفاً براساس عملکرد افراد خدمت دهنده خواهد بود

یادآوری می‌شود:

- در صورتیکه شرکت صرفاً خدمات بهداشتی درمانی ارائه دهد، از 9٪ ارزش افزوده معاف است.
- قیمت آزمایشات دوران بارداری و آزمایشات غیرواگیر (FIT, FBS-CHOL) و تشخیص سرطان سرویکس) توسط ستاد شبکه به محل ارائه خدمت پرداخت می‌گردد. این اعتبار جزو سرانه محسوب نشده است.
- 1- واکسن، مکمل‌های دارویی موردنیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- 2- مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه شیوه زندگی سالم، سواد سلامت، خودمراقبتی و جلب مشارکت جامعه تحت پوشش و نمایندگان آنها از جمله داوطلبان سلامت و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- 3- ساعت کاری 44 ساعت در هفته ترجیحاً در دو شیفت می‌باشد که در صورت لزوم به صورت اقتضایی بر حسب شرایط منطقه تصمیم‌گیری درباره ترکیب و تنظیم آن توسط ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده صورت می‌گیرد.
- 4- از آنجاکه پرداخت، عملکردی است؛ در صورتیکه پایگاه‌های سلامت طرف قرارداد با بخش خصوصی یا پایگاه‌های سلامت با مدیریت دولتی با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، ساعات کاری خود را افزایش دهند و به جمعیت بیشتر و بطور کامل تری ارائه خدمت نمایند، دریافتی بیشتری خواهند داشت. لذا، انتظار می‌رود پایگاه‌های سلامت در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل برای افزایش پوشش خدمات خود به جمعیت تحت پوشش، فعال باشند.
- 5- اکیداً توصیه می‌شود پیمانکاران با نیروهایی که بکارگیری می‌کنند، قرارداد عملکردی انعقاد نمایند تا آنان از مزایای ناشی از ارائه خدمت بهتر و بیشتر به جمعیت خود بهره‌مند گردند.
- 6- انتظار می‌رود با پایش و ارزشیابی خدمات ارائه دهندگان دولتی (کارکنان رسمی، پیمانی، طرف قرارداد دانشگاه، طرحی، پیام آور و ...) در صورتیکه ارزش خدمات آنان بیش از حقوق و مزایای دریافتی براساس حکم کارگزینی باشد، برای تشویق نسبت به پرداخت اضافه کار یا پرداخت مبتنی بر عملکرد (براساس دستورعمل ابلاغی مقام محترم وزارت) اقدام گردد.
- 7- اکیداً توصیه می‌شود دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی به بهانه کمبود منابع، بخشی از خدمات و بویژه توزیع مکمل دارویی را حذف یا کم نکنند. در سال جاری یکی از موارد راستی آزمایی که در توزیع منابع هم اثرگذار است، تحویل مکمل به دریافت کنندگان خدمت خواهد بود. راستی آزمایی در این مورد هم از طریق پیامک و هم بازدیدهای محسوس و نامحسوس صورت می‌گیرد. چنانچه ارائه دهنده خدمت در این مورد درست عمل نکند، تا ده برابر جریمه خواهد شد.

❖ برآورد سرانه خدمات یک مرکز خدمات جامع سلامت (غیر از پایگاه سلامت ضمیمه):

در تعیین سرانه بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین 40000 نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

- هزینه حقوق 3 پزشک؛ یک کارشناس تغذیه و یک کارشناس سلامت روان (ماهانه 3150000 تومان و برای فوق لیسانس 12 درصد افزایش)؛ 2 کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای (ماهانه 3150000 تومان و در صورت کاردانی 17 درصد کاهش)؛ یک پذیرش؛ یک بهیار یا پرستار؛ و 2 دندانپزشک همراه با مراقب سلامت دهان که شامل: مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، حق بیمه و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر پزشک و دندانپزشک ماهانه 8500000 تومان، برای نیروهای روان و تغذیه با مدرک لیسانس ماهانه مبلغ 3150000 تومان در نظر گرفته می‌شود و در صورتیکه مدرک مرتبط فوق لیسانس داشتند، 12٪ افزایش می‌یابد. البته حقوق مراقب سلامت دهان همراه با دندانپزشک محاسبه می‌گردد.
- اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط 33000 تومان ماهانه برآورد می‌گردد؛
- هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ... ماهانه مبلغ 600000 تومان تعیین می‌شود؛

- هزینه نظافت مرکز: در هزینه نظافت پایگاه سلامت ضمیمه دیده می‌شود و در مرکز، هزینه ای ندارد؛
- خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از مرکز: ماهانه تا 1000000 تومان تعیین می‌شود؛ و
- در نظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل 22 درصد کل مبلغ قرارداد

سرانه بدست آمده برای یک مرکز خدمات جامع سلامت بدون در نظر گرفتن پایگاه‌های سلامت تحت پوشش آن حدود **28493** تومان و با در نظر گرفتن پایگاه‌های سلامت اعم از ضمیمه و غیرضمیمه حدود **54025** تومان بازای هر فرد تحت پوشش که تمامی خدمات سلامت را براساس برنامه های سلامت کشوری از مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش آن دریافت کند، بدست آمد.

ب: هزینه های ستادی

ماده 23: سرانه مواردی که مرکز بهداشت شهرستان باید تامین کند:

1,700	آزمایش مادران باردار
2,000	آزمایشات غیرواگیر (FBS-CHOL)
15,000	مکمل دارویی
3,500	بهبود استاندارد
350	آموزش
4,300	پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان دولتی (کارانه)
26,850	جمع

سرانه کلی توزیع شده به دانشگاه/ دانشکده برای جمعیت تحت پوشش با احتساب سرانه مرکز و 3 پایگاه تحت پوشش آن (بدون سرانه کارانه و بهبود استاندارد) **80875 تومان** و برای جمعیت تحت پوشش (با سرانه کارانه و بهبود استاندارد) حدود **73075 تومان** می‌شود.

توجه:

- غیراز پزشک، دندانپزشک، کارشناس مشاوره ازدواج و شیردهی زن (ماما)، کارشناس تغذیه و کارشناس روان برای سایر نیروهای شاغل در پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت باید حداکثر مدرک موردنیاز، کارشناسی یا لیسانس باشد و سقف حقوق آنها **3150000** تومان است. در صورت مدرک کاردانی، 17 درصد کاهش در حقوق دارند.
- در مورد مامای کارشناس مشاوره ازدواج و شیردهی، کارشناس تغذیه و کارشناس روان با مدرک لیسانس، سقف حقوق **3150000** تومان است و در صورت داشتن مدرک فوق لیسانس، 12 درصد افزایش حقوق به آنها تعلق می‌گیرد.

نیروی انسانی	سقف حقوق ماهانه (در کل) تومان	بازای هر خدمت (میزان K) تومان
مراقب سلامت	لیسانس 3150000 فوق دیپلم = 17٪ کمتر از لیسانس	1200 فوق دیپلم معادل 17٪ کمتر از لیسانس
پزشک	8500000	600 (البته K پذیرش ارجاع و مراقبت هر کدام 650 و ویزیت 500 است)
کارشناس تغذیه	لیسانس 3150000 و فوق لیسانس، افزایش 12 درصدی	1575 (لیسانس) و افزایش 12 درصدی برای فوق لیسانس
کارشناس سلامت روان	لیسانس 3150000 و فوق لیسانس، افزایش 12 درصدی	1575 (لیسانس) و افزایش 12 درصدی برای فوق لیسانس
دندانپزشک همراه مراقب سلامت دهان بهداشتکار دهان و دندان	8500000 متناسب با عملکرد	1100 550
کارشناس بهداشت محیط	لیسانس 3150000 فوق دیپلم = 17٪ کمتر از لیسانس	400
کارشناس بهداشت حرفه ای	لیسانس 3150000 فوق دیپلم = 17٪ کمتر از لیسانس	250

پ: محاسبه ضریب K برای پرداخت در ازای خدمت

ماده 24: تعیین K برای هر نیرو بازای تعداد و نوع خدمت و سقف حق الزحمه در نظر گرفته شده:

1- مراقب سلامت:

مبلغ قرارداد با پیمانکار بازای ارائه خدمات کامل به هر فرد براساس بسته خدمت برای هر نفر در سال 1398 بطور میانگین معادل 255320 ریال است که با برآورد جمعیت منطقه و میزان مراجعه، سقف قرارداد تعیین می‌شود. برای پیمانکارانی که خدمات بهتر و با پوشش بالاتر ارائه می‌دهند، باید پاداش در نظر گرفت. باتوجه به اینکه کل این محاسبات برای هر پایگاه سلامت کمتر از رقم تعیین شده در حد معاملات متوسط مقررات مالی معاملاتی دانشگاه‌هاست، نیازی به انجام مناقصه نیست و با روشهای استعلام بها و سایر روشهای قانونی می‌توان پیمانکار مناسب را برگزید.

تبصره 1: میانگین خدماتی که باید در طول سال به هر فرد ارائه شود، معادل 13 خدمت وزن دهی شده است. بنابراین، مبلغ قرارداد در پایگاه سلامت بازای هر خدمت بطور متوسط با پیمانکار، معادل 19640 ریال است. از این مبلغ حدود 12000 ریال آن، سهم حق الزحمه مراقب سلامت بازای هر خدمت می‌شود که بصورت زیر قابل محاسبه است:
حق الزحمه هر مراقب سلامت: $A = \text{تعداد خدمات در ماه} * \text{قیمت هر خدمت} * \text{درصد رضایت از خدمات} * \text{درصد ثبت تلفن همراه} * (100 - \text{درصد عدم دریافت خدمت})$

تبصره 2: براساس استعلام بها پیمانکاری انتخاب می‌شود که خدمات را ارزان‌تر و با کیفیت مناسب‌تر ارائه دهد.
تبصره 3: توصیه می‌شود انعقاد قرارداد بین پیمانکار و مراقب سلامت نیز عملکردی و پیمانکاری باشد و سقف مبلغ قرارداد برابر با تعداد خدمات قابل انتظار جمعیت تحت پوشش هر مراقب (13 خدمت بازای هر فرد) ضربدر K مراقب تعیین شود (K معادل 12000 ریال است) ضربدر تعداد افراد تحت پوشش مراقب (2500 نفر).

تبصره 4: مواردیکه شامل پاداش می‌شوند:

- افزایش پوشش خدمات به میزان بیش از حد قابل قبول که در شیوه محاسبه سامانه لحاظ شده است: بازای هر 1٪ افزایش پوشش، 1٪ به مبلغ قرارداد اضافه می‌گردد. پوشش قابل قبول برای مناطق شهری با جمعیت 20000 تا یک میلیون نفر معادل 90٪ و برای شهرهای با جمعیت یک میلیون نفر به بالا معادل 80٪ است.
- ارائه خدمت به گروه‌های خاص براساس سامانه یکپارچه بهداشت شامل:
 - شناسایی و مراقبت از مادران باردار
 - شناسایی و مراقبت از کودکان زیر 6 سال
 - شناسایی و مراقبت از زنان مشمول باروری سالم
 - شناسایی و مراقبت از گروه سنی بالای 60 سال
 - شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه
 - شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و نظارت مستقیم بر مصرف دوره درمان
- ارائه خدمات خاص شامل:
 - غربالگری و کشف بیماران مبتلا به سرطان کولون با تست FIT
 - درمان کامل بیمار مبتلا به سل از طریق DOTS
 - درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی
 - شناسایی و پیگیری فلج شل حاد و معرفی به پزشک و نمونه گیری
 - شناسایی موارد Reactive HIV در مادران باردار و پیگیری تا مراجعه مادر به مرکز مشاوره و مراقبت از بیماریهای رفتاری

- ارجاع و پیگیری مادران باردار پرخطر
- رضایت بیش از میانگین دریافت کننده خدمت

میزان پاداش برای موارد فوق، به شرح جدول زیر است:

عنوان پاداش	مبلغ پاداش براساس ضریب k یکصد هزار ریال (k=100.000)	تواتر جمع آوری (ماهانه - فصلی - سالانه)	روش و مسوول احصاء
شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه	10k	ماهانه	کارشناس ستادی معاونت و شهرستان / گروه بیماری- های واگیردار
انجام روند پیگیری کامل بیمار مسلول (تکمیل دوره درمان) اجرای طرح DOTS	25k	ماهانه	(پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش)
شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و ثبت در سامانه و نظارت مستقیم بر مصرف دوره درمان	10K	ماهانه	
شناسایی و پیگیری فلج شل حاد و پیگیری و معرفی به پزشک و نمونه گیری	10k	ماهانه	
شناسایی موارد Reactive HIV در مادران باردار و پیگیری تا مراجعه مادر به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری	10K	ماهانه	مراکز مشاوره بیماری های رفتاری و کارشناس معاونت (پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش)
شناسایی، کنترل، ارجاع و پیگیری مادر باردار پرخطر (آنمیک - دیابتیک - پرفشاری خون - بیماری قلبی عروقی) تا تولد نوزاد (مادر و نوزاد هر دو سالم)	علاوه بر حق الزحمه ناشی از مراقبت های جاری و ویژه 10k	فصلی	1- خود اظهاری مراقب سلامت 2- تایید گزارش توسط مسوول پایگاه 3- اعلام به واحد بهداشت خانواده شبکه/مرکز 4- تایید مدیر شبکه/مرکز

نوع خدمت	میزان سنجش	نحوه احصاء	تواتر احصاء	میزان پرداخت براساس ضریب k	گیرنده پاداش	مسوول احصاء
درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی	*	سامانه سیب	هر شش ماه یکبار	بازای هر بیمار دیابتی 2K	پزشک و مراقب سلامت	کارشناس ستادی گروه بیماری‌های غیرواگیر
میزان غربالگری سرطان روده با انجام آزمایش FIT	**	سامانه سیب	هر سه ماه یکبار	K 30	پزشک و مراقب سلامت	

***درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی بر اساس شرایط زیر (هرسه شرط باید وجود داشته باشد) :**

- 1- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که میزان HBA1C آنها کمتر از 7 درصد و براساس شرایط فردی بیمار در دوره زمانی مشخص
 - 2- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که فشار خون کمتر از 130/80 دارند در دوره زمانی مشخص
 - 3- تعداد بیماران دیابتی که در طول شش ماه حداقل 2بار در سطح یک ویزیت شده اند
- پزشک 80 درصد و مراقب سلامت 20 درصد

** بازای هر موردی که پس از غربالگری FIT مثبت، ارجاع و پیگیری و درنهایت به تشخیص سرطان کولون منتج با جواب پاتولوژی مثبت تشخیص قطعی داشته باشد.

از 30K متعلقه : 20K به مراقب سلامت مربوط است و 10K به پزشک مربوطه تعلق می‌گیرد.

توجه: دانشگاه ها/ دانشکده ها گزارش و مستندات پرداخت پاداش فوق را در پایان هر فصل برای مرکز مدیریت شبکه ارسال و این مرکز مبلغ تایید شده را در تخصیص های بعدی لحاظ می نماید.

تبصره 5: محل تامین منابع برای پرداخت پاداش‌ها، از جرایم بدست می آید.

تبصره 6: موارد مشمول جریمه پیمانکار شامل:

- ثبت غیرواقعی خدمت بازای هر پایگاه سلامت:
- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در هر پایگاه سلامت توسط هر ارائه دهنده خدمت در اولین بار سبب کسر 15٪ مبلغ کل قرارداد آن پایگاه می‌شود
- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در همان پایگاه سلامت در دومین بار ماه/ ماه‌های بعد سبب کسر 30٪ مبلغ کل قرارداد مربوط با آن پایگاه است
- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت برای بار سوم در همان پایگاه سلامت سبب لغو قرارداد همراه اخذ خسارت براساس قرارداد مربوط با همان پایگاه می‌شود.
- ثبت غیرواقعی خدمت بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت:
- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در هر مرکز خدمات جامع سلامت توسط هر ارائه دهنده خدمت در اولین بار سبب کسر 15٪ مبلغ کل قرارداد آن مرکز می‌شود

- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در همان مرکز خدمات جامع سلامت در دومین بار ماه/ ماه‌های بعد سبب کسر 30٪ مبلغ کل قرارداد مربوط با آن مرکز است
 - ❖ ثبت غیرواقعی خدمت برای بار سوم در همان مرکز خدمات جامع سلامت سبب لغو قرارداد همراه اخذ خسارت براساس قرارداد مربوط با همان مرکز می‌شود.
 - بی دقتی در سنجش و ثبت داده ها
 - نارضایتی خدمت گیرنده
 - انجام نشدن خدمات اساسی (Critical) شامل:
 - ❖ ارجاع ندادن مادر پرخطر
 - ❖ پوشش کمتر از 90٪ در واکسیناسیون
 - ❖ پاسخگویی به ارجاعات کمتر از 60٪ (فقط مختص پزشک)
 - ❖ تحویل نشدن مکمل دارویی براساس بسته خدمت
- میزان جریمه درموارد فوق، 10 برابر معادل ریالی خدمت مربوطه خواهد بود.
- نیروهای پذیرش، پرستار یا بهیار، حقوق متناسب با عملکرد و براساس ضوابط این دستور عمل (80٪ و 20٪) دریافت می کنند. سقف قرارداد در شرایط ارائه خدمت با کمیت و کیفیت قابل قبول برای پذیرش و بهیار ماهانه 3150000 تومان و برای سایرین با مدرک تحصیلی حداکثر لیسانس تا 3150000 تومان با احتساب بیمه و مالیات و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ... می‌باشد.
- رئیس مرکز موظف است ماهانه، 2 بار در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش حضور یابد و بر فعالیت مراقبین سلامت نظارت کند. تبصره 7: به مراقبین سلامتی که موفق به کسب ستاره کیفیت خدمت (Quality Service Star/ QSS) شوند، بازی هر ستاره، مبلغ مشخصی به پرداختی آنها اضافه می‌گردد. دستورعمل چگونگی اعطای ستاره کیفیت خدمت، مبلغ مالی مربوط به هر ستاره و سایر شرایط کسب آن متعاقباً اعلام می‌شود.

2- پزشک عمومی:

- خدمات پزشک در 3 گروه تقسیم بندی می‌شود و هر گروه دارای سقف پرداختی مختص خود است. به عبارت دیگر نمی‌توان یکی از این گروه‌های سه گانه را انجام نداد و از محل انجام بیش از حد انتظار در گروه دیگر، دستمزد کامل را دریافت کرد:
- 1-2 خدمات مراقبت مستقیم که عموماً شامل مراقبت مستقیم پزشک (بدون واسطه مراقب سلامت) از بیماران دیابتی و پرفشاری خون است. برای جمعیت حدود 12000 نفر انتظار می‌رود ماهانه تعداد این خدمات 6000 مورد (معادل 600 خدمت) باشد
- 2-2 خدمات پذیرش ارجاعات از مراقب سلامت یا سایر اعضای تیم سلامت. این گروه خدمات برای جمعیت 12000 نفره تحت پوشش پزشک در ماه حدود 4612 مورد خدمت وزن دهی شده، برآورد می‌شود.
- 2-3 ویزیت سرپایی بیماران. از آنجاکه در دستورعمل تاکید شده است هر پزشک روزانه بیش از 15 مورد ویزیت سرپایی نداشته باشد، تعداد موارد این خدمت در ماه حدود 375 مورد است و با لحاظ هر ویزیت معادل 10 خدمت، تعداد خدمات درمان سرپایی 3750 مورد می‌شود.

- باتوجه به هزینه حقوق ماهانه 8.5 میلیون تومان برای هر پزشک (شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K برای هر گروه خدمات سه گانه به قرار زیر است:
- گروه خدمات مستقیم، K معادل 650 تومان بازی هر خدمت

- گروه خدمات پذیرش ارجاعات، K معادل 650 تومان
 - گروه ویزیت سرپایی، K معادل 500 تومان
- درمورد خدمت مشاوره براساس تعرفه تعیین شده و سهم 40٪ برای پزشک از آن تعرفه خواهد بود.

می‌توان به پزشکانی که خدمات سلامتی (اعم از مشاوره و ...) علاوه بر وظایف خود در مرکز خدمات جامع سلامت را ارائه می‌دهند، از محل درآمدهای مرکز مبالغی با توافق دانشگاه/ دانشکده و براساس مقررات اضافه پرداخت کرد.

3- کارشناس تغذیه:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای کارشناس تغذیه ماهانه حدود 2000 خدمت وزن دهی شده برآورد می‌شود و با در نظر گرفتن سقف هزینه حقوق (شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت برای مدرک لیسانس حدود 1575 تومان و برای فوق لیسانس با افزایش 12 درصدی است.

4- کارشناس سلامت روان:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای کارشناس سلامت روان ماهانه حدود 2000 خدمت وزن دهی شده برآورد می‌شود و با در نظر گرفتن سقف هزینه حقوق (شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت برای مدرک لیسانس حدود 1575 تومان و برای فوق لیسانس با افزایش 12 درصدی است.

5- دندانپزشک:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای دندانپزشک و مراقب سلامت دهان حدود 7500 خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می‌شود (با احتساب روزانه 240 خدمت دندانپزشک و 25٪ ارزش خدمات تولیدی وی برای مراقب سلامت دهان) و با در نظر گرفتن سقف هزینه حقوق (به شرط دارا بودن مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت حدود 1100 تومان است. درمورد بهداشتکار دهان و دندان ارزش K حدود 50 درصد دندانپزشک است.

6- کارشناس بهداشت محیط:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه سلامت محیط و کار برای کارشناس بهداشت محیط براساس اعلام مرکز سلامت محیط و کار حدود 8200 خدمت وزن دهی شده ماهانه برآورد می‌شود و با در نظر گرفتن سقف دستمزد (3150000 تومان) ارزش K هر خدمت حدود 400 تومان است.

7- کارشناس بهداشت حرفه ای:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه سلامت محیط و کار برای کارشناس بهداشت حرفه ای براساس اعلام مرکز سلامت محیط و کار حدود 13900 خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می‌شود و با در نظر گرفتن سقف دستمزد (3150000 تومان) ارزش K هر خدمت حدود 250 تومان است.

توجه:

- ❖ اجرای اصل پرداخت 80% ماهانه و 20% براساس نتیجه پایش برای همه ضرورت دارد.
- ❖ چنانچه دانشگاه / شهرستان امکان پایش ماهانه را داشته باشد می‌تواند بصورت ماهانه نتیجه پایش را محاسبه و پرداخت کامل را براساس نتیجه پایش، در پایان هر ماه انجام دهد.
- ❖ در صورتیکه نتیجه عملکرد هرکدام از نیروها (کارشناس تغذیه، کارشناس روان و ...) در سامانه پایین باشد، نسبت جمعیت به فرد افزایش یافته یا درمورد حضور نیروی مورد نظر در تیم سلامت، تصمیم گیری صورت می‌گیرد.

ت: زیرساخت‌های ضروری برای اجرای نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

- 🔸 تعریف دقیق خدمات بهداشتی درمانی برنامه‌های سلامت‌های کشوری در سامانه یکپارچه بهداشت
- 🔸 ثبت دقیق تمام خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت در سامانه
- 🔸 شفاف‌سازی سرانه کل خدمات موردنیاز هر فرد و تعیین سهم هر خدمت از کل سرانه خدمات مورد انتظار
- 🔸 تعیین روش‌های کنترل سقف سرانه پرداختی به گونه‌ای که هیچ ارائه‌دهنده خدمتی نتواند بازای هر دریافت‌کننده خدمت، بیش از یک سرانه دریافت کند (حتی با ارائه خدمات اضافی)
- 🔸 هیچ واحد ارائه‌دهنده خدمت نمی‌تواند بیش از سرانه تعداد افراد مجاز تحت پوشش، منابع دریافت کند
- 🔸 توزیع اعتبارات بین دانشگاهها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مابه‌ازای آن، در شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، واحدها و افراد ارائه‌دهنده خدمت باید بر مبنای عملکرد باشد.
- 🔸 کلیه خدمات از نظر صحت داده‌های ارائه خدمت باید راستی‌آزمایی شود و دلیل نارضایتی مردم از خدمات کسب گردد
- 🔸 هرگونه پرداختی اضافی شامل اضافه‌کار، کارانه و ... به نیروهای دولتی محیطی (رسمی، پیمانی، قراردادی با دانشگاه یا شبکه، و ...) صرفاً باید در قالب دستورعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد باشد (متعاقباً ارسال می‌شود).
- 🔸 فراهم شدن امکان انجام تمام این کنترل‌ها و محاسبات در سامانه یکپارچه بهداشت تا نیاز به نیروی انسانی اضافه نباشد.

فصل 4: روش ارائه خدمات:

شامل بسته خدمات سلامت، نظام ارجاع، و نظام اطلاعات سلامت همانند دستورعمل قبلی است.

فصل 5: یایش و ارزشیابی

همانند دستورعمل قبلی است.

پیوست‌ها:

همه پیوستهای مورد اشاره در متن، در دستورعمل قبلی
آمده است.

پیوست لینک فایل [تفاهم نامه](#) همکاری وزارت بهداشت و
وزارت تعاون