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 ۲۰ هزار نفر

مرکز مدیریت شبکه- نسخه ۵
تیر ۱۴۰۰



فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

مقدمه	۳
فصل ۱: واژه نامه	۴
فصل ۲: پوشش همگانی سلامت (UHC) وگسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری	۱۰
۲-۱. جمعیت هدف	۱۰
۲-۲. ارکان اجرایی و وظایف	۱۰
۲-۳. ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت	۱۱
۲-۴. استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی	۱۶
فصل ۳: روش اجرای کار	۲۰
۳-۱. نحوه خرید خدمات سلامت	۲۱
۳-۲. اعتبار موردنیاز و شیوه پرداخت	۲۴
فصل ۴: روش ارائه خدمات	۳۳
فصل ۵: پایش و ارزشیابی	۳۳
پیوست‌ها (در دستورعمل قبلی آمده است) و لینک تفاهم نامه همکاری با وزارت تعاون	۳۳

مقدمه:

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال ۱۳۹۳ آغاز شد و زیرساخت‌های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتاً تحقق برنامه ششم توسعه فراهم گردید. دستورعمل فعلی در ادامه دستورعمل‌های پیشین، گام‌های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در طول برنامه ششم را براساس ویژگی‌های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم می‌کند. رعایت ویژگی‌های 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 بازای هر ۱۰۰۰۰ 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 مسوولین و کارشناسان سطح دانشگاه‌ها/ دانشکده های علوم پزشکی و شهرستان‌های 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 مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر و با پایش و ارزشیابی مستمر و منظم، دستورعمل شهری با کمترین چالش در سال ۱۳۹۹ 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 می‌کنیم.

دکتر علیرضا رئیسی
معاون بهداشت

فصل۱: واژه نامه

واژه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در این برنامه اجرایی و دستورعمل آن دارای معانی زیر می‌باشند:

۱) مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه غیررسمی/غیرمجاز):

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی [۱] ، "بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربری‌های غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، خوابگاه‌ها، پادگان‌ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می باشند". جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از ۱۰ میلیون نفر بوده است و در سال جاری برآورد حدود ۱۴ میلیون نفر است.

۲) شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برمبنای سرشماری ۱۳۹۵ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی آن در سال ۱۳۹۹ بالغ بر ۵۶ میلیون نفر (جمعیت شهری بالای ۲۰ هزار نفر و حاشیه) را شامل است.

۳) خدمات سلامت:

- فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.
- مجموعه فعالیت‌ها و فرآیندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشند[۲].

٤) خدمات همگانی سلامت:

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده می‌شود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می‌شوند:

- ✓ وسعت خدمات (پوشش جمعیت)
- ✓ نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)
- ✓ پوشش هزینه

۵) مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است

---

۱ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۸۶۰۱/۷۴۹۰۰هـ تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

۲ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index۲.html

و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماآتا)[۳].

٦) خدمات بهداشت عمومی:

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، توانمندسازی، آموزش و ارتقای سلامت و اجرای برنامه ملی خودمراقبتی، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای[۴].

۷) ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:

- **تعریف ارجاع:**
  - فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.
- سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی‌شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت و در شرایط خاص، پزشک عمومی)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت‌شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) یا به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.
- **تعریف سطح بندی:**
  - **سطح پایه:** همان خانوار است که کل خدمات باید از خانوار آغاز شود و با اجرای برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت به این سطح ارائه خدمت توجه ویژه شده است.
  - چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد[۵].

خدمات و مراقبت‌های سلامت **در دو سطح در اختیار افراد و جامعه** تحت پوشش گذاشته می‌شود:

- **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. **خدمات فرد محور** عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها، و مدیریت افراد تحت پوشش و **خدمات جامعه محور** (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند. در ضمن،

---

[۳] شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تندیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

[۴] http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index۸.html

[۵] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند (به جزء آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام می‌شوند و فهرست آنها در پیوست آمده است).

پایگاه‌های سلامت به طور معمول در جایی با بیشترین دسترسی به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین سطح تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. **این دسته از خدمات به شرط نبود بخش دولتی با اولویت برونسپاری و خرید خدمت از بخش خصوصی فراهم و ارائه می‌گردد (خرید راهبردی خدمات) و در صورتی که، داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.**

مرکز خدمات جامع سلامت با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی سابق (درصورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت‌ها و بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه ای از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

- **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و فوق تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه, خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

خدمات فوق در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف تفاهم شکل می‌گیرند. **اولویت با دریافت خدمت از بخش دولتی است.**

۸) مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی[۶]:

ارائه خدمات از طریق توسعه بخش خصوصی، تعاونی ها، نهادها و موسسات عمومی غیردولتی واجد شرایط با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های زیر انجام می‌شود:

- اعمال حمایت‌های لازم از بخش خصوصی (تعاونی، خیریه و نهادها و موسسات عمومی غیردولتیNGO) مجری این وظایف.
- خرید خدمات از بخش خصوصی (تعاونی، خیریه و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی NGO).
- اشخاص حقیقی طرف قرارداد (شامل: پزشک، ماما، کارشناس بهداشت عمومی، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی).

۹) پزشک:

- فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه*** را بدون تبعیض به عهده دارد. پزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می‌باشد

[۶] Public Private Partnership (PPP)
در تعریف سازمان جهانی بهداشت، تمام سازمانها و نهادهای غیردولتی زیر مجموعه بخش خصوصی Private Sector قرار دارند.

که مسوولیت خدمات فنی به جمعیت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت، و سایر اعضای تیم سلامت در پایگاه‌های سلامت و نظارت فنی بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت.

- پزشک وظیفه دارد برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر روش کار در بسته خدمت سطح اول و دستورعمل‌های ابلاغی، فرد را در صورت نیاز به سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت سطح اول و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
- یکی از پزشکان (بازای هر ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار نفر) پس از طی دوره آموزشی مشاوره ژنتیک، این خدمات را براساس دستورعمل مربوط، ارائه می‌دهد.

۱۰)دندانپزشک:

- فردی با حداقل مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار دندانپزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت*** را بدون تبعیض و با اولویت گروه هدف به عهده دارد. دندانپزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می‌باشد که مسوولیت خدمات فنی پایگاه‌های سلامت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت در پایگاه‌ها، نظارت بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت. در مراکز با جمعیت تحت پوشش پایین، بهتراست باتوجه به دسترسی جغرافیایی مردم، بازای هر دو تا سه مرکز خدمات جامع سلامت، دندانپزشکان در یک مرکز مستقر شوند تا در نبود هریک از آنها، ارائه خدمات با مشکل مواجه نشود.
- دندانپزشک وظیفه دارد برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه هدف در بسته خدمت سطح اول، فرد را در صورت نیاز به سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
- دندانپزشک مرکز خدمات جامع سلامت وظیفه نظارت بر عملکرد تیم سلامت مستقر در پایگاه‌های سلامت ضمیمه و غیرضمیمه تابع مرکز در حوزه سلامت دهان و دندان را نیز به عهده دارد. هر دندانپزشک به یک مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک) با مدرک کاردان پرستار دندانپزشک، کاردان دهان، و سایر کاردان‌های بهداشتی و درصورت نبود، با مدرک دیپلم پس از گذراندن دوره آموزشی ویژه، نیاز دارد.

۱۱)تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می‌دهند[۷]. اعضای تیم سلامت شامل: پزشک، مراقب سلامت؛ کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای؛ کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستار/بهیار؛ پذیرش؛ و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند. باتوجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش، افراد و نمایندگان مردم و سازمان‌ها از جمله سفیران سلامت، داوطلبین سلامت و داوطلبین متخصص نیز جزو این گروه محسوب می‌شوند.

- **مراقب سلامت:** فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماری‌ها (درمورد مردان) که پس از **طی دوره آموزشی تعریف شده** مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به فردی چندپیشه به نام**"مراقب سلامت"** تبدیل می‌شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی‌های حداقل یک روز در ماه (براساس اولویت‌های نظام سلامت، منطقه جغرافیایی مربوطه، مشکلات و کمبودهای آموزشی افراد باتوجه به نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی) نیز در نظر گرفته شده است.
- حداقل ۴۰ درصد از مراقبین سلامت در هر پایگاه سلامت باید دارای مدرک تحصیلی کارشناسی مامایی و نظام پزشکی مامایی باشد که **ماما مراقب** نامیده می‌شود. مسوول هر پایگاه سلامت، یک ماما مراقب است که با نظر رییس مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب می‌گردد.
- کلیات وظایف مراقب سلامت و ماما مراقب مستقر در پایگاه سلامت، به قرار زیر است:
  - ***این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری یا بروز رسانی تعداد جمعیت، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری برابر برنامه های سلامت و خدمات ابلاغ شده، به خانوارهای تحت پوشش*** **خود می‌باشد.**

[۷] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ /ت ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

- ***مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود.*** پایش، نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات توسط مراقب سلامت، به عهده مرکز خدمات جامع سلامت است.
- *ریز وظایف مراقب سلامت، ماما مراقب و سایر اعضای تیم سلامت در پیوست آمده است.*

۱۲) بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

مجموعه‌ای از خدمات هزینه اثربخش و دارای اولویت همچون خدمات خودمراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات برحسب نیاز (آسیب‌های اجتماعی) است که توسط سطوح بالاتر یا ملی تعیین و توسط تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود.

- **بسته‌های خدمت سلامت** این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، درمانی و خدمات برحسب نیاز به شرح زیر هستند:

خدمات سلامت عمومی: شامل بسته‌های خدماتی است که در حال حاضر برای جامعه و به صورت عمومی ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محیط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک) ؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌ای؛ بهداشت اجتماعی (آموزش بهداشت و ارتقای سلامت) و خدمات خاص در اپیدمی‌ها و مدیریت خطر بلایا. مواردی از این خدمات بصورت بسته خدمت می‌باشد. این مجموعه با نامه شماره ۳۰۸/۳۱۵۴د به تاریخ ۱۳۹۵/۲/۲۶ با عنوان بسته خدمات سلامت سطح اول ارسال شده و در پایگاه اطلاع رسانی معاونت بهداشت با نشانی http://health.behdasht.gov.ir موجود است.

- **خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فردی:** بسته‌های خدمات بهداشتی ادغام یافته در نظام شبکه‌های بهداشت و درمان هستند که باید برحسب ساختار جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت؛ سلامت باروری (مادران باردار، تعالی جمعیت)؛ واکسیناسیون؛ برنامه‌های مبارزه و کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر؛ خدمات تغذیه، سلامت روان، اعتیاد، سلامت شغلی، مشاوره و .... این بسته از خدمات، **در مجموعه بسته خدمات سلامت سطح اول** آمده است.
- **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتی است که برحسب نیاز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی مراقب سلامت (دارای عوامل خطر یا بیماری هدف واگیردار/غیرواگیر) در سطح پزشک عمومی ارائه می‌شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا درحال تدوین هستند که **همراه دستورعمل** یا متعاقباً ارسال می‌شوند.
- **سایر خدمات سلامت (حسب مورد):** شامل خدماتی می‌شود که ارائه آن‌ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نیازسنجی، ضرورت می‌یابد و بسته خدمتی آن باید توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشگاه فراهم شده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد مانند: خدمات تغذیه جامعه، خدمات مشاوره و ...

❖ **بسته‌های خدمت سلامت:** تعریف دیگری که براساس گروه‌های سنی به عنوان **بسته مراقبت‌های جاری سلامت** و **بسته مراقبت-های بیماری یا عامل خطر** با عنوان خدمات پیشگیری و ارتقایی در گروه‌های سنی دسته بندی می‌شوند

۱۳) پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار:

پرونده الکترونیکی سلامت خانوار مبتنی بر شناسه کد (شناسه) ملی برای هر ایرانی و غیرایرانی ایجاد می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد[۸]. پرونده توسط مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل می‌شود و فرم‌های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود. به عنوان مثال اگر در خانوار، فرد سالمند وجود دارد باید اطلاعات مربوط به این برنامه برای آن فرد در پرونده تکمیل شود. براساس شرایط ارجاع افراد خانوار به پزشک؛ کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان باید فرم ارجاعی متناسب با نوع برنامه و دارای خلاصه ای از داده های موردنیاز پذیرنده ارجاع، توسط مراقب سلامت یا مراقب سلامت-ماما تکمیل شود و به همراه فرد ارجاع شده به واحد پذیرش ارسال گردد (ارجاع الکترونیکی).

[۸] اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره ۱۰۲۸۲۸ /ت ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

۱۴) خرید راهبردی خدمات سلامت:

جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری درمورد ترکیب بسته، مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات، تعیین افراد تحت پوشش یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت[۹].

۱۵) برونسپاری خدمت (Outsourcing):

به واگذاری فرایندهای راه اندازی یا ارائه ی خدمات یک واحد ارائه دهنده خدمت به بخش خصوصی صاحب صلاحیت در قالب قراردادی مشخص گفته می‌شود به عبارت دیگر «سفارش انجام یک بسته معین از خدمات سلامت به خارج از سازمان».

۱۶) نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشک، مراقب سلامت، یا تیم سلامت، در اختیار افراد یا جامعه می‌گذارند. پرداخت در این برنامه، به صورت Mixed Payment است که مجموعه حقوق ثابت (براساس طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل قانون کار در سال ۱۳۹۹) و درصدی به عنوان کارانه (براساس عملکرد برگرفته از سامانه) و نتیجه ارزشیابی فصلی (با استفاده از چک لیست) می‌باشد.

❖ شیوه پرداخت پاداش (Bonus):

روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که بازای اقدامات و خدمات خاصی که مرکز مدیریت شبکه اعلام می‌کند برابر روش اعلامی، مبالغی علاوه بر حق الزحمه پرداخت می شود.

این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات سلامتی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص‌های از پیش تعیین شده پرداخت می‌گردد.

۹- آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه ، تصویبنامه شماره ۶۲۹۱/ت ۴۸۹۴۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

فصل ۲: پوشش همگانی سلامت (UHC) وگسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری

۲-۱. جمعیت هدف:

ماده ۱: جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که براساس اجرا، در ۲ گروه زیر فازبندی شده اند:

الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی: براساس تعریف سال ۱۳۹۵ وزارت کشور جمعیت ساکن در حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های غیررسمی برابر با ۱۰۱۵۹۳۵۲ نفر می‌باشد. برآوردها نشان می‌دهد که این جمعیت در حال حاضر بالغ بر ۱۴ میلیون نفر است.

تبصره ۱: بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی[۱۰] دارد مانند خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود.

تبصره۲: 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 ۲۰ هزار نفر: جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال ۱۳۹۹ نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها حدود ۴۲ میلیون نفر (بدون احتساب جمعیت حاشیه نشین) خواهد بود.

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

جمعیت حداقل یکبار دریافت کننده خدمت یعنی جمعیتی که در ۳۶۵ روز گذشته براساس داده های سامانه، حداقل یک خدمت دریافت کرده باشد.

۲-۲. ارکان اجرایی و وظایف

ماده ۲: 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.

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
- تامین و توزیع اعتبار مورد نیاز

تبصره ۱: محل دبیرخانه واحد کشوری در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می‌باشد.

تبصره ۲: اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است.

تبصره ۳: تمام برنامه ها و دستورعمل‌های اجرایی سطح ملی با پاراف رییس مرکز مدیریت شبکه و ابلاغ معاونت بهداشت قابلیت اجرا دارد.

---

[۱۰] Externality

۳-۲. ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت

ماده ۳: واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

- ***پایگاه سلامت*** براساس تراکم جمعیت بازای هر ۵ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) با نیروی شاغل زیر توسط طرف قرارداد راه‌اندازی می‌شود.:
  - ***مراقب سلامت:*** بازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (**جمعیت یکبار خدمت**)، یک نفر.
  - باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (**ماما مراقب**) 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 باید پاسخگو باشند.

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:**

۱. بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
۲. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
۳. تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
٤. 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)
٥. ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل‌های دارویی)
٦. اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
۷. اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
۸. 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)
۹. ...

تبصره۱: مسوول پایگاه سلامت از بین کارکنان مستقر در پایگاه، 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 ۵٪** هزینه حقوق اداره کار بابت حق مسوولیت درنظر گرفت (مسوول پایگاه سلامت ترجیحاً بهتر است از بین ماما مراقب ها انتخاب گردد).

- ***مرکز خدمات جامع سلامت*** بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت باتوجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود ۴۰۰۰۰ نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر یا بیشتر برحسب تراکم جمعیت و دسترسی مردم خواهد بود)، یک مرکز خدمات جامع سلامت براساس آخرین بازنگری دفاتر طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان درنظر گرفته می‌شود. برای شهرهای با جمعیت کمتراز ۲۵ هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است. نیروی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت عبارتنداز:

  - ***پزشک عمومی*** : بازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (**جمعیت فعال**) یک پزشک. هر مرکز خدمات جامع سلامت باید حداقل دو پزشک داشته باشد. تصویب پزشک سوم در طرح گسترش شبکه مستلزم اضافه شدن۵۰ درصد جمعیت پایه به جمعیت تحت پوشش مرکز (حدود ۵۰۰۰ نفر) خواهد بود. (به عبارت دیگر، برای حضور پزشک سوم باید جمعیت فعال ۲۵ هزار نفر باشد). به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، پزشک / پزشکان مرکز باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین سلامت نیز نظارت نمایند.

- ***پذیرش / کارشناس فناوری اطلاعات سلامت:*** یک نفر بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت که حداقل باید کاردان یا کارشناس یکی از رشته های بهداشتی درمانی / مدیریت/آمار/فناوری اطلاعات سلامت/ مدارک پزشکی/حسابداری/ علوم کامپیوتر/IT باشد.
- ***کارشناس سلامت روان:*** بازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت فعال، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بکارگیری می‌شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین و ارائه آموزش‌های آنها به مراجعین نیز نظارت نماید.
- ***کارشناس تغذیه:*** بازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت فعال، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه بکارگیری می‌شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین و ارائه آموزش‌های آنها به مراجعین نیز نظارت نماید.
- ***کارشناس بهداشت محیط:*** بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ امکنه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت محیط در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر 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 ۳۰۰۰ امکنه افزایش می‌یابد. (مطابق با نامه شماره ۳۰۰/۳۹۱۱د مورخ ۱۳۹۷/۳/۱۲).
- ***کارشناس بهداشت حرفه ای:*** بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کارگاه یا کارخانه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر گرفته می‌شود. البته در دانشگاه‌هایی که دفاتر خدمات سلامت بهداشت حرفه ای راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی ۳۰۰۰ واحد کارگاهی/ کارخانه ای افزایش می‌یابد (مطابق با نامه شماره ۳۰۰/۳۹۱۱د مورخ ۱۳۹۷/۳/۱۲).
- ***پرستار/ بهیار:*** بازای هر مرکز، یک نفر برای انجام خدمات تزریقات، پانسمان و مراقبت 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:*** درصورت نیاز به فعالیت واحد آزمایشگاه در مرکز، متناسب با جمعیت خدمت گیرنده و براساس مصوبه آخرین بازنگری طرح‌های گسترش شبکه، نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه درنظر گرفته می‌شود. در چنین شرایطی مسوول فنی آزمایشگاه مرکز، مسوولی است که در مرکز بهداشت شهرستان حضور دارد. توصیه میشود آزمایشگاههای مراکز نزدیک به هم، در یک مرکز با دسترسی تا نیم ساعت با خودرو مجتمع گردند.
- ***دندانپزشک:*** درصورت نیاز به حضور دندانپزشک در مرکز، متناسب با جمعیت تحت پوشش دندانپزشک بکارگیری می‌شود (بازای هر دندانپزشک، یک نفر مراقب سلامت دهان با عنوان دستیار دندانپزشک بکارگیری می‌شود که باید آموزش‌های لازم را دیده باشد. حضور مراقب سلامت دهان وابسته به حضور دندانپزشک است و پرداخت به وی از محل درآمدهای دندانپزشکی خواهد بود). حضور دندانپزشک وابسته به وجود یونیت سالم در مرکز است.

وظایف بهداشتکار دهان و دندان مطابق نظر کارشناسی دفتر سلامت دهان و دندان است و پرداخت به آنها براساس قانون کار مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل و عملکرد ثبت شده آنها در سامانه می‌باشد. کاردان‌های بهداشت دهان، به هیچوجه جایگاه بهداشتکار دهان و دندان را ندارند. درمورد خدمت دندانپزشکی نیز توصیه می‌شود دندانپزشکان چند مرکز با فاصله زمانی دسترسی، در یک مرکز مجتمع گردند.

- ***مراقب ناظر:*** یک نفر کارشناس بهداشت عمومی یا مبارزه با بیماریها یا مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (ترجیحاً مرد) در هر مرکز خدمات جامع سلامت برای نظارت بر کل فعالیت‌های پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز و ارائه خدمات مربوط به پیگیری بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر که نیاز به ارائه خدمت در بیرون از مرکز دارند، بکارگیری می‌شود.

تبصره۱: چنانچه علاوه بر افراد ارجاع شده از طریق سایر اعضای تیم سلامت، تعداد مراجعین سرپایی بازای هر پزشک (بیماران مراجعه مستقیم یعنی علاوه بر افرادیکه از طریق مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و روان و ... به پزشک ارجاع می شوند)، **بیش از ۱۵ نفر در روز** 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 (مجاز) بخش خصوصی غیراز 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 زا نیز باشد.

تبصره۲: در صورتیکه پزشک تا ۵۰٪ مراقبت‌ها و ارجاعات را بدرستی انجام دهد، می‌تواند بیش از ۱۵ نفر در روز ویزیت داشته باشد.

تبصره۳: 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 پایگاه‌های سلامت همراه با مراقب ناظر را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت.

❖ **وظایف مرکز خدمات جامع سلامت** شامل موارد زیر است:

۱. مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه‌های سلامت)
- پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه‌های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رییس مرکز، مراقب 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 پایگاه‌های سلامت
- جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش و محاسبه شاخص‌های سلامت و تحلیل آنها
- ارائه پس خوراند به پایگاه‌های سلامت
- تشکیل هیات امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها
- جلب مشارکت خیّرین
- برنامه ریزی برای جذب داوطلبین سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و اجرای برنامه "هر خانه، یک پایگاه سلامت"
- همکاری در طرح‌های تحقیقاتی منطقه ای، استانی و ملی
- مدیریت پرونده الکترونیکی سلامت و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

۲. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش:
- 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 بیماری‌های هدف
- خدمات دندانپزشکی
- همکاری و مشارکت در پیشگیری وکنترل بیماری‌های تحت مراقبت، اپیدمی‌ها و حوادث غیرمترقبه
- خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان که توسط یکی از پزشکان آموزش دیده مرکز، انجام می‌شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه‌های وابسته ارجاع داده می‌شوند)

۳. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت‌های 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

٤. ویزیت و درمان بیماران سرپایی
- تزریقات و پانسمان

۵. ارائه خدمت در قالب مراکز خدمات جامع سلامت منتخب برای شرایط بحران
- پذیرش ارجاعات
- انجام غربالگری

- هماهنگی با اورژانس ۱۱۵
- ارجاع به واحدهای تخصصی و بیمارستانها
- پیگیری بیماران از طریق مراقبین سلامت

ماده ٤ : تیم مدیریت مرکز خدمات جامع سلامت شامل رییس و معاون مرکز است. رییس مرکز یکی از پزشکان مرکز می‌باشد که سابقه خدمت و ماندگاری بیشتری دارد و ترجیحاً متخصص پزشک خانواده است. معاون مرکز 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 پایگاه‌های 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 فهرست 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 درصورت 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 پس خوراند
- 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 امنا مرکز
- جلب مشارکت مردمی و همکاری‌های بین بخشی برای ارتقای سلامت منطقه و مبارزه با اپیدمی‌ها
- جذب سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله و برنامه ریزی برای آموزش و توانمندسازی و مشارکت در برنامه های سلامت

تبصره ۱ : در مراکزی که به صورت دولتی اداره می‌شود رییس مرکز خدمات جامع سلامت با تایید مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می‌گردد.

تبصره ۲ : بابت مسوولیتی که تیم مدیریت مرکز به عهده دارند، می‌توان مبلغی **تا ۱۰٪** حقوق به دریافتی آنان اضافه کرد.

ماده ۵: درتمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی مستقر در مناطق حاشیه و شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر، هیات امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می‌گردد.

تبصره ۱ : ساختار (اعضای) هیات امنای هر مرکز عبارتنداز:

- 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 شورایاری محل

ت: نماینده شهرداری محل

- 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
- نماینده سازمان های مردم نهاد (که در حوزه سلامت فعالیت دارند)
- رییس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهده دارد
- نماینده سفیران سلامت خانوار و نماینده رابطین سلامت محله

تبصره ۲ : وظایف هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت شهری عبارتست از:

- آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست‌ها و گردهمایی‌های برنامه های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه (حضوری/مجازی)
- هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت. رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی‌ها
- 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 پایگاه‌های سلامت و مرکز

تبصره ۳ : گردش کار هیات امنای مرکز: هرساله طی مکاتبه رسمی و مراجعه حضوری به ارگان‌های دولتی و مردمی منطقه، سعی در جلب مشارکت دستگاه‌های مذکور می‌شود و از آنها درخواست معرفی نماینده می‌گردد. پس از معرفی نمایندگان و اعضای هیات امنای مرکز، ابلاغ آنها توسط رییس مرکز صادر می‌شود و هیات مزبور هر سه ماه یکبار تشکیل می‌گردد و صورتجلسات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. بدیهی است کلیه مصوبات هیات امنای مرکز پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان قابل اجرا خواهد بود. مدیر مرکز می‌تواند با سازمان‌ها و ادارات منطقه و شهرداری‌ها برای حل مسایل و مشکلات بهداشتی منطقه ارتباط برقرار کند.

تبصره ٤ : 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 می‌پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری مراکز مذکور را می نماید.

ماده ٦: 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)
  - ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌ها

- 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 مراقبت‌های سلامت و تامین کنندگان فرآورده‌های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
- تهیه نقشه مسیر ارجاع افقی و عمودی و هدایت خدمت گیرندگان
- هماهنگی ارائه خدمات و مراقبت‌ها در شرایط فوریت‌های پزشکی، حوادث و سوانح طبیعت و انسان‌ساز و اپیدمی‌ها
- تسهیل ارائه خدمات و مراقبت‌ها بصورت مجازی و غیرحضوری
- 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، مکمل‌ها و داروها (بر اساس برنامه های هدف)

ماده ۷: مدیریت تمام واحدهای برونسپاری شده با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

٤-۲. استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی

ماده ۸: واحدهایی که قبلاً برابر استانداردهای اعلامی دستورعمل های قبلی راه اندازی یا برونسپاری شده اند، می‌توانند با همان شرایط و با قرارداد جدید ادامه خدمت دهند لیکن برای راه اندازی واحدهای جدید، و در قراردادهای 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:

۱. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **پایگاه سلامت** با متوسط جمعیت تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر بطور میانگین ۱۳۰ 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 و ماما مراقب (۵ نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، بین مراقبین سلامت، حداقل پاراوان قرار داده شود (۲ تا ۳ اتاق با حداقل ۱۲ مترمربع و جمعاً ۳۶ متر مربع). البته ۵ نفر به شرط تحت پوشش قرار دادن کل ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت در پوشش پایگاه براساس سامانه
- ❖ فضای کار واکسیناسیون و نمونه گیری برای آزمایشگاه (یک اتاق ۱۲ تا ۱۶ 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 (۲۰ تا ۲۴ 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 ژنیکولوژی، معاینه پستان، و مشاوره و اخذ شرح حال درمورد HIV ، رفتارهای پر خطر، بیماری ها و ... به منظور رعایت حریم خصوصی ۱۲ تا ۱۶ مترمربع). این اتاق حتما درب داشته باشد.
- ❖ سالن انتظار و فضا برای پذیرش (۲۵ مترمربع)
- ❖ فضای آبدارخانه (۶ مترمربع)
- ❖ فضای سرویس‌های بهداشتی (۱۲ مترمربع)
- ❖ **پیش بینی** امکان جداسازی مسیر ورودی و خروجی واحدهای ارائه دهنده خدمت منتخب

❖ **پیش بینی رمپ** 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.

توجه: در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب باید دسترسی مردم به پایگاه سلامت ضمیمه کاملاً مجزا از ساختمان مرکز باشد تا ارتباطی بین مردم عادی مراجعه کننده به پایگاه سلامت و بیماران مراجعه کننده به مرکز منتخب ایجاد نشود.

- برای جمعیت‌های کمتر از ۶۰۰۰ نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز پایگاه به حدود ۱۰۰ متر کاهش می یابد.
- حداکثر پله برای پایگاه سلامت از ۷ پله با ارتفاع مناسب نباید بیشتر باشد
- استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **مرکز خدمات جامع سلامت** با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر (متوسط ۶۰ هزار نفر برای کلانشهرها) حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ متر مربع می باشد (درصورت ضرورت می‌تواند در ۲ 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 ۱، 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 (بویژه درمورد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب).

- فضا برای رییس مرکز (۱۲ مترمربع)
- فضا برای پزشکان (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ متری)
- فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (۲۴ مترمربع)
- فضا برای تغذیه (۱۲ مترمربع)
- فضا برای خدمات سلامت روان (۱۲ مترمربع)
- فضا برای سالن انتظار (حدود ۵۰ مترمربع)
- فضا برای مراقب ناظر (حدود ۱۲ مترمربع)
- فضا برای ارائه خدمات پرستاری (۱۲ مترمربع)
- فضا برای پذیرش و آمار (۱۲ مترمربع)
- فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (۱۲ مترمربع) در صورت وجود
- فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه، سفیران خانوار و رابطین سلامت محله درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه به مقدار ۳ برابر فضای برگزاری جلسات آموزش پایگاه سلامت (فضای آموزش پایگاه سلامت در این فضا ادغام می‌شود = حدود ۵۰ مترمربع)
- فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود ۳۰ مترمربع) حداقل ۲۰ مترمربع بازای هر یونیت
- فضا برای سرویس‌های بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع ، مشترک با پایگاه سلامت ضمیمه)
- فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)
- پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دوطبقه 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 معاون بهداشت می‌توان نسبت به راه اندازی آنها (با تعرفه دولتی) اقدام نمود. در این صورت باید فضای مورد نیاز داروخانه و تصویر برداری تامین گردد.

- برای جمعیت های ۲۵ هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی موردنیاز به میانگین ۲۵۰ تا ۳۰۰ متر کاهش می‌یابد. مشروط به اینکه از فضاهای ضروری که مانع ارائه خدمات می گردد کاسته نشود.

- فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در صورت لزوم تعیین می‌گردد.

ماده ۹: طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت براساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نماید:

۱. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت فعال تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر به شرط پوشش ۱۰۰درصد جمعیت، به قرار زیر می باشد:

• ماما مراقب (مسوول پایگاه):	۱ نفر
• مراقب سلامت یا ماما مراقب	۴ نفر (هر ۲۵۰۰ نفر یک مراقب). حداقل ۴۰٪ نیروها باید ماما باشند.

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

یادآوری:

- بطور متوسط برای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت فعال، یک کارشناس مراقب سلامت/ ماما مراقب درنظر گرفته می‌شود.
- دانش آموختگان رشته های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها و پرستاری می‌توانند به عنوان مراقب سلامت یا مامامراقب (برای ماماها) فعالیت نمایند. در صورتیکه مراقب سلامت فارغ التحصیل رشته مامایی و دارای نظام مامایی یا کاردان آموزش دیده مامایی باشد باید خدمات مامایی پایگاه را نیز انجام دهد (مامامراقب). 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 کمتراز سایر مراقبین سلامت با سایر مدارک تحصیلی باشد (میانگین حدود ۲۰۰۰ نفر). بازای هر مراقب سلامت غیرماما که خدمات مامایی جمعیت تحت پوشش وی به عهده مامامراقب قرار می‌گیرد متناسب با تعداد زنان باردار تحت پوشش از جمعیت مامامراقب، کم شده و به جمعیت مراقب/مراقبین سلامت غیرماما اضافه شود، تعداد جمعیت برآورد شده برای این جابجایی حدود ۴۰۰ نفر می‌باشد.
- حداقل باید مدرک تحصیلی یکی از مراقبین سلامت (یا ۴۰٪ آنها)، کارشناس مامایی همراه با نظام مامایی باشد. در شرایطی که هیچیک از ماما مراقبین ، نظام مامایی ندارند باید زیر نظر پزشک مرکز، خدمات درمانی و پاراکلینیکی را انجام دهند.

۲. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر (متوسط ۶۰ هزار نفر) علاوه بر موارد مندرج در بند ۱ این ماده، به قرار زیر می باشد:

• پزشک (بازای هر ۱۰ هزار نفر):	۱ نفر
• دندانپزشک (بازای ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر):	۱ نفر
• کاردان/کارشناس بهداشت حرفه ای و محیط (بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ واحد یا پرونده)	۲ تا ۴ نفر
• مراقب سلامت دهان (حداقل بازای هر دندانپزشک براساس عملکرد و بصورت حجمی)	۱ نفر
• کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه (بازای هر ۴۰ هزار نفر):	۱ نفر
• کارشناس/ کارشناس ارشد سلامت روان (بازای هر ۴۰ هزار نفر):	۱ نفر
• پذیرش و آمار	۱ نفر
• پرستار/ بهیار	۱ نفر
• مشاوره ازدواج / شیردهی/ ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص)	۲ نفر
• خرید خدمت حجمی برای نظافت	
• خرید خدمت حجمی برای نقلیه	

• کاردان/ کارشناس آزمایشگاه	برحسب ضرورت
• مراقب ناظر (بازای هر ۳ پایگاه سلامت تحت پوشش، ۱ نفر)	۱نفر

(*) مراقب ناظر ترجیحاً مرد باشد.

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.

تمامی کارشناسان (تغذیه، روانشناس بالینی، بهداشت محیط و حرفه ای) باید دانش آموخته کارشناسی 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 ۱۰ 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 که می‌توان بصورت حجمی و بر اساس عملکرد واحد دندانپزشکی بکارگرفته شود.
برای انجام خدمات آزمایشگاهی حداکثر باید کارشناس باشند
برای پذیرش باید کاردان یا کارشناس باشند.

تبصره ۱: چنانچه جمعیت فعال 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 ۴۰۰۰۰ نفر، یک کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان درنظر گرفته شده است. اگر جمعیت مرکز به بیش از ۶۰۰۰۰ نفر رسید، کارشناس دوم اضافه می‌شود. درمورد دندانپزشک درصورتیکه جمعیت واحد ارائه دهنده خدمت بیش از ۵۰٪ 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 ۲: 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 ۳: برای فعالیت **مشاوره ژنتیک**، بازای هر دو تا پنج مرکز خدمات جامع سلامت، یکی از پزشکان موجود، آموزش لازم را دیده و خدمت را به کل جمعیت ۲ تا ۵ مرکز مزبور ارائه می‌دهد. مرکزی که دارای مشاوره ازدواج می‌باشد باید حتما مشاوره ژنتیک را هم انجام دهد.

تبصره ٤: 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 می گردد.

تبصره ۵: بازای هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ واحد کار و ۳۰۰ تا ۵۰۰ پرونده اماکن تعریف شده برای نظارت بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت حرفه ای و یک کارشناس بهداشت محیط درنظر 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 ۱۵۰ و تعداد واحد کار ۱۰۰ 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 ۱۰ درصد خواهد بود. چنانچه امکان استفاده از یک نیرو برای هر دو وظیفه میسر نباشد، باید از هر کدام، یک نیرو بکارگیری شود ولی با مرکز مجاور، مشترک گردد.

فصل ۳: روش اجرای کار

ماده ۱۰: مرکز بهداشت شهرستان باید نقشه جغرافیایی استاندارد مناطق حاشیه، شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر را تهیه و جمعیت بلوک‌ها را برروی آن مشخص کند.

تبصره۱: منطقه مورد بررسی باید براساس منطقه بندی یا نواحی شهرداری، بلوک‌بندی گردد. می‌توان از روش بلوک‌بندی قابل استفاده در نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا شهرداری‌ها استفاده کرد.

ماده ۱۱: جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و اماکن عمومی با انجام سرشماری یا به روز رسانی جمعیت از مناطق حاشیه شهری، شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر (شامل مسکن مهر و ...) و ثبت آن در سامانه الکترونیک معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد.

ماده ۱۲: لازم است برای تکمیل نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت فعال تحت پوشش ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر، 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 پزشک، تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک، پرستار، و پاراکلینیک (درصورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز خدمات جامع سلامت دولتی که با کسری نیروی انسانی مواجه هستند، از طریق شیوه خریدخدمت به شکل حجمی ازطریق قرارداد با شرکت‌های مجاز ، استفاده خواهد شد.

نظام پرداخت به پرسنل خرید خدمت در حوزه بهداشت به روش ترکیبی (mixed payment) است و دارای اجزای زیر می باشد:

۱- حقوق ثابت ماهانه مبتنی بر طرح طبقه بندی مشاغل وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی

۲- کارانه مبتنی بر عملکرد/ کیفیت (ارایه خدمت) بر مبنای سامانه

۳- ارزشیابی مبتنی بر چک لیست‌های پایش و ارزشیابی دوره ای و روش‌های مختلف (خودارزیابی، ارزیابی از طرف کارشناسان، استخراج از سامانه)

٤-مواردی که به آنها پاداش تعلق می‌گیرد

۵- کسورات و جرایم مبتنی بر راستی آزمایی ، عدم تحقق موارد مورد تفاهم

در صورتیکه مجموع دریافتی هر فرد مبتنی بر عملکرد و ارایه خدمت از حداقل حقوق وزارت تعاون ، کار و امور اجتماعی کمتر باشد ، حداقل حقوق پرداخت و ادامه همکاری وی منوط به شرایطی است که در قرارداد ذکر شده است.

متذکر می‌گردد مدیریت ارائه خدمات بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

تبصره ۱: راه‌اندازی مراکز خدمات جامع سلامت که در بازنگری سال ۱۳۹۶، 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 ۱۳: 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 این دسته از 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 مرکز خدمات جامع سلامت لحاظ می‌گردند.

ماده ١٤: ارائه خدمات فعال در پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت می‌تواند با همکاری داوطلبان سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و با تاکید بر روش خود مراقبتی و براساس برنامه "هرخانه، یک پایگاه سلامت" انجام گیرد.

۱-۳. نحوه خرید خدمات سلامت[۱۱]

در راستای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ 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 **PHCC** (**Primary Health Care Cooperative**) نمایند. این شرکت‌ها باید براساس قوانین و مقررات ناظر بر بخش تعاون و مبتنی بر اساسنامه ارائه مراقبت های اولیه سلامت تشکیل گردند.

مشارکت بخش دولتی و بخش خصوصی (Public Private Partnership):

ارائه خدمات از طریق توسعه بخش خصوصی، تعاونی ها، نهادها و موسسات عمومی غیردولتی واجد شرایط فعالیت در حوزه سلامت با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های زیر انجام می‌شود:

- اعمال حمایت‌های لازم از بخش خصوصی (تعاونی، خیریه و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی، NGO) مجری این وظایف.
- خرید خدمات از بخش خصوصی (تعاونی، خیریه و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی، NGO) مجری این وظایف
- اشخاص حقیقی طرف قرارداد (شامل: پزشک، ماما، کارشناس بهداشت عمومی، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای).

ماده ۱۵: واگذاری خدمات به بخش غیردولتی با استفاده از روش های قانونی موجود بویژه مقررات و مجوز های آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها انجام می‌شود. اولویت در واگذاری‌ها/ برونسپاری با شرکت‌های **PHCC** است یعنی **شرکت‌های تعاونی که ۱۰۰ 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 ۱/۵ برابر تک تک افراد دیگر نداشته باشد). تفاهم نامه ای به منظور تسهیل ایجاد شرکت‌های تعاونی مراقبت‌های اولیه سلامت، 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.

۱. انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت‌های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده / رییس مرکز بهداشت شهرستان

[۱۱] براساس مصوبه هیات وزیران در جلسه۱۳۹۳/۱/۲۰ 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 (۸۴) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران
خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت گذاری 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.

۲. 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 ۱: به منظور ماندگاری پیمانکاران، تمامی قراردادها در صورت توافق و رضایت از عملکرد، برای ۳ تا ۱۰ سال منعقد می‌گردد که البته برمبنای عملکرد پیمانکار و نتایج پایش و ارزشیابی (بیش از ۸۰٪) و با در نظر گرفتن نرخ تورم اعلامی بانک مرکزی ، میزان افزایش حقوق و محاسبات کارشناسی بدون برگزاری مناقصه قابل تمدید در هر سال می باشد.

تبصره۲ : تفویض اختیار مدیریتی به مدیران اجرایی و راه اندازی واحدهای دولتی براساس ماده ۴۰ دستورعمل واگذاری خدمات سلامت موضوع نامه شماره ۱۰۵/۶۸۵/د – ۱۳۹۲/۰۲/۰۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

تبصره۳: نمونه قرارداد واگذاری به بخش غیردولتی و تفاهم نامه واگذاری به مدیران اجرایی در ضمیمه می‌باشد.

تبصره٤: 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.

تبصره ۵ : در کلان شهر ها و شهرهای با جمعیت بالای ۵۰۰ هزارنفر در صورت وجود اعتبار، امکان افزایش سرانه تا سقف ۲۰ درصد میانگین سرانه اعلامی وجود دارد.

ماده ١٦: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می‌باشد.

تبصره ۱: به علت عقد قرارداد بیش از یک سال، برای تمدید قرارداد در سال های آتی باید تورم سالیانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، و نیز تغییر در میزان حقوق ،دستورعمل و برنامه های سلامت در قرارداد مدنظر قرارگیرد.

تبصره ۲: 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 ۶ ٪ مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ شود.

تبصره ۳: در صورت افزایش بسته خدمت با احتساب بار مالی در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می‌باشد.

تبصره ٤: نسخه دوم قرارداد و دستورعمل اجرایی باید دراختیار پیمانکار قرار داده شود. پیمانکار نیز در بکارگیری نیرو، باید قرارداد مشخص داشته باشد و نسخه ای از قرارداد به همراه دستورعمل دراختیار افراد قرار گیرد تا هیچگونه خطایی از موضوع قرارداد صورت نگیرد.

تبصره ۵: دانشگاه/ دانشکده موظف به پایش رعایت مفاد قراردادهاست و باید در چهارچوب قانون، پاسخگویی به پیمانکاران و نیروها را داشته باشد.

تبصره ٦: مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می‌شود. لذا، در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.

- واکسن و ملزومات واکسیناسیون، ملزومات سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری‌های هدف و مکمل‌های دارویی مورد نیاز برحسب گروه‌های 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 ۱۷: براساس قانون، مراقبت‌های بهداشتی برمبنای بسته خدمت باید بطور رایگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات و مراقبت‌ها به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می‌گردد.
تخطی از این موارد موجب جریمه برابر قرار داد خواهد شد

ماده ۱۸: <u>حقوق ثابت هر نیرو</u> از روز ۲۸ هر ماه تا حداکثر روز دهم ماه بعد به طرف قرارداد (پیمانکار) پرداخت می‌شود. مبلغ کارانه پس از پایش و ارزیابی کمی و کیفی عملکرد (براساس سامانه های پرونده الکترونیک سلامت) به پیمانکار طرف قرارداد و ارائه دهنده خدمت به ترتیبی که در ذیل این ماده آمده است، هر ۳ ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: نتیجه نمره کسب شده از نتیجه پایش فصلی:

- ارزشیابی بین ۹۰ تا ۱۰۰ کل ۱۰۰٪ باقیمانده پرداخت می‌شود

- امتیاز کمتراز ۹۰ متناسب با کسری امتیاز نسبت به عدد ۱۰۰، از کل مبلغ کسر می‌گردد

درصورتیکه نتیجه ارزیابی زیر ۷۰ باشد، علاوه بر کسر پول باقیمانده براساس موارد فوق، همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی داده می‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از ۷۰ در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

تبصره۲: درصورت پایین بودن عملکرد فرد در سه ماه برای یک سال قرارداد کمتراز حقوق ثابت قانون کار وی باشد، باید لغو قرارداد شود (غیراز شرایط مرخصی، شرایط خاص مثل بروز اپیدمی). البته در هر ماه باید تذکر کتبی برای عملکرد ضعیف به فرد داده شود.

تبصره۳: در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس قانون کار و مفاد قرارداد است.

تبصره٤: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

تبصره ۵ : پرداخت کارانه به پرسنل خرید خدمت باید بنحوی مدیریت شود که میزان کارانه پرداختی پرسنل از ۱۰٪ مجموع حقوق کلی برآورد شده در سرانه بیشتر نگردد.

نظام پرداخت به پیمانکار و ارائه‌دهندگان خدمات:

الف – پرداخت به پیمانکار در این برنامه، به صورت **سرانه جمعیت فعال و عملکرد/ کیفیت براساس شاخصهای تعیین شده** می‌باشد. چنانچه پاداش یا جریمه ای بر عملکرد نیروها تعیین شود، محاسبه خواهد شد.

ب – پرداخت به نیروی ارائه دهنده خدمت به روش ترکیبی (Mixed Payment) است برمبنای آنچه در ماده ۱۲ این دستورعمل آمده است و بر حسب فرمول زیر محاسبه می‌شود:

فرمول کلی پرداخت :

حقوق ماهیانه = [حقوق ثابت +(کارانه عملکردی* درصد ارزشیابی) +(مجموع پاداش ها - کسورات و جرایم)]

یادآوری مهم: درصورتیکه عملکرد مبتنی بر محاسبات سامانه مربوط به هر فرد کمتراز حقوق ثابت وی باشد، پایه حقوق ثابت پرداخت می‌شود و به میزان اختلاف آن از عملکرد وی، مقروض می‌گردد و بعد از دو بار تذکر کتبی با پرداخت خسارت لغو قرارداد می‌شود.

شیوه پرداخت پاداش (Bonus):

روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که بازای اقدامات، مراقبت‌ها و خدمات خاصی که مرکز مدیریت شبکه اعلام می‌کند برابر روش اعلامی، مبالغی علاوه بر حق الزحمه مبتنی بر خدمت/ کیفیت در دوره های زمانی ابلاغ شده، در صورت وجود اعتبار پرداخت می شود.

این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات و مراقبت‌های سلامتی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص‌های از پیش تعیین شده پرداخت می‌گردد.

ماده ۱۹: 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 ۲۰: پرداخت به ارائه دهندگان خدمت: حقوق ثابت قانون کار بصورت ماهانه و کارانه به صورت سه ماهه براساس عملکرد وزن دهی شده، درصد ثبت تلفن همراه، درصد رضایت دریافت کنندگان خدمت ،درصد عدم دریافت خدمت و نتیجه ارزشیابی 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.

۲-۳. اعتبار موردنیاز

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

ماده ۲۱: به منظور برآورد سرانه خدمات و مراقبت‌های سلامت، هزینه های مربوط به نیروی انسانی، مکمل‌های دارویی، مواد مصرفی، ثبت داده ها و پرونده الکترونیک سلامت و ... محاسبه می‌شود. درمورد دارو و پاراکلینیک براساس وضعیت معمول یعنی استفاده از دفترچه بیمه یا نسخه آزاد عمل می شود (آزمایشات مربوط به غربالگری پیش بینی شده در بسته خدمت، رایگان می‌باشند):

❖ **برآورد سرانه خدمات و مراقبت‌های پایگاه سلامت:**

در تعیین سرانه بازای هر پایگاه سلامت با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

- هزینه حقوق ۵ مراقب سلامت و ماما مراقب (با حداکثر مدرک تحصیلی موردنیاز کارشناسی) که 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 با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر مراقب سلامت یا ماما مراقب با ۱۰٪ کارانه، ماهانه ۷۱۰۰۰۰۰۰ ریال در نظر گرفته می‌شود.
- اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط ۵۰۰۰۰۰ ریال ماهانه برآورد می‌گردد؛
- هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ...: ماهانه مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین می‌شود.
- هزینه نظافت پایگاه: ماهانه ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال درنظر گرفته می‌شود
- خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از پایگاه بصورت کرایه موردی: تا سقف ۴۰۰۰۰۰۰ ریال ماهانه
- درنظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل ۳۰ درصد کل مبلغ قرارداد
- ازآنجاکه براساس آمار حدود ۵۰ درصد نیروهای شاغل در پایگاههای سلامت از کارکنان دولتی می‌باشند، حق الزحمه ماهانه هر پایگاه بازای دو و نیم نفر نیرو محاسبه شده است.
- برای هر فرد متوسط سه سال سنوات درنظر گرفته شده است

سرانه بدست آمده برای یک پایگاه سلامت بطور میانگین عدد **۶۲۱۳۳۰ ریال** 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 به پیمانکار صرفاً براساس سرانه جمعیت فعال و عملکرد براساس شاخص‌های تعیین شده** می‌باشد. چنانچه پاداش یا جریمه ای بر عملکرد نیروها تعیین شود، محاسبه خواهد شد.
- **در صورت واگذاری/ برونسپاری خدمات واحدهای ارائه دهنده خدمت به بخش خصوصی با همان نسبت، عملکرد شرکت محاسبه و هزینه های مصرفی، اجاره و .. از شرکت کسر خواهد شد.**
- **پرداخت به ارائه دهنده خدمت براساس قانون کار** مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل **و عملکرد افراد خواهد بود.**

یادآوری می‌شود:

- در صورتیکه شرکت صرفاً خدمات بهداشتی درمانی ارائه دهد، از ۹٪ ارزش افزوده معاف است.
- قیمت آزمایشات دوران بارداری و آزمایشات غیرواگیر (FBS-CHOL، FIT و تشخیص سرطان سرویکس) توسط ستاد شبکه به محل ارائه خدمت پرداخت می‌گردد. این اعتبار جزو سرانه محسوب نشده است.

۱- واکسن، مکمل‌های دارویی موردنیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود

۲- مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه هرخانه یک پایگاه سلامت، شیوه زندگی سالم، سواد سلامت، خودمراقبتی و جلب مشارکت جامعه تحت پوشش و نمایندگان آنها از جمله داوطلبان سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود

۳- ساعت کاری ۴۴ ساعت در هفته ترجیحاً در دو شیفت می‌باشد که در صورت لزوم به صورت اقتضایی بر حسب شرایط منطقه تصمیم گیری درباره ترکیب و تنظیم آن توسط ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده صورت می‌گیرد.

٤- ازآنجاکه پرداخت، عملکردی است؛ درصورتیکه 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.

٥- درصورت فعالیت واحد ارائه دهنده خدمت روزانه تا ۴ ساعت بیش از ساعت معمول، باید تا سقف ۵۰٪ متناسب با عملکرد ماهانه افراد در سامانه، اضافه پرداختی صورت گیرد.

٦- اکیداً توصیه می‌شود پیمانکاران با نیروهایی که بکارگیری می‌کنند، قرارداد منطبق با قانون کار مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل و براساس عملکرد افراد انعقاد نمایند تا آنان از مزایای ناشی از ارائه خدمت بهتر و بیشتر به جمعیت خود بهره‌مند گردند.

۷- 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/ مراقبت براساس دستورعمل 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 (غیراز پایگاه سلامت ضمیمه):

در تعیین سرانه بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین ۴۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

- کل هزینه حقوق و کارانه کامل ۴ پزشک (هر پزشک تا سقف ۱۰۵۰۰۰۰۰۰ ریال با کارانه در ماه)؛ یک کارشناس تغذیه و یک کارشناس سلامت روان با ۱۰٪ کارانه (۷۱۰۰۰۰۰۰ ریال ماهانه برای هر فرد)؛ ۳ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای با ۱۰٪ کارانه (۷۱۰۰۰۰۰۰ ریال ماهانه برای هر فرد)؛ یک پذیرش؛ یک بهیار یا پرستار؛ یک مراقب ناظر با ۱۰٪ کارانه (۷۱۰۰۰۰۰۰ ریال ماهانه برای هر فرد) و ۱ دندانپزشک همراه با مراقب سلامت دهان که 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 با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر پزشک و دندانپزشک ماهانه ۱۰۵۰۰۰۰۰۰ تومان. البته حقوق مراقب سلامت دهان همراه با دندانپزشک و بر اساس خدمات محاسبه می‌گردد.
- اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط ۵۰۰۰۰۰ ریال ماهانه برآورد می‌گردد؛
- هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ... ماهانه مبلغ ۲۸۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین می‌شود؛
- هزینه نظافت مرکز: ماهانه ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال درنظر گرفته می‌شود
- خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از مرکز: ماهانه تا ۳۳۰۰۰۰۰۰ ریال تعیین می‌شود؛ و
- درنظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل ۳۰ درصد کل مبلغ قرارداد
- ازآنجاکه براساس آمار سال ۱۳۹۹، حدود ۶۲ درصد نیروهای پزشک؛ ۲۷ درصد نیروهای روان و تغذیه؛ ۵۵ درصد نیروهای بهداشت محیط و حرفه و ۶۶ درصد سایر نیروهای شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت شهری از کارکنان دولتی می‌باشند، حق الزحمه ماهانه نیروها بازای افراد خرید خدمت شده از بخش خصوصی برآورد و محاسبه گردید.
- برای هر فرد متوسط سه سال سنوات درنظر گرفته شده است

سرانه بدست آمده برای یک مرکز خدمات جامع سلامت بدون درنظر گرفتن پایگاه‌های سلامت تحت پوشش آن حدود **۵۹۴۵۵۰ ریال** و با درنظر گرفتن بطور متوسط ۳ پایگاه سلامت اعم از ضمیمه و غیرضمیمه بازای هر مرکز، حدود **۱۲۱۵۸۸۰ ریال** 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 ۲۲: سرانه مواردی که مرکز بهداشت شهرستان باید تامین کند:

آزمایش مادران باردار	**۲,۵۰۰**
آزمایشات غیرواگیر (FBS-CHOL)	**۲,۵۵۰**
مکمل دارویی	**۲۱,۰۰۰**
بهبود استاندارد	**۴,۸۰۰**
آموزش	**۵۰۰**
پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان دولتی (کارانه)	**۸,۰۰۰**
جمع	**۳۹,۳۵۰**

سرانه کلی توزیع شده به دانشگاه/ دانشکده برای جمعیت تحت پوشش با احتساب سرانه مرکز و ۳ پایگاه تحت پوشش آن (بدون سرانه کارانه و بهبود استاندارد) ۱۴۸۱۳۸۰ ریال و برای جمعیت تحت پوشش (با سرانه کارانه و بهبود استاندارد) حدود ۱۶۰۹۳۸۰ ریال می‌شود.

توجه:

- **غیراز پزشک، دندانپزشک، برای سایر نیروهای فنی شامل کارشناس مشاوره ازدواج و شیردهی زن (ماما)، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای و پرستار و ... حداکثر مدرک موردنیاز، کارشناسی باشد و سقف حقوق ثابت آنها ۶۵۰۰۰۰۰۰ ریال است. درصورت مدرک کاردانی، سقف حقوق ثابت آنها ۶۳۸۰۰۰۰۰ ریال می‌شود.**
- **حقوق ثابت پزشک و دندانپزشک براساس طرح طبقه بندی مشاغل ماهانه با احتساب سه سال سنوات ۶۶۳۰۰۰۰۰ ریال تعیین شده است.**
- **علی‌رغم افزایش حقوق کارکنان و افزایش هزینه های مربوط به مکمل دارویی و آزمایشات و ... ولی افزایشی در اعتبارات برنامه شهری و حاشیه متناسب با افزایش قیمت‌ها حاصل نشد. به همین دلیل رعایت بکارگیری تعداد نیرو براساس جمعیت خدمت گیرنده و پرداخت مبتنی بر عملکرد/ کیفیت با تاکید بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد. درمورد دانشگاهها/ دانشکده هایی که پرداخت مبتنی بر عملکرد/ کیفیت را جدی نگیرند، امکان ترمیم در منابع مالی آنها از طرف ستاد ملی به هیچوجه وجود نخواهد داشت.**

توجه:

- **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 غیر اینصورت، تسویه حساب باید در پایان هر فصل انجام شود.**
- **در صورتیکه نتیجه عملکرد هرکدام از ارائه دهندگان خدمت (کارشناس تغذیه، کارشناس روان و ...) پایین باشد، نسبت جمعیت به فرد افزایش یافته یا درمورد حضور نیروی مورد نظر در تیم سلامت، تصمیم گیری بعمل می‌آید.**
- **توزیع اعتبارات بین دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مابه ازای آن، در شبکه های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، واحدها و افراد ارائه دهنده خدمت برمبنای سرانه جمعیت یکبار خدمت می باشد.**
  - کلیه خدمات ازنظر صحت داده های ارائه خدمت باید راستی آزمایی شود و دلیل نارضایتی مردم از خدمات بدست آید
  - هرگونه پرداختی اضافی شامل اضافه کار، کارانه و ... به نیروهای دولتی محیطی (رسمی، پیمانی، قراردادی با دانشگاه یا شبکه، و ...) صرفاً باید در قالب شرح هزینه ابلاغی از سوی معاونت بهداشت وزارت متبوع باشد.
- **فراهم شدن امکان انجام تمام این کنترل‌ها و محاسبات در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت سطح یک به منظور جلوگیری از بکارگیری نیروی انسانی اضافی است.**

ماده ۲۳: تعیین ضریب K یا خدمات/ مراقبت‌ها برای هر نیرو بازای تعداد و نوع خدمت/ مراقبت و سقف حق الزحمه درنظر گرفته شده براساس منابع دراختیار:

۱- مراقب سلامت:

مبلغ قرارداد با پیمانکار براساس کاردانی یا کارشناسی وی براساس **قانون کار** مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل **و عملکرد** بازای ارائه خدمات کامل به هر فرد براساس بسته خدمت برای هر نفر در سال ۱۴۰۰ است، برای نیروهایی که خدمات/ مراقبت‌های بهتر و با پوشش بالاتر ارائه می‌دهند، باید پاداش براساس منابع دراختیار در نظر گرفته شود.

تبصره۱: مواردیکه شامل پاداش می‌شوند:

- افزایش پوشش خدمات/ مراقبت‌ها به میزان بیش از حد قابل قبول که در شیوه محاسبه سامانه لحاظ شده است: بازای هر ۱٪ افزایش پوشش، ۱٪ به مبلغ قرارداد اضافه می‌گردد. پوشش قابل قبول برای مناطق شهری با جمعیت ۲۰۰۰۰ تا یک میلیون نفر معادل ۹۰٪ و برای شهرهای با جمعیت یک میلیون نفر به بالا معادل ۸۰٪ است.
- ارائه خدمت به گروه‌های خاص براساس سامانه های پرونده الکترونیک سلامت شامل:
  - شناسایی و مراقبت از گروه سنی بالای ۶۰ سال
  - شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه
  - شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و نظارت مستقیم بر مصرف داروی تعریف شده برای تکمیل 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 جداول زیر است:

عنوان پاداش	مبلغ پاداش براساس ضریب k یکصد هزار ریال (k=۱۰۰,۰۰۰)	تواتر جمع آوری (ماهانه – فصلی- سالانه)	روش و مسوول احصاء
شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه	۱۰k	ماهانه	کارشناس ستادی معاونت و شهرستان / گروه بیماری- های واگیردار (پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش)
انجام روند پیگیری کامل بیمار مسلول (تکمیل دوره درمان) اجرای طرح DOTS	۲۵k	ماهانه	
شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و ثبت در سامانه و نظارت مستقیم بر مصرف دوره درمان	۱۰K	ماهانه	
شناسایی و پیگیری فلج شل حاد و پیگیری و معرفی به پزشک و نمونه گیری	۱۰k	ماهانه	
شناسایی موارد Reactive HIV در مادران باردار و پیگیری تا مراجعه مادر به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری	۱۰K	ماهانه	مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و کارشناس معاونت (پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش)
شناسایی، کنترل، ارجاع و پیگیری مادرباردار پرخطر (آنمیک – دیابتیک – پرفشاری خون – بیماری قلبی عروقی) تا تولد نوزاد (مادر و نوزاد هردو سالم)	علاوه بر حق‌الزحمه ناشی از مراقبت های جاری و ویژه ۱۰k	فصلی	۱- خود اظهاری مراقب سلامت ۲- تایید گزارش توسط مسوول پایگاه ۳- اعلام به واحد بهداشت خانواده شبکه/مرکز ٤- تایید مدیر شبکه/ مرکز

نوع خدمت	میزان سنجش	نحوه احصاء	تواتر احصاء	میزان پرداخت براساس ضریب k	گیرنده پاداش	مسوول احصا
درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی	*	سامانه	هر شش ماه یکبار	بازای هر بیمار دیابتی ۲K	پزشک و مراقب سلامت	کارشناس ستادی گروه بیماری‌های غیرواگیر
میزان غربالگری سرطان روده با انجام آزمایش FIT	**	سامانه	هر سه ماه یکبار	K ۳۰	پزشک و مراقب سلامت	

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

۱- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که میزان HBA^1C آنها کمتر از ۷ درصد و براساس شرایط فردی بیمار در دوره زمانی مشخص

۲- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که فشار خون کمتر از ۱۳۰/۸۰ دارند در دوره زمانی مشخص

۳- تعداد بیماران دیابتی که در طول شش ماه حداقل ۲بار در سطح یک ویزیت شده اند

پزشک ۷۰ درصد و مراقب سلامت ۳۰ 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 ۳۰K متعلقه : ۲۰K به مراقب سلامت مربوط است و ۱۰K 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 مبالغ تایید شده را در تخصیص های بعدی لحاظ می نماید.

تبصره۵: تامین منابع برای پرداخت پاداش‌ها، از محل جرایم یا اعتبار ویژه ای است که برای پاداش ارسال می‌گردد.

تبصره۶: 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 ۱۵٪ مبلغ کل قرارداد آن پایگاه می‌شود
  - ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در همان پایگاه سلامت در دومین بار ماه/ ماه‌های بعد سبب کسر ۳۰٪ 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 ۱۵٪ مبلغ کل قرارداد آن مرکز می‌شود

- ❖ ثبت غیرواقعی خدمت در همان مرکز خدمات جامع سلامت در دومین بار ماه/ ماه‌های بعد سبب کسر ۳۰٪ 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 ۹۰٪ در واکسیناسیون
  - ❖ پاسخگویی به ارجاعات کمتر از ۶۰٪ (فقط مختص پزشک)
  - ❖ تحویل نشدن مکمل دارویی براساس بسته خدمت

میزان جریمه درموارد فوق، ۱۰ برابر معادل ریالی خدمت مربوطه خواهد بود.
رییس مرکز موظف است ماهانه، ۲ بار در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش حضور یابد و بر فعالیت مراقبین سلامت نظارت کند. مراقب ناظر باید علاوه بر فعالیت‌های مربوط به کنترل و پیگیری بیماری‌ها در خارج از واحد ارائه دهنده خدمت، حداقل یکبار در هفته پایگاه‌های سلامت تحت پوشش مرکز را نظارت کند.

۲- پزشک عمومی:

خدمات پزشک در ۳ 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:
۲-۱ خدمات و مراقبت‌های مستقیم که عموماً شامل مراقبت مستقیم خود پزشک (بدون واسطه مراقب سلامت) از بیماران دیابتی و پرفشاری خون است.
۲-۲ پذیرش ارجاعات از مراقب سلامت یا سایر اعضای تیم سلامت و انجام خدمات و مراقبت‌های مربوطه.
۲-۳ ویزیت سرپایی بیماران.

۳- دندانپزشک:

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت برای دندانپزشک و مراقب سلامت دهان حدود ۷۵۰۰ خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می‌شود (با احتساب روزانه ۲۴۰ خدمت دندانپزشک و ۲۵٪ ارزش خدمات تولیدی وی برای مراقب سلامت دهان) و با درنظر 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 ۱۳۰۰ تومان است. درمورد بهداشتکار دهان و دندان ارزش K حدود ۵۰ درصد دندانپزشک است.
پرداخت بصورت ۸۰٪ ماهانه و ۲۰٪ براساس نتیجه پایش فصلی خواهد بود.

توجه:

- **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 غیر اینصورت، تسویه حساب باید در پایان هر فصل انجام شود.**
- **توزیع اعتبارات بین دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مابه ازای آن، در شبکه های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، واحدها و افراد ارائه دهنده خدمت باید برمبنای سرانه جمعیت یکبار خدمت و عملکرد/ کیفیت می باشد.**
  - کلیه خدمات ازنظر صحت داده های ارائه خدمت باید راستی آزمایی شود و دلیل نارضایتی مردم از خدمات بدست آید
  - هرگونه پرداختی اضافی شامل اضافه کار، کارانه و ... به نیروهای دولتی محیطی (رسمی، پیمانی، قراردادی با دانشگاه یا شبکه، و ...) صرفاً باید در قالب دستورعمل یا شرح هزینه ابلاغی از سوی معاونت بهداشت وزارت متبوع باشد.
- **فراهم شدن امکان انجام تمام این کنترل‌ها و محاسبات در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت سطح یک به منظور جلوگیری از بکارگیری نیروی انسانی اضافی است.**

فصل ٤: روش ارائه خدمات:

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

فصل ٥: پایش 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