بسمه تعالی

فهرست مندرجات

واژه نامه..... ۳

دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری دربیمارستانها ی وابسته به وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی..... ۷

دستورالعمل برنامه حمایت ازماندگاری پزشکان درمناطق محروم..... ۱۶

دستورالعم لبرنامه حضور پزشکان متخصص مقیم دربیمارستان‌ها ی وابسته به وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی..... ۲۶

دستورالعمل ارتقا کیفیت خدمات ویژه دربیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی۳۴

دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ دربیمارستانها ی وابسته به وزارت بهداشت،درما نوآموزش پزشکی۴۰

دستورالعمل برنامه حفاظت مالی ازبیماران صعب‌العلاج،خاص ونیازمند..... ۴۶

دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی..... ۵۵

شیوه نامه نظارت برحسن اجرای برنامه های تحول سلامت..... ۶۸

و

به منظور برداشت یکسان از واژه ها و اصطلاحات بکار رفته در این سند، تعاریف و مفاهیم کلیدی به شرح زیر بیان میشوند.

وزارت بهداشت

منظور از وزارت بهداشت در این دستورالعمل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که تولیت نظام سلامت کشور را به عهده دارد.

بیمارستانهای مشمول

تمامی بیمارستان‌های دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت مشمول این برنامه می‌باشند.

زنجیره ارجاع خدمات بیمارستانی

سامانه هدایت بیماران بستری برای تامین و دریافت خدمات مورد نیاز ایشان در سطح بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت در این دستورالعمل زنجیره ارجاع خدمات بیمارستانی نامیده میشود .

نظام ارجاع

منظور از نظام ارجاع در این سند، برنامه نظام ارجاع وپزشک خانواده در بیمه شدگان بیمه روستایی و جمعیت شهرهای استانهای فارس و مازندران میباشد .

سازمانهای بیمه پایه

شامل سازمان بیمه سلامت ایرانیان ، سازمان تامین اجتماعی،کمیته امداد حضرت امام (ره) و سازمان تأمین اجتماعی نیرو های مسلح می‌باشد.سایر سازمانهایی که به موجب قانون مجاز به ارائه بیمه پایه میباشنددر شمول بهره مندی از این برنامه قرار نمی گیرند.

پزشک مقیم

پزشک مقیم به پزشک متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ گفته می‌شود که از ساعت ۲ بعدازظهر الی ۸صبحروز بعد در روزهای غیر تعطیل و ۲۴ ساعته در روزهای تعطیل، در مراکز درمانی/ آموزشی-درمانی زیرمجموعه دانشگاههای علوم پزشکی، حضور فیزیکی فعال در مرکز درمانی/آموزشی- درمانی داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام خواهد داد.

تعرفه مصوب

نرخ برنامه ای خدمات و مراقبتهای تشخیصی ودرمانی است که به طور سالانه مورد تائید شورای عالی بیمه سلامت قرار گرفته و توسط هیات محترم وزیران ابلاغ می‌شود.

خدمات هتلینگ

خدماتهتلینگبیمارستانیدر ۷ محوراصلی،وزیرمحورهایموضوعایندستورالعملتعریفشده‌اند.

بیماری ویژه

بیماریی است که مجموع متوسط تمام هزینه های ضروری برای مراقبت از بیمار مبتلا به آن در طول یک سال (سرانه بار هزینه ای بیماری) از یک پنجم درآمد سالانهآنخانوار ایرانیبیشتر باشد.

مراکز مرجع یک بیماری

به مراکزی اطلاق میگردد که دارای کلیه امکانات اعم از نیروی انسانی تخصصی ماهر و کارآزموده و تجهیزات لازم برای مراقبت از آن بیماری باشد و در استان / دانشگاه به عنوان مرکز مرجع ارائه خدمات بیماری ویژه تعیین شده باشد.این مرکز توسط دانشگاهها به معاونت درمان پیشنهاد و پس از تایید به عنوان مرکز مرجع اعلام می‌شود.

بیمار نیازمند حمایت

به شهروندی اطلاق می گردد که مبتلا به حداقل یکی از بیماریهای ویژهباشد و طبق ارزیابی سازمانها و نهادهای حمایتی مورد قرارداد، نیازمند حمایت شناخته شود.

فهرست مرجع بیماریهای ویژه

به فهرست بیماریهایی اطلاق می گردد که توسط کمیته تعیین بیماریهای ویژه ،بر اساس هزینه بالا و میزان علاج پذیری که با معیار Cost Effectiveness سنجیده می شود، به ترتیب اولویت در این لیست قرار خواهند گرفت.

زایمان طبیعی

زایمانی که در فرایند و مجرای طبیعی و فیزیولوژیک، انجام می‌شود.

زایمان بی درد (موضعی)

زایمانی است که در فرایند آن برای کاهش درد از بی حس کننده های موضعی به شکل اپیدورال یا اسپینال استفاده می شود.

دانشگاه

دانشگاه/ دانشکدهعلوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و ابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تعرفه زایمان طبیعی

هزینه انجام خدمت زایمان طبیعی (شامل زایمان بی درد) است که مبلغ آن سالیانه توسط شورای عالی بیمه تعیین و بر اساس تصویب نامه هیات محترم وزیران ابلاغ می شود.

تعرفه تشویقی

مبلغی است که در صورت انجام مفاد این برنامه به ارائه دهندگان خدمت (متخصص زنان، ماما ، متخصص بیهوشی) مازاد بر تعرفه‌ی مصوب فعلی پرداخت می گردد.

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرنده‌یضوابطومقرراتمربوطبهبرنامه‌ی "کاهشمیزانپرداختیبیمارانبستریدربیمارستان‌هایتحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکی" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقشار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران دربیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران بستری شده بیمه ای به ۱۰٪ در بیمارستانهای دولتی

۲. جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو ،لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج بیمارستان

ماده ۴. ارکان

۱. ارکان سیاستگزاری و اجرایی این دستورالعمل عبارتند از

۱.۱. ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت: ستادی است که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره ۱ مسئولیت سیاستگذاری و راهبری برنامه های اجرایی را به عهده دارد.

۱.۲. دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت

۱.۳. ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده/ موسسه: ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره ۱ مسئولیت مدیریت اجرا در سطح دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای برنامه در سطح بیمارستانهای وابسته را به عهده دارد.

۱.۴. ستاد اجرایی شهرستانستادی که در شهرستانهای تابعه دانشگاه براساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره ۱ مسئولیت اجرای برنامه را در سطح شهرستان به عهده دارد.

۱.۵. ستاد اجرایی بیمارستان ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره ۱ مسئولیت اجرای برنامه در سطح بیمارستان رابه عهده دارد.

۲. ذیل ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، دبیرخانه ستاد و کمیته های فنی تابعه شامل موارد ذیل تشکیل میگردد:

۲.۱. سیاستگذاری و برنامه ریزی

۲.۲. نظارت و بازرسی

۲.۳. دارو و تجهیزات پزشکی

۲.۴. بیمه و منابع

۲.۵. مدیریت اطلاعات و اطلاع رسانی

۳. دبیر ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، معاون درمان وزارت بهداشت خواهد بود که مسئولیت دبیرخانه ستاد، ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی در سطح ستاد و پایش برنامه ها را به عهده خواهد داشت. دبیر خانه مذکور رابط بین دانشگاهها و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سئوالات و دریافت پیشنهادات دانشگاه‌ها می‌باشد.

ماده ۵. شمول دستور العمل

۱. تمامی بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه میباشند.

۱.۱. بیمارستانهای مشمول مکلفند تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مشمول این برنامه، برای کلیه بیماران بستری را در همان بیمارستان و یا در زنجیره موضوع این دستورالعمل فراهم نمایند.

۲. بیماران بستری واجد بیمه پایه سلامت فقط بایستی ۱۰٪ از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب دولتی را پرداخت نمایند.

۳. روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستانهای مشمول برنامه مراجعه می‌کنند ۵ درصد ا ز هزینه خدمات مشمول برنامه را پرداخت می کنند.

ماده ۶. جمعیت هدف

۱. همه‌ی افراد ایرانی واجد بیمه پایه مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه جمعیت هدف می‌باشند.

۲. سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است همه‌ی افراد فاقد بیمه مراجعه کننده به بیمارستانهای مشمول برنامه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه نماید.

ماده ۷. بسته خدمات

۱. دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی

۱.۱. تحت پوشش بسته بیمه پایه سلامت

۱.۱.۱. این گروه از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در صورتی که دارای قیمت متفاوت باشند(قیمت مصوب هیات دولت برای خدمات و قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو با میزان تعهد بیمه پایه سلامت) مشمول این برنامه قرار گرفته و مابه التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.

۱.۲. خارج پوششبیمهپایه

۱.۲.۱. ایندسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه و تصویب در ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت مشمول این برنامه قرار خواهد گرفت.

۲. خدمات تشخیصی درمانی

۲.۱. خدمات تحت پوشش بیمه پایه

۲.۱.۱. این‌گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورایعالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه باخدماتارائهشدهویاتعرفهمصوبآنهاتفاوت داشته باشد مابه التفاوت آنها از محل اعتبارات برنامه پرداخت می‌شود.

۲.۱.۲. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم سازمانهای بیمه گر می‌باشد (بر اساس مصوبه ۴۳ شورای عالی بیمه).

۲.۱.۳. کسوراتی که بر اساس دستورالعملهای مصوب شورایعالی بیمه و به علت نقص مدارک، درخواست اضافه، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می‌گردد، مشمول این بند نمی‌باشد.

۲.۱.۴. موارد اعتراض بیمارستان‌های مشمول برنامه برای تصمیم‌گیری به ستاد اجرایی دانشگاه و موارد اعتراض دانشگاهها به دبیرخانه ستاد اجرایی کشوری ارجاع می‌شود.

۲.۲. خدمات خارج از تعهد پوششبیمهپایه

۲.۲.۱. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی ضروریخارج از بسته ب یه پا یهمیباشدکه به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه در ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت طرح گردیده و در صورت تصویب بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت و دانشگاهها مورد پوشش برنامه قرار می‌گیرد. این خدمات ازفهرست زیر و بر اساس اولویتهای تدوین بسته و با مشارکت سازمانهای بیمه گر انتخاب می‌شود.

۲.۲.۱.۱. خدمات موجود در کتاب جدید ارزش نسبی خدمات

۲.۲.۱.۲. خدمات فاقد پوشش بیمه ثبت شده در اتوماسیون بیمارستان

۲.۲.۱.۳. فهرست خدمات در انتظار پوشش بیمه پایه در شورایعالی بیمه

۲.۲.۱.۴. فهرست خدمات فاقد تعرفه تهیه شده در دفتر ارزیابی فناوری معاونت درمان

۲.۲.۲. خدمات فوق‌الذکر در صورتی که دارای تعرفه مصوب شورای عالی بیمه باشند، تعرفه مصوب ملاک عمل خواهد بود و در صورت نداشتن تعرفه مصوب، هزینه اعلام شده از سوی وزارت بهداشت پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات دولت) ملاک عمل خواهد بود.

۲.۲.۳. خدمات خارج از بسته بیمه پایه فقط از زمان ابلاغ دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت وزارت بهداشت مورد تعهد برنامه خواهند بود.

۲.۳. خدماتی که بدون بستری بیمار و در بخش سرپایی و تحت نظر (بستری کمتر از ۶ ساعت) یا سایر بخشهای سرپایی بیمارستان ارائه می‌گردد مشمول این برنامه نمی‌باشند.

ماده ۸. خدمات مشمول بیمه تکمیلی

۱. کلیه خدماتی که تاکنون توسط بیمه تکمیلی تامین هزینه می شد کماکان توسط بیمه تکمیلی تأمین هزینه می‌شود.

۲. نحوه رفع همپوشانی حمایتهای این برنامه و بیمههای تکمیلی ،بر اساس تفاهم نامه مشترک وزارت بهداشت / سازمان بیمه سلامت با بیمه مرکزی ایران تعیین می‌شود.

۳. بیمارستان‌ها مکلفند قبل از ترخیص نسبت به تعیین تکلیف بیماران در مورد دارا بودن بیمه تکمیلی اقدام نمایند و بیماران مشمول این برنامه که فاقد بیمه تکمیلی اعلام شده اند مجاز به دریافت صورتحساب برای ارائه به بیمه های تکمیلی نخواهند بود.

۴. بیمارستان/سازمان بیمه سلامت ایرانیان باید به گونه ای عمل نماید که میزان تعهد بیمه های تکمیلی طرف قرارداد با بیمارستان در طول اجرای برنامه تغییر ننموده و هزینه ای بابت این تعهدات بر این برنامه تحمیل نشود.

ماده ۹. نظام توزیع منابع

۱. اعتبارات موضوع این دستورالعمل طبق جدول اعلامی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس جمع سقف اعتبارات بیمارستان‌های هر دانشگاه به آن دانشگاه تخصیص داده می‌شود. دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست بیمارستانی اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت متبوع به حساب بیمارستان‌ها واریز خواهد کرد. دانشگاه‌های علوم پزشکی حداکثر ۱۰٪ امکان جابه‌جایی اعتبارات بین بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه را خواهند داشت.

۲. معاونت توسعه وزارت متبوع باید براساس گزارش رسیدگی به اسناد سازمان بیمه سلامت با دانشگاه های علوم پزشکی در سقف‌های تعیین شده برای هر دانشگاه تسویه حساب نماید.

۳. روسای دانشگاهها مکلفند این اعتبارات را صرفا در راستا ی اجرای این برنامه هزینه نمایند و در مورد نحوه هزینه کرد این اعتبارات و حسن اجرای برنامه در برابر هیات امنا و ستاد اجرایی پاسخگو می‌باشند.

۴. ستاد اجرایی وزارت میتواند بر اساس گزارشات نظارت و پایش برنامه حداکثر تا ۲۰٪ کاهش یا افزایش اعتبارات تخصیصی به دانشگاهها را اعمال نماید.

۵. ارائه خدمات باید به گونه ای باشد که تعداد پذیرش بیماران کمتر از سال ۹۲ نباشد.

ماده ۱۰. تامین و تدارک دارو ،تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

۱. کلیه دارو ، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران بستری توسط بیمارستان تامین می‌گردد و بیماران بستری جهت تهیه این اقلام به خارج از بیمارستان هدایت نخواهند شد.

۲. سازمان غذا و دارو باید حداکثر ظرف مدت یکماه نسبت به اعلام فهرست قیمت کارشناسی تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و برند انها اقدام نماید .

۳. کمیته فنی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه با همکاری گروه‌های آموزشی و کمیته دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان‌های تابعه فهرست اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی را از لحاظ نوع و برند آنها از فهرست اعلامی سازمان غذا و دارو و با در نظر گرفتن منابع مالی موجود تهیه کرده و به بیمارستانها ابلا غ می‌کند. بیمارستان‌ها بر اساس فهرست اعلامی دانشگاه نسبت به تهیه این اقلام اقدام نموده بگونه‌ای که هیچگونه کمبودی در زمینه داروها و اقلام فوق الذکر در بیمارستان وجود نداشته باشد.

۴. راهنمای نحوه خرید، توزیع، عرضه و مصرف ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی به صورت مشترک توسط معاونتهای درمان ،توسعه و غذا و دارو تهیه و به دانشگاه ابلاغ می‌شود.

۵. بیمارستان مکلف است دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران سرپایی و تحت نظر (بدون هتلینگ) اورژانس را نیز فراهم نماید.اگر مدت اقامت بیمار اورژانس کمتر از ۶ ساعت (سرپایی) باشد ۳۰ در صد پرداخت خواهد نمود و در صورت اقامت بیش از ۶ ساعت (بستری) ۱۰ در صد پرداخت می‌نماید.

ماده ۱۱. زنجیره تأمین خدمات تشخیصی درمانی(زنجیره ارجاع)

۱. بیمارستان موظف است تمامی خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمارکه در فهرست بیمه پایه و برنامه می‌باشد را به بیماران عرضه نمایند.

۲. در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی، مصوب ستاد اجرایی دانشگاه عمل خواهد نمود.

۳. درصورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه د انشگاه وجود نداشته باشد بر اساس زنجیره ارجاع بین دانشگاههای قطب، عمل خواهد شد.

۴. زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی ظرف مدت ۱۵ روز توسط دانشگاه و زنجیره ارجاع داخل قطب، توسط ستاد اجرایی دانشگاه مرکز قطب طی ۳۰ روز بعد از ابلاغ این دستورالعمل ابلاغ می‌شود.

۵. مسئولیت و هزینه های نقل و انتقال بیماران(آمبولانس) به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد.

۶. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ارجاع به مراکز صرفا دولتی می‌باشد و بیماران به مراکز غیر دولتی و خصوصی هدایت نخواهند شد.

۷. مسئولیت تأمین هزینه خدمات ارائه شده به بیمار با بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد. لازم است گزارش خدمات ارائه شده در صورتحساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.

۸. قرارداد با مراکز همکاری کننده بر اساس نمونه قرارداد تیپ و با مسئولیت دانشگاه منعقد خواهد شد.

ماده ۱۲. نحوه تنظیم صورتحساب

۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار شامل بیمه ای، مشمول برنامه و آزاد ارائه شده در بیمارستان و یا خارج بیمارستان مشتمل بر اطلاعات زیر در اتوماسیون بیمارستان وارد و به سامانه های سجاد و سپاس ارسال گردد.

نوع خدمت	سهم بیمه پایه	سهم یارانه سلامت	آزاد (خارج از تعهد برنامه و بیمه)	سهم بیمه تکمیلی	سهم بیمار	جمع کل

۲. بیمارستان موظف به صدور صورتحساب خدمات شامل ۲ بخش بیمه پایه و یارانه ای می‌باشد که بخش بیمه پایه توسط بیمه مربوطه و بخش یارانه ای توسط سازمان بیمه سلامت/ توسط نمایندگان یا حسابرسان معاونت توسعه وزارت بهداشت رسیدگی می‌شود.

۳. کارشناس مسئول بیمه گری بیمارستان/ ناظر مقیم بیمه سلامت در بیمارستان مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

۳.۱. دریافت و نگهداری دفترچه بیمار از زمان پذیرش تا زمان ترخیص

۳.۲. بررسی صورتحساب مالی به هنگام ترخیص بیمار و تایید دریافت از بیمار مطابق بند های این آیین نامه

۳.۳. ثبت و ارائه گزارش خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و سایر پرداختهای خارج از بیمارستان و ثبت موارد تخلف

ماده ۱۳. نظام ارجاع

۱. بیمارانروستایی وبیمارانساکنندرداستانفارسومازندران ،عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفرمعرفی شدهازطریقنظامارجاعکهدارای برگهارجاعمیباشند، ۵٪ فرانشیزخدمات بستری راپرداختخواهندکرد.

۲. بیمارستان ضروریست نسبتبه نصب تابلویی در قسمت پذیرش اقدام نماید که در آن فرآیند پذیرشبیمارانارجاعشدهازطریقنظامارجاع به طور کامل درج شده باشد.

۳. برگهارجاعارائهشدهتوسطبیماربایهتوسطپزشکخانوادهوقبلازمراجعهبهمرکزدرمانی بستری تکمیلشدهباشد.

۴. بیمارستانبایهاقداماتلازمرادرخصوصتکمیلبرگههای ارجاع به منظور ارائه بازخوراند خدمات ارائهشدهراانجامدهد.

۵. بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه بعد از دریافت خدمات ضروری اولیه ملزم به تکمیل مراحل ارجاع طبق ضوابط نظام ارجاع می‌باشد.

۶. اعتبارات مربوط به این ماده از محل ۱٪ ارزش افزوده تأمین می‌شود.

ماده ۱۴. مدیریت اطلاعات و تبادل اسناد:

۱. همه‌ی بیمارستان‌های فاقدHISتاپایان شهریور ماه ۹۳ بایستی مجهزبهسیستماطلاعاتبیمارستانی موردتأییدوزارتبهداشت (دارای گواهینامهمطابقتبااستانداردهای سپاس) باشند. فهرست بیمارستان‌های فاقد HISپیوستمی‌باشد.

۲. کلیهبیمارستان‌هایی که HIS آنها مطابقبااستانداردهای سپاس نیست باید تا پایان خردادماه۱۳۹۳گواهینامهتبادلاطلاعاتباسپاس(سامانهپروندهالکترونیکیسلامت) را دریافت نمایند. فهرست بیمارستان‌های فوق پیوست این سند است.

۳. همهِی بیمارستان‌ها،ملزمبهثبتالکترونیکی شناسهملی بیمارانهنگامپذیرشمی‌باشند. درمواردواورژانسودرزمانیکهثبتالکترونیکی شناسهملی منجربهتاخیردرارائهخدماتسلامتبهفردمی‌گردد باید فرآیندثبت،بعدازارائهخدمتواورژانسوتاقبلازترخیصوی ازبیمارستانصورتگیرد.

۴. ثبتتشخیصنهایی درHISبرای بیمارانبستری تاقبلازارسالپروندهبهسپاسالزامی است.

۵. همه‌ی بیمارستان‌ها باید درHISخودازکدینگاستانداردوزارتبهداشتاستفادهنمایند. آخر ینسخهکدینگ‌های ابلاغی ازنشانی اینترنتی http://coding.behdasht.gov.ir دردسترس است.

۶. کلیهبیمارستان‌هاموظفند،نسبتبهارسالپروندهالکترونیکیبیمارانبستری در زمان ترخیص و اصلاحیه صورتحساب،حداکثر ۳ هفتهبعدازترخیص،بهسپاس(سامانهپروندهالکترونیکی سلامت) اقدامنمایند. دراینخصوصصدریافتوثبتشناسهتراکنشوشناسهپروندهالکترونیکی سلامتصادرهازسپاس،برای داده‌های هرفردتوسطبیمارستانالزامیست.

۷. کلیهبیمارستان‌هاموظفند،نسبتبهارسالپروندهالکترونیکی بیمارانسرپایی،حداکثر یکهفتهبعدازدریافتخدمت،بهسپاس (سامانهپروندهالکترونیکی سلامت) اقدامنمایند. دراینخصوصصدریافتوثبتشناسهتراکنشوشناسهپروندهالکترونیکی سلامتصادرهازسپاس،برای داده‌های هرفردتوسطبیمارستانالزامیست.

۸. بیمارستان‌هاحداکثرتاپایانمهرماه ۱۳۹۳ ازبسترشمس (شبکهملی سلامت) و یاسرویسایهنترانتملی بهجای اینترنتبرای ارسالاطلاعاتاستفادهنمایند.

۹. معاونت درمان دانشگاه(واحد اقتصاد درمان) با همکاری واحد فن آوری اطلاعات دانشگاه بایستی به صورت مستمر با بررسی و صحت سنجی داده های ارسالی به سپاس، نسبت به رفع اشکالات و اصلاح داده های نادرست و یا فاقد کدینگ استاندارد اقدام نماید. به طوری که در شهریور ماه ۱۳۹۳ اشکال داده های ارسالی کمتر از ۵ درصد باشد.

ماده ۱۵. پایشعملکرد برنامه

۱. پایشعملکرد برنامه در سطو ح بیمارستان ، شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه، قطبهای کشوری و ستاد وزارت مطابق دستورالعمل نظارتی پیوست شماره۳ انجام خواهد شد .

۲. گزارشات پایش عملکرد مبنای کاهش یا افزایش ۲۰ در صدی اعتبارات پرداختی به بیمارستانها (موضوع ماده ۸) می‌باشد.

ماده ۱۶. اطلاع رسانی عمومی

۱. هرگونهاطلاعرسانی عمومی در مورد این برنامه با هماهنگی مرکزروابطعمومی وزارتخانه و در چارچوب سیاست‌های ابلاغی دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت صورت می گیردو بایستی بهگونهای باشدکهبهلحاظمنابع مالی ،ساختاری و نیروی انسانی واقعبینانهباشد.

۲. سایتاطلاعرسانی عمومی توسط مرکزروابطعمومی واطلاعرسانی وزارت بهداشت راه اندازی و اداره خواهد شد.

۳. سامانهای برای انعکاسشکایاتمردمی سئوالات و انتقادات توسط مرکزروابطعمومی واطلاعرسانی وزارتبهداشتطراحی وراهاندازی می‌شود. پاسخگویی به سوالات مردم در مورد این برنامه به عهده معاونت‌های درمان دانشگاههای علوم پزشکی کشور خواهد بود.

۴. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاه‌ها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.

این دستورالعمل شامل بر ۱۶ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.

د

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرندهیضوابطومقرراتمربوطبهبرنامه‌ی "حمایتازماندگاریپزشکاندرمناطقمحروم" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این برنامه
بهمنظورارتقایکیفیتخدماتسلامتدرمناطقکمترتوسعهیافتهکشور،باهدفافزایشدسترسیمردمبهخدماتومراقبته ایسلامتدرسطحدوموسوم،جذبوماندگاریمتخصصیندراینمناطق تدوین شده و با اجرای آن،از طریق پرداخت‌های تشویقی در مناطق کمتر توسعه یافته
تقویتنظامارجاعوتمامووقتیپزشکانودرنهایتکاهشپرداختازجیبمردم،محقق میشود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. توسعه جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور.
۲. ارتقایی عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم.
۳. کاهش پرداخت از جیب مردم.
۴. ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته.
۵. حذف پرداخت‌های غیررسمی در این مناطق.
۶. اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری.

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. کلیه پزشکان متخصص، فلوشیپ یا فوق‌تخصص و پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها و اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی که به صورت تمام‌وقت جغرافیایی (اعم از تمام وقت هیات علمی و تمام وقت درمانی)، در مناطق کمتر توسعه یافته کشور مشغول به خدمت می‌باشند، مشمول این دستورالعمل قرار می‌گیرند.

ماده ۵. تعهدات

۱. کلیه پزشکان مشمول این دستورالعمل مکلف به رعایت موارد زیر خواهند بود:

۱.۱. فعالیت تمام وقت در واحدهای درمانی/آموزشی درمانی تابعه دانشگاه و عدم فعالیت پزشکی در قالب مطب، درمانگاه، مراکز جراحی محدود و بیمارستان خصوصی و خیریه.

۱.۲. آمادگی ارائه خدمات به صورت ۲۴ ساعته و در ایام تعطیل، در قالب انکالی، مقیمی و کلینیک عصر.

۱.۳. عدم دریافت هرگونه وجهی از بیماران خارج از روال رسمی صندوق بیمارستان.

ماده ۶. نحوه امتیازدهی منطقه

۱. نحوه امتیازدهی به شهرستان‌ها براساس معیارهای ذیل صورت میگیرد:

۱.۱. ضریب توسعه نیافتگی.

۱.۲. ضریب محرومیت.

۱.۳. محرومیت از تسهیلات زندگی.

۱.۴. ضریب بدی آب و هوا.

۱.۵. مرزی یا غیر مرزی بودن.

۱.۶. جمعیت شهرستان.

۱.۷. امتیاز شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه.

۲. جزئیات شاخص برای رتبه‌بندی شهرها به شرح ذیل می‌باشد:

۲.۱. ضریب توسعه نیافتگی (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران[۱]):

۲.۱.۱. ضریب۹ و ۸ : ۱۵ امتیاز.

۲.۱.۲. ضریب ۷: ۱۰ امتیاز.

۲.۱.۳. ضریب ۶: ۵ امتیاز.

۲.۱.۴. ضریب ۵: ۲ امتیاز.

۲.۱.۵. ضریب ۴: 1 امتیاز.

۲.۲. ضریب محرومیت (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):

۲.۲.۱. شهرستان‌های ۳/۵، 35 امتیاز.

۲.۲.۲. شهرستان‌های ۳.۵/۵، 35 امتیاز.

۲.۲.۳. شهرستان‌های ۴/۵، 20 امتیاز.

۲.۲.۴. شهرستان‌های ۴.۵/۵، 5 امتیاز.

[۱]- مجموعه قوانین و مقررات استخدامی و اداری سال ۱۳۹۲

۲.۲.۵. شهرستان‌های ۵/۵، ۱ امتیاز.

۲.۳. محرومیت از تسهیلات زندگی (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):

۲.۳.۱. گروه ۹: ۳۰ امتیاز.

۲.۳.۲. گروه ۸: ۲۵ امتیاز.

۲.۳.۳. گروه ۷: ۲۰ امتیاز.

۲.۳.۴. گروه ۶: ۱۵ امتیاز.

۲.۳.۵. گروه ۵: ۱۰ امتیاز.

۲.۳.۶. گروه ۴: ۷ امتیاز.

۲.۳.۷. گروه ۳: ۵ امتیاز.

۲.۳.۸. گروه ۱ و ۲: ۱ امتیاز.

۲.۴. ضریب بدی آب و هوا (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):

۲.۴.۱. درجه ۴: ۲۵ امتیاز.

۲.۴.۲. درجه ۳: ۲۰ امتیاز.

۲.۴.۳. درجه ۲: ۵ امتیاز.

۲.۴.۴. درجه ۱: ۱ امتیاز.

۲.۵. مرزی بودن (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):

۲.۵.۱. مرزی بودن شهرستان: ۵ امتیاز.

۲.۶. جمعیت شهرستان (براساس آخرین آمار منتشر شده توسط مرکز آمار ایران):

۲.۶.۱. شهرستان‌های زیر ۵۰ هزار نفر: ۲۰ امتیاز.

۲.۶.۲. شهرستان‌های بین ۵۰ تا ۱۰۰ هزار نفر: ۱۵ امتیاز.

۲.۶.۳. شهرستان‌های بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار نفر: ۱۰ امتیاز.

۲.۶.۴. شهرستان‌های بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ هزار نفر: ۵ امتیاز.

۲.۶.۵. شهرستان‌های بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار نفر: ۱ امتیاز

۲.۷. امتیاز شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه:

۲.۷.۱. شرایط احراز این امتیاز در کمیته‌ای متشکل از دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشتی، مدیریت منابع انسانی معاونت توسعه و مدیریت منابع و همچنین معاون درمان دانشگاه مربوطه تعیین و به تائید معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌رسد. سقف امتیاز این بند ۲۰ امتیاز است که حداکثر می‌تواند درجه شهرها را تا یک سطح جابه‌جا نماید.

ماده ۷. ماده ۵: دسته‌بندی شهرستان‌ها

۱. شهرستان‌های مشمول براساس امتیاز (ماده ۴)، به چهار دسته تقسیم میشوند:

۱.۱. شهرستان‌های با بیش از ۷۵ امتیاز، گروه (الف).

۱.۲. شهرستان‌های بین ۶۵ تا ۷۴ امتیاز، گروه (ب).

۱.۳. شهرستان‌های بین ۵۰ تا ۶۴ امتیاز، گروه (ج).

۱.۴. شهرستان‌های بین ۳۵ تا ۴۹ امتیاز، گروه (د).

۲. شهرستان‌های با امتیاز کمتر از ۳۵ از شمول این دستورالعمل مستثنی خواهند بود.

ماده ۸. فهرست شهرهای مشمول

۱. فهرست شهرهای واجدشرایط به طور رسمی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ابتدای اجرای این دستورالعمل، ابلاغ می‌گردد.

ماده ۹. شمول دستورالعمل به پزشکان اورژانس

۱. پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان و اورژانس پیش‌بیمارستانی (مستقر در سیستم دیسپچ) که به طور تمام وقت انجام وظیفه می‌نمایند، به ازای هر ۲۴ ساعت مقیمی، پرداخت ثابت به شرح جدول ذیل صورت می‌گیرد:

پرداخت ثابت به ازای ۲۴ ساعت (ریال)	شهرستان‌های گروه (الف)	شهرستان‌های گروه (ب)	شهرستان‌های گروه (ج)	شهرستان‌های گروه (د)
	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۰	۰

۱.۱. در شهرهای (ج) و (د) پزشکان شاغل اورژانس پیش‌بیمارستانی (مستقر در سیستم دیسپچ) مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال به ازای هر ۲۴ ساعت مقیمی قابل پرداخت می‌باشد.

ماده ۱۰. شیوه‌ی پرداخت

۱. پرداخت برای رشته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی در شهرستان‌های مشمول به صورت زیر تعیین می‌گردد:

۱.۱. پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهرستان مربوطه (به صورت آنکالی) به گروه‌های تخصصی

۱.۱.۱. در شهرستان‌های گروه (الف)، برای کلیه گروه‌های تخصصی بالینی و پاراکلینیک پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهرستان به صورت آنکال و آماده خدمت، مبلغ 3 میلیون ریال پرداخت می‌گردد.

۱.۱.۲. در شهرستان‌های گروه (ب) به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهرستان مربوطه، مبالغ به شرح جدول زیر پرداخت می‌گردد:

دسته‌بندی رشته‌ها	تخصص‌های داخلی، کودکان، زنان و زایمان، جراحی عمومی، رادیولوژی، بیهوشی، قلب و عروق، جراحی مغز و اعصاب و ارتوپدی (ریال)	سایر رشته‌های بالینی و پاراکلینیک (فقط پاتولوژی و ازمایشگاه) (ریال)
شهرستان‌های گروه (ب)	۱,۵۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰

۱.۱.۳. در شهرهای (ج) و (د) پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهرستان مربوطه، از محل این دستورالعمل پرداخت نمی‌گردد. بدیهی است پرداخت فعلی دانشگاه‌ها در این گونه شهرها در قالب حق الزحمه آنکالی، کمافی‌السابق قابل پرداخت می‌باشد.

۱.۱.۴. در شهرستان‌های گروه (الف) و (ب) بسته حداقلی شامل حضور فیزیکی در ساعات اداری در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری، حضور ۲۵ روز آنکالی، حضور فعال در درمانگاه صبح و عصر، انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تخصصی مطابق نیاز منطقه و در نهایت انجام به موقع مشاوره‌های اورژانسی می‌باشد. در صورت رعایت بسته حداقلی با تائید معاونت درمان دانشگاه، مبلغ تعیین شده، قابل پرداخت خواهد بود. معاونت درمان دانشگاه بسته خدمتی را با در نظر گرفتن ملاک‌های مذکور، به طور مکتوب به پزشکان مشمول ابلاغ نموده و بر حسن اجرای آن نظارت می‌کند. پزشک مشمول می‌بایست در قالب قرارداد نسبت به رعایت مفاد این بسته متعهد گردد.

۱.۱.۵. معاونت درمان دانشگاه باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که در همه روزهای هفته در شهرهای مشمول، پزشک متخصص در رشته‌های اعلامی وجود داشته باشد.

۱.۲. پرداخت عملکردی

دسته‌بندی رشته‌ها	حق‌الزحمه زیروی انسانی (ضریب جراحی، بیهوشی و داخلی) با در نظر گرفتن تعرفه ترجیحی فعلی	آزمایشگاه تشخیصی-طبی	پاتولوژی	سونوگرافی	رادیوگرافی ساده و رنگی،CT و MRI

	شهرستان				
شهرستان‌های گروه (الف) و (ب)	۳ برابر	درصدهای تعیین شده به تعرفه‌های دولتی مصوب هیات وزیران در سال ۱۳۹۳، اضافه می‌گردد			
		٪۱۰	٪۵۰	٪۵۰	٪۱۳
شهرستان‌های گروه (ج)	۲.۵ برابر	٪۷.۵	٪۳۷.۵	٪۳۷.۵	٪۱۰
شهرستان‌های گروه (د)	۲ برابر	٪۵	٪۲۵	٪۲۵	٪۶.۵

۱.۲.۱. در صورتی که پزشک مربوطه شخصا نسبت به تامین تجهیزات تشخیصی مورد نیاز بیمارستان با رعایت نظام سطح‌بندی اقدام نماید، درصد وی از خدمات مربوطه توسط هیات عالی نظارت دانشگاه تعیین می‌گردد.

۱.۲.۲. پرداخت ویزیت سرپایی و پرداخت تشویقی در راستای ترویج زایمان طبیعی در شهرستان‌های (الف)، (ب)، (ج) و (د) از شمول این دستورالعمل خارج و مطابق دستورالعمل‌های مربوطه می‌باشد.

۱.۲.۳. در صورت حضور پزشک به صورت مقیم در بیمارستان‌های شهرستان‌های (الف)، (ب)، (ج) و (د) و دریافت حق‌الزحمه مقیمی، پرداخت همزمان حق‌الزحمه ثابت ماندگاری در آن روز، ممنوع می‌باشد.

۱.۲.۴. در مورد بیماران حوادث ترافیکی موضوع بند (ب) ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه، براساس ضرایب همین دستورالعمل و از محل اعتبارات این دستورالعمل پرداخت می‌گردد.

ماده ۱۱. شمول دستورالعمل به کارکنان غیرپزشک

۱. کارکنان غیرپزشک بیمارستان از بخش عملکردی این دستورالعمل (بند ۱.۲)، مطابق آیین‌نامه نظام نوین اداره بیمارستان‌ها، منتفع می‌شوند.

ماده ۱۲. شمول دستورالعمل به متخصصین پاراکلینیک

۱. در بخش‌های پاراکلینیک شهرستان‌های مشمول، ۱۰۰٪ بخش عملکردی این دستورالعمل (موضوع بند ۱.۲)، به متخصص/متخصصین پاراکلینیک مشمول این دستورالعمل پرداخت می‌گردد.

ماده ۱۳. نحوه محاسبه فرانشیز

۱. فرانشیز بیماران برای کلیه شهرستان‌های مشمول این دستورالعمل به صورت ۱ کا محاسبه می‌گردد و اخذ مابه‌التفاوت تشویقی از بیماران به هر شکل ممنوع می‌باشد.

ماده ۱۴. معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان

۱. عملکرد کمی و کیفی پزشکان مشمول این آیین‌نامه باید براساس معیارهای ذیل ارزیابی و در میزان پرداخت به پزشک تاثیر داده شود:

ردیف	معیارها	مبنای گزارش	امتیاز
۱	رضایت معاونت درمان دانشگاه از عملکرد پزشک	معاونت درمان/مدیر شبکه	تا ۳۰ امتیاز
۲	رضایت بیماران از پزشک براساس فرم استاندارد وزارت‌خانه (به صورت هر سه ماه‌یک‌بار)	بیماران بخش	تا ٤٠ امتیاز
۳	رضایتحوزه مدیریتی از عملکرد پزشک	رئیس بیمارستان	تا ۳۰ امتیاز
جمع کل			۱۰۰ امتیاز

۱.۱. در صورتی که پزشک مشمول عضو هیات علمی دانشگاه/دانشکده باشد، ردیف ۱ از معاونت درمان به معاونت آموزشی و پژوهشی تغییر می‌یابد.

۱.۲. معیارهای ذیل از اصلی‌ترین شاخص‌ها در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشکان می‌باشند.

۱.۲.۱. انجام به موقع ویزیت بیماران.

۱.۲.۲. تعین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن.

۱.۲.۳. حضور به موقع در اتاق عمل و در طی اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیمار.

۱.۲.۴. رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش های ویژه مخصوصاً بخش ICU.

۱.۲.۵. رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه.

۱.۲.۶. حضور فیزیکی در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری.

۱.۲.۷. تعداد انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز دانشگاه که به طور مکتوب به پزشک مربوطه از سوی معاونت درمان دانشگاه ابلاغ می‌گردد.

۱.۲.۸. کارکرد کمی پزشک در شاخص‌هایی مانند تعداد اعمال جراحی و سایر پروسیجرهای تخصصی و میزان ارجاع به سطوح بالاتر.

۱.۲.۹. کمیت و کیفیت فعالیت های آموزشی اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۰. میزان رضایت فراگیران از عملکرد اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۱. حضور درکمیته‌های بیمارستانی.

۱.۲.۱۲. مشارکت در نظام ارجاع بیماران در قالب برنامه پزشک خانواده شهرستانی و روستایی.

۱.۳. در صورتی که امتیاز ارزیابی پزشک، ۸۰ و بالاتر باشد، ۱۰۰٪ مبلغ پرداختی به پزشک براساس این آیین‌نامه، قابل پرداخت خواهد بود؛ در صورتی که امتیاز عملکردی ۶۰ تا ۷۹ باشد، ۸۰٪ مبلغ مذکور و در اعداد پایین تر از ۶۰، ۶۰٪ مبلغ مربوطه قابل پرداخت می‌باشد.

۲. برای کلیه پزشکان مشمولین این دستورالعمل حقوق و مزایا به صورت جداگانه پرداخت می‌گردد.

ماده ۱۵. نحوه برخورد با تخلف

۱. در صورتی که پزشکان مشمول این دستورالعمل، نسبت به دریافت هرگونه وجهی بیش از تعرفه مصوب و یا خارج از روال رسمی بیمارستان و دانشگاه اقدام و یا در قالب مطب و یا هر شکل دیگری به شکل انتفاعی طبابت نمایند، علاوه بر کسر کارانه پزشک مربوطه به مدت یک‌ماه و معرفی به مراجع ذیصلاح جهت برخورد قانونی، از شمول این دستورالعمل به طور دائم خارج می‌گردد.

ماده ۱۶. نحوه تخصیص اعتبار

۱. اعتبارات مرتبط با این دستورالعمل، براساس فهرست اعلامی معاونت درمان وزارت متبوع، به هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی حسب عملکرد مراکز مشمول، پرداخت می‌گردد.

۲. سقف اعتبار هر یک از دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی از محل اعتبارات این برنامه براساس معیارهای ذیل محاسبه شده و به دانشگاه/دانشکده اعلام می‌گردد:

۲.۱. تعداد پزشک متخصص مورد نیاز کارشناسی شده در شهرستان‌های مشمول برنامه.

۲.۲. تعداد تخت بیمارستانی فعال در شهرستان‌های مشمول دانشگاه با اعمال درجه محرومیت شهرستان

۲.۳. آموزشی یا درمانی بودن بیمارستان‌های مشمول دانشگاه/دانشکده.

۳. کنترل بخش عملکردی این دستورالعمل از طریق رسیدگی به اسناد بیماران توسط سازمان بیمه سلامت انجام می‌شود و گزارش مربوطه به دانشگاه و معاونت درمان وزارت متبوع، ارائه می‌گردد.

۴. دانشگاه مکلف است براساس گزارش عملکرد مربوطه، منابع را به هر یک از مراکز مشمول تخصیص دهد. تسویه حساب نهایی با هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط معاونت توسعه وزارت متبوع براساس گزارش‌های مذکور و منابع تخصیصی به طور ماهانه، صورت می‌گیرد.

ماده ۱۷. لغو موارد مغایر

۱. کلیه دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مغایر با این دستورالعمل و مرتبط با ماندگاری پزشکان لغو می‌گردد.

ماده ۱۸. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای این دستورالعمل در دانشگاه بر عهده رییس دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد. نظارت در سطوح وزارتی، قطب، دانشگاهی، شبکه بهداشت و درمان و سطح بیمارستان صورت می‌گیرد. دانشگاه‌های

علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی، نظارتی و جزئیات بسته حداقلی تعیین شده در این دستورالعمل را رعایت نمایند و بر نحوه ارزشیابی پزشک نظارت داشته باشند.

۱.۱. در صورتی که پزشکان طبق برنامه ابلاغی از سوی معاونت درمان دانشگاه، در شهرستان مشمول حضور نداشته باشند و یا میزان و نحوه پرداخت به پزشکان شاغل در این مناطق با چارجوب‌های این دستورالعمل مطابقت نداشته باشد،به ترتیب اقدامات ذیل صورت می‌گیرد:

۱.۱.۱. بار اول؛ اخطار مکتوب به رییس مرکز درمانی/آموزشی-درمانی و عدم پرداخت حق‌الزحمه ماندگاری به پزشکان متخلف.

۱.۱.۲. بار دوم؛ کسر ۵۰ ٪ کارانه رئیس و مدیر مرکز درمانی برای سه ماه.

۱.۱.۳. بار سوم؛ تصمیم‌گیری در مورد ادامه فعالیت ریاست مرکز در هیات رئیسه دانشگاه.

۱.۲. در صورت اخذ مکرر گز ارشات مبنی بر تخطی بیمارستان‌های تابعه یک دانشگاه از سوی معاونت درمان وزارت متبوع، گزارش مربوطه جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد شد.

این دستورالعمل در ۱۸ ماده در تاریخ --/--/۱۳۹۳ مورد تصویب ستاد هدفمندسازی یارانه قرار گرفته و جهت اجرا توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی از تاریخ --/--/ ۱۳۹۳، ابلاغ می‌گردد.

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرندهیضوابطومقرراتمربوطبهبرنامه‌ی "حضورپزشکانمتخصصمقیمدربیمارستان‌هایدانشگاهی" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این برنامه بهمنظوربهره‌مندی به هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا میشود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. ارائهبه‌موقعخدماتدرمانی

۲. پاسخگویی ۲۴ ساعتهمراکزدرمانی/آموزشی-درمانی

۳. تعیینتکلیفبیمارانتوسطمتخصصمربوطدربخشاورژانسدرحداقلزمانممکن

۴. انجامبهموقعویزیتبیماران،اعمالجراحیوپروسیجرهایاورژانسی

۵. افزایشرضایت‌مندیمردم

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. به منظور افزایش پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی/ آموزشی-درمانی و تضمین دریافت خدمات درمانی مناسب در هر ساعت شبانه روز و در همه نقاط کشور و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت، دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلفند در مراکز درمانی /آموزشی- درمانی تابعه، از پزشکان متخصص یا فوق‌تخصص /فلوشیپ به عنوان پزشک مقیم استفاده نمایند.

ماده ۵. تعهدات پزشک مقیم

۱. تعریف پزشک مقیم: پزشک مقیم به پزشک متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ گفته می‌شود که از ساعت ۲ بعدازظهر الی ۸صبحروز بعد در روزهای غیر تعطیل و ۲۴ ساعته در روزهای تعطیل، در مراکز درمانی/ آموزشی-درمانی زیرمجموعه دانشگاههای علوم پزشکی، حضور فیزیکی فعال در مرکز درمانی/آموزشی-درمانی داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران مرتبط با زمینه تخصصی خود را انجام خواهد داد.

۱.۱. ریاست مرکز و در مراکز آموزشی- درمانی رییس بخش مربوط موظف است برنامه پوشش ارایه خدمات تخصصی بیماران اورژانسی در ساعات اداری در تمامی روزهای غیر تعطیل هفته را تنظیم نماید.

۱.۲. حضور پزشک در خانه های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی شود.

ماده ۶. مشمولین دستورالعمل

۱. کلیه رشته‌های تخصصی/فوق تخصصی/ فلوشیپ‌های مورد نیاز مراکز بیمارستانی ، به پیشنهاد ریاست دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع ، مشمول این دستورالعمل، می گردند.

۱.۱. دستیاران فلوشیپ و فوقتخصصی در خارج از ساعات موظفی(شامل فعالیت در نوبت کاری صبح وکشیک موظفی)، با اعلام نیاز معاونت درمان و با صلاحدید معاونت آموزشی دانشگاه، به عنوان پزشک مقیم تخصصی مربوطه مشمول این دستورالعمل خواهند بود.

ماده ۷. مراکز مشمول

۱. مراکز درمانی/آموزشی- درمانی تحت پوشش وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشک ی با کمتر از ۶۴ تخت فعال از شمول این ایین نامه خارج می شوند.

۱.۱. مراکز درمانی/آموزشی- درمانی تک تخصصی کمتر از ۶۴ تخت فعال شامل این دستورالعمل میشوند.

۱.۲. در شرایط خاص در مراکز درمانی زیر ۶۴ تخت فعال که به تشخیص دانشگاه حضور پزشک مقیم الزامی است این موارد با درخواست دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع مشمول ایین نامه می گردد.

۲. کلیه مراکز درمانی/ آموزشی- درمانی جنرال ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال ضروری است دارای یک پزشک مقیم از یکی از رشتههای تخصصی داخلی ، جراحی عمومی و یا طب اورژانس باشند.

۳. کلیه مراکز درمانی/ آموزشی- درمانی جنرال با بیش از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال، ضروری است دارای دو تا چهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند.

۴. کلیه مراکز درمانی/ آموزشی- درمانی جنرال با بیش از ۲۵۶ تخت فعال، ضروری است دارای چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند.

۴.۱. تخت فعال، تختی است که حداقل به مدت ۲۴ ساعت امکان بستری دارد و بر این اساس تختهای دیالیز، اتاق عمل، اتاق زایمان ، اورژانس تخت فعال محسوب نمی شود. ولی بخش اورژانس که در آن بیماران بمدت حداقل ۲۴ ساعت بستری می شوند، تخت فعال به حساب می آید.

۵. دانشگاه در انتخاب رشته های تخصصی و تعداد متخصصین مورد نیاز بیمارستان باید براساس بخشهای موجود و بیمار پذیری بیمارستان عمل نماید.

۵.۱. در مراکزی که حداقل ۳ متخصص طب اورژانس حضور دارند. حضور متخصصین طب اورژانس مقیم ضروری است.

۶. مراکز تک تخصصی زنان می بایست دارای ۳ پزشک مقیم با تخصصهای زنان ، بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق تخصص نوزادان باشند.

۷. در سایر مراکز تک تخصصی جراحی دو نفر پزشک متخصص شامل یکنفر متخصص جراح مربوط و یک متخصص بیهوشی مقیم ضروری است.

۸. در مراکز تک تخصصی غیر جراحی یکنفر متخصص همان رشته مقیم ضروری است.

۹. مراکز تروما می‌بایست دارای پزشک مقیم متخصص اورتوپدی باشند.

۱۰. مراکز ترومای اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی، می‌بایست علاوه بر تعداد پزشکان مندرج در بندهای ۲ و ۳ و ۴ و پزشک مقیم متخصص ارتوپدی، به‌طور همزمان، دارای پزشک مقیم فوق تخصص جراحی عروق و متخصص جراحی مغز و اعصاب نیز باشند.

۱۰.۱. در صورت عدم حضورفوق تخصص عروق در استان، دانشگاه مکلف است زنجیره ارجاع بیماران اورژانس مرتبط را با مرکز قطب تعریف و ابلاغ نماید.

۱۱. در مورد پزشکان مقیم بخشهای مراقبت ویژه (ICU ,NICU) مطابق دستورالعمل مربوطه عمل خواهد شد و پرداخت حق الزحمه این پزشکان همچنان از محل پیش بینی شده آیین نامه مربوطه خواهد بود.

۱۱.۱. متخصصین بیهوشی مقیم بخشهای مراقبت ویژه نمی توانند به صورت مقیم بیهوشی مرکز در همان شیفت بکار گیری شوند.

۱۲. در بخشهای مراقبتهای ویژه قلبی (CCU) مراکز درمانی /آموزشی درمانی ریفرال قلب وعروق حضور متخصص قلب مقیم الزامی است .

۱۲.۱. مراکز ریفرال قلب و عروق دانشگاهها با اعلام دانشگاه و تایید معاونت درمان وزارت متبوع تعیین می گردد.

۱۳. پزشک مشمول می‌بایست در قالب قرارداد نسبت به رعایت مفاد این بسته متعهد گردد.

ماده ۸. الزامات برنامه

۱. حداکثر تعداد نوبت کاری پزشک مقیم در هر ماه، معادل ۱۵ شبانهروز غیرمتوالی می‌باشد.

۱.۱. تنها در بیمارستانهای مشمولی که امکان اجرای این ماده وجود نداشته باشد، با موافقت معاونت درمان دانشگاه و رضایت پزشک مربوطه ، این تعداد نوبت کاری قابل افزایش است.

۲. دانشگاه درمانی/ آموزشی-درمانی موظف است جهت پوشش کامل مقیمی مراکز، با اولویت پزشکان تمام وقت جغرافیایی اقدام نماید.

۲.۱. در صورتی که در هر یک ازبیمارستانهای مشمول برنامه امکان پوشش مقیمی توسط پزشکان آن مرکز وجود نداشت، دانشگاه مکلف است از پزشکان سایر مراکز و یا پزشکان آزاد با عقد قرارداد استفاده نماید.

۲.۲. تعیین پزشک مسئول پیگیری بیماران بستری شده در طی زمان مقیمی، برعهده ریاست بخش است.

۲.۳. رئیس مرکز درمانی/آموزشی درمانی موظف است شرایط پذیرش و پیگیری بیماران درمان شده در طی زمان مقیمی را فراهم نماید.

۲.۳.۱.۱. رئیس مرکز درمانی/آموزشی –درمانی موظف است فضا و امکانات رفاهی مناسب جهت اقامت پزشک مقیم را فراهم نماید.

ماده ۹. حق‌الزحمه مقیمی

۱. حق‌الزحمه پزشک مقیم بطور متوسط به ازای هر شب مقیمی، ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳ می باشد. در سالهای بعد رقم حق الزحمه از سوی وزارت بهداشت در ابتدای هر سال اعلام می گردد.

۱.۱. دانشگاه علوم پزشکی با نظر ریاست مرکز می تواند با در نظر گرفتن نیاز و درجه محرومیت منطقه ، نوع تخصص و میزان کارکرد پزشک ، حق‌الزحمه مقیمی را تا ۵۰٪ کاهش و یا تا ۵۰ ٪ افزایش دهد.

۱.۲. به حق‌الزحمه پزشک مقیم در روزهای تعطیل معادل یک سوم مبالغ روزهای غیر تعطیل اضافه می گردد.

۱.۳. حق‌الزحمه مقیمی علاوه بر حقوق و مزایا وکارانه پزشک می‌باشد.

۱.۴. در صورت تقسیم پوشش شیفت مقیمی توسط چند نفر، پرداخت به تناسب میزان حضور از ساعات شیفت کامل پرداخت گردد.

۱.۵. پرداخت حق الزحمه مقیمی به ازای نوبت های کاری مقیمی صورت می گیرد و در صورتی که ساعات مقیمی جزء ساعات موظفی پزشک مربوطه (۴۴ ساعت در هفته جهت پزشکان درمانی و اعضا هیات علمی تمام وقت و ۵۴ ساعت در هفته جهت اعضا هیات علمی تمام وقت جغرافیایی) باشد، حق الزحمه مقیمی پرداخت نمی گردد.

۱.۶. در بخشهایی که دارای پزشک مقیم می‌باشند، پرداخت همزمان هرگونه وجهی تحت عنوان حقالزحمه آنکالی، به پزشکان شاغل در آن رشته، ممنوع میباشد.

۲. در صورتی که امتیاز ارزیابی عملکرد پزشک مقیم براساس فصل ۷این آیین نامه، ۸۰ و بالاتر باشد، ۱۰۰٪ حق‌الزحمه مربوطه قابل پرداخت است؛ در صورتی که امتیاز عملکردی ۶۰ تا ۷۹ باشد، ۸۰٪ حق‌الزحمه مذکور و درامتیاز پایین تر از ۶۰، ۶۰٪ حق‌الزحمه مربوطه قابل پرداخت است.

۳. دانشگاه مکلف است در پایان هر ماه حق الزحمه پزشکان مقیم را همزمان با پرداخت حقوق کارکنان پرداخت نماید.

ماده ۱۰. الزامات همکاری پزشک مقیم

۱. کلیه پزشکان مقیم مکلف به رعایت مصوبات و پروتکلهای مصوب «کمیته تعیین تکلیف بیماران» از جمله رعایت اندیکاسیونهای بستری بیماران در بخشهای مراقبت‌های ویژه، ویزیت به موقع و تعیین تکلیف

بیماران اورژانسی در کمترین زمان ممکن، انجام به موقع اعمال اورژانسی و در نهایت همکاری با «مدیر تختهای بستری یا Bed Manager» خواهند بود و بیماران بستری تحت نظر اورژانس بدون ویزیت متخصص مربوط مقیم ترخیص نگردند.

۲. در صورت تشخیص ستاد هدایت دانشگاه و قطب در موارد بحرانی پزشک مقیم برای انجام خدمات درمانی اورژانس به سایر بیمارستانهای دانشگاه اعزام خواهد شد.

ماده ۱۱. معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان مقیم

۱. دانشگاه موظف است بر اساس جدول ذیل ارزیابی عملکرد پزشکان متخصص مقیم را انجام دهد.

ردیف	معیارها	مبنای گزارش	امتیاز
۱	رضایت از عملکرد پزشک مقیم	معاون درمان	تا۳۰ امتیاز
۲	رضایت از عملکرد پزشک مقیم	رئیسبخش	تا ۳۰ امتیاز
۴	رضایتاز عملکرد پزشک مقیم	رئیس بیمارستان	تا ٤٠ امتیاز
جمع کل			۱۰۰ امتیاز

۱. در شهرستانهای غیر از شهرهایی که در آن دانشگاه استقرار دارد امتیاز مربوط معاون درمان توسط رئیس شبکه تعیین می گردد.

۲. معیارهای ذیل از اصلی ترین شاخص‌ها در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشکان مقیم می‌باشند:

۲.۱. انجام به موقع ویزیت بیماران

۲.۲. تعین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن

۲.۳. کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشک

۲.۴. حضور به موقع در اتاق عمل و انجام کلیه اعمال جراحی با حضور متخصص مقیم و با مشارکت فعال در طول مدت عمل در بیمارستانهای آموزشی- درمانی

۲.۵. رعایت اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش های مراقبت‌های ویژه علی‌الخصوص بخش ICU.

۲.۶. رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه.

۲.۷. مشارکت درفعالیت های آموزشی اعضای هیات علمی در ساعات مقیمی.

۲.۸. مشارکت درنظام ارجاع پزشک خانواده شهری وروستایی.

۲.۹. حضور فیزیکی منظم در ساعات مقیمی مربوطه.

۲.۱۰. رعایت اخلاق حرفه ای و شئونات اسلامی.

ماده ۱۲. تامین اعتبار

۱. منابع مورد نیاز برای تامین اعتبار حقالزحمه مقیمی، از محل اعتبارات این برنامه در قالب تفاهم‌نامه و براساس عملکرد دانشگاه علوم پزشکی پرداخت می‌گردد. در ابتدای اجرای طرح، ریاست دانشگاه موظف است لیست رشته ها و تعداد پزشکان هر مرکز را به تفکیک به معاونت درمان وزارت متبوع ارسال نماید. اعتبارات مذکور براساس لیست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به صورت ۳ ماهه پیش پرداخت می گردد.در پایان هر دوره سه ماهه، عملکرد ارسالی دانشگاه توسط معاونت درمان وزارت بهداشت بررسی شده و در تخصیص بعدی اعمال می گردد.

۱.۱. سقف اعتبار این طرح برای هر یک از دانشگاهها بر اساس شاخص تعداد پزشکان مقیم مورد انتظار دانشگاه برای بیمارستانهای دانشگاه خواهد بود.

۱.۲. هرگونه هزینه کرد اعتبارات مذکور در مواردی غیر از حق‌الزحمه مقیمی ممنوع می‌باشد.

ماده ۱۳. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای این دستورالعمل بر عهده رییس دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد. دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این دستورالعمل را رعایت نمایند و بر نحوه ارزشیابی پزشک مقیم نظارت مستمر داشته باشند.

۱.۱. در صورتی که پزشک مقیم در نوبت کاری مقیمی خود، بدون هماهنگی قبلی و تعیین جایگزین مناسب، در مرکز حضور پیدا نکند، در نوبت اول اخطار کتبی با درج در پرونده به پزشک توسط رئیس مرکز داده خواهد شد، رونوشت این اخطار به معاونت درمان /آموزش دانشگاه ارسال می گردد و معادل حق الزحمه ۱ شیفت علاوه بر شیفت مذکورمقیمی از دریافتی پزشک مربوطه کسر می گردد. در صورت تکرار، علاوه بر اخطار ، معادل حق الزحمه ۳ شیفت مقیمی از دریافتی پزشک مربوطه کسر می گردد.در صورت تکرار برای مرتبه سوم، پزشک مذکور به هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان / هیات انتظامی اعضای هیات علمی دانشگاه هاو موسسات آموزشی عالی کشور معرفی می گردد و قرارداد با پزشک لغو می شود.

۱.۲. در صورتی که پزشک مقیم طبق برنامه ابلاغی، در زمان مقیمی، در مرکز حضور نداشته باشد، در صورت عدم رسیدگی و اعمال مقررات از سوی ریاست مرکز؛به ترتیب اقدامات ذیل در خصوص مرکز درمانی/آموزشی- درمانی توسط معاونت درمان دانشگاه صورت می‌گیرد:

۱.۲.۱. بار اول؛تذکر مکتوب به رییس مرکز درمانی/آموزشی-درمانی.

۱.۲.۲. بار دوم؛ عدم پرداخت حق‌الزحمه مقیمی به بیمارستان مربوطه از سوی دانشگاه برای یک ماه و الزام مرکز مربوطه به پرداخت حق الزحمه مقیمی به پزشکانی که چارچوب دستورالعمل را مراعات مینمایند، از محل سایر اعتبارات مرکز و کسر ۵۰ ٪ دریافت غیر مستمر رئیس مرکز درمانی برای سه ماه.

۱.۲.۳. بار سوم؛ تصمیم گیری در مورد ادامه فعالیت ریاست مرکز در هیات رئیسه دانشگاه.

۲. **در صورت وجود گز ارشات مکرر عدم حضور پزشک ان مقیم در مراکز درمانی/آموزشی-درمانی تابعه دانشگاه، معاونت درمان وزارت متبوع گزارش مربوطه را جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد نمود.**

۳. **در صورت عدم انجام وظایف محوله و عدم رعایت الزامات، پزشک مربوطه مشمول بند ۱.۱ این ماده خواهد بود.**

ماده ۱۴. لغومواردمغایر

۱. **با اجرای این دستورالعمل تمامی دستورالعملهای پیشین ابلاغی وزارت متبوع در این خصوص ملغی اعلام می گردد.**

این دستورالعمل در ۱٤ ماده در تاریخ --/--/ ۱۳۹۲ با امضاء وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی لازم اجرا می‌باشد.

ماده ۱. کلیات

۲. ایندستورالعملدربرگیرنده‌یضوابطومقراتمربوطبهبرنامه‌ی "بیمارستان‌هایوابستهبهوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکی" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این دستورالعمل بهمنظورحداکثراستفادهازامکاناتآموزشیودرمانیدانشگاه/دانشکدههایعلومپزشکیافزایشانگیزهارائه‌دهندگانخدمات،ارتقایکیفیتویزیت،ماندگاریپزشکاندربخشدولتی،حفظاعضاءهیاتعلمیتماموقتجغرافیاییدرجهتافزایشرضایتمندیبیماران،اجرایی میشود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. افزایشانگیزهارائه‌دهندگانخدماتوماندگاریپزشکاندربخشدولتی

۲. حفظوافزایشتعداداعضایهیاتعلمیتماموقتجغرافیاییدردانشگاههایعلومپزشکی

۳. افزایشدسترسیبهاعضایهیاتعلمیتماموقتجغرافیاییدرساعاتغیراداری

۴. استانداردسازیوارتقایکیفیتدرارائهخدمتویزیتسرپایی

۵. افزایشرضایتبیمارانمراجعهکننده

۶. تغییررفتارپزشکانوایجادتمایلبهسمتفعالیتدرکلینیکهایویژهوبالطبعکاهشاستفادهغیرضروریازاقداماتپاراکلینیکوکاهشبستریهاواعمالجراحیغیرضروریباتقویتوافزایشسهمویزیتسرپاییدردرآمدپزشکانخصوصاًبرایمتخصصینرشتههایمختلفجراحی.

۷. بهبودفرآیندهایآموزشیازطریقافزایشکیفیتوزمانویزیتسرپایی

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. پزشکان غیر هیئت علمی شاغل در واحدهای تابعه دانشگاه های علوم پزشکی که فاقد هرگونه کارانتفاعی پزشکی در مراکزتشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه پزشکی باشند.

۲. اعضا هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی دانشگاه های علوم پزشکی

۲.۱. تبصره: اشتغال پزشکان در مطب خصوصی موجب خروج از این طرح خواهد شد.

۳. واحدهای تابعه: کلینیک های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک‌های بیمارستان های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نوبت‌های صبح و عصر

ماده ۵. مابه‌التفاوت قابل پرداخت

۱. مابه‌التفاوت قابل پرداخت به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه در صورت رعایت استانداردهای مربوطه:

شرح خدمت	قیمت تمام شده	تعرفه مصوب	مابه التفاوت پرداختی به ازای هر ویزیت
دکتری MD و دکتری MD-PHD	۱۰۵,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰
دکتری MD دارای تخصص	۱۹٤,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۹٤,۰۰۰
دکتری MD دارای تخصص روانپزشکی	۲٤۳,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۲۳,۰۰۰
دکتری MD دارای تخصص و فلوشیپ	۲۰۹,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰
دکتری MD دارای فوق تخصص	۲۷۹,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۵۹,۰۰۰
دکتری MD دارای فوق تخصص روانپزشکی	۳۳۲,۰۰۰	۱٤٤,۰۰۰	۱۸۸,۰۰۰

۱.۱. درخصوص ویزیت اعضای هیات علمی تمام وقت جعرافیایی «سهم پرداختی سازمان های بیمه‌گر برای ویزیت استادان، دانشیاران و استادیاران هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (مشروط به ویزیت مستقیم بیمار) براساس درجه علمی آنان به ترتیب معادل (۱.۶) برابر، (۱.۴۵) برابر و (۱.۳۵) برابر نسبت به سهم آنان تعیین می‌گردد» کمافی‌السابق باقی می‌ماند و پرداخت مابه‌التفاوت دراین تفاهم‌نامه علاوه بر بند مذکور بوده و مطابق جدول زیر قابل محاسبه می‌باشد.

ویزیت	استادیار		دانشیار		استاد	
متخصص	سهم سازمان	۱۸۹,۰۰۰	سهم سازمان	۱۹٦,۰۰۰	سهم سازمان	۲۰٦,۰۰۰
	سهم بیمه شده	۳۰,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۰,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۰,۰۰۰
	جمع کل	۲۱۹,۰۰۰	جمع کل	۲۲۵,۵۰۰	جمع کل	۲۳٦,۰۰۰
فلوشیپ	سهم سازمان	۲۰۳,۰۰۰	سهم سازمان	۲۱۱,۰۰۰	سهم سازمان	۲۲۲,۰۰۰
	سهم بیمه شده	۳۳,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۳,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳۳,۰۰۰
	جمع کل	۲۳٦,۰۰۰	جمع کل	۲٤۳,۳۰۰	جمع کل	۲۵٤,۸۰۰
متخصص روانپزشکی	سهم سازمان	۲۳٦,۰۰۰	سهم سازمان	۲٤۵,۰۰۰	سهم سازمان	۲۵۷,۰۰۰
	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰
	جمع کل	۲۷۲,۰۰۰	جمع کل	۲۸۰,۸۰۰	جمع کل	۲۹۳,٤۰۰
فوق تخصص	سهم سازمان	۲۷۲,۰۰۰	سهم سازمان	۲۸۱,۰۰۰	سهم سازمان	۲۹۳,۰۰۰
	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰	سهم بیمه شده	۳٦,۰۰۰
	جمع کل	۳۰۸,۰۰۰	جمع کل	۳۱٦,۸۰۰	جمع کل	۳۲۹,٤۰۰
فوق تخصص	سهم سازمان	۳۲٤,۰۰۰	سهم سازمان	۳۳٤,۰۰۰	سهم سازمان	۳٤۹,۰۰۰
	سهم بیمه شده	٤۳,۰۰۰	سهم بیمه شده	٤۳,۰۰۰	سهم بیمه شده	٤۳,۰۰۰

روانپزشکی	جمع کل	۳۶۷,۰۰۰	جمع کل	۳۷۷,۴۰۰	جمع کل	۳۹۲,۵۰۰	

۱.۲. ویزیت بیمار با توجه به حق الزحمه یکسان صبح و عصر و استاندارد های کیفیت ویزیت باید به صورت مستقیم توسط پزشک مشمول طرح انجام گیرد. بدیهی است حضور فراگیران جهت آموزش با رعایت استانداردهای آموزشی و اخلاق حرفه ای بلامانع است . ویزیت بیمار توسط دستیاران بدون حضور هم زمان پزشک عضو هیات علمی مشمول دریافت مابه التفاوت نخواهد شد.

۱.۳. هیچ گروهی از فراگیران (دستیار تخصصی، فلوشیپ، دستیار فوق تخصصی و...)مشمول دریافت مابه‌التفاوت ویزیت نمی شوند. بدیهی است، حق الزحمه دستیاران فلوشیپ و فوق تخصص براساس روند متداول (تعرفه مصوب) محاسبه و قابل پرداخت می باشد.

۱.۴. در خصوص بیماران آزاد (بدون بیمه) ملاک تعرفه مصوب بوده و از آنان مبلغ مابه التفاوت اخذ نخواهد شد.

۱.۵. صرفا" ویزیتی که توسط مشمولین طرح در داخل فضای فیزیکی کلینیک سرپایی با رعایت استاندارد ها ارائه شود مشمول پرداخت ما به التفاوت خواهد شد. برگ های بیمه ای که خارج از کلینیک ویژه جدا می شود، مشمول طرح نمی باشد.

ماده ۶. نحوه گردش مالی

۱. منابع مورد نیاز برای تامین اعتبار ارتقای کیفیت ویزیت از محل اعتبارات این برنامه در قالب تفاهم نامه و بر اساس عملکرد دانشگاه پرداخت می گردد. در ابتدای اجرای طرح بر اساس فهرست معاونت درمان وزارت اعتبارات مذکور به دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت سه ماهه پیش پرداخت می‌گردد.

۱.۱. سقف اعتبارات این طرح برای هر یک از دانشگاه ها بر اساس شاخص تعداد پزشکان تمام وقت جغرافیایی درمانی و هیئت علمی تعیین می شود.

۲. معاونت توسعه وزارت متبوع در پایان هر دوره براساس گزارش ارسالی سازمان بیمه سلامت نسبت به تسویه حساب قطعی با هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام می‌نماید و یک نسخه از سند نهایی را برای تنظیم تخصیص های آتی در اختیار معاونت درمان قرار می دهد.

۳. مراکز مشمول مکلفند کلیه اسناد مرتبط با ویزیت سازمان های بیمه گر پایه را حداکثر تا دهم هر ماه تحویل سازمان بیمه سلامت ایران دهند.

۴. بر اساس تفاهم نامه ای که با سازمان بیمه سلامت منعقد می‌گردد آن سازمان مکلف است حداکثر ظرف ده روز به اسناد ارسالی از مراکز مشمول طرح رسیدگی نموده و گزارش عملکرد را به دانشگاه ارائه نماید.

۵. دانشگاه حداکثر تا بیست و پنجم هر ماه نسبت به تسویه قطعی ماه قبل با مراکز مشمول طرح اقدام می نماید.

۶. مراکز مشمول مکلفند حداکثر تا پایان هر ماه نسبت به پرداخت کل حق‌الزحمه ویزیت ماه قبل پزشکان مشمول طرح اقدام و گزارش مربوطه را به دانشگاه ارسال نماید.

۶.۱. درصد سهم پرداختی به پزشکان مشمول طرح ۷۰ ٪ تا ۸۰٪ کل حق الزحمه ویزیت قیمت تمام شده می باشد و مابقی صرف پرداخت کارانه به کارکنان غیر پزشک شاغل در کلینیک، هزینه های جاری و نگهداشت کلینیک و سایر هزینه های آن خواهد شد. بخشی از هزینه های کلینیک های ویژه از محل درآمد های پارا کلینیک آن کلینیک‌ها تامین خواهد شد.

ماده ۷. استانداردهای ارائه خدمت ویزیت

۱. دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مکلفند نسبت به توسعه یا ایجاد کلینیکهای ویژه داخل و یا خارج بیمارستانی و دانشگاهی متناسب با تعداد و نیاز بیماران تحت پوشش دانشگاه و بر اساس استاندارد های فضای فیزیکی و تجهیزاتی کلینیک ویژه معاونت درمان اقدام نمایند. پیشنهاد میشود برای بهره مندی بیماران از خدمات پاراکلینیک با تعرفه دولتی ، این کلینیکها واجد خدمات پاراکلینیک مورد نیاز باشند.

۲. استانداردهای ارائه خدمت ویزیت که پرداخت مابه التفاوت منوط به رعایت آن ها می‌باشد به شرح ذیل است:

۲.۱. استاندارد زمان ویزیت: حداکثر تعداد ویزیت در سال اول اجرای برنامه با توجه به بار بالای مراجعین در مراکز دولتی و ظرفیت محدود کلینیک ویژه موجود برای کلیه مشمولین ۸بیمار در هر ساعت و برای گروه روانپزشکی ۶ بیمار در ساعت می باشد. پرداخت ما به التفاوت قیمت تمام شده منوط به رعایت این سقف می باشد.کلیه مراکز تابعه دانشگاه موظفند سیستم نوبت دهی خود را را بر اساس سقف مورد اشاره تنظیم و بر رعایت زمان ویزیت نظارت نمایند.

۲.۲. ارتباط بین پزشک و بیمار براساس منشور حقوق گیرندگان خدمت واصول ایمنی بیمار خواهد بود.

۲.۳. رعایت استانداردهای ویزیت از جمله ثبت دقیق شرح حال و معاینه فیزیکی، یافته های پاراکلینیکی، برنامه درمان و داروهای تجویزی ضروری است.

ماده ۸. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. واحدهای مجری موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این برنامه و ابلاغی وزارت بهداشت را رعایت نمایند.

۲. پایش و نظارت در ۴ سطح وزارت، دانشگاه قطب، دانشگاه و بیمارستان انجام خواهد شد.

۳. بین دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و پزشکان مشمول طرح قراردادی که نمونه آن به پیوست ارسال می شود تنظیم و امضا خواهد شد(پیوست شماره ۱). بدیهی است که عدم امضای این قرارداد پزشک را از شمول برنامه خارج خواهد نمود.

۴. در صورت عدم رعایت این دستورالعمل و مفاد قرارداد توسط ارائه دهنده خدمت علیرغم اخطار مکتوب قبلی، قرارداد یک طرفه از سوی واحد مربوطه لغو گردیده و مبالغ دریافتی به وی در طول ایام فعالیت انتفاعی باز پس گرفته و اقدام قانونی متناسب انجام می شود.

۵. کنترل حضور به موقع پزشکان کلینیک های ویژه مشمول طرح برعهده رئیس واحد می باشد.

۶. **در صورت عدم رعایت استانداردها و الزامات قانونی واین دستورالعمل به صورت مکرر در مراکز ارائه‌کننده، رییس دانشگاه مکلف است به ترتیب اقدامات زیر را انجام دهد.**

۶.۱. **بار اول: اخطار کتبی حسب مورد به رئیس مرکز**

۶.۲. **بار دوم: کسر ۵۰٪ از مزایای غیر مستمر رئیس مرکز برای سه ماه**

۶.۳. **بار سوم: خروج مرکز به مدت سه ماه از شمول پرداخت جبران مابه التفاوت ویزیت پزشکان و تصمیم گیری رئیس دانشگاه در خصوص مدیریت مرکز مربوطه**

۷. **در صورت عدم رعایت تکالیف نظارتی بند ۶ این دستور العمل توسط دانشگاه، وزارت متبوع تصمیم گیری مدیریتی جهت رفع مشکل در آن دانشگاه را به عمل خواهد آورد.**

این دستورالعمل در ۸ مادهدر تاریخ --/--/۱۳۹۳ با امضای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ و از تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ در تمام مراکز مشمول دستورالعمل لازم اجرا می‌باشد

د

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرنده‌یضوابطومقرراتمربوطبهبرنامه‌ی "دستورالعملبرنامهارتقایکیفیتهتلینگدربیمارستان‌هایتحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکی" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. ایندستورالعملدرراستایبرنامه‌هایتحولنظامسلامتوباهدفیکپارچهسازیکمیوکیفیخدماتهتلینگواستانداردسازیآنهابراساسنیازهاوانتظاراتخدمتگیرندگان،اجرایی میشود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. رتبه‌بندیکیفیتخدماتهتلینگبیمارستان‌هایتحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکی
۲. ارتقایکیفیتخدماتهتلینگدرهمه‌یبیمارستان‌هایتحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکیوکسبحداقلرتبهاستاندارد(سهستاره)
۳. ایجادتعریفیواحدازکیفیتخدماتهتلینگبیمارستانی
۴. پاسخگوییبهانتظاراتبیمارانباخدماتهتلینگبیمارستان¬ها
۵. نظارت،ارزیابیوپایشمستمرکیفیتخدماتهتلینگبیمارستانی
۶. ایجادفضایرقابتیدربهبودخدماتهتلینگدربیمارستان¬هایتحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکی
۷. افزایشرضایتمندیبیمارانوهمراهان

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. همه‌ی بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه میباشد .

ماده ۵. ارکان

۱. ارکان تصمیم گیری و اجرای این دستورالعمل عبارتند از:
۲. ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت
۳. دبیرخانه ستادکشوریاجراییبرنامهتحولنظامسلامت
۴. ستاد اجرایی تحول نظام سلامت دانشگاه
۵. ستاد اجرایی بیمارستان

۶. تیم ارزیاب

۷. اعضا و شرح وظایف ستادهای اجرایی در پیوست نظام اجرایی برنامه آمده است.

۷.۱. تبصره : تیم ارزیاب حداقل باید شامل افراد زیر باشد که بجز مسوول تیم از دانشگاه قطب انتخاب میشوند:

۸. نماینده ستاد اجرایی کشوری (مسوول تیم ارزیابی)

۹. کارشناس مالی

۱۰. کارشناس تجهیزات پزشکی

۱۱. کارشناس فنی و عمرانی

۱۲. کارشناس تغذیه

۱۳. کارشناس منابع انسانی

۱۴. کارشناس پرستاری

۱۵. کارشناس بهداشت محیط

۱۶. نماینده شورای شهر

ماده ۶. نحوه‌ی ارزیابی و رتبه بندی

۱. بیمارستان‌های تحتپوششوزارتبهداشت،درمانوآموزشپزشکیبا توجه به میزان رعایت الزامات مربوط به هر محور، در سه رتبه‌ی: ۳ ستاره، ۴ستاره، و ۵ ستاره، رتبه بندی می‌شوند. به گونه ای که بیمارستان ۳ ستاره، بیمارستانی خواهد بود که حداقلِ استاندارد ها و شرایط لازم تعریف شده برای ارائه خدمات قابل قبول به خدمت گیرندگان را در حوزه خدمات هتلینگ، دارا است.

۲. در طول ۶ ماهه اول طرح، استراتژی ارتقاء سطح خدمات هتلینگ به صورت حمایتی خواهد بود تا کلیه بیمارستانها حداقل به سطح ۳ ستاره ارتقا یابند.

۳. حداکثر ظرف مدت یکماه از ابلاغ این دستورالعمل، نیاز هر بیمارستان و برآورد هزینه‌های بهبود وضع موجود برای رسیدن به استاندارد رتبه۳، توسط تیم ارزیاب به ستاد اجرایی دانشگاه اعلام می شود.

۴. ستاد اجرایی دانشگاه برنامه ارتقا و اعتبار مورد نیاز را برای تصویب نهایی به دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت ارایه می‌کند.

۵. دبیرخانه ستاد کشوری ضمن بررسی و جمع بندی گزارشات دانشگاهها با در نظر گرفتن منابع مالی برنامه نسبت به تخصیص اعتبار اقدام می‌کند.

ماده ۷. اولویت اجرا

۱. بیمارستان مکلف است حداکثر ظرف مدت ۴ ماه از دریافت اعتبار موضوع این دستورالعمل، شرایط لازم را برای اخذ رتبه ۳ ستاره کسب کند. تغییرات هتلینگ صرفا در زمینه بهبود شرایط مراقبت از بیمار شامل موارد زیر از محل این طرح قابل پرداخت خواهد بود.

۱.۱. تعداد و کیفیت تخت های بستری

۱.۲. میز غذای بیمار

۱.۳. پایه سرم

۱.۴. کیفیت تشک، پتو، ملحفه، بالش والبسه بیمار

۱.۵. تعداد و محل قرارگیری ویلچر و برانکارد انتقال بیمار در بیمارستان

۱.۶. تجهیزات مربوط به تخت

۱.۷. کیفیت و تنوع غذای بیمار

۱.۸. پرده و پاراوان و انواع جداکننده ها

۱.۹. فضای فیزیکی اتاق و انتظار بیمار وتسهیلات مربوط به همراه بیمار

۱.۱۰. نیروی انسانی مراقبت بیمار

۱.۱۱. سیستم سرمایش و گرمایش فضای بستری و اورژانس

۱.۱۲. سرویس های بهداشتی و حمام

۱.۱۳. سیستم احضار پرستار

ماده ۸. ارزیابی

۱. ارزیابی پیشرفت کار دوماه پس از ابلاغ اعتبارتوسط تیم ارزیاب صورت میگیرد و در پایان ماه چهارم، ارزیابی نهایی و رتبه بندی انجام خواهد شد.

ماده ۹. اعطای گواهینامه

۱. گواهینامه‌ی رتبه‌ی هتلینگ هر بیمارستان(به تفکیک بخش‌ها) براساس گزارش نهایی تیم ارزیاب، توسط دبیرخانه ستاد کشوری برنامه، با اعتبار یکساله صادر می‌شود.

ماده ۱۰. مکانیسم پرداخت:

۱. فاز ۱:

۱.۱. پس از مشخص شدن نیازهای بیمارستان، بودجه مورد نیاز در ستاد کشوری اجرای برنامه مشخص و ۵۰٪ آن به حساب ویژه مربوط به این طرح نزد دانشگاه مربوط واریز خواهد شد.

۱.۲. پرداخت های بعدی دانشگاه‌ها بر اساس میزان پیشرفت و گزارش تیم ارزیاب با تایید ستاد اجرایی کشوری انجام خواهد شد.

۲. فاز ۲:

۲.۱. پس از پایان طرح حمایتی، وزارت بهداشت، بخش‌های مختلف بیمارستانهای دانشگاهی را مطابق با دستورالعمل ابلاغی ارزیابی و ستاره‌بندی می‌نماید این ستاره‌بندی ملاک پرداخت پس از طرح حمایتی خواهد بود (براساس جداول ذیل). بیمارستانهای مشمول تا ۱۵ روز پس از پایان هرماه، نسبت به ارایه اسناد بستری به سازمانهای بیمه پایه اقدام می‌کنند و رونوشت آن را دانشگاه برای دریافت وجه به دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه ارسال می کند. د
دبیرخانهستادکشوریاجراینسبت به تخصیص اعتبار به دانشگاه اقدام میکند و در پایان هر سه ماه با توجه به گزارش تجمیعی سازمان بیمه سلامت ایران، تسویه حساب نهایی صورت خواهد گرفت.

جدول مابه التفاوت قابل پرداخت در بخش های۳ستاره

نوع تخت	یک تختی	دوتختی	سه تختی وبیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش CCU Post	تخت بخش C.C.U و RICU.N.I.C.U	تخت بخش جنرال، PICU I.C.U	تخت بخش BICU
یک	۳۰۰,۰۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۵۳۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۲۷۳,۰۰۰	۳۴۸,۰۰۰	۶۹۶,۰۰۰	۷۶۶,۰۰۰
دو	۲۴۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰	۷۲,۰۰۰	۹۶,۰۰۰	۴۲۴,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۲۱۹,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	۵۵۷,۰۰۰	۶۱۲,۰۰۰
سه	۱۸۰,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۳۳,۰۰۰	۵۴,۰۰۰	۷۲,۰۰۰	۳۱۸,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۶۴,۰۰۰	۲۰۹,۰۰۰	۴۱۷,۰۰۰	۴۶۰,۰۰۰
چهار	۱۲۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۳۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۲۱۲,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰	۱۳۹,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	۳۰۶,۰۰۰

جدول مابه التفاوت قابل پرداخت در بخش های ۴ ستاره

نوع تخت	یک تختی	دوتختی	سه تختی وبیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش Post CCU	تخت بخش C.C.U و N.I.C.U،	تخت بخش جنرال، I.C.U Ped ICU	تخت بخش BICU
یک	۵۶۵,۰۰۰	۴۲۴,۰۰۰	۲۸۲,۵۰۰	۱۰۵,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۲۲۶,۰۰۰	۹۹۷,۰۰۰	۲۸۳,۰۰۰	۵۱۴,۰۰۰	۶۵۵,۰۰۰	۱,۳۱۱,۰۰۰	۱,۴۴۲,۰۰۰
دو	۴۵۲,۰۰۰	۳۳۹,۰۰۰	۲۲۶,۰۰۰	۸۴,۰۰۰	۱۳۶,۰۰۰	۱۸۱,۰۰۰	۷۹۷,۰۰۰	۲۲۶,۰۰۰	۴۱۲,۰۰۰	۵۲۴,۰۰۰	۱,۰۴۹,۰۰۰	۱,۱۵۳,۰۰۰
سه	۳۳۹,۰۰۰	۲۵۴,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۶۳,۰۰۰	۱۰۲,۰۰۰	۱۳۶,۰۰۰	۵۹۸,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۳۰۸,۰۰۰	۳۹۳,۰۰۰	۷۸۶,۰۰۰	۸۶۵,۰۰۰
چهار	۲۲۶,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۱۱۳,۰۰۰	۴۲,۰۰۰	۶۸,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۳۹۹,۰۰۰	۱۱۳,۰۰۰	۲۰۶,۰۰۰	۲۶۲,۰۰۰	۵۲۵,۰۰۰	۵۷۷,۰۰۰

جدول مابه التفاوت قابل پرداخت در بخش های ۵ ستاره

نوع تخت	یک تختی	دوتختی	سه تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش CCU Post	تخت بخش C.C.U	تخت بخش جنرال ICU Ped I.C.U RICU,N.I.C.U و	تخت بخش BICU
یک	۱,۰۰۰,۰۰۰	۷۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۱۸۵,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۱,۷۶۵,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۹۱۰,۰۰۰	۱,۱۶۰,۰۰۰	۲,۳۲۰,۰۰۰	۲,۵۵۲,۰۰۰
دو	۸۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۱۴۸,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۳۲۰,۰۰۰	۱,۴۱۲,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۷۲۸,۰۰۰	۹۲۸,۰۰۰	۱,۸۵۶,۰۰۰	۲,۰۴۱,۰۰۰
سه	۶۰۰,۰۰۰	۴۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱۱۱,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰	۱,۰۵۹,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۵۴۶,۰۰۰	۶۹۶,۰۰۰	۱,۳۹۲,۰۰۰	۱,۵۳۱,۰۰۰
چهار	۴۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۷۴,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۷۰۶,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۶۴,۰۰۰	۴۶۴,۰۰۰	۹۲۸,۰۰۰	۱,۰۲۱,۰۰۰

ماده ۱۱. محور های ارزیابی خدمات هتلینگ

۱. محورهای اصلی ارزیابی خدمات هتلینگ به شرح زیر است که جزییات هر یک از محورها در سندی که جزء لاینفک این دستورالعمل است پیوست میباشد.

۱.۱. ساختمان و تاسیسات

۱.۲. تجهیزات و امکانات

۱.۳. خدمات رفاهی

۱.۴. خدمات نظافت و بهداشت

۱.۵. تغذیه بیمار

۱.۶. امور اداری و گردش کار

۱.۷. منابع انسانی

ماده ۱۲. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. نظارت بر اجرای دستورالعمل و پاسخگویی در سطح دانشگاه بر عهده رییس دانشگاه علوم پزشکی خواهد بود. و دانشگاه مکلف است در چارچوب اعتبارات و ضوابط این دستورالعمل و با رعایت آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه در چارچوب مقررات قانونی در مهلت مقرر تا دستیابی همه‌ی بیمارستان‌ها به حداقل رتبه استاندارد(سه ستاره) اهتمام ورزد.

۲. در سطح قطب، دانشگاه قطب و در سطح کشور، دبیرخانه ستاد کشوری وظیفه نظارت را به عهده دارد.

این دستورالعمل شامل ۱۲ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرندهیضوابطومقراتمربوطبهبرنامه‌ی "دستورالعملبرنامهحفاظتمالیازبیمارانصعب‌العلاج،خاصونیازمند" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظتمالیازبیمارانیازمنددربرابرهزینههایکمرشکنسلامت.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. پوششفرانشیزوهزینهخدماتغیربیمهایضرورینظیراقداماتتشخیصی،درمانی،دارویی،ملزوماتمصرف یبیمارانیازمندمبتلابهبیماریهایویژه،

۲. پوششفرانشیزوهزینهخدماتغیربیمهایضرورینظیراقداماتتشخیصی،درمانی،دارویی،ملزوماتمصرف یبیمارانیازمندمبتلابهبیماریهایغیرویژه

۳. شناساییوثبتنامبیمارانمبتلابهبیماریهایویژه

۴. توسعهیمراقبتهایظاممندازبیمارانویژهبراساسراهنماهایمصوبوزارتبهداشت.

ماده ۴. ارکان اجرایی

۱. ساختار اجرایی این برنامه شامل: ستاد کشوری اجرای برنامه،کمیته های بیماریهای ویژه معاونت درمان وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی ، ستاد اجرایی دانشگاه علوم پزشکی و ستاد عملیاتی بیمارستان خواهد بود .

۲. کمیته تعیین بیماریهای ویژه: کمیتهایاستکهمسئولیتسیاستگذاریبرنامهوتعیینبیماریهایینیازمند حمایتوا در معاونت درمان وزارت متبوع بهعهدهدارد .

ماده ۵. جمعیت هدف

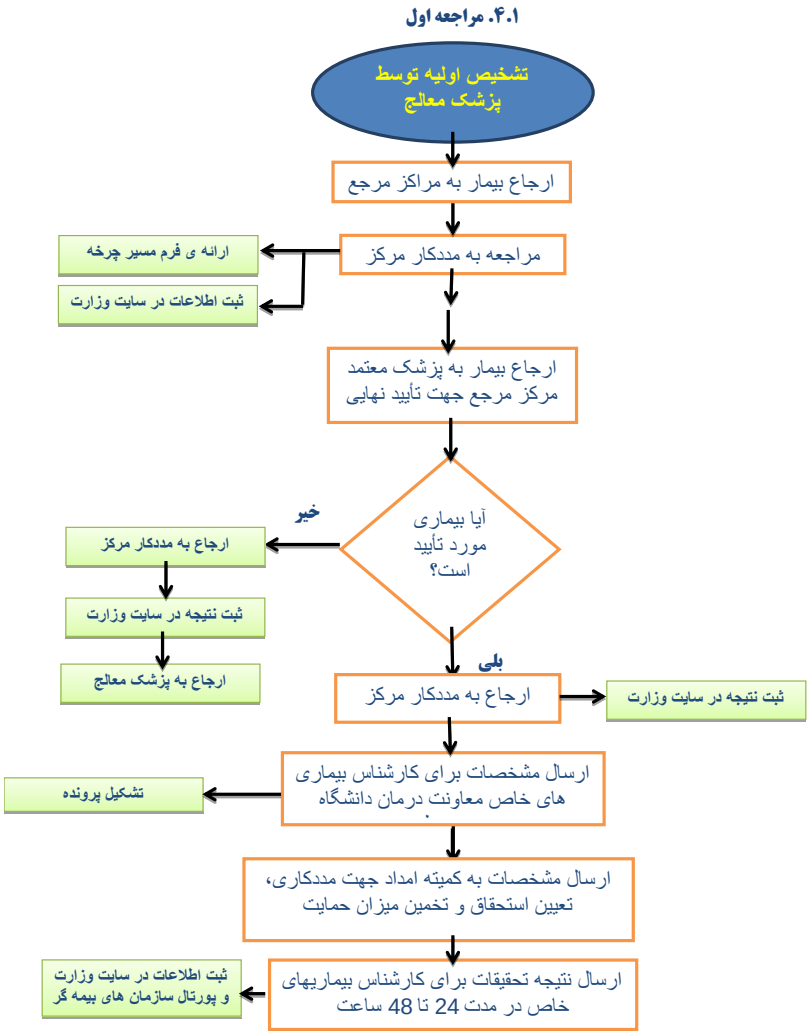
۱. تمام اتباع ایرانی که حداقل به یکی از بیماری های ویژه اعلام شده در لیست مرجع معاونت درمان وزارت متبوع مبتلا می باشند و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی باشند، جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می دهند .

۲. تمام اتباع ایرانی که مبتلا به بیماری غیرویژه بوده و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی باشند نیز جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می دهند.

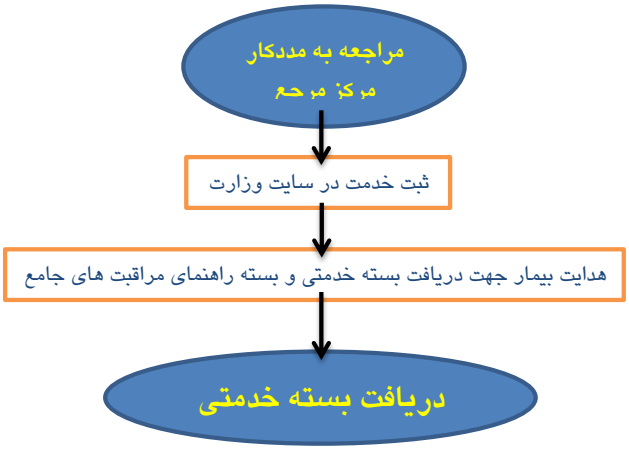
۳. در صورتی که بیماری مبتلا به بیماریی باشد که در لیست مرجع بیماری های ویژه نیازمند به حمایت قرار نگرفته باشد ، ولی هزینه های بیماری ، وی را در معرض هزینه های کمرشکن سلامت قرار دهد، پس از تأیید سیستم مددکاری بیمارستان و یا سازمان حمایتی ، می تواند مشمول دریافت خدمات این برنامه گردد.

ماده ۶. روش شناسایی جمعیت هدف

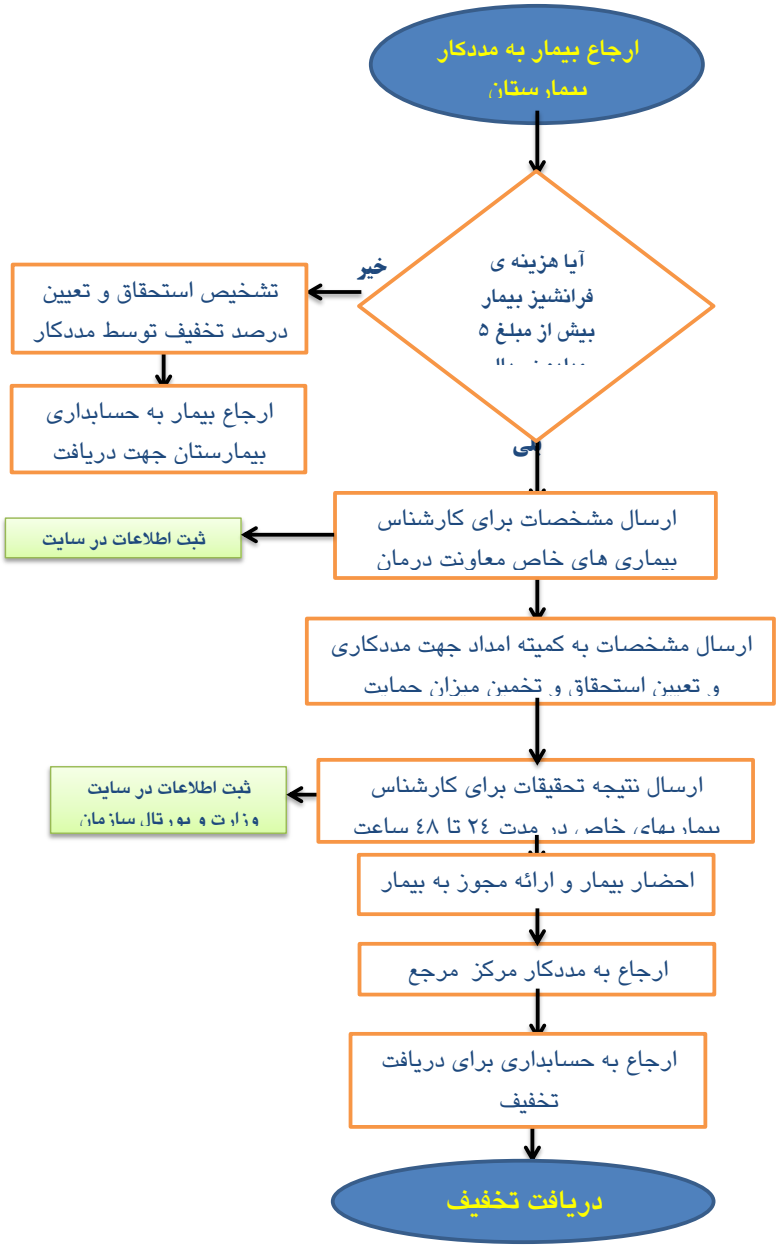
۱. بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه



۴.۲. مراجعات بعدی



ب: بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه



ماده ۷. بسته خدمات

۱. بیماریهایی که شامل بسته خدمتی (خدمات تشخیصی درمانی، دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی) مشخص جهت حمایت هستند به شرح ذیل می باشند:

ردیف	نوع بیماری	جمعیتبهرهمند
1	هموفیلی	4.500
2	تالاسمی	18.000
3	MS	46.000
4	دیالیز	24,000

5	پیوند کلیه	5.000
6	کاشت حلزون	1.500
7	سرطان	80.000
8	سوختگی	20.000
9	بستری طولانی مدت در بخش های ویژه	30.000
10	بیماریهای روانی	70.000
11	پیوند اعضا	1.200
12	BMT	1.000
13	مسمومیتها	15.000
14	اسکولیوز	3.000
15	صرع مقاوم به درمان	400
16	هپاتیت مقاوم در تالاسمی و هموفیلی	100
	جمع	295.700

۲. بسته خدمتی(خدمات تشخیصی درمانی، دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی) بیماریهای سوختگی،روانی و بستری های طولانی مدت در بخش های ویژه که توسط کمیته ارزشیابی بیماریهای ویژه پیشنهاد و با تأیید ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد حمایت قرار می گیرند.

۲.۱. تامینمنابعبستهخدماتمشمولاینبرنامهمنوطبهرعایتپروتکلهایمصوبموجودوپروتکلهایابلاغیآتیخواهدبود

۲.۲. بسته ارائه خدمات مشمول این برنامه با توجه به سقف اعتبارات تعیین شده و ریاست دانشگاه راسا مسئول کفایت منابع با بسته خدمات میباشد .

۲.۳. این خدمات شامل خدمات تحت پوشش یا فاقد پوشش بیمه ای می باشد که بیمار ملزم به پرداخت ما به التفاوت است.

۲.۴. با توجه به سیاست های کلان کشور در حمایت از تولید داخل ،اقلام کیفی و استاندارد داخلی در اولویت خرید مراکز درمانی کشور قرار خواهد گرفت

ماده ۸. مددکاری

۱. در این بسته ارزیابی استحقاق و درصد نیاز بیماران نیازمند به حمایت مبتلا به بیماری های ویژه و غیر ویژه توسط سیستم های مددکاری مختص هر گروه هدف تعین می گردد.

۱.۱. بیماران نیازمند به حمایت مبتلا به بیماریهای ویژه:

۱.۱.۱. مددکاری این گروه توسط سازمان های حمایتی دولتی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام می پذیرد.

۱.۲. بیماران بستری نیازمند به حمایت مبتلا به بیماریهای غیر ویژه

۱.۲.۱. بیمارانی که فرانشیز آن ها کمتر از ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال باشد:

۱.۲.۱.۱. مددکاری این بیماران شامل ارزیابی وضعیت اقتصادی و اجتماعی و در نظر گرفتن گروه های ویژه (کودکان بی سرپرست، زنان سرپرست خانوار، سالمندان و ...) و تخمین درصد نیاز آنان در این گروه توسط مددکاران بیمارستان ها صورت می پذیرد.

۱.۲.۲. بیمارانی که فرانشیز آن ها بیستر از ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال باشد:

۱.۲.۲.۱. مددکاری این بیماران ، تعیین استحقاق و تخمین درصد نیاز آنان در این گروه توسط سازمان های حمایتی دولتی صورت می پذیرد.

ماده ۹. سطح حمایت

۱. حمایت این برنامه صرفاً شامل هزینه های بسته خدمات مندرج در ماده ۵ در چارچوب راهنماهای بالینی مصوب می باشد. در صورتیکه خدماتی خارج از بسته های مذکور و در خارج از چارچوب راهنماهای بالینی باشد مشمول حمایت این برنامه نخواهد بود

۱.۱. بیماران مبتلا به بیماریهای ویژه:

۱.۱.۱. میزان حمایت ازاین دسته بیماران ، بر اساس دستورالعمل های اجرایی ارسالی برای هر یک از بیماریهای مصوب کمیته ی تعیین بیماریهای نیازمند حمایت با تشخیص مددکاری مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های تابعه می باشد.

۱.۱.۲. میزان حمایت از ده تا صد در صد هزینه ها بر اساس نتایج بررسی مددکاری می باشد .

۱.۱.۳. بسته خدمات ، در دو گروه زیر حمایت می شوند:

۱.۱.۳.۱. بسته خدمات دارای تعرفه : حمایت از هزینه این خدمات به طور کامل توسطبرنامهبراساستعرفهمصوبهیاتدولتدربخشدولتیو قیمت های اعلامی سازمان غذا و دارو میباشد .

۱.۱.۳.۲. بسته خدمات فاقد تعرفه :حمایت از هزینه این خدمات بهطورکامل توسط برنامه بر اساس تعرفه مصوب هیات امنا دانشگاه (پیشنهادی ستاد اجرایی کشوری) میباشد .

۱.۲. بیماران نیازمند حمایت (غیر ویژه):

۱.۲.۱. در صورتیکه بیمار بستری در بیمارستانهای وزارت بهداشت توان پرداخت فرانشیز را نداشته باشد بر اساس تشخیص مددکاری شامل این حمایت میشود .

۱.۲.۱.۱. اگر میزان تخفیف تا میزان ۵ میلیون ریال باشد ، بر اساس تشخیص مددکاری و درصورتی که این مبلغ بیش از ۵ میلیون ریال باشد ، بر اساس دستورالعمل قید شده در ماده ۶ عمل خواهد شد .

ماده ۱۰. نظام توزیع و مدیریت مالی منابع

۱. توزیع منابع این برنامه بین دانشگاههای علوم پزشکی توسط معاونت درمان و بر اساس دو شاخص زیر صورت خواهد گرفت :

۱.۱. تعداد بیماران ویژه ثبت شده در پورتال اختصاصی معاونت درمان وزارت به ادرس:
medcare .gov. irwww.

۱.۲. میزان تخفیف داده شده به بیماران غیر ویژه در بیمارستانهای تابعه دانشگاه در سال ۹۲

۱.۳. سقف اعتبار هر دانشگاه از محل اعتبارات این برنامه بر اساس دو شاخص فوق الذکر محاسبه میشود.

۲. اولین تخصیص از منابع این برنامه بر اساس ۲ شاخص فوق الذکر به دانشگاه ابلاغ خواهد گردید .

۳. در پایان هر سه ماه بر اساس گزارشات ارسالی رسیدگی صورت گرفته و با دانشگاه تسویه حساب میشود.

۴. ملاک تخصیص بعدی ارقام حاصل از رسیدگی سه ماه قبلی از سقف اعتبارات دانشگاه میباشد.

ماده ۱۱. تامین و تدارک خدمات، دارو و تجهیزات پزشکی بیماران ویژه تحت پوشش برنامه

۱. دارو و تجهیزات

۱.۱. داروخانه‌های مراکز مرجعموظفند ،تمام اقلامدارویی‌وتجهیزاتمورد‌نیازانجاماعمالجراحی،بستری‌ها،نسخ‌سرپایی رابرای‌بیماران‌مبتلا به بیماری ویژه در محل بیمارستانبر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو ،در اختیار بیمار قرار دهند .

۱.۱.۱. قیمتکلیهداروهاتوسطسازمانغذاودارواعلاموقابلیتاجرادارد .
خریداقلامدارویی‌بالاترازقیمتسازمانغذاودارو‌ممنوع‌وهیچ‌یک‌ازداروخانه‌های‌بیمارستانهاو‌یامراکزاع مازواگذارشده‌یاغیرواگذارشده‌بهبخش‌خصوصی‌حق‌دریافت‌وجهازبیماررا‌ندارد.

۲. خدمات

۲.۱. بیمارستان مکلف است نسبت به تأمین خدمات تشخیصی و درمانی مورد حمایت این برنامه برای جمعیت هدف اقدام نماید؛ به گونه ای که بیماران جهت دریافت این خدمات به خارج بیمارستان هدایت نشوند یا در مواردی که امکان ارائه خدمت در مرکز مرجع نباشد در زنجیره ارجاع دانشگاه یا قطب انجام خواهد شد.

ماده ۱۲. نحوه تنظیم، ارسال و رسیدگی صورتحسابها

۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار در بیمارستان و یا خارج بیمارستان ، مطابق با فرمت زیر در HIS بیمارستان وارد و به سامانه های سپاس و سایت معاونت درمان وزارت متبوع ارسال گردد.

۱.۱. اعتبارات پرداختی به دانشگاه و بیمارستان منوط به تکمیل و ارسال اطلاعات مطابق فرمت های اعلامی خواهد بود.

ماده ۱۳. ارزیابی اجرای دستورالعمل

۱. مسئولیت نظارت بر اجرای این برنامه بر عهده ریاست دانشگاه/دانشکده می باشد که در سطوح وزارتی، قطب، دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان و بیمارستان طبق دستورالعمل نظارتی پیوست، انجام خواهد شد.

۲. دستورالعمل پیوست شامل موارد زیر است:

۲.۱. شرح وظایف و ترکیب واحدهای مجری

۲.۲. الزامات و انتظارات

۲.۳. موارد بررسی

۲.۴. شاخص های ارزیابی

ماده ۱۴. اطلاع رسانی و آموزش

۱. دانشگاه ها و مراکز ارائه خدماتی مراقبتی بیماری های نیازمند حمایت موظف هستند برنامه های اطلاع رسانی و آموزش را در قالب زیر اجرا نمایند:

۱.۱. اطلاع رسانی

۱.۱.۱. اطلاع رسانی به بیماران نیازمند حمایت در مورد ماهیت بسته های حمایتی و نحوه بهره بری از آنها

۱.۱.۲. اطلاع رسانی به افراد ذینفع مرتبط با بیماریهای نیازمند حمایت در مورد بسته های حمایتی و نحوه مشارکت آنها در برنامه حمایت (اعم از پرسنل مراقبت، پرسنل اداری، و مدیران)

۱.۲. آموزش

۱.۲.۱. آموزش به پرسنل پزشکی در مورد پروتکل های استاندارد مراقبت های حمایت شده

۱.۲.۲. آموزش به کادر مراکز ارائه خدمات در مورد مدیریت بهینه امور اداری-اجرایی-مالی مراقبت های حمایت شده (نظیر پذیرش، ارجاع و ...)

این دستورالعمل شامل ۱٤ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.

د

ماده ۱. کلیات

۱. ایندستورالعملدربرگیرنده‌یضوابطومقرراتمربوطبهبرنامه‌ی "دستورالعملبرنامهترویجزایمانطبیعی" استکهدرچارچوبمجموعهبرنامههایتحولنظامسلامتتدوینوابلاغمی‌شودوازتاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازمالاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. ارتقایشاخصهایسلامتمادرانونوزادانازطریقکاهشمیزانسزارین

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. بهمنظورتشویقمادرانبارداربهانجامزایمانطبیعی،فرانشیززایمانطبیعیدرمراکزدولتیرایگانمیشود.

۲. بهمنظورایجادانگیزهدرارائهدهندگانخدمتزایمانطبیعی،تعرفهتشویقیمازادبرتعرفهمصوبفعلیپرداختم یگردد .

۳. بهمنظورایجادانگیزهبرایانجامزایمانبیدردموضعیبهمتخصصبیهوشیحقالزحمهبیهوشیپرداختمیگردد .

۴. تسهیلاتلازمبرایانجامزایمانطبیعیتوسطمتخصصینزنانغیرشاغلدردانشگاهوماماهایدارایدفترکار،در بیمارستانهایدولتیفراهممیگردد.

۵. بهمنظوربهینهسازیساختارفیزیکیاتاقزایماندرراستایحفظحریمخصوصیمادرباردارو خوشایندسازیف رایندزایماناعتبارویژهایبهمراکزدولتیتخصیصمییابد.

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. همه‌ی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی و ماماهای شاغل در این مراکز، مشمول برنامه هستند.

ماده ۵. گردش مالی برنامه

۱. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی بر اساس آخرین گزارش عملکرد سازمان های بیمه گر، تعداد زایمان طبیعی هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تعیین و فهرست پرداخت به هریک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تهیه می کند.

۲. بیمارستان‌های مشمول این دستورالعمل موظف هستند اسناد مربوط به رایگان کردن و پرداخت تشویقی زایمان طبیعیو زایمان طبیعی بی درد همه بیمه شدگان را به سازمان بیمه سلامت ارائه نمایند. سازمان بیمه سلامت مکلف است در چارچوب تفاهم نامه ای که بین آن سازمان و وزارت تنظیم خواهد شد حداکثر ۱۰ روز پس از دریافت اسناد نسبت به اعلام آمار زایمان طبیعی و زایمان طبیعی بدون درد، کلیه بیمه های پایه به همراه سهم قابل پرداخت به دانشگاه اقدام نماید.

۳. دانشگاه علوم پزشکی بر اساس اعتبارات تخصیصی و سهم هر یک از مراکز درمانی نسبت به تسویه حساب قطعی با هریک از مراکز مشمول اقدام می نماید.

۴. مراکز مشمول مکلفند حداکثر یک هفته پس از دریافت اعتبارات از دانشگاه به پرداخت حق الزحمه پزشکان و ماماهای مشمول طرح اقدام نمایند.

۴.۱. در خصوص بیماران فاقد بیمه، مراکز ارائه‌دهنده خدمت مکلف به معرفی بیمار به سازمان بیمه سلامت جهت فراهم سازی ساز وکار بیمه نمودن افراد می باشند.

۴.۲. اتباع خارجی در صورت عدم ارائه بیمه باید هزینه‌های زایمان طبیعی خود را بر اساس تعرفه دولتی مصوب هیئت وزیران پرداخت نمایند.

ماده ۶. استانداردهای ارائه خدمت:

۱. کتاب "راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان " مرجع استانداردهای ارائه خدمات مامایی و زایمان طبیعی این دستورالعمل می باشد.

۲. دانشگاه موظف است هر سال یکبار دوره‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک و اورژانس های زایمانی را برای ارائه دهندگان خدمت برگزار نماید.

۳. دانشگاه موظف است برای ترویج زایمان طبیعی، فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی و تبلیغات رسانه ای را به انجام رساند.

۴. دانشگاه موظف است تسهیلات لازم جهت برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان برای مادران باردار را فراهم نماید.

۵. بیمارستان موظف است اطلاعات مربوط به موالید را در سامانه اطلاعات مادران و نوزادان ایرانیان وزارت بهداشت ثبت نماید.

۶. بهمنظورخوشایندسازیفرایندزایمانوحفظحریمخصوصیمادرباردار و فراهم سازی امکان حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر، بیمارستانهای دولتی مکلفهستندشرایطفیزیکیاتاقزایمانرابهصورتواحدهایتکنفره(طبقکتاباستانداردبرنامهریزیوطراحیبیمارستان ایمن- بخشزایمان) بامراقبتیکبهیکفراهمسازند.

۷. مطابق شیوه نامه بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان که متعاقبا " از طرف معاونت درمان وزارت متبوع اعلام خواهد شد
(براساسآمارزایمان،تعدادتختفعالیلیبروزایمانومیانگینزماناقامتمادرباردارد‌ربلوکزایمان)
بههریکازبیمارستان‌هایدولتی برایایجادواحدتکنفرهدربلوکزایمانبودجه تخصیص خواهد یافت.

۸. دانشگاه موظف است ظرف شش ماه پس از ابلاغ شیوه نامه و دریافت بودجه‌ی مربوطه نسبت به ایجاد واحدهای یادشده اقدام نماید.

ماده ۷. نظارت بر اجرای دستورالعمل

۱. **نظارت بر اجرای این دستورالعمل بر عهده رئیس دانشگاه است.**

۲. **کلیه دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور موظف هستند استانداردهای اجرایی و نظارتی این طرح را رعایت نمایند. پایش مطابق شیوه نامه پیوست انجام می گیرد .((پیوست شماره یک)**

ماده ۸. بازتوزیع

۱. **باز توزیع درآمد حاصل از برنامه اجرایی پرداخت تعرفه تشویقی زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی طبق جدول پیوست می‌باشد (پیوست شماره دو).**

۱.۱. **سهم بیمارستان در جدول باز توزیع درکلیه موارد مربوط به تعرفه تشویقی و انگیزشی زایمان طبیعی باید در راستای ترویج زایمان طبیعی با اولویت بهینه سازی ساختار فیزیکی بلوک زایمان هزینه گردد.**

این دستورالعمل شامل ۸ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.

پ

دستورالعمل بازتوزیع درآمد حاصل از تعرفه تشویقی زایمان طبیعی

با توجه به پرداخت تعرفه تشویقی زایمان طبیعی (اعم از متخصص یا ماما) ۳ برابر حق الزحمه پایه زایمان طبیعی که در حال حاضر ۱۵کای جراحی می‌باشد، از زمان اجرای این دستورالعملدر بیمارستان های دولتی کشور، ۳۰ کای جراحی تشویقی بابت هر زایمان طبیعی پرداخت خواهد شد.

نحوه باز توزیع آن به شرح جدول ذیل بوده و هرگونه بازتوزیع خارج از جدول ذیل ممنوع می باشد.

جدول شماره یک- بازتوزیع درآمد حاصل از تعرفه تشویقی زایمان طبیعی

سناریوی ارائه خدمت	سهم متخصص	سهم ماما	سهم سایر کارکنان	سهم صندوق ترویج زایمان طبیعی	جمع کل
انجام زایمان توسط متخصص تمام وقت (با حضور فیزیکی در حین لیبر و زایمان و رعایت شیوه نامه پزشک مقیم زنان) و با کمک ماما	٪۷۰	٪۱۵	٪۱۰	٪۵	٪۱۰۰
انجام زایمان توسط متخصص غیرتمام وقت(با حضور فیزیکی و در حین لیبر و زایمان و رعایت شیوه نامه پزشک مقیم زنان) و با کمک ماما	٪۶۰	٪۱۵	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰۰
انجام زایمان توسط ماما و با مسئولیت مشترک متخصص تمام وقت یا غیر تمام وقت (با رعایت شیوه نامه پزشک مقیم زنان)	٪۳۰	٪۳۵	٪۱۰	٪۲۵	٪۱۰۰
انجام زایمان توسط ماما و با مسئولیت شخصی	٪۰	٪۶۰	٪۱۰	٪۳۰	٪۱۰۰

۱. با توجه به این که فرایند لیبر و زایمان شامل چهار مرحله بوده که مراقبت از مادر در تمامی مراحل حائز اهمیت است؛ لذا سهم عامل زایمان ماما، طبق روال قبل به تناسب بین همه ماماهائی که در فرایند لیبر و زایمان نقش داشته‌اند، با در نظر گرفتن شاخص‌های موجود در نظام نوین اداره بیمارستان‌ها توزیع می‌گردد.

۲. سهم بیمارستان درکلیه موارد مربوط به تعرفه تشویقی زایمان طبیعی باید در صندوق ترویج زایمان طبیعی ذخیره شده و در راستای ترویج زایمان طبیعی با اولویت بهینه‌سازی ابنیه، تاسیسات و تجهیزات پزشکی بلوک زایمان، هزینه گردد. پس از بازسازی کامل بلوک زایمان و تامین تجهیزات لازم با تائید معاونت درمان دانشگاه مرکز می تواند از این صندوق در

۳. جهت امور جاری بلوک زایمان به منظور ارتقای کیفیت خدمات استفاده نماید.

۴. در راستای ترویج زایمان طبیعی، بیمارستان های دولتی مکلف هستند که شرایط را برای عقد قرارداد و انجام زایمان توسط پزشکان متخصص زنان و مامای دارای دفتر کار ،غیر شاغل در دانشگاه که تمایل دارند

که مادر باردار تحت پوشش خود را برای زایمان به بیمارستان های دولتی بیاورند، فراهم نمایند. افراد فوق‌الذکر مطابق جدول ذیل از حق‌الزحمه بهره مند خواهند شد.

جدول شماره دو- بازتوزیعدرآمدحاصلازتعرفهتشویقیزایمانطبیعی درموارد ارجاع بیمار از مطب / دفترکار توسط متخصص یا مامای غیر شاغل دربیمارستان دولتی

سناریوی ارائه خدمت	سهم متخصص بیرون از مرکز	سهم متخصص زنان مقیم	سهم مامای دفتر کار	سهم مامای بیمارستان	سهم سایر کارکنان	سهم صندوق	جمع کل
انجام زایمان توسط متخصص غیر شاغل در بیمارستان دولتی (با حضور فیزیکی و مقیم بودن در حین لیبر و زایمان) و با کمک ماما	٪۷۰	۰	–	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰۰
انجام زایمان توسط مامای دارای دفتر کار غیرشاغلدربیمارستاندولتی(با حضور فیزیکی و مقیم بودن در حین لیبر و زایمان) و با مسئولیت مشترک متخصص	۰	٪۲۰	٪۵۰	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۰۰

۵. درصورتی که متخصص/ ماما شاغل در بیمارستان دولتی ، بیماران خصوصی خود را از مطب/ دفترکار جهت انجام زایمان طبیعی به بیمارستان دولتی ارجاع دهند سهم صندوق بیمارستان حذف و به سهم ماما/ متخصص زنان معرفی کننده اضافه می گردد.

۶. در صورتی که متخصص /مامای شاغل در بیمارستان دولتی مشمول تبصره ۴ گردد رعایت شرایط زیر الزامی می باشد:

۶.۱. کنترل لیبر و انجام زایمان در ساعات غیر موظف باشد.

۶.۲. کنترل فرآیند لیبر و زایمان و دو ساعت اول پس از زایمان را مستقیما بر عهده گیرد.

۷. به منظور افزایش تعداد زایمان بی درد موضعی و ترغیب متخصصین بیهوشی برای انجام این نوع زایمان از زمان اجرای این دستورالعملسازمان‌های بیمه‌گر پایه از محل این طرح بابت انجام زایمان بی‌درد (موضعی) ۱۶ کای بیهوشی پرداخت می کنند،که بازتوزیع آن به شرح جدول زیر می باشد.

جدولشمارهسه -بازتوزیعدرآمدحاصلازانجام زایمان بی درد موضعی

سناریوی ارائه خدمت	سهم متخصص بیهوشی	سهم ماما	سهم سایر کارکنان	سهم صندوق ترویج زایمان طبیعی
انجام زایمان بدون درد (موضعی) (متخصص بیهوشی)	٪۹۰	٪۰	٪۱۰	٪۰

۸. جهت حمایت از ماماهای شاغل درمراکز تسهیلات زایمانی ،مشروط بر ثبت اطلاعات زایمانی در سامانه مادران و نوزادان ایرانیان وزارت متبوع ،متناسب با زایمان های طبیعی انجام شده به کل زایمان های طبیعی دانشگاه،سهم از اعتبار این برنامه از سوی ریاست دانشگاه در اختیار معاون بهداشتی دانشگاه مربوطه قرارداده می شود تا به افراد ذینفع تخصیص یابد.

.۹

پ

شیوه نامه پایش عملکرد دانشگاه ها و بیمارستان های دولتی کشور در خصوص ترویج زایمانطبیعی

۱. **پایش عملکرد در سه سطح انجام خواهد شد .**

۱.۱. **پایش سطح اول : سطح بیمارستان**

۱.۱.۱. **پایشدرسطحبیمارستانتوسطکمیتهترویجزایمانطبیعیبیمارستانصورتمیگیرد.**

۱.۱.۱.۱. **اعضایکمیتهشاملرئیسبیمارستان،معاون آموزشی بیمارستان(درصورت آموزشی بودن)، معاون درمان بیمارستان، مدیربیمارستان،رئیسبخشزایمان(متخصصزنان)،رئیسبخشنوزادان(متخصصاطفال)وماماسئولبلوکزایمان و یک نفر از متخصصین زنان شاغل در بیمارستان(ترجیحا " دارای آمار زایمان طبیعی در حد مطلوب) میباشند. حضور همه اعضاء کمیته در جلسات الزامی می باشد.در صورت نیاز از گروه های تخصصی دیگر نیز دعوت به عمل آید.**

۱.۱.۲. **درابتدایشروعطرح،کمیتهترویجزایمانطبیعیبیمارستان موظف استبه منظور جلب مشارکت موثر ارائه دهندگان خدمات زایمانی جلسه توجیهی در مورد اهداف و جزئیات طرح برگزار نماید.**

۱.۱.۳. **کمیتهترویجزایمانطبیعیبیمارستان موظف استگزارشوضعیتموجود در ابتدای شروع طرح شامل میزانزایمان طبیعی، میزان و اندیکاسیون های سزارین را به تفکیک متخصصین بررسی کردهو ضمن اعلام نتایج به آنان، گزارش را بهحوزهمعاونتدرماندانشگاه مربوطه ارسالنماید.**

۱.۱.۴. **در صورتی که میزان سزارین یک متخصص در محدوده میزان مطلوب بود، حفظ میزان، مورد نظر می باشد.**

۱.۱.۵. **متخصص زنان مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ کاهش دهد. به نحوی که در پایان شش ماه پنج درصد و در پایان سال به میزان ده درصد وضعیت پایه کاهش یابد.**

۱.۱.۶. **در صورتی که میزان سزارین متخصص بالاتر از ۴۵٪ است ، حق الزحمه سزارین متخصص پرداخت نشده و در صندوق ترویج زایمان طبیعی ذخیره می گردد.**

۱.۱.۷. **درصورتی که درپایان سال، میزان سزارین یک متخصص درحد مورد انتظار باشد، متخصصص هیات علمی به حوزه معاونت آموزشی جهت در نظر گرفتن در مراحل ارتقاء معرفی می شود و تصمیم گیری در مورد تشویق متخصص غیر هیات علمی به عهده معاونت درمان دانشگاه خواهد بود.**

۱.۲. **مسئولیت برنامه ریزی و نظارت برحسن انجام کار بر عهده ریاست محترم بیمارستان می‌باشد.**

۱.۲.۱. درسال۱۳۹۳، عملکرد بیمارستان ها در زمینه ترویج زایمان طبیعی و کاهش روند سزارین، به عنوان یکی از ملاک های ضروری درجه اعتباربخشی بیمارستان(همانند بخش اورژانس) مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

۱.۲.۲. میزان مطلوب سزارین بین ۲۵ تا ۳۰ درصد می باشد. در بیمارستان هایی که میزان سزارین در حد مطلوب است، هدف، حفظ وضعیت موجود می باشد.

۱.۳. پایش سطح دوم : سطح دانشگاه

۱.۳.۱. پایش در سطح دانشگاه

۱.۳.۱.۱. پایش در سطح دانشگاه توسط کمیتهترویجزایمانطبیعیحوزه معاونتدرمان دانشگاه صورت می گیرد.

۱.۳.۱.۱.۱. اعضایکمیتهدانشگاهیشامل معاوندرمان،معاونآموزشی،مدیرگروهزنان،مدیرگروهاطفال،مدیرگروهمامائی ومسئولامورمامائیدانشگاهمیباشند.

۱.۳.۱.۲. در ابتدای شروع طرح، کمیتهترویجزایمانطبیعیدانشگاه، میزان سزارین را دربیمارستان های دولتی وخصوصی تحت پوشش بررسی کرده و گزارش وضعیت موجود را به تفکیک بیمارستان به حوزه معاونت درمان وزارت متبوع ارسال می نماید .

۱.۳.۱.۳. کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه مکلف است میزان سزارین انجام شده درسطح بیمارستانهای دانشگاه تحت پوشش (دولتیوخصوصی مورد پایش قرارداده و ترتیبی اتخاذ نماید که هدف کاهش میزان سزارین به زیر ۴۵ درصد در طی برنامه محقق شود.

۱.۳.۱.۴. هر سه ماه یک بار عملکرد بیمارستان هایدولتیتحتپوششاز نظر میزانسزارینبررسی می شود و بر اساس نتایج پایش بازخورد ارائه می گردد .

۱.۳.۱.۵. گزارش پایش بیمارستانهای دولتی تحت پوشش و مداخلات اجرائی صورت گرفته توسط دانشگاه هرشش ماه یک بار پس از شروع طرح به حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت ارسال می گردد .

۱.۳.۱.۶. در صورت نزولی نبودن سیر سزارین بیمارستان در پایان شش ماه، موضوع در کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه با حضور مسئولین بیمارستان مربوطه شامل رئیس، معاون آموزشی(در صورت آموزشی بودن)، معاون درمان، رئیس بخش زایمان و ماما مسئول بلوک زایمان مورد بررسی قرار گرفته و مداخلات لازم جهت اجراء طراحی می گردد. پیگیری نتایج اجرای مداخلات هر سه ماه یک بار صورت می گیرد.

۱.۳.۱.۷. درصورت عدم اصلاح روند سزارین بیمارستان، یک سال پس ازشروع طرح، مراتب بهمعاونتدرمانجهت لحاظ نمودن در اعتباربخشی بیمارستان (مطابق تبصره ۱) منظور می گردد.

۱.۳.۲. مسئولیت در سطح دانشگاه بر عهده ریاست محترم دانشگاه می باشد .

۱.۴. پایش سطح سوم : سطح وزارت بهداشت

۱.۴.۱. پایش در سطح معاونت درمان وزارت بهداشت

۱.۴.۲. پایش درسطحوزارتبهداشت بر اساس اطلاعات سامانه مادران و نوزادان ایرانیان وزارت متبوع، گزارشات کمیته ترویج دانشگاه و بازدید های ادواری گروه کارشناسی وزارت متبوع صورتخواهدگرفت.

۱.۴.۳. هر شش ماه یک بار، نتایج پایش و ارزیابی عملکرد به دانشگاه اعلام می شود. هر دانشگاهی که بتواند مجموع میزان سزارین بیمارستانهای دولتی و خصوصی خود را طی ۶ ماه به میزان حداقل ۵ درصد کاهش دهد مورد تشویق قرار خواهد گرفت و تا سقف ۱ درصد اعتبار این برنامه(در هر ۶ ماه) در اختیار رییس دانشگاه قرار خواهد گرفت تا برای تشویق دست اندرکاران و ترویج بیشتر برنامه هزینه نماید.

۱.۴.۴. در صورت نزولی نبودن روند سزارین در سطح دانشگاه شش ماه پس از آغاز طرح، مسئولین دانشگاه شامل ریاست دانشگاه، معاون آموزشی و معاون درمان در جلسه کمیته ترویج زایمان طبیعی وزارت متبوع با حضور معاون درمان وزارت متبوع شرکت نموده و برنامه دانشگاه را جهت اصلاح وضعیت ارائه خواهند نمود و پس از آن گزارش پیشرفت برنامه را در سه ماه بعدی به حوزه معاونت درمان ارسال می نمایند .

۱.۴.۵. در صورت اصلاح نشدن روند سزارین در سطح دانشگاه، یک سال پس از شروع طرح، حوزه معاونت درمان وزارت متبوع مراتب را جهت تصمیم گیری به مقام محترم وزارت گزارش خواهد نمود.

۱.۵. مسئولیتدرسطحوزارت بهداشت برعهدهمعاون محترمدرمانمیباشد.

۱.۵.۱. کمیتهکشوریترویج زایمان طبیعی با حضورنمایندگان معاونتدرمان، معاونت بهداشت،معاونتآموزشی،معاونت توسعه وزارت متبوع، رئیس هیات بورد زنان، و رئیس هیأت بورد مامائی زیر نظر معاونت درمان وزارت بهداشت تشکیل خواهد شد.

فرم پایش زایمان

ردیف	عنوان	سال ۹۲		سه ماهه اول ۹۳		سه ماهه دوم ۹۳		سه ماهه سوم ۹۳		سه ماهه چهارم ۹۳		سال ۹۳	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	موالید												
۲	زایمانطبیعی												
۳	سزارین												
۴	سزارین تکراری												
۵	تعداد سزارین به علت فشار خون												

	بالای مادرچقدر است؟
۶	سزارین به علت عدم تناسب سرجنین و لگن
۷	سزارین به علت زجر جنین
۸	سزارین به علت مشکلات جفتی و بند ناف
۹	سزارین به علت نمایش غیر طبیعی جنین
۱۰	سزارین به علت عدم پیشرفت
۱۱	سزارین به علت چند قلویی
۱۲	سزارین به درخواست مادر
۱۳	سزارین به علل دیگر
۱۴	القای زایمان
۱۵	تقویت دردهای زایمان
۱۶	اپی زیاتومی
۱۷	پارگی درجه ۳ و ٤
۱۸	زایمان بی درد موضعی
۱۹	مادرانی که بیش از ۳ واحد خون دریافت کرده اند
۲۰	زایمان با ابزار
۲۱	زایمان هایانجامشدهقبلاز ۳۷ هفتهبارداری(سزارینوزایمانطبیعی)
۲۲	زایمان هایانجامشدهبعداز ٤۱ هفتهتمام(٤۱ هفته و شش روز) بارداری(سزارینوزایمانطبیعی)
۲۳	مادران شکم اول سزارین شده
۲۴	مادرانی کههنگاملیبرازواناستفادهکردهاند(درصورتوجودتسهیلات لازم)
۲۵	مادرانی کههنگامزایمانازواناستفادهکردهان د (درصورتوجودتسهیلات لازم).
۲۶	مادرانی کهبهبخشمراقبت هایویژهانتقالیافتهاند.

ث

ماده ۱. کلیات

۱. اینشیوهنامهبهمنظورنظارتبراقداماتانجامشدهدربیمارستانهایتحتپوششوزارتبهداشتبهمنظوراجراییبرنامهایطرحتحولسلامتتدوینگردیدهاست.
نظارتبرحسناجراياینشیوهنامهدرسطحدانشگاه،ریاستدانشگاهومیباشدودرسطحوزارتیبصورتمتمرکزمعاونتدرمانوزارتمی‌باشد.

ماده ۲. وظایف سطوح نظارتی

۱. وظایف ستاد مرکزی

۱.۱. تشکیل کمیته ویژه نظارت در وزارت با عضویت نمایندگان معاونت‌های محترم درمان، بهداشتی، توسعه و مدیریت منابع، غذا و دارو ، آموزشی ، پرستاری و رسیدگی به شکایات و سازمان بیمه سلامت ایران با محوریت حوزه درمان جهت:

۱.۲. مدیریت اطلاعات و پاسخگوئی به شکایات از طریق ایجاد سامانه مرکزی

۱.۳. تائید و بازنگری چکلیست‌های تهیه شده جهت پایش برنامه های ابلاغی

۱.۴. مدیریت بر حسن اجرای وظایف و مسئولیت های تعریف و ابلاغ شده

۱.۵. بررسی، تحلیل و پیگیری گزارش های واصله از دانشگاه ها و بازخورد به شورای راهبردی

۱.۶. تدوین برنامه بازدید ماهانه از دانشگاه های قطب توسط تیمی متشکل از نمایندگان معاونین توسعه ، درمان، بهداشت، غذا و دارو، آموزشی،پرستاری و دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخگوئی و رسیدگی به شکایات و بررسی وضعیت اجرای برنامه در بیمارستانهای تحت پوشش(برمبنای بازدید از حداقل ۵بیمارستان در هر ماه حداقل در ۳ ماه اول برنامه و پس از آن هر ۳ ماه یک بار)

۲. وظایف قطب

۲.۱. برگزاری جلسات هماهنگی و استفاده از ظرفیت دانشگاه های قطب مربوطه جهت اجرای برنامه های ابلاغی

۲.۲. تشکیل تیم های نظارتی با مشارکت اعضاء پیشنهادی دانشگاه ها

۲.۳. پوشش و تکمیل زنجیره ارجاع و هماهنگی در تعیین بیمارستان های معین جهت پذیرش بیماران

۳. وظایف دانشگاه

۳.۱. تشکیل کمیته ویژه نظارت در دانشگاه جهت برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده با عضویت نمایندگان معاونت‌های محترم پشتیبانی، توسعه و مدیریت منابع، درمان، غذا و

دارو، آموزشی و دفاتر پرستاری، رسیدگی به شکایات و تجهیزات پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایرانیان محوریت معاونت درمان

۳.۲. برنامه ریزی جهت آموزش و اطلاع رسانی به کلیه روسا و مدیران بیمارستان ها در جهت اجرای این برنامه

۳.۳. برنامه ریزی جهت تائید و نهائی نمودن لیست فارماکوپه بیمارستان های تحت پوشش و ارسال به معاونت درمان و سازمان غذا و دارو

۳.۴. مدیریت و برنامه ریزی مناسب جهت استقرارسامانه بررسی و پاسخگوئی به شکایات جهت دریافت شکایات مردمی از طریق تلفن، پیامک، نامه الکترونیکی و رسیدگی و اقدام حداکثر تا ۲۴ ساعت

۳.۵. تدوین برنامه بازدید دانشگاهی از بیمارستان ها توسط تیمی متشکل از معاونین محترم درمان و توسعه و مدیریت منابع ، بهداشت، آموزشی، رئیس رسیدگی به شکایات، پرستاری وحراست دانشگاه و ارسال جمع بندی گزارش به وزارت متبوع

۳.۶. تدوین جدول زمانی بازدید کارشناسی از بیمارستان ها ی تحت پوشش این برنامه بر مبنای بازدید حداقل هر ۳ ماه یک بار از کلیه بیمارستان های دانشگاهی تحت پوشش توسط تیم نظارتی و ارسال برنامه به وزارت (هرماه ۳ یا ۲ بیمارستان بازدید و گزارش جمع بندی آن به وزارت متبوع هر ۳ ماه یکبار ارائه گردد.)

۳.۷. جلسه هفتگی و یا هر ۲ هفته یکبار ریاست دانشگاه و معاون درمان با روسای کمیته اجرائی ویژه بیمارستانها به منظور گزارش پیشرفت کار، کمبودها و مشکلات

۴. وظایف بیمارستان

۴.۱. تشکیل کمیته اجرائی در بیمارستان با مسئولیت ریاست بیمارستان با عضویت معاون درمان بیمارستان،معاون آموزشی بیمارستان،مدیر بیمارستان، مترون،مدیر امور مالی، مدیر حراست،مدیر امور داروئی، مدیر امور اداری) جهت اجرای برنامه های ابلاغ شده و نظارت بر حسن اجرای وظایف تعریف شده و گزارش روزانه به رییس کمیته و گزارش هفتگی به معاون درمان

۴.۲. تشکیل کمیته اخلاق با عضویت رییس بیمارستان، معاون درمان ویا مدیر بیمارستان، مترون بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان، نماینده بخش های بالینی یا هیئت علمی و درصورت لزوم نماینده حراست

۴.۳. اطلاع رسانی و آموزش به کلیه پزشکان و کارکنان درخصوص برنامه

۴.۴. انعقاد قرارداد با پزشکان تمام وقتی با درج کلیه وظایف و انتظارات و اقدامات انضباطی با اخذ تعهد محضری با رعایت کلیه مفاد مربوط به قانون استخدام اعضاء هیئت علمی

۴.۵. اطلاع رسانی در قسمت اطلاعات، پذیرش، ترخیص مبنی بر لزوم عدم پرداخت بیش از ۱۰ درصد فرانشیز و نیز عدم تهیه داروها و ملزومات از خارج از بیمارستان توسط بیمار و همراهان بیمار در چارچوب بسته مشمول برنامه

۴.۶. اطلاع رسانی در خصوص حقوق بیمار و کلیه بخش نامه ها و دستورالعمل های مربوط به برنامه به بیماران

۴.۷. بررسی روزانه تجهیزات پزشکی، انبار مواد داروئی و مصرفی

۴.۸. تهیه لیست فارماکوپه مخصوص بیمارستان مورد تائید دانشگاه

۴.۹. نظارت بر تجویز داروها طبق لیست فارماکوپه تائید شده

۴.۱۰. نظارت بر تهیه تجهیزات و ملزومات از لیست تائید و اعلام شده از طرف اداره کل تجهیزات پزشکی

۴.۱۱. بررسی روزانه بخش ها، پذیرش، ترخیص، مدارک پزشکی از نظر نحوه اجرای برنامه های تحول

۴.۱۲. بررسی روزانه اورژانس بیمارستان از لحاظ وضعیت پذیرش ،ویزیت و تعیین تکلیف بیماران، عدم ارجاع خارج از زنجیره ارجاع و نیز کنترل و گزارش ترخیص بیماران با رضایت شخصی

۴.۱۳. ثبت الکترونیکی ورود و خروج کلیه پزشکان و کارکنان

۴.۱۴. ثبت الکترونیکی اطلاعات کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان حتی در صورت عدم انجام اقدامات درمانی

۴.۱۵. ثبت الکترونیکی کلیه اقدامات و خدمات و اقلام مصرفی بیمار (بروز رسانی HIS)

۴.۱۶. هماهنگی با بیمارستان های تعریف شده در زنجیره انتقال دانشگاهی در صورت انتقال بیمار، بر اساس دستورالعمل انتقال بیمار

۴.۱۷. رسیدگی به شکایات مردمی و پاسخگویی به آنها توسط واحد های ذیربط مستقر در بیمارستان و تقویت سیستم های رسیدگی به آنها

۴.۱۷.۱. در صورت مشاهده نواقص و یا تخلفات در بازدید اول، ضمن اعلام کتبی نواقص به ریاست بیمارستان، بازدید بعدی به فاصله یک ماه از بازدید قبل جهت بررسی رفع نواقص انجام خواهد شد.

ماده ۳. گردش کار

۱. حداقل اعضای تیم های بازدید کننده در ۵ سطح:

۱.۱. سطح وزارتی

۱.۱.۱. نمایندگان معاونین درمان، بهداشتی، توسعه و مدیریت منابع ، غذا و دارو، آموزشی ، پرستاری و رئیس دفتر ارزیابی عملکرد ورسیدگی و پاسخگوئی به شکایات، نماینده سازمان بیمه سلامت ایران با محوریت معاونت درمان

۱.۲. سطح قطب

۱.۲.۱. نمایندگان همگن سطح وزارتی از دانشگاه های زیر مجموعه هر قطب بامحوریت حوزه درمان

۱.۲.۱.۱. نمایندگان معاونین مربوطه الزاما همگی از دانشگاه قطب نمی باشند.

۱.۳. سطح دانشگاه

۱.۳.۱. نمایندگان معاونت‌های توسعه و مدیریت منابع، درمان، غذا و دارو، آموزشی و دفاتر مامائی،پرستاری، رسیدگی به شکایات و تجهیزات پزشکی و نماینده سازمان بیمه سلامت ایران

۱.۴. سطح شبکه بهداشت درمان شهرستان

۱.۴.۱. رییس شبکه، معاون درمان، معاون بهداشت ، رییس و یا نماینده ای از بین روسای بیمارستان های شهرستان همراه تیم کارشناسان همگن با گروه سطح دانشگاهی با توجه به چارت تشکیلات بهداشت و درمان و نظر دانشگاه مربوطه

۱.۵. سطح بیمارستان

۱.۵.۱. رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، رئیس اورژانس،مدیر امور مالی، مدیر حراست،مدیر امور داروئی ،مدیر امور اداری و کارشناس ناظر بیمه

۱.۵.۱.۱. مسئولیت هماهنگی تیم ها جهت انجام بازدید ها، تجمیع گزارشات و ارسال گزارشات به ستاد وزارت، معاونت درمان دانشگاه خواهد بود.

۲. مسئولین و اعضاء کلیدی تیم نظارت به تفکیک برنامه ها:

۲.۱. مسئول تیم نظارت در همه برنامه ها اداره نظارت معاون درمان خواهد بود که با همکاری اعضاء کلیدی ذیل نحوه اجرای برنامه ها را بررسی خواهند کرد:

۲.۱.۱. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت کارشناس اقتصاد سلامت، کارشناس نظارت، کارشناس غذا و دارو و تجهیزات خواهد بود.

۲.۱.۲. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دولتی معاونت درمان و کارشناس نظارت خواهد بود.

۲.۱.۳. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه حضورپزشکان متخصصمقیمدربیمارستان‌هایدانشگاهیکارشناس نظارت و کارشناس آموزشی خواهد بود.

۲.۱.۴. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت کارشناس نظارت، کارشناس پرستاری، کارشناس مالی خواهد بود.

۲.۱.۵. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه حمایت مالی از بیماران خاص و صعب العلاج و نیازمندکارشناس غذا و دارو،بیماری های خاص، مددکاری و مالی خواهد بود.

۲.۱.۶. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کارشناس نظارت و کارشناس مالی خواهد بود.

۲.۱.۷. اعضای کلیدی تیم نظارت بر برنامه رضایت بیماردر هنگام بستری و پس از ترخیص کارشناس نظارت، کارشناس پرستاری و کارشناس رسیدگی به ارزیابی عملکرد ورسیدگی و پاسخگوئی به شکایات خواهد بود.

۲.۱.۷.۱. چنانچه تجویز، خرید دارو و یا تجهیزات از خارج از لیست فارماکوپه و لیست تجهیزات تائید شده صورت پذیرد، مسئول پرداخت ما به التفاوت ریاست بیمارستان خواهد بود و مسئول نظارت مستقیم بر این بند به عهده معاونت غذا و دارو و تجهیزات پزشکی دانشگاه خواهد بود که باید جهت هماهنگی به معاونت درمان دانشگاه منعکس گردد.

۲.۱.۷.۲. برای بررسی و پایش برنامه ماندگاری پزشکان و حمایت مالی از بیماران خاص وصعب العلاج علاوه بر بازدید از بیمارستان، بررسی ستاد دانشگاه و معاونت درمان از لحاظ چگونگی تخصیص منابع و پرداخت ها الزامی است.

۲.۱.۷.۳. تعداد کارشناسان حاضر در بازدید بر اساس تعداد تخت های بیمارستان های مورد بازدید متغیر خواهد بود.

ماده ۴. مراحل و زمان بندی نظارت

۱. مرحله اول:داخل بیمارستان

۱.۱. بازدید روزانه و گزارش به رییس بیمارستان توسط کمیته اجرائی بیمارستان- گزارش روزانه رییس بیمارستان به معاون درمان

۲. مرحله دوم: شبکه بهداشت و درمان

۲.۱. بازدید ماهانه یک بار و گزارش به معاون درمان دانشگاه

۳. مرحله سوم: دانشگاهی

۳.۱. بازدید تیم نظارتی تعیین شده از دانشگاه ها طبق جدول تدوین شده حداقل با فاصله ۳ماهه از هر بیمارستان (ماهانه بطوریکه در پایان سه ماه حداقل هر بیمارستان تحت پوشش برنامه ۱ بار مورد بازدید قرار گرفته باشد.)

۴. مرحله چهارم: قطب

۴.۱. بازدید ماهانه از دانشگاههای قطب مربوطه از حداقل ۲ بیمارستان (بر اساس تعداد بیمارستان های تحت پوشش برنامه) و جمع بندی و ارسال گزارش توسط دانشگاه مرکز قطب هر سه ماه به ستاد وزارت متبوع

۵. مرحله پنجم: ستاد وزارت متبوع

۵.۱. بازدید ۳ماه یک بار توسط تیم کارشناسی ستادی از حداقل ۱ دانشگاه قطب و بررسی وضعیت اجرای برنامه در بیمارستانهای تحت پوشش(بازدید از حداقل ۵ بیمارستان دانشگاهی در هر بازدید)

۵.۱.۱. در هربازدید در سطح کارشناسی دانشگاهی ۵ تا ۱۰ درصد از پرونده بیماران باید بررسی شود..

ماده ۵. شاخص ها و چک لیستها:

۱. جهت بررسی شاخص ها تکمیل چک لیست های اختصاصی برنامه های ذیل که به پیوست این شیوه نامه ارسال می گردد الزامی است :

۱.۱. کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۲. ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۳. حضورپزشکان متخصصمقیمدربیمارستان‌هایمشمول برنامه

۱.۴. ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان های مشمول برنامه

۱.۵. حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج، خاص و نیازمند

۱.۶. طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

۱.۷. رضایت بیماردر هنگام بستری و پس از ترخیص

ماده ۶. ابزار نظارت

۱. پرونده بیماران

۲. مصاحبه با بیماران و همراهانشان

۳. مراجعه حضوری در واحد درمانی

۴. ارتباط با بیماران از طریق سامانه های ارتباطی مردمی، تلفن، پیامک،پست الکترونیکی

۵. چک لیست های مربوطه

۶. سامانه های اطلاعاتی موجود (سجاد، سپاس، سایت معاونت درمان وزارت و....)

۷. گزارش عملکرد پزشکان

ماده ۷. اطلاع رسانی و رسیدگی و پاسخگوئی به شکایات

۱. سایتاطلاعرسانی عمومی توسط مرکزروابطعمومی واطلاعرسانی وزارت بهداشت راه اندازی و اداره خواهد شد .

۲. سامانهای برای انعکاسشکایاتمردمی سئوالات و انتقادات توسط مرکزروابطعمومی واطلاعرسانی وزارتبهداشتطراحی وراهاندازی میشود . پاسخگویی به سوالات مردم در مورد این برنامه به عهده معاونتهای درمان دانشگاههای علوم پزشکی کشور خواهد بود.

۳. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاهها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.

۴. در کلیه بیمارستان ها یک نفر نماینده در یک مکان مشخص با اطلاع رسانی مناسب در خصوص محل استقرار در کلیه شیفت ها مسئول پاسخگوئی و رسیدگی به شکایات بیماران خواهد بود و تلفن پاسخگوئی در بیمارستان، ستاد هدایت ودانشگاه در محل های مناسب در معرض دید بیماران و همراهان ایشان نصب می شود.

ماده ۸. انواع و گروه تخلفات:

۱. برخی از تخلفات توسط پزشکان و پرسنل و برخی از تخلفات از سوی مدیریت بیمارستان و یا بدلیل سوء مدیریت و عدم نظارت صحیح بر برنامه صورت می پذیرد، به موازات اعمال جریمه های قانونی مطابق با قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی مصوب سال ۱۳۶۷، اقدامات ذیل از حداقل تا حداکثر در صورت عدم تعهد به مفاد تفاهم نامه و دستور عمل های ابلاغی و در صورت احراز تخلف بر اساس گزارشات مردمی، دانشگاهی، ستاد وزارت متبوع بر اساس گروه و نوع تخلف انجام خواهد شد:

۲. گروه اول: تخلفات مدیریتی (انضباطی یا مالی) که توسط دانشگاه صورت می پذیرد و توسط تیم نظارتی ستادی به ستاد ویژه نظارت ستاد گزارش و بررسی میشود و اقدامات انضباطی از تذکر کتبی تا برکناری مسئول مربوطه را بدنبال دارد شامل:

۲.۱. عدم تخصیص و پرداخت اعتبارات به موقع و صحیح مطابق دستورعمل های ابلاغ شده

۲.۲. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ۶ گانه و نیز وظایف قید شده در این شیوه نامه

۲.۳. عدم نظارت صحیح و مدون از اجرای برنامه ها در بیمارستانهای تحت پوشش

۳. گروه دوم: تخلفات مدیریتی (انضباطی یا مالی) که توسط گروه مدیریت بیمارستان اعم از رییس، مدیر، مترون ، مدیر امور مالی ، اداری وسایر سطوح مدیریت بدلیل عدم اجرای شرح وظایف قید شده در این برنامه و یا عدم نظارت صحیح صورت می گیرد و در دانشگاه بررسی میشود و یا بر حسب مورد به وزارت گزارش می گردد و بر حسب تشخیص دانشگاه از تذکر شفاهی و کتبی رییس دانشگاه و معاونین به رییس بیمارستان تا برکناری رییس بیمارستان، مدیربیمارستان، امور اداری مالی، مترون و یا سایر افراد ذیربط را شامل می گردد شامل:

۳.۱. هزینه منابع اختصاص یافته خارج از برنامه های ابلاغی

۳.۲. عدم آموزش پزشکان و پرسنل در خصوص مفاد برنامه های ابلاغی و شرح وظایف

۳.۳. عدم اطلاع رسانی مناسب در خصوص حقوق بیمار

۳.۴. عدم ایجاد نظام هماهنگ در بیمارستان جهت تعیین تکلیف بیمار و ایجاد نارضایتی بیماران

۳.۵. ارجاع بیمار به بیمارستان های خارج از زنجیره ارجاع تعریف شده(بخش خصوصی و...)

۳.۶. ارجاع بیمار به بیمارستان های داخل زنجیره بدون هماهنگی های لازم و عدم تامین هزینه های انتقال بیمار از بیمارستان مبدا با بیمارستان مربوطه

۳.۷. عدم تعیین تکلیف مشخص و قابل فهم جهت بیمار

۳.۸. ایجاد بلاتکلیفی و سرگردانی بیماران ویژه بدلیل سوء مدیریت

۳.۹. عدم رعایت حداقل استانداردهای هتلینگ

۳.۱۰. عدم تهیه فضا و امکانات کافی برای پزشکان مقیم

۳.۱۱. عدم ثبت ورود و خروج پزشکان و اعضای هیئت علمی

۳.۱۲. عدم نظارت صحیح بر عملکرد پزشکان و کارکنان

۳.۱۳. عدم تهیه کلیه داروها و ملزومات مورد نیاز بیماران و نظارت مستمر بر موجودی بیمارستان

۳.۱۴. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ابلاغی

۴. گروه سوم: تخلفات قرمز که توسط پزشکان ویا سایر کارکنان بیمارستان(درمانی، اداری) صورت می پذیرد و توسط ریاست بیمارستان مستقیما به کمیته تخلفات کارکنان اداری و یا تخلفات هیئت علمی دانشگاه معرفی و در کمیته بررسی و تصمیم گیری می شوند و اقدامات انضباطی از جابجائی پزشک متخلف از بخش یا بیمارستان- توقف ارتقاء و ترفیع در خصوص اعضاء هیئت علمی و معرفی به هیئت تخلفات کارکنان در خصوص سایر پزشکان و کارمندان را بدنبال دارد شامل:

۴.۱. فعالیت هیئت علمی تمام وقت جغرافیائی در بخش خصوصی و خیریه(عدم تمام وقتی)

۴.۲. اخذ وجوه خارج از تعرفه و یا خارج از حسابداری بیمارستان

۴.۳. تبلیغ داروها و یا تجهیزات گران قیمت و خارج از بسته مشمول برنامه به جهت سودجوئی و یا هرگونه تبانی با شرکت ها ی داروئی و تجهیزات پزشکی

۴.۴. ارجاع بیمار به بیمارستان های خارج از زنجیره ارجاع تعریف شده(بخش خصوصی و...)

۴.۵. سایر تخلفات بنا به تشخیص رییس بیمارستان برابر مقررات

۴.۵.۱. این تخلفات بصورت همزمان به سازمان نظام پزشکی و کمیسیون تعزیرات معرفی می شوند.

۵. گروه چهارم:تخلفاتی که توسط پزشکان ویا سایر کارکنان بیمارستان(درمانی، اداری) صورت می پذیرد و در کمیته اخلاق بیمارستان بررسی و تصمیم گیری می شوند و اقدامات انضباطی از تذکر شفاهی و کتبی به پزشکان و کارکنان و یا رییس بیمارستان، تعدیل و کسردرصدی از کارانه- جابجائی پزشک متخلف از

بخش یا بیمارستان- توقف ارتقاء و ترفیع در خصوص اعضاء هیئت علمی و معرفی به هیئت تخلفات کارکنان در خصوص سایر پزشکان و کارمندان را بدنبال دارد شامل:

۵.۱. عدم ویزیت به موقع بیماران.

۵.۲. عدم تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن.

۵.۳. عدم اقدام پزشک مقیم مطابق با پروتکل های کمیته تعیین تکلیف بیمار

۵.۴. عدم مداخله درمانی مستقیم و به موقع توسط پزشک متخصص در زمان لازم و ارجاع وظایف به کادر آموزشی(رزیدنت، انترن و...)

۵.۵. عدم حضور به موقع در اتاق عمل و در طی اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیمار.

۵.۶. عدم رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش های ویژه مخصوصاً بخش ICU.

۵.۷. عدم رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه.

۵.۸. عدم حضور فیزیکی در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری.

۵.۹. عدم حضور درکمیته‌های بیمارستانی.

۵.۱۰. عدم مشارکت در نظام ارجاع بیماران در قالب برنامه پزشک خانواده شهرستانی و روستایی

۵.۱۱. اخذ هزینه بیشتر از برنامه حمایت از بیماران ویژه مشمول برنامه

۵.۱۲. ارائه اطلاعات ناصحیح از وضعیت اقتصادی، اجتماعی بیمار توسط مددکار

۵.۱۳. عدم ارائه خدمت مناسب مطابق با برنامه حمایت مالی از بیماران ویژه

۵.۱۴. عدم پذیرش بیمار

۵.۱۵. ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان جهت خرید دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی

۵.۱۶. فعالیت پزشک ضریب k در مطب و یا بخش خصوصی و خیریه در زمان موظف

۵.۱۷. عدم رعایت استانداردهای ویزیت

۵.۱۸. عدم رعایت حریم خصوصی بیمار

۵.۱۹. عدم ثبت اقدامات و خدمات انجام شده برای بیمار

۵.۲۰. عدم ثبت اقلام و داروهای مصرفی و هزینه ها بصورت دقیق در پرونده بیمار

۵.۲۱. تجویز و یا بکارگیری داروها ، ملزومات و تجهیزاتی که هزینه بیماربر خلاف گاید لاین و دستورالعمل های ابلاغی را افزایش دهد

۵.۲۲. عدم ارتباط صحیح کلیه پزشکان و پرسنل با بیمار و همراهان بیمار

۵.۲۳. عدم رعایت اخلاق حرفه ای و شئونات اسلامی.

۵.۲۴. سایر تخلفات با مضامین اداری، مالی، انضباطی، فنی، علمی و ....

۵.۲۵. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه های ۶ گانه و نیز وظایف قید شده در این شیوه نامه

۵.۲۵.۱. روند برخورد با این گروه از تخلفات در صورت تکرار ، مانند سایر گروه ها خواهد بود.

۵.۲۵.۲. رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان ، مترون بیمارستان پاسخگوی تمامی فرآیندهای بیمارستان در حوزه مربوطه می باشند.

۵.۲۵.۳. پزشکان و پرسنل بیمارستانها پاسخگوی مراجع قضائی بنا به شکایت مطروحه می باشند

۵.۲۵.۴. در صورت اخذ مکرر گز ارشات مبنی بر تخطی بیمارستان‌های تابعه یک دانشگاه از سوی معاونت درمان وزارت متبوع، گزارش مربوطه جهت اتخاذ تصمیم مقتضی به مقام عالی وزارت ارائه خواهد شد.

۵.۲۵.۵. شرکت های تجهیزات پزشکی که نسبت به تبلیغ غیر مجاز به پزشکان یا پرسنل یا دریافت حق پورسانت عمل می کنند (قانون مجلس می خواهد) تا زمان تصویب مجلس به اداره کل تجهیزات پزشکی معرفی میشوند

۵.۲۵.۶. شرکت های تجهیزات پزشکی که خطای آنها در تبلیغ داروها و تجهیزات بی کیفیت، گران و یا قاچاق محرز شود نیز به اداره کل تجهیزات پزشکی معرفی می شوند.

۵.۲۵.۷. گزارش ها بر حسب مورد به سازمانهای مرتبط مانند نظام پزشکی و تعزیرات برای برخورد باپزشکان متخلف منعکس خواهد گردید.

ماده ۹. اقدامات انضباطی

۱. اقدامات انضباطی بر اساس گروه تخلف و نوع تخلف در مراجع رسیدگی به تخلف اعمال خواهند شد:

۲. تذکر شفاهی

۳. تذکر کتبی

۴. عدم پرداخت حق الزحمه ماندگاری

۵. حذف و یا تعدیل پرداخت حق الزحمه مقیمی

۶. **تعدیل و کسر درصدی از کارانه رییس یا مدیر بیمارستان**

۷. **توقف در مراتب ارتقاء و ترفیع هیئت علمی**

۸. **جابجائی پزشک و یا مسئول متخلف**

۹. **حذف پزشک متخلف از برنامه مربوطه**

۱۰. **برکناری مسئول یا مسئولین متخلف به تشخیص مرجع رسیدگی کننده**