



فهرست مندرجات

۳	.....واژه‌نامه
	.....دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶	.....دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
۱۴	.....دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۳	.....دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۰	.....دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۶	.....دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند
۴۲	.....دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی
۵۰	.....شیوه نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه های تحول سلامت
۶۳	.....

واژه‌نامه

به منظور برداشت یکسان از واژه‌ها 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 و پزشک 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 تامین اجتماعی نیروهای مسلح می‌باشد. سایر سازمانهایی که به موجب قانون مجاز به ارائه بیمه پایه می‌باشند در شمول بهره‌مندی از این برنامه قرار نمی‌گیرند.

پزشک مقیم

پزشک مقیم به پزشک متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ گفته می‌شود که از ساعت ۲ بعدازظهر الی ۸ صبح روز 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 برنامه‌ای خدمات و مراقبتهای تشخیصی و درمانی است که به طور سالانه مورد تأیید شورای عالی بیمه سلامت قرار گرفته و توسط هیات محترم وزیران ابلاغ می‌شود.

خدمات هتلینگ

خدمات هتلینگ بیمارستانی در ۷ محور اصلی، و زیرمجموعه‌های موضوع این دستورالعمل تعریف شده‌اند.

بیماری ویژه

بیماری است که مجموع متوسط تمام هزینه‌های ضروری برای مراقبت از بیمار مبتلا به آن در طول یک سال (سرانه بار هزینه‌ای بیماری) از یک پنجم درآمد سالانه آن خانوار ایرانی بیشتر 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 می‌گردد که مبتلا به حداقل یکی از بیماریهای ویژه باشد و طبق ارزیابی سازمانها و نهادهای حمایتی مورد قرارداد، نیازمند حمایت شناخته شود.

فهرست مرجع بیماریهای ویژه

به فهرست بیماریهایی اطلاق می‌گردد که توسط کمیته تعیین بیماریهای ویژه، بر اساس هزینه بالا و میزان علاج پذیری که با معیار Cost Effectiveness سنجیده می‌شود، 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 می‌شود.

دانشگاه

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و وابسته 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 می‌شود.

تعرفه تشویقی

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

دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

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

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران بستری شده بیمه‌ای 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 سیاستگذاری 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 برنامه‌های 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 کمیته‌های 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 برنامه‌ها را به عهده خواهد داشت. دبیرخانه مذکور رابط بین دانشگاه‌ها و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سئوالات و دریافت پیشنهادات دانشگاه‌ها می‌باشد.

ماده ۵. شمول دستورالعمل

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 از هزینه خدمات مشمول برنامه را پرداخت می‌کنند.

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 مابه‌التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.
- ۱.۲. خارج پوشش بیمه پایه
- 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. این گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورای عالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه با خدمات ارائه شده و یا تعرفه مصوب آنها تفاوت 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 شورای عالی 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 پوشش بیمه پایه

۲.۲.۱. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی ضروری خارج از بسته بیمه پایه می‌باشد که 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 از فهرست 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 شورای عالی 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 تامین هزینه می شود.
۲. نحوه رفع همپوشانی حمایت‌های این برنامه و بیمه های تکمیلی، بر اساس تفاهم نامه مشترک وزارت بهداشت / سازمان بیمه سلامت با بیمه مرکزی ایران تعیین می شود.
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 می شود. 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 صرفاً در راستای 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 می باشند.
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 آنها اقدام نماید.
۳. کمیته فنی 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 ابلاغ 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 درصد پرداخت خواهد نمود و در صورت اقامت بیش از ۶ ساعت (بستری) ۱۰ درصد پرداخت می‌نماید.

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

۱. بیمارستان موظف است تمامی خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار که 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. در صورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه دانشگاه 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 هزینه‌های نقل و انتقال بیمار (آمبولانس) به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد.

۶. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ارجاع به مراکز صرفاً 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 صورت حساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.

۸. قرارداد با مراکز همکاری کننده بر اساس نمونه قرارداد تیب 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 سامانه‌های 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 بیمه‌گری 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. بیماران روستایی و بیماران ساکن در دو استان فارس و مازندران، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر معرفی شده از طریق نظام ارجاع که دارای برگه ارجاع میباشند، ۵٪ فرانشیز خدمات بستری را پرداخت خواهند کرد.

۲. بیمارستان ضروریست نسبت به نصب تابلویی در قسمت پذیرش اقدام نماید که در آن فرآیند پذیرش بیماران ارجاع شده از طریق نظام ارجاع به طور کامل درج شده باشد.

۳. برگه ارجاع ارائه شده توسط بیمار باید توسط پزشک خانواده و قبل از مراجعه به مرکز درمانی بستری تکمیل شده باشد.

۴. بیمارستان باید اقدامات لازم را در خصوص تکمیل برگه های ارجاع به منظور ارائه بازخوراند خدمات ارائه شده را انجام دهد.

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 فاقد HIS تا پایان شهریور ماه ۹۳ بایستی مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت (دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس) باشند. فهرست بیمارستان‌های فاقد HIS پیوست می‌باشد.

۲. کلیه بیمارستان‌هایی که HIS آنها مطابق با استانداردهای سپاس نیست باید تا پایان خردادماه ۱۳۹۳ گواهینامه تبادل اطلاعات با سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) را دریافت نمایند. فهرست بیمارستان‌های فوق پیوست این سند است.

۳. همه‌ی بیمارستان‌ها، ملزم به ثبت الکترونیکی شناسه ملی بیماران هنگام پذیرش می‌باشند. در موارد اورژانس و در زمانیکه ثبت الکترونیکی شناسه ملی منجر به تاخیر در ارائه خدمات سلامت به فرد می‌گردد باید فرآیند ثبت، بعد از ارائه خدمت اورژانس و تا قبل از ترخیص وی از بیمارستان صورت گیرد.

۴. ثبت تشخیص نهایی در HIS برای بیماران بستری تا قبل از ارسال پرونده به سپاس الزامی است.

۵. همه‌ی بیمارستان‌ها باید در HIS خود از کدینگ استاندارد وزارت بهداشت استفاده نمایند. آخرین نسخه کدینگ‌های ابلاغی از نشانی اینترنتی <http://coding.behdasht.gov.ir> در دسترس است.

۶. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیک بیماران بستری در زمان ترخیص و اصلاحیه صورت‌حساب، حداکثر ۳ هفته بعد از ترخیص، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۷. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیکی بیماران سرپایی، حداکثر یک‌هفته بعد از دریافت خدمت، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۸. بیمارستان‌ها حداکثر تا پایان مهرماه ۱۳۹۳ از بستر شمس (شبکه ملی سلامت) و یا سرویس اینترنت ملی به جای اینترنت برای ارسال اطلاعات استفاده نمایند.
۹. معاونت درمان دانشگاه (واحد اقتصاد درمان) با همکاری واحد فن آوری اطلاعات دانشگاه بایستی به صورت مستمر با بررسی و صحت‌سنجی داده‌های ارسالی به سپاس، نسبت به رفع اشکالات و اصلاح داده‌های نادرست و یا فاقد کدینگ استاندارد اقدام نماید. به طوری که در شهریور ماه ۱۳۹۳ اشکال داده‌های ارسالی کمتر از ۵ درصد باشد.

ماده ۱۵. پایش عملکرد برنامه

۱. پایش عملکرد برنامه در سطوح بیمارستان، شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه، قطبهای کشوری و ستاد وزارت مطابق دستورالعمل نظارتی پیوست شماره ۳ انجام خواهد شد.
۲. گزارشات پایش عملکرد مبنای کاهش یا افزایش ۲۰ درصدی اعتبارات پرداختی به بیمارستانها (موضوع ماده ۸) می‌باشد.

ماده ۱۶. اطلاع‌رسانی عمومی

۱. هرگونه اطلاع‌رسانی عمومی در مورد این برنامه با هماهنگی مرکز روابط عمومی وزارتخانه و در چارچوب سیاست‌های ابلاغی دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت صورت می‌گیرد و بایستی به گونه‌ای باشد که به لحاظ منابع مالی، ساختاری و نیروی انسانی واقع بینانه باشد.
۲. سایت اطلاع‌رسانی عمومی توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت راه‌اندازی و اداره خواهد شد.
۳. سامانه‌ای برای انعکاس شکایات مردمی، سئوالات و انتقادات توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت طراحی و راه‌اندازی می‌شود. پاسخگویی به سئوالات 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 راه‌اندازی خواهد شد.

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

دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این برنامه به منظور ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم، جذب و ماندگاری متخصصین در این مناطق تدوین شده و با اجرای آن، از طریق پرداخت‌های تشویقی در مناطق کمتر توسعه یافته تقویت نظام ارجاع و تمام‌وقتی پزشکان و در نهایت کاهش پرداخت از جیب مردم، محقق می‌شود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. توسعه جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور.
۲. ارتقای 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 فوق تخصص و پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها و اورژانس‌های پیش بیمارستانی 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. ضریب ۹ 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: ۱ امتیاز.
 - ۲.۲. ضریب محرومیت (براساس آخرین مصوبه هیات محترم وزیران):
 - ۲.۲.۱. شهرستان‌های ۳/۵، ۳۵ امتیاز.
 - ۲.۲.۲. شهرستان‌های ۳.۵/۵، ۳۵ امتیاز.
 - ۲.۲.۳. شهرستان‌های ۴/۵، ۲۰ امتیاز.
 - ۲.۲.۴. شهرستان‌های ۴.۵/۵، ۵ امتیاز.
 - 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 واجد شرایط 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 دیسپیچ) که به طور تمام وقت انجام وظیفه می‌نمایند، به ازای هر ۲۴ ساعت مقیمی، پرداخت ثابت به شرح جدول ذیل صورت می‌گیرد:

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

۱.۱. در شهرهای (ج) و (د) پزشکان شاغل اورژانس پیش‌بیمارستانی (مستقر در سیستم دیسپیچ) 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 ۳ 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 آزمایشگاه) (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 تأیید 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	حق الزحمه نیروی انسانی (ضریب جراحی، بیهوشی و داخلی) با در نظر گرفتن تعرفه ترجیحی فعلی شهرستان	آزمایشگاه تشخیصی - طبی	پاتولوژی	سونوگرافی	رادیوگرافی ساده و رنگی، CT و MRI
شهرستان‌های گروه (الف) و (ب)	۳ برابر	درصدهای تعیین شده به تعرفه‌های دولتی مصوب هیات وزیران در سال ۱۳۹۳، اضافه می‌گردد	۱۰٪	۵۰٪	۱۳٪
شهرستان‌های گروه (ج)	۲.۵ برابر		۷.۵٪	۳۷.۵٪	۱۰٪
شهرستان‌های گروه (د)	۲ برابر		۵٪	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 حق الزحمه مقیمی، پرداخت همزمان حق الزحمه 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 ماه یکبار)	بیماران بخش	تا ۴۰ امتیاز
۳	رضایت حوزه 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. تعیین 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 بخش‌های 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 فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۰. میزان رضایت فراگیران از عملکرد اعضای هیات علمی.

۱.۲.۱۱. حضور در کمیته‌های 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 پایین‌تر 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.

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 چارچوب‌های 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 رییس 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 گزارشات 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.

دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این برنامه به منظور بهره‌مندی 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. ارائه به‌موقع خدمات درمانی
۲. پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی/آموزشی-درمانی
۳. تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن
۴. انجام به موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی
۵. افزایش رضایت‌مندی مردم

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 فوق تخصص/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 ۸ صبح روز 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 خانه‌های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی‌شود.

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، می‌گردند.

۱.۱. دستیاران فلوشیپ و فوق تخصصی 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 پزشکی با کمتر از ۶۴ تخت فعال از شمول این آیین نامه خارج می‌شوند.

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 آیین نامه می‌گردد.

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 نمی‌شود. ولی بخش اورژانس که در آن بیماران بمدت حداقل ۲۴ ساعت بستری می‌شوند، تخت فعال به حساب می‌آید.

۵. دانشگاه در انتخاب رشته‌های 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 می‌بایست 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 یک نفر متخصص جراح مربوط و یک متخصص بیهوشی مقیم ضروری است.

۸. در مراکز تک تخصصی غیر جراحی یک نفر 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 حضور فوق 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 (NICU, ICU) 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 و عروق 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 از بیمارستانهای مشمول برنامه امکان پوشش مقیمی توسط پزشکان آن مرکز وجود نداشته، 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. حق الزحمه مقیمی

۱. حق الزحمه 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 می‌تواند با در نظر گرفتن نیاز و درجه محرومیت منطقه، نوع تخصص و میزان کارکرد پزشک، حق الزحمه مقیمی را تا ۵۰٪ کاهش و یا تا ۵۰٪ افزایش دهد.
- ۱.۲. به حق الزحمه پزشک مقیم در روزهای تعطیل معادل یک سوم مبالغ روزهای غیر تعطیل اضافه می‌گردد.
- ۱.۳. حق الزحمه مقیمی علاوه بر حقوق و مزایا و کارانه 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 نوبت‌های کاری مقیمی صورت می‌گیرد 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 نمی‌گردد.
- ۱.۶. در بخش‌هایی که دارای پزشک مقیم می‌باشند، پرداخت همزمان هرگونه وجهی تحت عنوان حق الزحمه آنکالی، به پزشکان شاغل در آن رشته، ممنوع می‌باشد.
۲. در صورتی که امتیاز ارزیابی عملکرد پزشک مقیم براساس فصل ۷ این آیین نامه، ۸۰ و بالاتر باشد، ۱۰۰٪ حق الزحمه مربوطه قابل پرداخت است؛ در صورتی که امتیاز عملکردی ۶۰ تا ۷۹ باشد، ۸۰٪ حق الزحمه مذکور و در امتیاز پایین تر از ۶۰، ۶۰٪ حق الزحمه 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	تا ۳۰ امتیاز
۲	رضایت از عملکرد پزشک مقیم	رئیس بخش	تا ۳۰ امتیاز
۴	رضایت از عملکرد پزشک مقیم	رئیس بیمارستان	تا ۴۰ 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 می‌گردد.
۲. معیارهای ذیل از اصلی‌ترین شاخص‌ها در تعیین میزان رضایت از عملکرد پزشکان مقیم می‌باشند:
 - ۲.۱. انجام به موقع ویزیت بیماران
 - ۲.۲. تعیین 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 اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌های 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 در فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی در ساعات مقیمی.
 - ۲.۸. مشارکت در نظام ارجاع پزشک خانواده شهری و روستایی.
 - ۲.۹. حضور فیزیکی منظم در ساعات مقیمی مربوطه.
 - ۲.۱۰. رعایت اخلاق حرفه‌ای و شئون 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 رشته‌ها 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 می‌گردد. در پایان هر دوره سه ماهه، عملکرد ارسالی دانشگاه توسط معاونت درمان وزارت بهداشت بررسی شده و در تخصیص بعدی اعمال می‌گردد.
 - 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 مذکور مقیمی 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 ها و 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 حق الزحمه 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 گزارشات مکرر عدم حضور پزشکان 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. لغو موارد مغایر

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

این دستورالعمل در ۱۴ ماده در تاریخ --/--/۱۳۹۲ با امضاء وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ و از تاریخ ۱۵/۲/۱۳۹۳ در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی لازم اجرا می‌باشد.

دستورالعمل ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱. کلیات

۲. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این دستورالعمل به منظور حداکثر استفاده از امکانات آموزشی و درمانی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات، ارتقای کیفیت ویزیت، ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، حفظ اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در جهت افزایش رضایت مندی بیماران، اجرایی می‌شود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی
۲. حفظ و افزایش تعداد اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
۳. افزایش دسترسی به اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در ساعات غیراداری
۴. استاندارد سازی و ارتقای کیفیت در ارائه خدمت ویزیت سرپایی
۵. افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده
۶. تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت درکلینیک‌های ویژه و بالطبع کاهش استفاده غیر ضروری از اقدامات پاراکلینیک و کاهش بستری‌ها و اعمال جراحی غیر ضروری با تقویت و افزایش سهم ویزیت سرپایی در درآمد پزشکان خصوصاً برای متخصصین رشته‌های مختلف جراحی.
۷. بهبود فرآیندهای آموزشی از طریق افزایش کیفیت و زمان ویزیت سرپایی

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. پزشکان غیر هیئت علمی شاغل در واحدهای تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی که فاقد هرگونه کارانتفاعی پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه پزشکی باشند.
۲. اعضاء هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی دانشگاه‌های علوم پزشکی
 - ۲.۱. تبصره: اشتغال پزشکان در مطب خصوصی موجب خروج از این طرح خواهد شد.
۳. واحدهای تابعه: کلینیک‌های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان‌های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک‌های بیمارستان‌های 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	مابه‌التفاوت پرداختی به ازای هر ویزیت
دکتری MD و دکتری MD-PHD	۱۰۵,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰

۹۴,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۹۴,۰۰۰	دکتری MD دارای تخصص
۱۲۳,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۲۴۳,۰۰۰	دکتری MD دارای تخصص روانپزشکی
۱۰۰,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰	۲۰۹,۰۰۰	دکتری MD دارای تخصص و فلوشیپ
۱۵۹,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	دکتری MD دارای فوق تخصص
۱۸۸,۰۰۰	۱۴۴,۰۰۰	۳۳۲,۰۰۰	دکتری MD دارای فوق تخصص روانپزشکی

۱.۱. درخصوص ویزیت اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی «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 در این تفاهم‌نامه علاوه بر بند مذکور بوده و مطابق جدول زیر قابل محاسبه می‌باشد.

ویزیت	استادیار	دانشیار	استاد
متخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل
فلوشیپ	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل
متخصص روانپزشکی	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل
فوق تخصص	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل
فوق تخصص روانپزشکی	سهم سازمان	سهم سازمان	سهم سازمان
	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده	سهم بیمه شده
	جمع کل	جمع کل	جمع کل

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 مابه‌التفاوت نخواهد شد.

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

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

۱.۵. صرفاً ویزیتی که توسط مشمولین طرح در داخل فضای فیزیکی کلینیک سرپایی با رعایت استاندارد ها ارائه شود مشمول پرداخت ما به‌التفاوت خواهد شد. برگ‌های بیمه ای که خارج از کلینیک ویژه جدا می‌شود، مشمول طرح نمی‌باشد.

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 می‌گردد. 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 دانشگاه‌ها بر اساس شاخص تعداد پزشکان تمام وقت جغرافیایی درمانی و هیئت علمی تعیین می‌شود.

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 تخصیص‌های آتی در اختیار معاونت درمان قرار می‌دهد.

۳. مراکز مشمول مکلفند کلیه اسناد مرتبط با ویزیت سازمان‌های 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 می‌نماید.

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 نمایند.

۶.۱. درصد سهم پرداختی به پزشکان مشمول طرح ۷۰٪ تا ۸۰٪ کل حق‌الزحمه ویزیت قیمت تمام شده می‌باشد و مابقی صرف پرداخت کارانه به کارکنان غیر پزشک شاغل در کلینیک، هزینه‌های جاری و نگهداشت کلینیک و سایر هزینه‌های آن خواهد شد. بخشی از هزینه‌های کلینیک‌های ویژه از محل درآمد‌های پاراکلینیک 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 استاندارد‌های فضای فیزیکی و تجهیزاتی کلینیک ویژه معاونت درمان اقدام نمایند. پیشنهاد میشود برای بهره‌مندی 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 آن‌ها 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 ۸ بیمار در هر ساعت و برای گروه روانپزشکی ۶ بیمار در ساعت می‌باشد. پرداخت ما به التفاوت قیمت تمام شده منوط به رعایت این سقف می‌باشد. کلیه مراکز تابعه دانشگاه موظفند سیستم نوبت دهی خود 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 و اصول ایمنی بیمار خواهد بود.

۲.۳. رعایت استانداردهای ویزیت از جمله ثبت دقیق شرح حال و معاینه فیزیکی، یافته‌های 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 و این دستورالعمل به صورت مکرر در مراکز ارائه کننده، رئیس 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 دستورالعمل توسط دانشگاه، وزارت متبوع تصمیم گیری مدیریتی جهت رفع مشکل در آن دانشگاه را به عمل خواهد آورد.

این دستورالعمل در ۸ ماده در 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

دستور العمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی " دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی " است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. این دستورالعمل در راستای برنامه‌های تحول نظام سلامت و با هدفیکپارچه سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استاندارد سازی آنها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت گیرندگان، اجرایی می‌شود.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. رتبه‌بندی کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در همه‌ی بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کسب حداقل رتبه استاندارد(سه ستاره)
۳. ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
۴. پاسخگویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ بیمارستان‌ها
۵. نظارت، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
۶. ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان

ماده ۴. شمول دستورالعمل

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

ماده ۵. ارکان

۱. ارکان تصمیم‌گیری و اجرای این دستورالعمل عبارتند از:
۲. ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت
۳. دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت
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 تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به میزان رعایت الزامات مربوط به هر محور، در سه رتبه‌ی: ۳ ستاره، ۴ ستاره، و ۵ ستاره، رتبه بندی می‌شوند. به گونه ای که بیمارستان ۳ ستاره، بیمارستانی خواهد بود که حداقل 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 رتبه ۳، 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 و تسهیلات 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 اعتبار توسط 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 می‌کند. دبیرخانه ستاد کشوری اجرای نسبت 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 های ۳ ستاره

نوع تخت	تخت تختی	تخت تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد دو م	نوزاد بیمار سطح	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بیمار CCU	تخت بخش Post CCU	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U و جیرال، PICU، RICU، I.C.U	تخت بخش BICU
یک	۳۰۰,۰۰۰	۲۲۵,۰۰۰	۵۶,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۵۳,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰	۲۷۳,۰۰۰	۳۴۸,۰۰۰	۶۹۶,۰۰۰	۷۶۶,۰۰۰	
دو	۲۴۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰	۷۲,۰۰۰	۹۶,۰۰۰	۴۲۴,۰۰۰	۹۶,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰	۲۱۹,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	۵۵۷,۰۰۰	۶۱۲,۰۰۰	
سه	۱۸۰,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰	۳۳,۰۰۰	۵۴,۰۰۰	۷۲,۰۰۰	۳۱۸,۰۰۰	۷۲,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۱۶۴,۰۰۰	۲۰۹,۰۰۰	۴۱۷,۰۰۰	۴۶۰,۰۰۰	
چهار	۱۲۰,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۲۳,۰۰۰	۳۶,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۲۱۲,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۱۰۹,۰۰۰	۱۳۹,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	۳۰۶,۰۰۰	

جدول مابه التفاوت قابل پرداخت در بخش های ۴ ستاره

نوع تخت	تخت تختی	تخت تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد دو م	نوزاد بیمار سطح	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بیمار Post CCU	تخت بخش C.C.U	تخت بخش N.I.C.U و Ped ICU	تخت بخش I.C.U و جیرال،	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	تخت تختی	تخت تختی و بیشتر	هزینه همراه	نوزاد سالم	نوزاد دو م	نوزاد بیمار سطح	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش CCU	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U و جیرال، PICU، RICU، I.C.U	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.

دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی " دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیر بیمه‌ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه،
۲. پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیر بیمه‌ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه
۳. شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماریهای ویژه
۴. توسعه‌ی مراقبت‌های نظام مند از بیماران ویژه بر اساس راهنماهای مصوب وزارت بهداشت.

ماده ۴. ارکان اجرایی

۱. ساختار اجرایی این برنامه شامل: ستاد کشوری اجرای برنامه، کمیته‌های 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: کمیته‌ای است که مسئولیت سیاستگذاری برنامه و تعیین بیماریهای نیازمند حمایت را در معاونت درمان وزارت متبوع به عهده دارد.

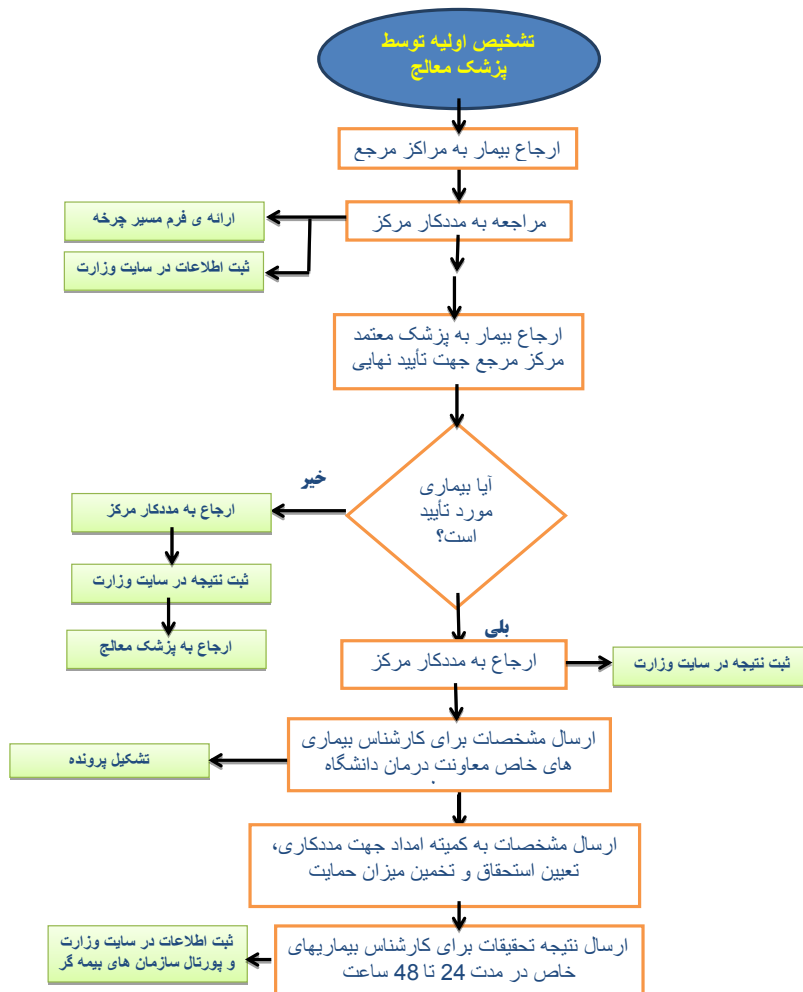
ماده ۵. جمعیت هدف

۱. تمام اتباع ایرانی که حداقل به یکی از بیماری‌های ویژه اعلام شده در لیست مرجع معاونت درمان وزارت متبوع مبتلا می‌باشند و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی باشند، جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می‌دهند.
۲. تمام اتباع ایرانی که مبتلا به بیماری‌های ویژه بوده و بر اساس ارزیابی سیستم مددکاری نیازمند حمایت مالی باشند نیز جمعیت هدف این برنامه را تشکیل می‌دهند.
۳. در صورتی که بیماری مبتلا به بیماری‌های ویژه باشد که در لیست مرجع بیماری‌های ویژه نیازمند به حمایت قرار نگرفته باشد، ولی هزینه‌های بیماری، وی را در معرض هزینه‌های کمرشکن سلامت قرار دهد، پس از تأیید سیستم مددکاری بیمارستان و یا سازمان حمایتی، می‌تواند مشمول دریافت خدمات این برنامه گردد.

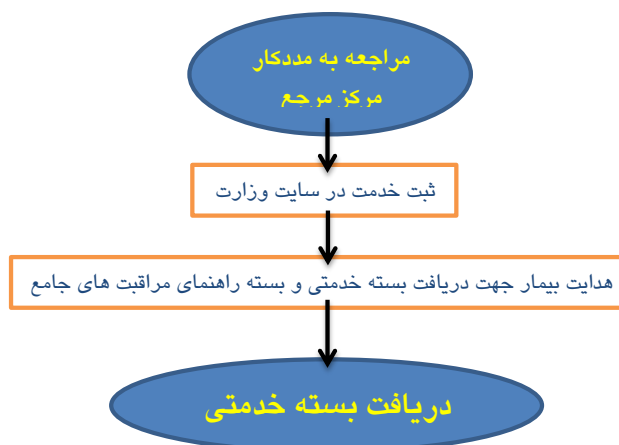
ماده ۶. روش شناسایی جمعیت هدف

۱. بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه

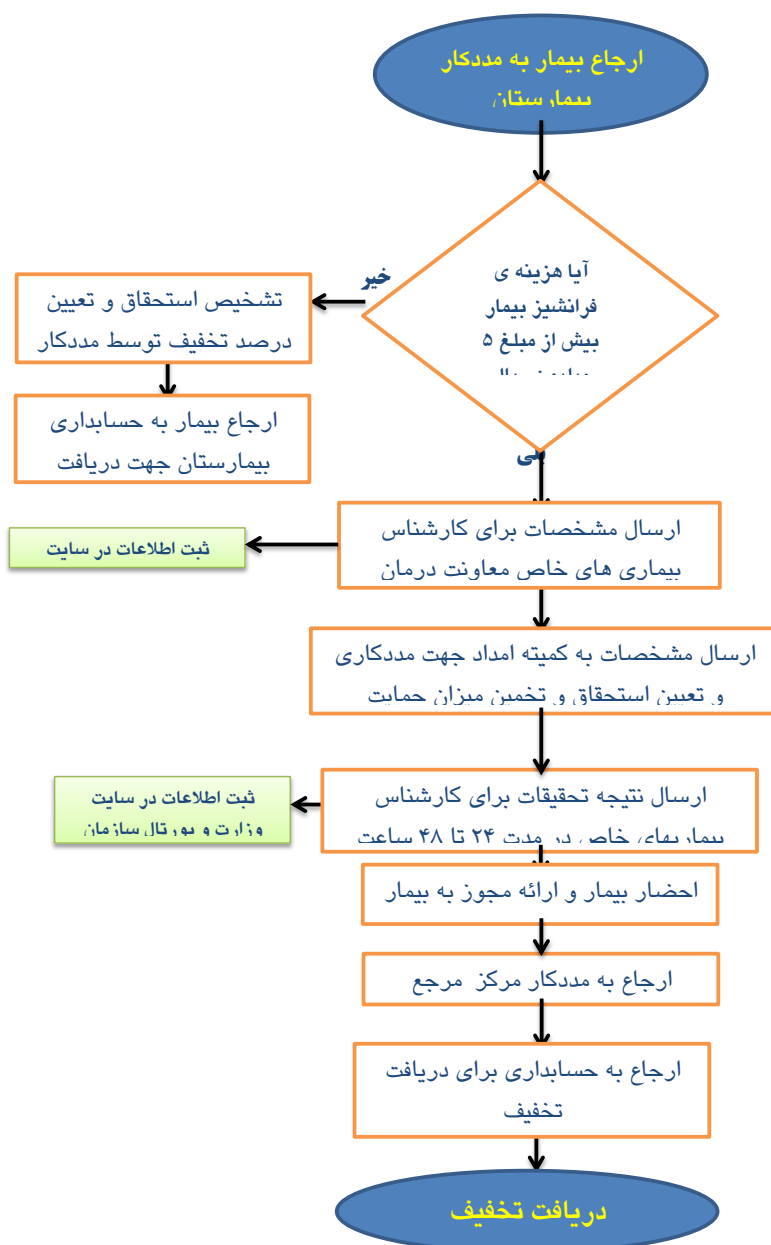
۴.۱. مراجعه اول



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	جمعیت بهره مند
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	هیپاتیت 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. تامین منابع بسته خدمات مشمول این برنامه منوط به رعایت پروتکل های مصوب موجود و پروتکل های ابلاغی آتی خواهد بود

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، ارقام 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 تعیین 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 آن‌ها 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 سازمان‌های حمایتی دولتی صورت می‌پذیرد.

ماده ۹. سطح حمایت

۱. حمایت این برنامه صرفاً شامل هزینه‌های بسته خدمات مندرج در ماده ۵ در چارچوب راهنماهای بالینی مصوب می‌باشد. در صورتیکه خدماتی خارج از بسته‌های 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 از این دسته بیماران، بر اساس دستورالعمل‌های اجرایی ارسالی برای هر یک از بیماریهای مصوب کمیته‌ی تعیین بیماریهای نیازمند حمایت با تشخیص مددکاری مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های تابعه می‌باشد.

۱.۱.۲. میزان حمایت از ده تا صد درصد هزینه‌ها بر اساس نتایج بررسی مددکاری می‌باشد.

۱.۱.۳. بسته خدمات، در دو گروه زیر حمایت می‌شوند:

۱.۱.۳.۱. بسته خدمات دارای تعرفه: حمایت از هزینه این خدمات به طور کامل توسط برنامه بر اساس تعرفه مصوب هیات دولت در بخش دولتی و قیمت‌های اعلامی سازمان غذا و دارو میباشد.

۱.۱.۳.۲. بسته خدمات فاقد تعرفه: حمایت از هزینه این خدمات به طور کامل توسط برنامه بر اساس تعرفه مصوب هیات امنای 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 در صورتی 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: www.medicare.gov.ir

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 فوق‌الذکر محاسبه میشود.

۲. اولین تخصیص از منابع این برنامه بر اساس ۲ شاخص فوق‌الذکر 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 مرجع موظفند، تمام اقلام دارویی و تجهیزاتی مورد نیاز انجام اعمال جراحی، بستری ها، نسخ سرپایی را برای بیماران مبتلا به بیماری ویژه در محل بیمارستان بر اساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو، در اختیار بیمار قرار دهند .

۱.۱.۱. قیمت کلیه دارو ها توسط سازمان غذا و دارو اعلام و قابلیت اجرا دارد . خرید اقلام دارویی بالاتر از قیمت سازمان غذا و دارو ممنوع و هیچیک از دارو خانه های بیمارستان ها و یا مراکز اعم از واگذار شده یا غیر واگذار شده به بخش خصوصی حق در یافت وجه از بیمار را ندارد.

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 ۱۴ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.

دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل دربرگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، فرانشیز زایمان طبیعی در مراکز دولتی رایگان می‌شود.
۲. به منظور ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمت زایمان طبیعی، تعرفه تشویقی مازاد بر تعرفه مصوب فعلی پرداخت می‌گردد.
۳. به منظور ایجاد انگیزه برای انجام زایمان بی‌درد موضعی به متخصص بیهوشی حق الزحمه بیهوشی پرداخت می‌گردد.
۴. تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیر شاغل در دانشگاه و ماماها دارای دفترکار، در بیمارستان‌های دولتی فراهم می‌گردد.
۵. به منظور بهینه‌سازی ساختار فیزیکی اتاق زایمان در راستای حفظ حریم خصوصی مادر باردار و خوشایندسازی فرایند زایمان اعتبار ویژه‌ای به مراکز دولتی تخصیص می‌یابد.

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. همه‌ی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی و ماماها 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 سازمان‌های بیمه گر، تعداد زایمان طبیعی هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تعیین و فهرست پرداخت به هریک از دانشگاه‌های علوم پزشکی را تهیه می‌کند.
۲. بیمارستان‌های مشمول این دستورالعمل موظف هستند اسناد مربوط به رایگان کردن و پرداخت تشویقی زایمان طبیعی و زایمان طبیعی بی‌درد همه بیمه شدگان را به سازمان بیمه سلامت ارائه نمایند. سازمان بیمه سلامت مکلف است در چارچوب تفاهم‌نامه‌ای 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 بیمه‌های 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 می‌نماید.
۴. مراکز مشمول مکلفند حداکثر یک هفته پس از دریافت اعتبارات از دانشگاه به پرداخت حق الزحمه پزشکان و ماماها 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 و کار 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. به منظور خوشایند سازی فرایند زایمان و حفظ حریم خصوصی مادر باردار و فراهم سازی امکان حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر، بیمارستانهای دولتی مکلف هستند شرایط فیزیکی اتاق زایمان را به صورت واحدهای تک نفره (طبق کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن- بخش زایمان) با مراقبت یک به یک فراهم سازند.

۷. مطابق شیوه نامه بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان که متعاقباً از طرف معاونت درمان وزارت متبوع اعلام خواهد شد (بر اساس آمار زایمان، تعداد تخت فعال لیبر و زایمان و میانگین زمان اقامت مادر باردار در بلوک زایمان) به هر یک از بیمارستانهای دولتی برای ایجاد واحد تک نفره در بلوک زایمان بودجه 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 می باشد (پیوست شماره دو).

۱.۱. سهم بیمارستان در جدول باز توزیع در کلیه 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.

پیوست اول

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 ۱۵ کای جراحی می‌باشد، از زمان اجرای این دستورالعمل در بیمارستان‌های 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 می‌باشد.

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

سنا روی ارائه خدمت	سهم متخصص 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٪	۵٪	۱۰۰٪
انجام زایمان توسط متخصص غیر تمام وقت (با حضور فیزیکی و در حین لیبر و زایمان و رعایت شیوه نامه پزشک مقیم زنان) و با کمک ماما	۶۰٪	۱۵٪	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٪	۲۵٪	۱۰۰٪
انجام زایمان توسط ماما و با مسئولیت شخصی	۰٪	۶۰٪	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 ماماها می‌باشد که در فرایند لیبر و زایمان نقش داشته‌اند، با در نظر گرفتن شاخص‌های موجود در نظام نوین اداره بیمارستان‌ها توزیع می‌گردد.

۲. سهم بیمارستان در کلیه 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 تأیید معاونت درمان دانشگاه مرکز می‌تواند از این صندوق در

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

۴. در راستای ترویج زایمان طبیعی، بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌های دولتی بیاورند، فراهم نمایند. افراد فوق‌الذکر مطابق جدول ذیل از حق الزحمه بهره مند خواهند شد.

جدول شماره دو- بازتوزیع درآمد حاصل از تعرفه تشویقی زایمان طبیعی در موارد ارجاع بیمار از مطب / دفترکار توسط متخصص یا مامای غیر شاغل در بیمارستان دولتی

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

۵. در صورتی که متخصص/ ماما شاغل در بیمارستان دولتی، بیماران خصوصی خود را از مطب/ دفتر کار 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 مستقیماً 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 دستورالعمل سازمان‌های 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.

جدول شماره سه - بازتوزیع درآمد حاصل از انجام زایمان بی درد موضعی

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

۸. جهت حمایت از ماماهاى شاغل در مراکز 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 قرار داده می شود تا به افراد ذینفع تخصیص یابد.

پیوست دوم

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

۱. پایش عملکرد در سه سطح انجام خواهد شد .

۱.۱. پایش سطح اول : سطح بیمارستان

۱.۱.۱. پایش در سطح بیمارستان توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان صورت می گیرد.

۱.۱.۱.۱. اعضای کمیته شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی بیمارستان (در صورت آموزشی بودن)، معاون درمان بیمارستان، مدیر بیمارستان، رئیس بخش زایمان (متخصص زنان)، رئیس بخش نوزادان (متخصص اطفال) و اما مسئول بلوک زایمان و یک نفر از متخصصین زنان شاغل در بیمارستان (ترجیحا" دارای آمار زایمان طبیعی در حد مطلوب) می باشند. حضور همه اعضاء کمیته در جلسات الزامی می باشد. در صورت نیاز از گروه های تخصصی دیگر نیز دعوت به عمل آید.

۱.۱.۱.۲. در ابتدای شروع طرح، کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان موظف است به منظور جلب مشارکت موثر ارائه دهندگان خدمات زایمانی جلسه توجیهی در مورد اهداف و جزئیات طرح برگزار نماید.

۱.۱.۱.۳. کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان موظف است گزارش وضعیت موجود در ابتدای شروع طرح شامل میزان زایمان طبیعی، میزان و اندیکاسیون های سزارین را به تفکیک متخصصین بررسی کرده و ضمن اعلام نتایج به آنان، گزارش را به حوزه معاونت درمان دانشگاه مربوطه ارسال نماید.

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

۱.۱.۱.۵. 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 در پایان سال به میزان ده درصد وضعیت پایه کاهش یابد.

۱.۱.۱.۶. 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.

۱.۱.۱.۷. در صورتی که در پایان سال، میزان سزارین یک متخصص در حد مورد انتظار باشد، متخصص 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 بر حسن انجام کار بر عهده ریاست محترم بیمارستان می باشد.

۱.۲.۱. در سال ۱۳۹۳، 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 کمیته ترویج زایمان طبیعی حوزه معاونت درمان دانشگاه صورت می‌گیرد.

۱.۳.۱.۱.۱. اعضای کمیته دانشگاهی شامل معاون درمان، معاون آموزشی، مدیر گروه زنان، مدیر گروه اطفال، مدیر گروه مامائی و مسئول امور مامائی دانشگاه می‌باشند.

۱.۳.۱.۲. در ابتدای شروع طرح، کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه، میزان سزارین را در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تحت پوشش بررسی کرده و گزارش وضعیت موجود را به تفکیک بیمارستان به حوزه معاونت درمان وزارت متبوع ارسال می‌نماید.

۱.۳.۱.۳. کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه مکلف است میزان سزارین انجام شده در سطح بیمارستانهای دانشگاه تحت پوشش (دولتی و خصوصی مورد پایش قراردادده 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 بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش از نظر میزان سزارین بررسی می‌شود و بر اساس نتایج پایش بازخورد ارائه می‌گردد.

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

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 اجرای طراحی می‌گردد. پیگیری نتایج اجرای مداخلات هر سه ماه یک بار صورت می‌گیرد.

۱.۳.۱.۷. در صورت عدم اصلاح روند سزارین بیمارستان، یک سال پس از شروع طرح، مراتب به معاونت درمان جهت لحاظ نمودن در اعتباربخشی بیمارستان (مطابق تبصره ۱) منظور می‌گردد.

۱.۳.۲. مسئولیت در سطح دانشگاه بر عهده ریاست محترم دانشگاه می‌باشد.

۱.۴. پایش سطح سوم : سطح وزارت بهداشت

۱.۴.۱. پایش در سطح معاونت درمان وزارت بهداشت

۱.۴.۲. پایش در سطح وزارت بهداشت بر اساس اطلاعات سامانه مادران و نوزادان ایرانیان وزارت متبوع، گزارشات کمیته ترویج دانشگاه و بازدید های ادواری گروه کارشناسی وزارت متبوع صورت خواهد گرفت.

۱.۴.۳. هر شش ماه یک بار، نتایج پایش و ارزیابی عملکرد به دانشگاه اعلام می‌شود. 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. مسئولیت در سطح وزارت بهداشت بر عهده معاون محترم درمان می باشد.

۱.۵.۱. کمیته کشوری ترویج زایمان طبیعی با حضور نمایندگان معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاونت آموزشی، معاونت توسعه وزارت متبوع، رئیس هیات مورد زنان، و رئیس هیأت مورد مامائی زیر نظر معاونت درمان وزارت بهداشت تشکیل خواهد شد.

فرم پایش زایمان

ردیف	عنوان	سال ۹۲				سال ۹۳	
		سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه	سه ماهه	تعداد	تعداد درصد
		۹۳	۹۳	سوم ۹۳	چهارم ۹۳	تعداد درصد	تعداد درصد
۱	موالید						
۲	زایمان طبیعی						
۳	سزارین						
۴	سزارین تکراری						
۵	تعداد سزارین به علت فشار خون بالای مادر چقدر است؟						
۶	سزارین به علت عدم تناسب سر جنین 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 ۴
۱۸	زایمان بی درد موضعی
۱۹	مادرانی که بیش از ۳ واحد خون دریافت کرده اند
۲۰	زایمان با ابزار
۲۱	زایمان های انجام شده قبل از ۳۷ هفته بارداری (سزارین و زایمان طبیعی)
۲۲	زایمان های انجام شده بعد از ۴۱ هفته تمام (۴۱ هفته و شش روز) بارداری (سزارین و زایمان طبیعی)
۲۳	مادران شکم اول سزارین شده
۲۴	مادرانی که هنگام لیبر از وان استفاده کرده اند(در صورت وجود تسهیلات لازم)
۲۵	مادرانی که هنگام زایمان از وان استفاده کرده اند (در صورت وجود تسهیلات لازم).
۲۶	مادرانی که به بخش مراقبت های ویژه انتقال یافته اند.

شیوه نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه های تحول سلامت

ماده ۱. کلیات

۱. این شیوه نامه به منظور نظارت بر اقدامات انجام شده در بیمارستانها ی تحت پوشش وزارت بهداشت به منظور اجرای برنامه های طرح تحول سلامت تدوین گردیده است. نظارت بر حسن اجرای این شیوه نامه در سطح دانشگاه، ریاست دانشگاه و می باشد و در سطح وزارتی بصورت متمرکز معاونت درمان وزارت می باشد.

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 پاسخگویی به شکایات از طریق ایجاد سامانه مرکزی

۱.۳. تأیید 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 پاسخگویی و رسیدگی به شکایات و بررسی وضعیت اجرای برنامه در بیمارستانهای تحت پوشش (بر مبنای بازدید از حداقل ۵ بیمارستان 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 تأیید 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 استقرار سامانه بررسی و پاسخگویی 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 بیمارستان‌ها توسط تیمی متشکل از معاونین محترم درمان و توسعه و مدیریت منابع، بهداشت، آموزشی، رئیس رسیدگی به شکایات، پرستاری و حراست دانشگاه و ارسال جمع بندی گزارش به وزارت متبوع
- ۳.۶. تدوین جدول زمانی بازدید کارشناسی از بیمارستان‌ها ی تحت پوشش این برنامه بر مبنای بازدید حداقل هر ۳ ماه یک بار از کلیه بیمارستان‌های 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 دارویی، 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 در صورت لزوم نماینده حراست
- ۴.۳. اطلاع رسانی و آموزش به کلیه پزشکان و کارکنان در خصوص 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 دارویی و مصرفی
- ۴.۸. تهیه لیست فارماکوپه مخصوص بیمارستان مورد تأیید دانشگاه
- ۴.۹. نظارت بر تجویز داروها طبق لیست فارماکوپه تأیید شده
- ۴.۱۰. نظارت بر تهیه تجهیزات و ملزومات از لیست تأیید 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 و رسیدگی و پاسخگویی 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 معاونت های 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. رئیس 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 دارویی، مدیر امور اداری و کارشناس ناظر بیمه
- ۱.۵.۱.۱. مسئولیت هماهنگی تیم‌ها جهت انجام بازدیدها، تجمیع گزارشات و ارسال گزارشات به ستاد وزارت، معاونت درمان دانشگاه خواهد بود.
۲. مسئولین و اعضاء کلیدی تیم نظارت به تفکیک برنامه‌ها:
- ۲.۱. مسئول تیم نظارت در همه برنامه‌ها اداره نظارت معاون درمان خواهد بود که با همکاری اعضاء کلیدی ذیل نحوه اجرای برنامه‌ها را بررسی خواهند کرد:
- ۲.۱.۱. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌های دولتی معاونت درمان و کارشناس نظارت خواهد بود.
- ۲.۱.۳. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی کارشناس نظارت و کارشناس آموزشی خواهد بود.
- ۲.۱.۴. عضو کلیدی تیم نظارت بر برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان‌های 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 صعب‌العلاج و نیازمندکارشناس غذا و دارو، بیماری‌های 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. اعضاء کلیدی تیم نظارت بر برنامه رضایت بیمار در هنگام بستری و پس از ترخیص کارشناس نظارت، کارشناس پرستاری و کارشناس رسیدگی به ارزیابی عملکرد و رسیدگی و پاسخگویی به شکایات خواهد بود.
- ۲.۱.۷.۱. چنانچه تجویز، خرید دارو و یا تجهیزات از خارج از لیست فارماکوپه و لیست تجهیزات تأیید 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 و صعب‌العلاج علاوه بر بازدید از بیمارستان، بررسی ستاد دانشگاه و معاونت درمان از لحاظ چگونگی تخصیص منابع و پرداخت‌ها الزامی است.
- ۲.۱.۷.۳. تعداد کارشناسان حاضر در بازدید بر اساس تعداد تخت‌های بیمارستان‌های مورد بازدید متغیر خواهد بود.

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 ۳ ماهه 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 ۳ ماه 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 هر بازدید 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. حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های مشمول 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 بیماران 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 پاسخگویی به شکایات

۱. سایت اطلاع رسانی عمومی توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت راه اندازی و اداره خواهد شد.
۲. سامانه ای برای انعکاس شکایات مردمی سئوالات و انتقادات توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت طراحی و راه اندازی میشود. پاسخگویی به سئوالات 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 پاسخگویی و رسیدگی به شکایات بیماران خواهد بود و تلفن پاسخگویی در بیمارستان، ستاد هدایت و دانشگاه 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 و سایر سطوح مدیریت بدلیل عدم اجرای شرح وظایف قید شده در این برنامه و یا عدم نظارت صحیح صورت می‌گیرد و در دانشگاه بررسی میشود و یا بر حسب مورد به وزارت گزارش می‌گردد 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 زیربط را شامل می‌گردد 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 فرمز که توسط پزشکان و یا سایر کارکنان بیمارستان (درمانی، اداری) صورت می‌پذیرد و توسط ریاست بیمارستان مستقیماً به کمیته تخلفات کارکنان اداری و یا تخلفات هیئت علمی دانشگاه معرفی و در کمیته بررسی و تصمیم گیری می‌شوند 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 سودجویی و یا هرگونه تبانی با شرکت های 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 و یا 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 کسر درصدی 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 اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش های ویژه مخصوصاً بخش ICU.
- ۵.۷. عدم رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل های 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 در کمیته های 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 ارقام و داروهای مصرفی و هزینه‌ها بصورت دقیق در پرونده بیمار
- ۵.۲۱. تجویز و یا بکارگیری داروها، ملزومات و تجهیزاتی که هزینه بیماربر خلاف گاید لاین و دستورالعمل‌های ابلاغی را افزایش دهد
- ۵.۲۲. عدم ارتباط صحیح کلیه پزشکان و پرسنل با بیمار و همراهان بیمار
- ۵.۲۳. عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و شئون اسلامی.
- ۵.۲۴. سایر تخلفات با مضامین اداری، مالی، انضباطی، فنی، علمی و ...
- ۵.۲۵. عدم انجام سایر وظایف قید شده در برنامه‌های ۶ گانه و نیز وظایف قید شده در این شیوه‌نامه
- ۵.۲۵.۱. روند برخورد با این گروه از تخلفات در صورت تکرار، مانند سایر گروه‌ها خواهد بود.
- ۵.۲۵.۲. رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون بیمارستان پاسخگوی تمامی فرآیندهای بیمارستان در حوزه مربوطه می‌باشند.
- ۵.۲۵.۳. پزشکان و پرسنل بیمارستانها پاسخگوی مراجع قضائی بنا به شکایت مطروحه می‌باشند
- ۵.۲۵.۴. در صورت اخذ مکرر گزارشات 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. شرکت‌های تجهیزات پزشکی که نسبت به تبلیغ غیر مجاز به پزشکان یا پرسنل یا دریافت حق پورسانت عمل می‌کنند (قانون مجلس می‌خواهد) تا زمان تصویب مجلس به اداره کل تجهیزات پزشکی معرفی میشوند
- ۵.۲۵.۶. شرکت‌های 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 می‌شوند.
- ۵.۲۵.۷. گزارش‌ها بر حسب مورد به سازمانهای مرتبط مانند نظام پزشکی و تعزیرات برای برخورد با پزشکان 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