

## تعهدنامه برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه حضور پزشکان در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته، موضوع ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اینجانب ..... فرزند ..... دارای شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... و شماره نظام پزشکی ..... پزشک عمومی  متخصص  فلوشیپ / فوق تخصص  در رشته ..... دارای رابطه استخدامی ..... به عنوان پزشک ماندگار شهر / شهرستان ..... در بیمارستان ..... با گروه ماندگاری ..... پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل ماندگاری پزشکان، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می‌باشم و متعهد می‌گردم به طور تمام‌وقت و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه موارد و بندهای مندرج در دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان و بخشنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه، از تاریخ ..... انجام وظیفه نمایم و در صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده، دانشگاه می‌تواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اینجانب هیچ گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از مزایای برنامه مقیمی نخواهم داشت.

یک نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پیوست این تعهد می‌باشد.

تلفن همراه:

دکتر اسعد فتحی‌پور

دکتر .....

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

پزشک ماندگار شهر / شهرستان .....

## قرارداد تمام‌وقتی طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

در راستای طرح تحول نظام سلامت کشور و در اجرای دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و با هدف ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته و افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت و جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق، این قرارداد فی مابین معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کردستان به نمایندگی آقای دکتر اسعد فتحی‌پور معاون درمان به عنوان کارفرما به نشانی سنندج، خیابان حسن آباد و آقای / خانم دکتر ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... نام پدر .....  
کد ملی ..... دارای گواهینامه / دانشنامه در رشته تخصصی ..... به شماره نظام پزشکی .....  
به نشانی ..... به شماره تلفن همراه .....  
به عنوان طرف قرارداد منعقد می‌گردد.

### موضوع قرارداد:

فعالیت تمام‌وقت پزشک طرف قرارداد در مرکز / بیمارستان .....

### مدت قرارداد:

قرارداد از تاریخ ..... به مدت یک سال لغایت تاریخ ..... می‌باشد.

### تعهدات طرف قرارداد:

- ۱- رعایت مفاد دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم که یک نسخه آن به پیوست قرارداد می‌باشد.
- ۲- فعالیت تمام‌وقت در واحدهای درمانی / آموزشی ..... و عدم فعالیت پزشکی در قالب مطب، درمانگاه، مرکز جراحی محدود، بیمارستان‌های خصوصی، خیریه و سایر مراکز عمومی غیر دولتی.
- ۳- آمادگی ارائه خدمات به صورت ۲۴ ساعته و در ایام تعطیل، در قالب آنکالی، مقیمی و کلینیک عصر (حضور فیزیکی در ساعات اداری در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری، حضور ۲۳ روز آنکالی، حضور فعال در درمانگاه صبح و عصر، انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تخصصی مطابق نیاز منطقه و در نهایت انجام مشاوره‌های اورژانسی).
- ۴- عدم دریافت هر گونه وجهی از بیماران خارج از روال رسمی صندوق بیمارستان.

## تعهدات کارفرما:

- ۱- پرداخت ثابت مبلغ ..... ریال به ازای هر ۲۴ ساعت حضور فیزیکی در شهرستان و رعایت تعهدات علاوه بر حقوق، مزایا و پرداختی‌های قانونی فعلی.
- ۲- در صورت تعدد پزشکان یک رشته، پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت، تنها به یک پزشک قابل پرداخت است.
- ۳- پرداخت عملکردی با توجه به رشته تخصصی پزشک.
- الف- به پزشک رشته‌های بالینی مطابق ..... برابر ضریب جراحی / بیهوشی/داخلی با احتساب ضریب تعرفه ترجیحی خواهد بود.
- ب- به پزشک رشته‌های غیر بالینی مطابق دستورالعمل اضافه بر تعرفه خدمات پاراکلینیکی، آزمایشگاه تشخیص طبی..... درصد؛ پاتولوژی .....درصد؛ سونوگرافی .....درصد؛ رادیوگرافی ساده، رنگی، سی تی و ام آر آی .....درصد خواهد بود.
- ۴- در صورت حضور پزشک به صورت مقیم در بیمارستان و دریافت حق الزحمه مقیمی، همزمان حق الزحمه ثابت ماندگاری در آن روز پرداخت نخواهد شد.

## ارزیابی عملکرد:

- عملکرد کمی و کیفی پزشک طرف قرارداد حداقل هر سه ماه یکبار بر اساس معیارهای مندرج در دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، مورد ارزیابی قرار گرفته و در میزان پرداخت به پزشک تأثیر داده می‌شود. معیارهای ذیل از اصلی‌ترین شاخصها در تعیین میزان رضایت از عملکرد و پرداختی به پزشک خواهد بود.
- ۱- انجام به موقع ویزیت بیماران.
  - ۲- تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی وزارت متبوع.
  - ۳- حضور به موقع در اتاق عمل و در طی انجام اعمال جراحی اورژانس بر بالین بیمار.
  - ۴- رعایت اندیکاسیونهای بستری بیماران در بخش‌ها و به ویژه بخشهای مراقبت ویژه.
  - ۵- رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه.
  - ۶- حضور فیزیکی در مرکز درمانی مطابق قوانین کشوری.
  - ۷- انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز دانشگاه که به طور مکتوب به پزشک مربوطه از سوی معاونت درمان دانشگاه ابلاغ می‌گردد.

۸- کارکرد کمی پزشک در قالب شاخص‌هایی مانند تعداد اعمال جراحی و سایر پروسیجرهای تخصصی، میزان ساعت حضور در درمانگاه، تعداد ویزیت‌های انجام شده در هر نوبت کاری و میزان بیماران ارجاعی به سطوح بالاتر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

۹- کمیت و کیفیت فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی.

۱۱- حضور در کمیته‌های بیمارستانی و کمک به ارتقای کیفیت در سطح بیمارستان.

۱۲- مشارکت در نظام ارجاع بیماران در قالب برنامه پزشک خانواده شهر و روستا.

### **نحوه اعمال نتیجه ارزیابی در پرداختی به پزشک طرف قرارداد:**

۱- در صورتی که امتیاز ارزیابی پزشک ۸۱ و بالاتر باشد، ۱۰٪ مبلغ به پزشک قابل پرداخت خواهد بود در صورتی که امتیاز عملکردی ۷۱ تا ۸۰ باشد ۹۰٪ و در نمرات ۶۱ تا ۷۰ مقدار ۸۵٪؛ نمرات ۵۰ تا ۶۰ مقدار ۸۰٪ و ۴۹ تا صفر ۷۵٪ قابل پرداخت است. در صورتی که نمره ارزشیابی پزشک ۵۰ یا کمتر باشد دانشگاه در خصوص تمدید یا فسخ قرارداد پزشک مربوطه تصمیم‌گیری می‌نماید.

۲- در صورتی که پزشک طرف قرارداد 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 نماید علاوه بر کسر کارانه به مدت یک ماه و معرفی به مراجع ذیصلاح جهت برخورد قانونی از شمول این دستورالعمل به طور دائم خارج می‌گردد.

دکتر اسعد فتحی‌پور

مدیر شبکه

پزشک طرف قرارداد

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

دکتر .....

## تعهدنامه برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت

با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، موضوع ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اینجانب ..... فرزند ..... دارای شماره شناسنامه

..... شماره ملی ..... و شماره نظام پزشکی ..... پزشک عمومی

متخصص  فلوشیپ / فوق تخصص  در رشته ..... دارای رابطه استخدامی ..... به عنوان پزشک

بیمارستان ..... پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، متقاضی برخورداری

از مزایای این برنامه می‌باشم و متعهد می‌گردم از تاریخ ..... به طور تمام‌وقت درمانی / تمام وقت هیئت علمی

جغرافیایی و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه موارد و بندهای مندرج در دستورالعمل برنامه ارتقای

کیفیت خدمت ویزیت و بخشنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه، اقدام به ویزیت

بیماران نمایم و در صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده، به ویژه رعایت زمان استاندارد ویزیت، دانشگاه می‌تواند مقررات

مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اینجانب هیچ گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از

مزایای برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت نخواهم داشت.

شماره تماس پزشک: .....

دکتر اسعد فتحی‌پور

مهر و امضاء .....

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

پزشک متعهد در برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت