

به نام خدا

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۰/۱۷

شماره:

سرپرست محترم وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر نمکی

با سلام و احترام

حرفه پزشکی یکی از مقدس ترین حرف می باشد. خدمت رسانی به بیماران موهبتی بسیار عظیم است که از جانب پروردگار متعال به پزشکان اعطا شده است. بدیهی است که خدمت رسانی به خلق خدا توسط پزشکان زحمتکش در سایه امنیت روانی، شغلی و مالی، نمود بهتری خواهد داشت.

این روزها شاهد ارسال مکانیسم پرداخت حق الزحمه پزشکان خانواده مندرج در ورژن ۱۹ بیمه روستایی به دانشگاه های علوم پزشکی کشور بودیم که مشکلات فراوانی را جهت دریافت حق الزحمه ایجاد می نماید. اولین نکته عدم شفافیت طریقه محاسبه تعداد خدمات و چگونگی محاسبه کارانه می باشد که این خود علاوه بر نقض قانون کار، باعث سلب اعتماد پزشکان می گردد. بدیهی است منوط کردن پرداخت کارانه به ثبت اطلاعات با توجه به مشکلات عدیده ای که در پیوست به تفصیل شرح داده خواهد شد، صحیح نمی باشد و قطعاً شاهد کاهش دریافتی پزشکان محترم خانواده خواهیم بود.

اینجانبان پزشکان خانواده روستایی ضمن اعلام همکاری جهت ثبت اطلاعات ضروری و مفید بیماران در سامانه سیب، مراتب اعتراض شدید خود را به مشروط نمودن دریافت کل کارانه در قبال ثبت اطلاعات اعلام می داریم.

بر اساس ماده ۱۱ قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و براساس ماده ۷۴ قانون مدیریت خدمات کشوری، کلیه ی دستگاه های اجرایی مکلفند قبل از اتخاذ هرگونه تصمیم در رابطه با تغییر حقوق یا مزایا، موافقت شورای حقوق و دستمزد را اخذ نمایند. لازم به ذکر است که تصمیمات شورای مذکور پس از تایید ریاست محترم جمهور قابل اجراست. همچنین طبق بند "ب" ماده ۱۱۶ این قانون، بررسی و تصویب تعاریف و شرح وظایف رشته های شغلی بر عهده شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی به ریاست رییس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور می باشد.

از آنجا که همه ما به درایت و حسن نیت جنابعالی ایمان داریم، از شما تقاضامندیم که دستور فرمایید اجرای این مکانیسم پرداخت تا قبل از طی روند پیش بینی شده در قانون و برطرف شدن کلیه نواقص ساختاری و زیرساختی، به حالت تعلیق درآید و پرداخت حق الزحمه پزشکان متناسب با زحمات ایشان و تورم موجود در جامعه و طبق فرایندی منطقی باشد. یادآوری این نکته نیز ضروری است که پیشتر، انجمن پزشکان عمومی ایران، ایرادات سامانه سیب را در قالب ۱۶۸صفحه به استحضار جناب آقای دکتر هاشمی و وزارت متبوع رسانده اند. بنابراین واضح و مبرهن است که بنا نهادن اساس پرداخت کارانه پزشکان طبق خدمات ثبت شده در این سامانه پر از اشکال، چیزی جز ناعدالتی و نادیده گرفته شدن کیفیت خدمات، در پی نخواهد داشت.

طبق فصل ۱۲ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی، "جهت پرداخت کارانه از روش سرانه ای تطبیق یافته به ازای عملکرد (Adjusted per capita by performance) استفاده می شود." با وجود اینکه در نظر گرفتن ثبت با کیفیت به عنوان یکی از فاکتور های مورد بررسی در این روش پرداختی، منطقی می باشد؛ لیکن خلاصه به آن نمی گردد. از طرفی پزشک متعهد ممکن است با توجه به حجم مسئولیت و وظایف سنگین و مهم بهداشتی و درمانی که دارا می باشد، زمان ثبت این همه آمار کمی را در سامانه نداشته باشد. ارزیابی پزشک صرفا بر اساس ثبت فعالیت ها در سامانه به دور از پایه علمی روش پرداختی Mixed Payment می باشد.

امیدواریم با مدیریت صحیح حضرتعالی، قدر متانت، نجابت و زحمات پزشکان خانواده روستایی که در خط مقدم حفظ سلامت مردم کشور در حال خدمت می باشند به نحو احسن پاس داشته شود تا خدمت به ملت عزیز با حداکثر کیفیت و کمیت انجام گردد.

فرم امضای کلیه پزشکان معترض به مکانیسم پرداختی ورژن ۱۹ ضمیمه نامه می باشد.

لطف جنابعالی مزید امتنان خواهد بود.

رونوشت:

- ۱- جناب آقای دکتر کامیابی، رییس محترم انجمن پزشکان عمومی ایران
- ۲- جناب آقای حجت الاسلام والمسلمین بهرامی رییس محترم دیوان عدالت اداری
- ۳- جناب آقای دکتر شهریار، رییس محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
- ۴- جناب آقای دکتر ریسی، معاون محترم بهداشت وزارت متبوع جهت اطلاع
- ۵- جناب آقای دکتر جان بابایی، معاون محترم درمان وزارت متبوع جهت اطلاع
- ۶- جناب آقای دکتر صدرالسادات، معاون محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع جهت اطلاع

با تقدیم احترام

پزشکان خانواده روستایی سراسر کشور

پیوست:

بر اساس بند ۸ سیاست های کلی سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره وری باید در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق برنظام سطح بندی و ارجاع صورت گیرد.

بدیهی است طبق فرموده ایشان، خدمات میبایست سطح بندی شده انجام گردد. بنابراین پزشکان خانواده که تحت نظارت حوزه معاونت بهداشت وزارت متبوع به طبابت مشغول هستند، میبایست خدمات سطح اول بهداشتی را انجام دهند. همچنین، به دلیل اختصاص نیافتن بودجه ای از حوزه معاونت درمان به پزشکان خانواده، طبیعتاً کار درمانی صرف، وظیفه ی ایشان نمیشد و شایسته است معاونت درمان پزشکانی را جهت ویزیت بیماران سرپایی در نقاط مختلف کشور به استخدام درآورد یا بودجه ای جداگانه برای ویزیت بیماران و انجام خدمات درمانی صرف در نظر گیرد. در غیر این صورت کیفیت، کمیت و اهمیت خدمات بهداشتی سطح اول که از دغدغه های رهبر معظم انقلاب می باشد، از بین خواهد رفت.

قبل از ورود به اشکالات این نوع مکانسیم پرداخت، ابتدا بهتر است با کمی توضیح ریاضی در مورد فرمول زیر و ضریب ماندگاری ابهام زدایی شود.

$$(\% ۲ * \text{ضریب پایه}) * (۱ - \text{ضریب محرومیت}) * (۱ - \text{ماندگاری}) + (\text{ضریب محرومیت} * \text{ضریب پایه}) = \text{ضریب نهایی پزشک}$$

با توجه به فرمول محاسبه ضریب نهایی پزشک و با عنایت به محاسبه ماندگاری بر اساس سال؛ سوالی که مطرح می شود این است که آیا برای پزشکی که کمتر از یک سال از خدمتش گذشته است، قسمتی از فرمول منفی محاسبه می گردد؟! متأسفانه از این قبیل ایرادات بدیهی در نگارش نسخه ۱۹ بسیار دیده می شود و به نظر می رسد زمان بیش تری برای تحلیل و رفع عیوب علمی و ساختاری آن نیاز می باشد. در چند سال اخیر در بخش بیمه روستایی هر ساله یک دستورالعمل جدید با مکانسیم پرداخت تقریباً متفاوت نسبت به سال گذشته از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه شده به طوری که در طول ۱۴ سال اجرای این برنامه، ۱۹ دستورالعمل صادر شده است!

در ادامه به ذکر مهم ترین اشکالات پرداخت کارانه بر اساس سامانه سبب می پردازیم:

- ۱- قطعی اینترنت، خرابی خطوط تلفن، قطعی برق، کندی سامانه در بسیاری از اوقات و حتی نبود امکانات سخت افزاری (کامپیوتر و ...) هنگام ویزیت بیماران و هجوم مراجعینی که منتظر ورود به اتاق پزشک هستند، ثبت همزمان اطلاعات به میزان مورد انتظار در سامانه سبب توسط پزشک را دشوار و بعضاً غیرممکن مینماید.
- ۲- بهبود و تعمیر زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری توسط پرسنل شبکه های بهداشتی، به دلایل عدیده به کندی انجام می گردد. لذا در نهایت این ضرر متوجه پزشکان خواهد شد در حالی که مقصر آن نمی باشند.
- ۳- شرکت در کلاسهای آموزشی (تحت عنوان مدرس یا شرکت کننده)، شرکت در جلسات (اعم از درون بخشی یا برون بخشی مثل بخشداری ها، مدارس یا شوراها)، پوشش مراکز همجوار در زمان نبود پزشک؛ در حالی منجر به کسر کارانه پزشک خواهد شد که وی مشغول انجام وظایف محوله می باشد.
- ۴- ثبت فقط تشخیص بیماری مراجعین در سامانه سبب بر اساس کتاب چند جلدی ICD10 کاری بسیار مشکل و تخصصی می باشد، ضمن اینکه تشخیص قطعی بسیاری از بیماری ها بر اساس انجام تعداد زیادی از آزمایشات، رادیولوژی و حتی پاتولوژی بسیار سخت و بعضاً غیر ممکن می باشد. واضح است که انجام این مهم توسط پزشکان در سطح ۱ خدمت در روستاهای دور افتاده و بدون هیچ ابزار کمک تشخیصی امکان پذیر نمی باشد.

۵- پزشکان خانواده بیمه روستایی در محروم ترین مناطق کشور مشغول به خدمت رسانی هستند. حداکثر جمعیت تحت پوشش هر پزشک بایستی ۴۰۰۰ نفر باشد. اما گاه این جمعیت به علت عدم توانایی دانشگاه ها در جذب پزشک به بالاتر از ۵۰۰۰ نفر هم می رسد. اکثر مراکز روستایی کشور دارای بار مراجعات بالایی است. یعنی تعداد مراجعات در برخی مراکز در ۸ ساعت کاری حتی به ۱۵۰ نفر در فصول سرد سال هم می رسد. حال آن که طبق ویزیت بیماران با ثبت ۲۰ ویزیت روزانه (برای پزشک با ۴۰۰۰ نفر جمعیت) که با رعایت زمان استاندارد ویزیت ۱۵ دقیقه برای هر ویزیت - طبق فرمایش وزیر محترم بهداشت و درمان و همچنین معاون محترم نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی کشور - به تنهایی روزانه ۵ ساعت کاری از پزشکان زمان می گیرد که انجام آن در کنار وظایف بسیار زیاد محوله پزشکان در بسته خدمتی، روزانه زمانی حدود ۹ یا ۱۰ ساعت کاری (به جز سایر مراقبت های مستقیم و یا ارجاعی و یا حتی ساعات شیفت بیتوته) طلب میکند که بر این منوال انجام بعضی از آیتم ها غیرممکن و یا با توجه به کاهش راندمان پزشک، ناخواسته از کیفیت آن کاسته می شود.

۶- بر اساس مدارک و فرمول های انتشار یافته از سوی نمایندگان بیمه روستایی برای چگونگی محاسبه تعداد خدمات وزن دهی شده، ایرادات فراوانی قابل ذکر است که به مهمترین آن ها اشاره می کنیم:

الف) اصل اولیه محاسبه کارانه بر اساس عملکرد، تفکیک جمعیت و مشخص شدن تعداد دقیق جمعیت تحت پوشش هر پزشک می باشد. این در حالی است که در خیلی از مراکز با توجه به شرایط، امکان تفکیک جمعیت وجود ندارد. مثال واضح آن، مراکز اقماری است. در این گونه مراکز همه جمعیت خواه نا خواه میبایست تحت نظر همه پزشکان آن مرکز باشد و نمی توان جمعیت آن روستا یا شهر را تقسیم نمود و به مراجعین گفت که هرکسی در نیمه ای از ماه برای مراقبت خود مراجعه کند که پزشک خودش حضور داشته باشد! برای مثال، اگر بیمار دیابتی در روزی از ماه مراجعه کند که پزشک مربوطه اش حضور نداشته باشد، آیا انتظار می رود که پزشک حاضر، مراقبت مربوطه را انجام نداده و با زیر پا گذاشتن اصل تکریم ارباب رجوع، از ایشان بخواهد که در نیمه مربوط به پزشک خود مراجعه کند؟ اگر هم انتظار بر انجام کلیه مراقبت ها برای همه جمعیت ساکن در منطقه می باشد، پس دیگر تفکیک جمعیت معنایی ندارد.

ب) تعرفه ویزیت در این مکانیسم پرداختی جدید، واقعی نیست و در منطقه ای با ضریب محرومیت ۱ عدد ۴۰۰۰ تومان است. در صورتی که تعرفه ویزیت درمانی بدون ثبت اطلاعات در سامانه سیب، در بخش دولتی، ۱۸۰۰ تومان می باشد.

ج) مجموع درصد افراد بالای ۳۰ سال مبتلا به دیابت و فشار خون در جمعیت شهرها و روستاهای مختلف ۳۶ درصد در نظر گرفته شده است و چنانچه به هر دلیلی اعم از تفاوت های اپیدمیولوژیک یا ترجیح بیمار برای انتخاب پزشک خود و یا ... میزان شیوع ثبت شده در سامانه کمتر از این حد باشد، پزشک با کاهش دریافتی مواجه خواهد شد. حتی اگر تمام ویزیت ها و مراقبت های ارجاعی را به طور کامل در سامانه سیب وارد کند.

د) اگر بهورزی در مورد مراقبت های ارجاعی خود کوتاهی کند؛ پزشک با کاهش دریافتی مواجه خواهد شد.

ر) در قسمتی از این سهم بندی ارجاعات، مراقب سلامت میبایست ۹۰ درصد جمعیت سالمند تحت پوشش مرکز را در سال به پزشک ارجاع دهد. در صورتی که بدیهی است این رقم دست نیافتنی بوده و پزشک را با کاهش دریافتی مواجه می کند.

س) نکته بحث برانگیز زمانی نمود پیدا می کند که کارانه محاسبه شده بر اساس عملکرد سامانه برای پزشک خانواده روستایی با وجود همه مشکلات فوق الذکر، مجددا می تواند مورد پایش شبکه های بهداشت قرار گرفته و تعدیل شود.

ص) متأسفانه درصد اختصاص یافته به گروه های جمعیتی جهت مشخص شدن تعداد مراقبت ها بدون در نظر گرفتن تفاوت های اپیدمیولوژیک مناطق مختلف، به صورت ثابت در نظر گرفته شده است که به دور از زیر بنای علمی و استاندارد می باشد.

ط) برای ویزیت مستقیم سقف تعیین شده است. اگر بیش از سقف تعیین شده در سامانه ثبت گردد، برای پزشک هیچ پرداختی در نظر گرفته نمی شود. در نظر بگیریم در مرکزی با جمعیت ۵۰۰۰ نفر که روزانه ۱۰۰ مراجعه کننده دارد، پزشک میبایست علاوه بر سایر عملکردهای مورد انتظار ارجاعی و مراقبت مستقیم روزانه، ۲۵ نفر از مراجعین را ویزیت کند و در سامانه ثبت نماید که تازه بتواند به همان حقوق قبلی دست یابد. در این مواقع دو حالت پیش می آید: یا پزشک تمام مراجعین را ویزیت کند که در این صورت زمان مصوب ویزیت هر بیمار و در واقع حق بیمار را نقض کرده است و خود نیز دریافتی از این ویزیت های مازاد نخواهد داشت. و یا این که فقط همان میزان تعیین شده را ویزیت و در سامانه وارد نماید که در این صورت شایسته است در خصوص خدمتی که لازم است به سایر ۷۵ مراجعه کننده باقی مانده صورت گیرد، شفاف سازی شود. آیا وزارتخانه متبوع نیرو و بودجه ی جداگانه ای برای سایر مراجعین در شرایط فوق الذکر در نظر خواهد گرفت؟

ع) سهم پراکندگی و تعداد واحدهای تحت پوشش در فرمول کارانه تاثیری ندارد. سوال اینجاست که آیا ارزش ریالی خدمت در مراکز اصلی با خدمت در خانه بهداشت ها و یا خانه های اقماری و سیاری با توجه به مسیر های صعب العبور و مخاطرات جاده و ... نباید تفاوتی داشته باشد؟

ف) در تبصره ۳ بند "ب" ماده ۶۰ این دستورالعمل آمده است که هر گاه پزشک مرکز مجری برنامه به علت شرایط خاص و منطقه، بیماران غیر از جمعیت مرکز مجری برنامه خود را پذیرش و ویزیت کند، خدمات ارائه شده و ثبت شده مذکور در سامانه، در پرداختی پزشک لحاظ می گردد. اما در تبصره بعدی، شرط دریافت مازاد پرداختی را، به حدنصاب رساندن خدمات قابل انتظار دانسته است. این در حالی است که طبق متن ورژن ۱۹، در برنامه پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم سلامت وی مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده دارد و بر اساس بند ۱۲ ماده ۱ فصل اول، پرداختی به فرد بر اساس عملکرد وی نسبت به خدمتی که به جمعیت فعال تحت پوشش خود ارائه نموده و مستند به ثبت در پرونده الکترونیک سلامت در سامانه سطح یک می باشد، صورت می گیرد. بنابراین پزشک خانواده روستایی مسئول جمعیت تحت پوشش خود می باشد و همان طور که در دستورالعمل های قبلی ذکر شده بود، ویزیت هر شخص خارج از جمعیت بایستی با پرداخت ۲۰ الی ۴۰ درصد تعرفه آن ویزیت به پزشک باشد.

ک) با توجه به وزن متفاوت مراقبت هر گروه جمعیتی، اگر درصدهای یک جمعیت تحت پوشش پزشکی کمی تغییر کنند و درصد گروههایی که وزن مراقبتشان بیشتر است، نسبت به مورد انتظار اعلام شده،

کمتر شود؛ طبیعتاً میزان خدمات وزن دهی شده و لذا کارانه کمتر میشود. حتی اگر پزشک سوای تمام اشکالات ذکر شده، کل مراقبتهای موردانتظار را انجام دهد.

ل) با توجه به درصدهای نجومی و غیرواقعی موردانتظار اعلامی دیابت و فشار خون؛ اولاً همانطور که ذکر شد طبیعتاً جایی در کشور نیست که مردمانش به این نسبت دچار فشارخون و یا دیابت باشند. بنابراین حتی اگر قبول کنیم درصدهای موجود در هر جمعیتی را به عنوان استاندارد یا مورد انتظار لحاظ کنیم، بنابراین بازهم شدیداً از میزان خدمات وزن دهی شده کاسته و متعاقباً کارانه نیز کسر میگردد؛ حتی اگر پزشک سوای تمام اشکالات ذکر شده، کل مراقبتهای موردانتظار را انجام دهد.

م) برای هر فرد در سال، میزان مراقبت مورد انتظار ذکر شده است. مثلاً برای هر سالمند یکبار و یا برای هر نوجوان ۰,۳۳ بار و یا برای ویزیت هر فرد ۱,۵ بار و ... حال اگر میزان مراقبتهای انجام شده برای هر فرد بیش از موارد اعلامی باشند، سوخته تلقی میشوند و درواقع پرداختی به ازای آنها نخواهیم داشت. برای مثال ممکن است یک نفر در سال ۱۵ بار ویزیت شود و ۹ نفر اصلاً بیمار نشوند که بخواهند مراجعه کنند. و یا اینکه به دلایل مختلف قانونی و علمی، برای یک نوجوان ۴ مراقبت در سال انجام شود و برای ۱۱ نوجوان دیگر در آن سال مراقبتی انجام نگردد. بدین گونه اگر حتی بر فرض محال عدد تعداد مراقبتهای

سوای تمام ایرادات ذکر شده، دست یافتنی باشد؛ برای این ایراد ذکر شده چه باید کرد!؟

ن) عدم امکان پخش یکسان همه مراقبتهای ارجاعی و مستقیم و ویزیت در کل ماههای سال به دلایل مختلف علمی و قانونی. مثلاً شاید در یکی از روستاها طبق زمان بندی مراقبتهای سامانه سیب، زمان مراقبت هیچ یک از کودکان در یک ماه خاص نباشد. پس بهورز نمیتواند مراقبتی انجام دهد، چه رسد به آنکه ارجاع دهد. لذا اتفاقی که می افتد این است که حتی اگر پزشک کلیه ی مراقبتهای دیگر را سوای تمام ایرادات ذکر شده، کامل انجام دهد؛ اما فقط به همین دلیل مذکور، از کارانه آن ماه وی کسر میشود. یا اگر مراقبتی را بیشتر از حدانتظار انجام دهد، چون آن مراقبت کودک را به حدانتظار نرسانده است، پرداختی ما به ازای مراقبتهای اضافی اش نخواهد داشت.

زمان سنجی بسته خدمتی پزشک خانواده روستایی

طبق فصل ۱۲ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی، در برنامه پزشک خانواده برای دستیابی به وضعیت مطلوب جنبه های مختلف خدمت، از روش Mixed Payment استفاده می شود. در این قسمت به محاسبه حداقل زمان هایی که پزشک خانواده صرف ارائه خدماتی غیر از آن چه در سامانه سیب انجام می دهد، می پردازیم. قابل ذکر است که زمان در نظر گرفته شده برای ارائه خدمات حداقل زمان لازم جهت انجام آن خدمت می باشد و در محاسبه تعداد خانه بهداشت و روستاهای قمر و سیاری حد متوسط لحاظ شده است. خدمات ذکر شده جدا از مبحث ویزیت و مراقبتها و پاسخ به ارجاعات خانه بهداشت است که در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد ذکر شده است. بنابراین طبق تعریف روش Mixed Payment، میبایست به ازای این خدمات نیز، پرداختی متناسبی صورت گیرد.

۱- زمان لازم جهت تدوین و پیگیری هر طرح مداخله ای ۲ ساعت در ماه (حداقل یک برنامه عملیاتی در سال و یک طرح مداخله ای در فصل) .

۲- زمان لازم جهت تکمیل ۴ مورد کالبدشکافی شفاهی در ماه (۲ ساعت) .

۳- زمان لازم جهت شرکت در جلسات هیئت امناء به ازای هر خانه بهداشت ۳ ساعت در فصل . مثلا اگر به طور متوسط ۴ خانه بهداشت و ۳ قمر در نظر بگیریم ، ۲۱ ساعت در فصل و به طور متوسط ۷ ساعت در ماه .

۴- زمان لازم جهت تنظیم درخواست دارویی ۱,۵ ساعت در فصل . یعنی نیم ساعت در ماه

۵- زمان لازم جهت پیگیری موارد ارجاع به سطوح بالاتر به ازاء هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت و میانگین ۱۵٪ ارجاع در ماه و به طور متوسط به ازاء هر بیمار ۵ دقیقه بنابراین برای ۶۰ بیمار ارجاعی در ماه ۵ ساعت می شود .

۶- زمان لازم جهت پیگیری رفع نواقص حاصل از پایش سطوح بالاتر ، حداقل ۴ مورد و برای هر مورد حداقل ۲ ساعت در فصل و مجموعا ۸ ساعت در فصل که میشود ۲,۵ ساعت در ماه .

۷- زمان لازم جهت تنظیم برنامه دهگردشی ۰,۵ ساعت در ماه .

۸- زمان لازم جهت دهگردشی برای متوسط ۴ خانه بهداشت اصلی ، ۳ قمر و ۱ سیاری و متوسط ۳ ساعت برای هر مورد ، برای خانه بهداشت اصلی ۱۲ ساعت در هفته ، برای روستاهای قمر ۹ ساعت در ماه ، و برای سیاری ۳ ساعت در فصل . که می شود ۵۸ ساعت در ماه .

۹- زمان لازم جهت شرکت در جلسات دعوت شده مثل جلسات شبکه بهداشت و بخشداری ها و ... ماهی ۲ بار و هر بار ۳ ساعت که می شود ۶ ساعت در ماه .

۱۰- زمان لازم جهت پاسخگویی به موقع به مکاتبات توسط مسئول مرکز ۱,۵ ساعت در ماه .

۱۱- زمان لازم جهت شرکت در دوره های آموزشی حضوری ، متوسط ۱ روز در ماه که می شود ۸ ساعت در ماه .

۱۲- زمان لازم جهت مدیریت و پیگیری بیماریهای واگیر و طغیان ۲ ساعت در ماه .

۱۳- زمان لازم جهت مشارکت در فعالیتهای بهداشت محیط ، اعم از بازدید اماکن و معاینات صاحبان اماکن عمومی و تهیه و توزیع مواد غذایی و صدور کارت سلامت ، به طور متوسط ۱۰ مورد در ماه ، ۱,۵ ساعت در ماه .

۱۴- زمان لازم جهت مشارکت در فعالیتهای بهداشت حرفه ای و ویزیت کارگران و کارخانجات ۱ روز در فصل ، ۲,۵ ساعت در ماه .

۱۵- زمان لازم جهت فعالیتهای آموزشی ، شامل آموزش بهورزان ، پرسنل مرکز و گروه هدف شامل ، مادران باردار و دانش آموزان و .. به طور متوسط ۶ ساعت در ماه .

۱۶- خدمت رسانی به بیماران اعصاب و روان در سامانه دیده نشده و نیاز به پر کردن پرونده کاغذی می باشد. زمان مورد نیاز برای ثبت و ویزیت بیماران اعصاب و روان به طور متوسط ۱۰۰ بیمار در ماه ، ۲۵ ساعت در ماه.

۱۷- زمان لازم جهت مدیریت بلایا ، ۰,۵ ساعت در ماه .

۱۸ - معاینه و ویزیت سالمندان وابسته به بستر. ۲ساعت در ماه

۱۹- معاینه کامل دانش آموزان پایه اول، چهارم و هفتم. ۳۰ ساعت در سال. معادل ۲,۵ساعت در ماه

با توجه به اینکه پزشک خانواده مسئولیت مدیریت خدمات جامع سلامت منطقه تحت پوشش خود را دارد و تنها وظیفه درمان و ویزیت بیماران را ندارد و همانطور که در فوق با توضیحات اشاره شد ، جهت انجام خدمات بسته خدمتی پزشک خانواده، به جز موارد موثر در فرمول فعلی کارانه؛ به طور متوسط و با در نظر گرفتن حداقل زمان لازم جهت انجام خدمات مورد نظر، معادل ۱۳۵ ساعت در ماه می باشد که برابر با ۱۶,۵روز در ماه است .

طبق فرمول کارانه مدنظر، سواى تمامی ایرادات غیر قابل حل، اگر پزشکی تمامی مراقبت های قابل انتظار را انجام دهد (همان طور که ذکر شد، رسیدن به درصد مراقبت های حدانتظار برای هر گروه؛ غیرقابل دسترس است) تنها ۸درصد نسبت به دستورالعمل پرداختی نسخه ۱۸، افزایش دریافتی خواهد داشت؛ این در حالی است که معاون محترم سازمان برنامه و بودجه اخیرا بر اساس لایحه بودجه ۹۸ و با توجه به تورم شدید سال ۹۷، اعلام کردند که حقوق کارمندان در سال آینده ۲۰ درصد افزایش می یابد.

به طور خلاصه، اجرای این شیوه پرداخت که مستقیما معیشت همکاران روستایی را نشانه گرفته، نه تنها در این وضعیت اقتصادی و تورم باعث افزایش دریافتی آن ها نخواهد شد بلکه با اعمال کار اضافی بر دوش این همکاران نسبت به قبل، آنان را با کاهش دریافتی نیز مواجه خواهد کرد و همین موضوع موجب ایجاد نارضایتی و خالی شدن مراکز روستایی از پزشک و محروم کردن مردم روستا و مناطق محروم از خدمات مطلوب بهداشتی و درمانی می شود.

در انتها میتوان گفت در صورت فراهم شدن زیرساخت های لازم از جمله فراهم نمودن نیروی پزشک کافی، محدودیت تعداد ویزیت روزانه، برطرف شدن معایب سامانه سیب، واقعی شدن تعرفه ویزیت، تاثیر سهم پراکندگی و تعداد واحدهای تحت پوشش هر پزشک و متفاوت کردن ارزش ریالی خدمات در خانه های بهداشت نسبت به مرکز اصلی، در نظر گرفتن حد انتظار تعداد مراقبت های دیابتی و فشار خونی و ارجاعی برای هر مرکز به صورت جداگانه، فراهم نمودن اینترنت و امکانات سخت افزاری مناسب در مراکز و در خانه های بهداشت، فرهنگ سازی مناسب بین مردم و توضیح در مورد ثبت اطلاعات آن ها در سامانه سیب و برطرف شدن سایر ایرادات مذکور، امکان اجرای اصولی و عادلانه این برنامه تا حدی فراهم خواهد شد. لذا بر اساس وظایف اصلی کمیته فنی کشوری برنامه پزشک خانواده مذکور در موارد "ب" ، "د" و "ز" از بند ۴ ماده ۲ این دستورالعمل، انتظار می رود ابتدا اشکالات ذکر شده رفع گردد و زیرساخت های لازم فراهم گردد و پس از توجیه و آموزش کلیه افراد متاثر از این دستورالعمل، اجرا گردد.