



## رییس محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

**موضوع:** ابلاغ شروع اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### با سلام و احترام

با نام و استعانت از خداوند متعال بدین وسیله آغاز اجرای برنامه مقیمی پزشکان متخصص از اولین ساعت روز ۹۳/۳/۱ اعلام می گردد.

مقتضی است با استناد به دستورالعمل اجرایی این برنامه (موضوع ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) نسبت به اجرای دقیق برنامه با در نظر گرفتن موارد زیر اقدام نمایند:

- ۱- لازم است رؤسای بیمارستان به منظور حفظ شأن و احترام پزشکان مقیم شرایط رفاهی محل استقرار ایشان در بیمارستان را در اسرع وقت فراهم نمایند.
- ۲- فهرست پزشکان مقیم بیمارستان ها و لیست کشیک ماه اول اجرای برنامه باید حداکثر تا هفتم خرداد، در فضایی که بدین منظور در پرتال برنامه تحول ([hse.health.gov.ir](http://hse.health.gov.ir)) ایجاد شده، ثبت گردد. برای ماه های بعد مبنای تخصیص هر ماه فهرستی است که تا پایان وقت اداری روز ۲۴ ام ماه قبل تکمیل شده باشد. در صورت عدم تکمیل این فهرست اعتباری به بیمارستان تعلق نخواهد گرفت. . در صورت وجود هرگونه سوال در خصوص برنامه ماندگاری با شماره تلفن ۸۱۴۵۴۰۰۰ تماس حاصل فرمایید.
- ۳- به منظور شفاف سازی تعهدات پزشکان رسمی، پیمانی، قراردادی و ضرب کای مشمول این برنامه، تعهد نامه ای به شرح پیوست ارسال می شود که لازم است به رؤیت و امضای ایشان برسد. در مواردی که پزشکان آزاد جهت تکمیل شیفت های مقیمی به کارگیری شوند از چارچوب قراردادهای موجود استفاده شود. مبنای پرداخت در قالب دستورالعمل بوده و لازم است تعهد نامه پیوست به رؤیت و امضای ایشان برسد.
- ۴- نظارت بر حسن اجرای این برنامه به عهده معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده می باشد که لازم است با استناد به دستورالعمل و ابلاغیه های مربوط، گزارش عملکرد واحدهای اجرای این برنامه را به ستاد کشوری ارایه نماید.

**دکتر محمد آقاجانی**

**معاون درمان**

**و دبیر ستاد کشوری برنامه تحول نظام سلامت**

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

با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه حضور پزشکان مقیم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، 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 ..... متخصص /فلوشیپ/فوق تخصص در رشته ..... دارای رابطه استخدامی ..... به عنوان پزشک مقیم شهر/شهرستان ..... در بیمارستان ..... ، پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه حضور پزشکان مقیم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می‌باشم و متعهد می‌گردم با رعایت کلیه مواد و بندهای مندرج در دستورالعمل فوق 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 هیچ‌گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از مزایای برنامه مقیمی، نخواهم داشت.

یک نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پیوست این تعهدنامه می‌باشد.

دکتر .....

متخصص .....

پزشک ماندگار شهر/شهرستان .....

دکتر .....

معاون درمان/معاون آموزشی