



آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

هیئت وزیران در جلسه ۲۰ / ۱ / ۱۳۹۳ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ - آیین نامه اجرایی بند یادشده را به شرح زیر تصویب کرد:

آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱ - در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف - قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ -

ب - شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت

پ - سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ت - مراکز: مراکز و مؤسسات ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت اعم از دولتی و غیردولتی

ث - وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ج - خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه کننده خدمت، چگونگی خرید و قیمت گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

چ - خدمات پایه سلامت: خدمات و مراقبت های سلامت شامل آموزش سلامت، پیشگیری، درمان های اولیه سرپایی و بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، درخواست خدمات پاراکلینیکی، تدبیر فوریتهای، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار.

ح - خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت: فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت که زیرمجموعه ای از بسته پایه خدمات سلامت می باشد و با توجه به محدودیت های مالی، سیاسی و اجتماعی در یک فرایند اولویت گذاری و سهمیه بندی تعیین و توسط سازمان های بیمه گر پایه تأمین مالی می شود.

خ - فرانشیز: قسمتی از هزینه خدمات و مراقبت های سلامت مورد تعهد بیمه پایه که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات و مراقبت های مذکور پرداخت نماید. به منظور ترغیب رفتارهای صحیح سلامتی در گیرندگان خدمات و جلوگیری از مخاطرات اخلاقی، می توان از فرانشیزهای متفاوت استفاده نمود.

د - شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص (D R G): شیوه پرداخت مبتنی بر نظام طبقه بندی بیماران که در آن بیمارانی که از نظر بالینی و هزینه ای مشابه هستند و انتظار می رود استفاده آنها از منابع بیمارستانی و هزینه های مربوط مشابه یکدیگر باشد در یک گروه قرار می گیرند و مراکز نرخ ثابتی را برای هر ترخیص مبتنی بر نوع تشخیص و درمان دریافت می کنند.

ذ - شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده: واحد پرداخت بر مبنای به ازای هر فرد که با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت بیمار و محل جغرافیایی خدمت متفاوت می باشد و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می گردد. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلاً یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می شود.

ماده ۲ - سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش



فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت ترین و هزینه اثربخش ترین خدمات برای بیمه شدگان، بر اساس روش های زیر اقدام نماید:

الف - شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده برای عمده خدمات در سطح اول براساس معیارهایی از قبیل مشخصات جمعیتی، نیازهای سلامتی و تفاوت هزینه ای با توجه به جغرافیای ارایه خدمات، با اولویت نظام ارجاع.

ب - شیوه پرداخت گروه بندی مرتبط با تشخیص با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حداقل سه بیمارستان کشور اعم از دولتی و غیر دولتی به صورت آزمایشی به گونه ای که در سال پنجم برنامه، قابلیت اجرا در سراسر کشور را داشته باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان موظفند گزارش اجرای آزمایشی این روش را به شورای عالی ارایه نمایند.

پ - طراحی ساز و کار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه گانه ارایه خدمات.

تبصره ۱ - معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور موظف است مجموعه منابع عمومی حوزه بیمه سلامت را در بودجه سنواتی (اعم از منابع عمومی و درآمد اختصاصی) ذیل سازمان متمرکز و طبق سیاست های مصوب پرداخت نماید.

تبصره ۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است دستور العمل ساز و کار استفاده از کدهای تشخیصی در پرونده و اسناد بیماران را تا پایان سال چهارم قانون براساس دسته بندی بین المللی بیماری ها (icd) تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید. مراکز و سازمان های بیمه گر موظفند بر اساس دستور العمل یادشده عمل نمایند.

تبصره ۳ - تا زمان اجرای شیوه پرداخت براساس گروه بندی مرتبط با تشخیص، دستور العمل و قیمت تعرفه کلی (گلوبال) اعمال شایع جراحی بر اساس تعرفه های مصوب توسط شورای عالی بازنگری می شود.

تبصره ۴ - وزارت موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ساز و کارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارایه دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.

ماده ۳ - سازمان موظف است براساس اعتبار بخشی مراکز، اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به خرید راهبردی خدمات براساس قیمت واقعی در فضای رقابتی اقدام نماید.

تبصره - تا زمان اعلام اعتبار بخشی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرایط فعلی به قوت خود باقی است.

ماده ۴ - سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولید کنندگان داخلی و توزیع مناسب آنها با هدف بهبود دسترسی بیمه شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می باشد.

تبصره - ساز و کار اجرایی و شیوه نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه توسط وزارت با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تصویب شورای عالی می رسد.

ماده ۵ - شورای عالی همه ساله براساس روش فرانشیز متغیر نسبت به تعیین فرانشیز و سهم بیمه پایه از خدمات بیمه پایه سلامت اقدام و آن را به تصویب هیئت وزیران می رساند.

ماده ۶ - ملاک تعهد سازمانهای بیمه گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس مصوبات هیئت وزیران می باشد.



ماده ۷- وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور همه ساله نسبت به بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس معیارهای علمی و روش شناختی (متدولوژی) مصوب، با اولویت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای عالی برای تصویب به هیئت وزیران ارایه می نمایند.

ماده ۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله در خصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید. تبصره- ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می باشد.

ماده ۹- دستورالعمل رسیدگی به اعتراض مراکز که سازمان با آنها در چارچوب خرید راهبردی خدمات قرارداد منعقد نموده و یا قرارداد را لغو نموده است، ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه توسط وزارت تهیه و به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

ماده ۱۰- در راستای الزامات خرید راهبردی خدمات، سازمان موظف است پیشنهادهای لازم را برای یکسان سازی ضوابط و مقررات، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد پزشکی و نحوه تأیید اسناد را ظرف یک سال پس از ابلاغ این آیین نامه جهت تصویب به شورای عالی ارایه نماید.

تبصره- چارچوب قراردادهای بین مراکز و سازمانهای بیمه گرد توسط وزارت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به تأیید شورای عالی می رسد.

ماده ۱۱- وزارت موظف است بار مالی اجرای این آیین نامه را سالانه برآورد و برای پیش بینی در لایحه بودجه سنواتی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام نماید.

ماده ۱۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است میزان تأثیر گذاری عملکرد خرید راهبردی بر شاخص های خدمات و مراقبت های سلامت را هر ساله به شورای عالی گزارش نماید.

ماده ۱۳- سازمان موظف است هر ساله گزارش عملکرد مالی خرید راهبردی خدمات و میزان تأثیر آن بر شاخص های سهم پرداخت مردم از هزینه های سلامت، کاهش هزینه های سلامت و توسعه عدالت در سلامت را به شورای عالی ارایه نماید.

ماده ۱۴- سازمان موظف است نسبت به پرداخت مطالبات مراکز بابت خدمات ارایه شده به صورت علی الحساب به میزان هشتاد درصد طی پانزده روز و تسویه حساب قطعی حداکثر سه ماه پس از اعلام رسمی مراکز، مبنی بر آماده تحویل بودن اسناد اقدام نماید.

ماده ۱۵- مراکز موظفند دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را تهیه نمایند. موارد استثنا با توافق وزارت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ظرف شش ماه تهیه می شود.

ماده ۱۶- معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور موظف است اعتبارات مصوب سازمان در قوانین بودجه سنواتی را به موقع تخصیص دهد.

ماده ۱۷- مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این آیین نامه بر عهده وزارت می باشد.

اسحاق جهانگیری - معاون اول رییس جمهور