

اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (مصوب ۱۳۹۰/۱۱/۰۹)

شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴هـ

۱۳۹۱/۵/۲۲

توضیح ضروری روزنامه رسمی: این مصوبه در تاریخ ۱۳۹۲/۳/۱۹ به روزنامه رسمی ارسال گردیده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۹ بنا به پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور و به استناد بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب سال ۱۳۸۹ - «اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران» را به شرح زیر تصویب نمود:

فصل اول - تعاریف و مفاهیم

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

- الف - حق بیمه: مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه سلامت برای هر خانوار در یک ماه تعیین می گردد.
- ب - پرونده الکترونیک سلامت: پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی که برای هر ایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می شود و با استفاده از رمز عبور و الزامات امنیتی لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط وی یا پزشک معالج او در سراسر کشور به وجود می آید.
- ج - کارگزار: نمایندگی شرکت و یا سازمان بیمه که مجوز قانونی داشته و برای قراردادهای بیمه ای، بازاریابی، مذاکره و قرارداد منعقد نموده و خدمات بیمه گذاری را برای بیمه گر انجام می دهد.
- د- نظام ارائه خدمات سلامت: نظام ارائه تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی است که در سه سطح به شرح زیر ارائه می شود:

- ۱- سطح اول (خدمات پایه سلامت): شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان های اولیه، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، خدمات پاراکلینیک، تدبیر فوریت ها، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار می باشد. نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا گروه سلامت (به عنوان مسئول سطح اول) صورت می گیرد.

۲- سطح دوم: شامل خدمات تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک مورد نیاز می باشد. اطلاعات مربوط به این سطح توسط ارائه کنندگان خدمات در اختیار مسئول سطح اول قرار می گیرد.

۳- سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد.

هـ - بیمه سلامت: شامل تأمین کلیه خدمات سطوح سه گانه مندرج در بند «د» در چارچوب مقررات بیمه پایه و بیمه مکمل می باشد. شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت (پایه و مکمل) می باشند.

و- بیمه پایه سلامت: تأمین بخشی از خدمات سطوح سه گانه مندرج در نظام ارائه خدمات سلامت است که دامنه شمول آن براساس بند (ز) ماده (۳۸) قانون تعیین می شود.

ز- بیمه تکمیلی: آن دسته از خدمات بیمه سلامت که خارج از تعهدات بسته بیمه پایه سلامت بوده و با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی بین بیمه شده و بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی ندارد، اما موظف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم می باشد.

ح - نظام ارجاع: فرایندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح سه گانه خدمات این نظام را تعیین می کند. اطلاعات مربوط به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک خانواده یا گروه سلامت ثبت می شود.

ط - پزشک خانواده: فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی که علاوه بر ارائه خدمات سطح اول (خدمات پایه سلامت)، مسئولیت تداوم خدمات و اداره گروه سلامت را بر عهده دارد.

ی - گروه سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی که با مسئولیت پزشک خانواده بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند.

ک - قانون: قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ل - سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

م - شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور

ن - معاونت: معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور

ماده ۲- سازمان از ادغام بخش های بیمه درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان (صندوق) بیمه خدمات درمانی، تأسیس و براساس مفاد این اساسنامه، قانون، قانون ساختار نظام

جامع رفاه و تأمین اجتماعی و سایر قوانین مربوط اداره می شود و کلیه امور، وظایف و فعالیت های مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می گردد.

تبصره - خدمات بیمه پایه سلامت صندوق های مستثنی شده در ماده (۳۸) قانون حسب توافق و تصویب شورای عالی در مقابل پرداخت حق بیمه معادل بندهای (۱) و (۲) بند (د) ماده (۳۸) قانون به این سازمان واگذار می شود.

ماده ۳- سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و به صورت شرکت دولتی اداره می شود و مدت فعالیت آن نامحدود است.

ماده ۴- مرکز اصلی صندوق در تهران است و می تواند در تهران و سایر مناطق کشور از طریق شعب و نمایندگی ها یا از طریق واگذاری برخی از امور به کارگزاری ها با رعایت تبصره (۱) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام وظایف قانونی خود اقدام نماید.

تبصره ۱- امکان جابجایی مرکز اصلی صندوق در اختیار هیئت امنا می باشد.

تبصره ۲- صندوق مجاز است با رعایت قوانین و مقررات مربوط بر حسب ضرورت نسبت به تأسیس شعبه یا نمایندگی در خارج از کشور اقدام نماید.

ماده ۵ - سرمایه اولیه سازمان مبلغ دو میلیارد ریال است که به دویست هزار سهم ده هزار ریالی تقسیم می شود و تمامی آن پرداخت شده و متعلق به دولت است.

تبصره ۱- دارایی ها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان ها و تجهیزات مربوط به بخش های بیمه درمان کلیه صندوق ها با رعایت تبصره های (۲) و (۴) بند (ب) ماده (۳۸) قانون به سازمان منتقل می گردد.

تبصره ۲- دارایی ها، اموال منقول و غیرمنقول کلیه صندوق های موضوع ماده (۲) این اساسنامه، حداکثر تا یک سال پس از ابلاغ اساسنامه، ارزیابی و به سرمایه سازمان اضافه می شود.

فصل دوم - وظایف و اختیارات

ماده ۶ - موضوع فعالیت سازمان اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی براساس قوانین و مقررات می باشد.

ماده ۷ - وظایف و اختیارات سازمان به شرح زیر می باشد:

الف - عقد قرارداد ارائه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مضمولان براساس بند (د) ماده (۳۸) قانون.

ب - پرداخت به اشخاص حقیقی و حقوقی ذینفع براساس سرانه ها و هزینه های ارائه خدمات و مراقبت های بسته خدمات بیمه پایه سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.

ج - خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و براساس سیاست های مصوب.

د - حفظ حقوق بیمه شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارائه خدمات بیمه از طریق نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات و مراقبت های بسته بیمه پایه سلامت به طور مستقیم و یا از طریق مؤسسه های ذی صلاح در چارچوب مفاد قراردادهای منعقد و انعقاد و یا فسخ قرارداد براساس ارزیابی های انجام شده در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.

ه - بررسی، مطالعه و تحقیق کاربردی در زمینه امور بیمه سلامت.

و- همکاری در ساماندهی ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت» با نهادهای قانونی مربوط.

ز - اعمال استانداردها، پروتکل ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقد با واحدهای ارائه خدمات و مراقبت های سلامت.

ح - عقد قرارداد با کارگزاری ها به منظور برون سپاری امور تصدی گری.

ط - انجام اقدامات قانونی لازم برای وصول حق بیمه پایه سلامت.

ی - نظارت بر ارائه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی.

ک - برنامه ریزی و نظارت به منظور برقراری تراز منابع و مصارف سازمان با رعایت قوانین و مقررات مربوط.

ل - تعیین ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی و بیمه شدگان با رعایت قوانین و مقررات برای پیشنهاد به هیئت امانا.

م - تعیین ضوابط مربوط به تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروه ها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد برای پیشنهاد به هیئت امانا.

ن - احراز صلاحیت مراکز تشخیصی و درمانی به منظور عقد قرارداد در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.

س - اقامه دعوی در مراجع قانونی.

ع - سایر وظایفی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از طرف شورای عالی تعیین می شود.

فصل سوم - ارکان

ماده ۸ - سازمان دارای ارکان زیر است:

الف - هیئت امنا

ب - هیئت مدیره

ج - مدیرعامل

د - هیئت نظارت

الف - هیئت امنا

ماده ۹- ترکیب هیئت امنا مطابق ماده واحده قانون اصلاح ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق های بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب ۱۳۸۸ - تعیین می شود.

ماده ۱۰- وظایف و اختیارات هیئت امنا عبارتست از:

الف - تصویب خط مشی و سیاست های اجرایی و برنامه عملیاتی سازمان.

ب - تصویب بودجه، ترازنامه، حساب سود و زیان و صورت های مالی سالانه سازمان.

ج - انتخاب اعضاء و عزل و موافقت با استعفای اعضای هیئت مدیره و هیئت نظارت و تعیین حقوق و مزایای آنها با رعایت قوانین مربوط.

د- تصویب آیین نامه اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی سازمان با رعایت قوانین و مقررات.

ه- رسیدگی و اظهارنظر نسبت به گزارش عملکرد سازمان.

و- اتخاذ تصمیم درخصوص افزایش سرمایه سازمان و ارائه به مراجع قانونی برای تصویب.

ز- تصویب ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی با پیشنهاد هیئت مدیره.

ح - ارائه پیشنهاد اصلاح اساسنامه به مراجع ذی ربط.

ط - سایر مواردی که به موجب قوانین و مقررات در صلاحیت هیئت امنا است.

ب - هیئت مدیره

ماده ۱۱- اعضای هیئت مدیره متشکل از (۵) نفر می باشند که با رعایت مفاد ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی انتخاب می گردند.

تبصره - جلسات هیئت مدیره با حضور حداقل سه نفر رسمیت می یابد و تصمیمات آن با رعایت قوانین و مقررات مربوط با اکثریت آرا حاضرین معتبر و قابل اجرا است.

ماده ۱۲- وظایف و اختیارات هیئت مدیره به شرح زیر می باشد:

الف - پیشنهاد سیاست ها، خط مشی و برنامه های اجرایی سازمان جهت تصویب در هیئت امانا.

ب - بررسی و تأیید گزارش عملکرد، ترازنامه، بودجه سالانه، حساب سود و زیان و صورت های مالی سازمان و ارائه گزارش به هیئت امانا.

ج - بررسی و تأیید ضوابط و آیین نامه های اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی و سایر مقررات و آیین نامه ها براساس مفاد قوانین و مقررات و مندرجات این اساسنامه و پیشنهاد آن جهت تصویب هیئت امانا و طی مراحل قانونی.

د - پیشنهاد ساختار و تشکیلات سازمانی (کلان و تفصیلی) به مراجع قانونی برای تصویب.

ه - پیشنهاد ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به هیئت امانا.

و - تعیین ضوابط مربوط به نحوه تنظیم و بررسی اسناد مالی پزشکان، گروه ها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد به منظور تطبیق اسناد مذکور با ضوابط و تعرفه های مصوب جهت پرداخت هزینه ها به اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط.

ز - سایر اختیاراتی که به موجب این اساسنامه بر عهده هیئت امانا نیست و مطابق لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت برعهده هیئت مدیره است.

ح - اتخاذ تدابیر عملیاتی لازم جهت اجرای مصوبات هیئت امانا.

ج - مدیرعامل

ماده ۱۳- مدیرعامل بالاترین مقام اجرایی سازمان است که مطابق بند (ج) ماده واحده قانون اصلاح ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب ۱۳۸۸ - انتخاب می گردد.

تبصره - انتخاب مجدد مدیرعامل بلامانع است.

ماده ۱۴ - وظایف و اختیارات مدیرعامل به شرح زیر می باشد:

الف - اجرای تصمیمات هیئت مدیره.

ب - تهیه گزارش فعالیت ها، عملکرد دوره ای (سه ماهه و سالیانه)، ترازنامه و حساب سود و زیان جهت ارائه به هیئت مدیره.

ج - اداره امور جاری در چارچوب قوانین مربوط و مقررات این اساسنامه.

د - تهیه و تنظیم بودجه سالانه جهت ارائه به هیئت مدیره.

ه - تهیه و تدوین آیین نامه ها و ضوابط لازم جهت ارائه به هیئت مدیره.

و - نمایندگی سازمان در کلیه مراجع قانونی با حق توکیل و تعیین نماینده قضایی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط.

ز - نصب و عزل مدیران واحدهای ستادی و استانی.

ح - استفاده از خدمات مشاوره ای و تخصصی اشخاص حقیقی و حقوقی با پرداخت حق الزحمه آنها برابر ضوابط و مقررات مصوب هیئت امنا.

ط - عقد قراردادهای لازم با شرکتهای بیمه ای و کارگزاری، اشخاص حقیقی و حقوقی به منظور ارائه خدمات بیمه ای به افراد مشمول.

ی - تهیه و تدوین ساختار و تشکیلات سازمان جهت ارائه به هیئت مدیره و استقرار و عملیاتی نمودن آن پس از تصویب مراجع ذیصلاح.

تبصره ۱- مدیرعامل می تواند قسمتی از اختیارات خود را با رعایت قوانین و مقررات به هر یک از کارکنان سازمان به جز اعضاء هیئت مدیره تفویض نماید.

تبصره ۲- کلیه اسناد تعهدآور و اوراق بهادار، چک ها و اسناد بانکی و قراردادهای سازمان با امضاء مدیرعامل و یک نفر از اعضاء هیئت مدیره و ذیحساب و با مهر سازمان معتبر خواهد بود.

د - هیئت نظارت

ماده ۱۵- هیئت نظارت مطابق بند «د» ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تعیین و انجام وظیفه می نماید.

تبصره ۱- وظایف بازرس قانونی بر عهده سازمان حسابرسی است که طبق قوانین و مقررات مربوط گزارش های لازم را به هیئت نظارت ارائه می دهد. بازرس قانونی (حسابرس) حق مداخله در امور اداری و اجرایی شرکت را ندارد و اقدامات وی نباید موجب توقف عملیات اجرایی سازمان شود.

تبصره ۲- هرگاه بازرس قانونی (حسابرس) در جریان رسیدگی و تطبیق عملیات شرکت اشتباهات یا تخلفات یا سایر موارد را مشاهده کند، باید گزارش مربوط را برای رسیدگی، اصلاح و رفع اشتباه و تعقیب متخلفان به مدیرعامل و هیئت مدیره و هیئت نظارت شرکت اطلاع دهد و در هر حال مراتب را به هیئت امنا گزارش نماید.

تبصره ۳- ترازنامه، حساب سود و زیان، صورت دارایی ها و بدهی های سازمان باید پس از پایان سال مالی حداکثر تا پایان خرداد ماه به بازرس قانونی (حسابرس) داده شود تا پس از رسیدگی با گزارش وی به هیئت نظارت ارائه شود.

فصل چهارم - امور مالی و منابع مالی

ماده ۱۶- منابع درآمدی سازمان عبارت است از:

الف - حق بیمه های دریافتی.

ب - کمک ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی.

ج - منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها.

د - وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزاهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه ها.

هـ - درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه شدگان.

و- منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

ز- منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید.

ح - منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

ط - سایر درآمدهای متفرقه.

ماده ۱۷- عملکرد مالی و سال مالی سازمان به شرح زیر تعیین می شود:

الف - سال مالی سازمان، به استثناء سال اول که از تاریخ ابلاغ اساسنامه می باشد از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفند ماه همان سال است.

ب - صورت های مالی سالانه سازمان باید با رعایت استانداردهای حسابداری که توسط مراجع صالح قانونی تدوین شده، تهیه و ارائه گردد.

ج - تصویب صورت های مالی سازمان توسط هیئت امنا به منزله مفاصاحساب مدیرعامل و اعضای هیئت مدیره برای عملکرد سال مورد نظر می باشد.

این اساسنامه به موجب نامه شماره ۹۱/۳۰/۴۷۰۵۰ مورخ ۱۳۹۱/۴/۳ شورای نگهبان به تأیید رسیده است.

معاون اول رییس جمهور - محمدرضا رحیمی