

آیین نامه اجرایی بند (د) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب
۱۳۹۲/۰۱/۱۸)

شماره ۱۸۹۸۳/ت ۴۸۹۳۳هـ

۱۳۹۲/۲/۳

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 ۱۳۹۲/۱/۱۸ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (د) ماده (۳۲)
قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹-، آیین نامه اجرایی بند (د) ماده یاد شده را به شرح زیر
تصویب نمود:

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

الف - نظام ارائه خدمات سلامت: ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی در سطوح سه گانه به شرح زیر:

سطح اول: خدمات پایه سلامت شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانهای اولیه، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، خدمات
پارااکلینیک، تدبیر فوریتهای، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار. نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق
پزشک خانواده یا گروه سلامت (به عنوان مسئول سطح اول) انجام می شود.

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

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

ب - پزشکان و پیراپزشکان تمام وقت جغرافیایی: آن دسته از پزشکان و پیراپزشکان پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی - درمانی
دولتی و عمومی غیردولتی که به صورت تمام وقت در مراکز تشخیصی آموزشی یا درمانی محل خدمت خود حسب مورد اشتغال
داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی در مراکز بخش خصوصی و خیریه را ندارند. اعضاء هیئت علمی
تمام وقت جغرافیایی نیز مشمول این بند هستند.

ج - حاکمیت خدمات بالینی: پابندی سازمان های متولی سلامت به ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات و حفظ و تأمین مستمر
بالاترین استانداردهای مراقبت.

د - قیمت واقعی خدمات: قیمت تمام شده خدمات به اضافه استهلاک سود سرمایه (دارایی های ثابت) بدون در نظر گرفتن استهلاک دارایی های ثابت.

ه - کلینیک ویژه: درمانگاه های سرپایی بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی که در آنها خدمات سرپایی و پاراکلینیکی با تعرفه های متناسب با قیمت واقعی که به تصویب هیئت وزیران می رسد، توسط پزشکان و پیراپزشکان تمام وقت جغرافیایی ارائه می شود. این کلینیک ها مطابق مقررات و ضوابط تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هیئت امنای دانشگاه مربوط اداره می شوند.

و - وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

ح - برنامه: برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

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

ی - سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

ک - شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور

ماده ۲- نظام درمانی بخشی از نظام سلامت است که شامل ساختارها، فرایندها، سازمان ها، مؤسسات و کارکنان آموزش دیده مربوط در حوزه درمان می باشد و اهداف اصلی نظام یادشده، بهره مندی عادلانه افراد جامعه از خدمات و مراقبت های درمان با کیفیت، ایمن، اثربخش، کارا، به موقع، جامعه محور براساس سطح بندی، پزشک خانواده و نظام ارجاع در راستای ارتقای سلامت همه جانبه و تأمین مالی عادلانه و پایدار نظام مالی ارائه خدمات و مراقبت های درمان می باشد.

ماده ۳- به استناد بند (ب) ماده (۳۶) قانون، سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت از جمله درمان در وزارت متمرکز می باشد.

ماده ۴- به منظور ایجاد یکپارچگی در بیمه پایه درمان، تجمیع بخش های بیمه ای درمانی صندوق های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در چارچوب اساسنامه سازمان انجام می شود.

ماده ۵ - سازمان تنها خریدار خدمات در سطح پایه و همگانی می باشد که با رعایت مفاد بند (ب) ماده (۳۸) قانون، سیاست های مصوب شورای عالی، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و سطح بندی خدمات، نسبت به خرید راهبردی خدمات مطابق آیین نامه بند (ز) ماده (۳۸) قانون اقدام می نماید.

ماده ۶ - مؤسسات و سازمان های بیمه گر مجاز، می توانند با رعایت قوانین و مقررات مربوط و سیاست های مصوب شورای عالی، برای پوشش خدماتی که در بسته خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت قرار نمی گیرند با اخذ هزینه از افراد متقاضی برای بیمه تکمیلی به صورت فردی یا گروهی با مراکز ارائه کننده خدمات عقد قرارداد نمایند.

ماده ۷- منابع مالی نظام درمانی عبارتند از:

الف - منابع عمومی شامل:

- ۱- ردیفهای اعتباری حوزه درمان در قوانین بودجه سنواتی ذیل وزارت و سایر دستگاه های اجرایی.
 - ۲- بخشی از حق بیمه خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت برای افراد و خانوارهای مشمول بند (د) ماده (۳۸) قانون که تأمین آن به عهده دولت است.
 - ۳- مابه التفاوت قیمت تمام شده و تعرفه های تعیین شده برای خدمات بیمه پایه سلامت، موضوع تبصره (۵) بند (ب) ماده (۳۸) قانون، در صورت تعرفه گذاری پایین تر از قیمت تمام شده.
 - ۴- اعتبارات موضوع بند (ب) ماده (۳۴) قانون.
 - ۵ - منابع اختصاص یافته در قالب قوانین بودجه سنواتی از محل وضع عوارض بر اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف، موضوع بند (الف) ماده (۳۷) قانون.
 - ۶ - اعتبارات تخصیصی از محل (۱۰٪) حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد موضوع بند (ب) ماده (۳۷) قانون.
- ب - منابع مالی حاصل از کمکها و مشارکت خیرین.
- ج - منابع مالی حاصل از پرداخت مردم و گیرندگان خدمت شامل:
- ۱- حق السهم بیمار در زمان دریافت خدمات (فرانشیز)
 - ۲- هزینه های درمانی پرداخت شده توسط افراد فاقد بیمه پایه سلامت
 - ۳- حق بیمه تکمیلی و خدمات مازاد بر بیمه پایه سلامت
 - ۴- حق بیمه پایه سلامت مطابق بند (د) ماده (۳۸) قانون
- تبصره - منابع مالی نظام درمانی باید به گونه ای باشد که تا پایان برنامه سهم هزینه های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد هزینه های سلامت کاهش یابد.

ماده ۸- مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط مشی های ابلاغی وزارت تبعیت نمایند. ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی قرار نمی گیرند و از یارانه ها و منابع عمومی مرتبط با سلامت بهره مند نمی شوند.

ماده ۹- وزارت موظف است به منظور حفاظت مالی از شهروندان در مقابل هزینه های سلامت، با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و معاونت، شیوه نامه تعیین نرخ فرانشیز را با رعایت سیاست های مصوب، به صورت متغیر و متناسب با گروه های خدمتی، مناطق محروم و جمعیت هدف و با توجه به اصل تعادل منابع و مصارف، ظرف یک سال تهیه و پس از تأیید شورای عالی جهت تصویب هیئت وزیران ارائه نماید.

ماده ۱۰- وزارت موظف است نیازهای آموزش و ظرفیت ورودی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای مبتنی بر برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات درمانی و نقشه جامع علمی کشور به گونه ای استخراج و اعمال نماید که ضمن برنامه ریزی برای تأمین نیروی انسانی موردنیاز برای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به رتبه اول منطقه در اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده، سطح بندی خدمات درمانی و تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت در پایان برنامه دست یابد.

ماده ۱۱- وزارت موظف است نسبت به بازنگری و تدوین سطح بندی خدمات سلامت اعم از تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی، پاراکلینیکی، تخت های بستری، مراکز ارائه خدمات سرپایی و بستری در بخش دولتی و غیردولتی اقدام نماید.

ماده ۱۲- وزارت موظف است به منظور بسترسازی ارائه خدمات درمانی با کیفیت، ایمن، اثربخش، کارا و به موقع به افراد جامعه، نسبت به اجرای موارد زیر اقدام نماید:

الف - تدوین و ابلاغ سالانه حداقل پنجاه مورد راهنمای درمانی (بالینی) در طول سال های برنامه با اولویت موارد شایع.

ب - ابلاغ شاخص های استانداردهای مراکز ارائه خدمات درمانی شامل ساختار، فرایندها، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و تجهیزات.

ج - استقرار نظام جامع ارتقای مستمر کیفیت با رویکرد حاکمیت بالینی در مراکز ارائه خدمات درمانی.

د - استقرار نظام جامع ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ سازی نظام های رسیدگی کننده به آنها.

ه - استقرار کامل منشور حقوق بیماران در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی.

و - استقرار نظام جامع مدیریت عملکرد مراکز ارائه خدمات.

ماده ۱۳- وزارت موظف است به منظور حصول اطمینان از ارتقای مداوم کیفیت، بیمار محوری و بهبود ایمنی بیمار و کارکنان، نسبت به ارزیابی نظام مند مراکز ارائه خدمات سلامت از طریق تدوین و تصویب استاندارد اعتباربخشی ویژه بیمارستان های عمومی، تخصصی و بخش های سرپایی واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت اقدام نماید.

تبصره - وزارت مجاز است، با رعایت مفاد تبصره (۲) بند (د) ماده (۳۲) و بند (و) ماده (۳۸) قانون، نظارت بر مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت را براساس استانداردهای اعتباربخشی مصوب، به مؤسسات بخش غیردولتی واگذار نماید.

ماده ۱۴- وزارت موظف است در اجرای بند (ج) ماده (۳۲) قانون و در قالب شیوه های واگذاری مندرج در ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری، امور تصدی گری را به تدریج به گونه ای واگذار نماید که تا پایان سال سوم برنامه تصدی امور مربوط به سطح اول خدمات و تا پایان برنامه، سالانه بیست درصد از تصدیهای سطوح دوم و سوم به بخش های تعاونی، خصوصی، خیریه و هیأت امناء واگذار شود. وجوه دریافتی بابت اینگونه خدمات پس از واگذاری باید حداکثر مطابق قیمت تمام شده دولتی باشد.

ماده ۱۵- وزارت موظف است هر ساله در بیست درصد از بیمارستان های آموزشی خود نسبت به تشکیل هیأت امناء اقدام نماید. این بیمارستان ها وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی است و با رعایت مقررات قانونی و تحت نظر هیئت امنای خود که از تمامی اختیارات قانونی هیأت امنای دانشگاههای علوم پزشکی از جمله مدیریت منابع مالی ذی ربط برخوردار هستند، اداره می شوند. صددرصد پزشکان عضو هیئت علمی شاغل در این مراکز به صورت تمام وقت جغرافیایی ارائه خدمت خواهند نمود. ضوابط مربوط به این ماده به پیشنهاد معاونت با همکاری وزارت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ظرف سه ماه پس از ابلاغ این آیین نامه به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۶- تعرفه های خدمات درمانی بیمارستان های هیأت امنایی متناسب با قیمت واقعی و با توجه به شاخص های برنامه ای، اولویت های منطقه ای و ارزشیابی بیمارستان ها، براساس فرایند تعیین شده در بند (هـ) ماده (۳۸) قانون تعیین می شود. هزینه های بیمارستان های مذکور براساس عملکرد از همین محل تأمین می شود و این بیمارستانها هیچگونه اعتبار دیگری از بودجه عمومی دریافت نخواهند کرد.

ماده ۱۷- وزارت موظف است به منظور کاهش مرگ و میر و آسیب های ناشی از حوادث ترافیکی و کاهش بار ناشی از حوادث غیرمترقبه (طبیعی و انسان ساخت) و ارائه به موقع خدمات اورژانسی در سراسر کشور، با همکاری سایر نهادهای مرتبط نسبت به توسعه کامل ساختاری و فرایندی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی در کشور، استقرار کامل نظام کشوری مراقبت از حوادث (اعم از ترافیکی و غیرترافیکی)، اتصال و هماهنگی نرم افزار سامانه اورژانس پیش بیمارستانی با بیمارستانی و انجام هماهنگی های لازم در جهت پوشش کامل حوادث ترافیکی و غیرمترقبه اقدام نماید.

تبصره - وزارت موظف است ضمن ارتقای ساختار فیزیکی، تجهیزات، نیروی انسانی متخصص، استقرار نظام جامع رتبه بندی و نظام شکایات اورژانس های بیمارستانی به گونه ای اقدام نماید که تا پایان برنامه، بهره مندی جمعیت شهری و روستایی از خدمات پیش بیمارستانی به سطح هفتاد درصد برسد و کیفیت خدمات اورژانس بیمارستانی به میزان پنجاه درصد بهبود یابد.

ماده ۱۸- پزشکان تمام وقت جغرافیایی، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان های بخش خصوصی و خیریه (بجز مطب) نمی باشند. منظور از مطب صرفاً ویزیت پزشکان براساس تعرفه های مصوب دولتی است و هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی باید به مراکز دولتی که پزشکان یادشده مشغول کار می باشند ارجاع شوند سایر شاغلین حرفه سلامت به پیشنهاد وزارت و تصویب هیئت وزیران مشمول این ماده خواهند بود.

ماده ۱۹- وزارت موظف است برای آن دسته از پزشکان پیمانی یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی که مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان های بخش خصوصی و خیریه نیستند، کلینیک های ویژه تأسیس نماید. تعرفه خدمات درمانی پرداختی به پزشکان در کلینیک های ویژه، متناسب با قیمت واقعی می باشد.

تبصره - مطب های مجاز برای پزشکان واجد شرایط طرف قرارداد بیمه های سلامت که تعرفه های مصوب را رعایت نموده و بیماران را جهت هرگونه اقدام تشخیصی و درمانی خارج از مطب به بیمارستان های دولتی مربوط ارجاع می نمایند، به منزله کلینیک های ویژه تلقی می شود.

ماده ۲۰- کارکنان ستادی وزارت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان های وابسته، هیئت رئیسه دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و رؤسای بیمارستان ها و شبکه های بهداشتی درمانی، مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی اعم از درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آنها ممنوع است. مسئولیت اجرای این ماده بر عهده بالاترین مقام دستگاه های اجرایی و ذی حسابان می باشد.

ماده ۲۱- وزارت موظف است به منظور ایجاد یکپارچگی در سطوح مختلف ارائه خدمت، توزیع عادلانه منابع، بهبود تخصیص منابع و امکانات، مدیریت و پیشگیری بیماری ها و هماهنگ سازی نظام درمانی کشور با سامانه جامع و همگانی سلامت، ضمن برقراری پیوند مناسب بین نظام ارجاع و سامانه مذکور اقدامات زیر را انجام دهد:

الف - تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن به تمامی افراد جامعه در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مطابق بند (ز) ماده (۳۸) قانون تا پایان سال چهارم برنامه.

ب - تکمیل، طراحی و استقرار سامانه ادغام یافته ارائه خدمات با رعایت سطح بندی خدمات تا پایان سال چهارم برنامه.

ج - استقرار سامانه خدمات سلامت ایرانیان و استقرار کامل سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان تا پایان برنامه.

د - طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت حاشیه نشین ها و افراد آسیب پذیر با محوریت پزشک خانواده تا پایان سال چهارم برنامه.

ه - برگزاری دوره های تکمیلی پزشک خانواده و تربیت تخصصی پزشکان خانواده تا پایان برنامه.

و - انطباق شبکه آزمایشگاه های کشور براساس نظام ارجاع تا پایان سال چهارم برنامه.

ز - تدوین سالانه پنجاه مورد راهنمای بالینی خدمات سلامت در نظام ارجاع.

ح - استانداردسازی و اجرای پروتکل های بسته خدماتی پزشکان خانواده تا پایان سال چهارم برنامه.

ماده ۲۲- وزارت موظف است به منظور ارتقای کیفیت خدمات و حمایت همه جانبه از بیماران خاص، پیوندی، سرطانی و صعب العلاج نسبت به توسعه ارائه خدمات سلامت با روش های نوین درمانی در داخل کشور، راه اندازی مراکز جامع درمان بیماران خاص براساس

استانداردهای مربوطه، استقرار پروژه های پیشگیری و مراقبت از بروز بیماری خاص و سرطانی، توسعه شبکه فراهم آوری اعضا و نسوج و استقرار نظام جامع ارائه خدمات با کیفیت و ایمن برای بیماران مذکور تا پایان سال چهارم برنامه اقدام نماید.

معاون اول رئیس جمهور - محمدرضا رحیمی