



سازمان بیمه سلامت ایران



۱۴۰۰/۳۰۰۸۰

شماره نامه :

۱۴۰۰/۰۱/۲۹

تاریخ:

دارد

پیوست:

مدیرکل اسرپرست محترم بیمه سلامت استان

معاون اسرپرست محترم بهداشت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

موضوع: تفاهم نامه سطح یک بیمه روستایان سال ۱۴۰۰

با سلام و تمییت

به پیوست تفاهم نامه خدمات سطح یک روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر در سال ۱۴۰۰ جهت اطلاع و اقدام لازم ارسال می گردد. متعاقباً فرم قرارداد همکاری مشترک، دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده بیمه روستایی و فایل سرانه و ضرایب شبکه ها به صورت مشترک ارسال می گردد. ضروری است دانشگاههای علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استانها نسبت به هماهنگی برای اجرای دقیق مفاد تفاهم نامه، هزینه کرد اعتبارات صندوق و یک درصد صرفاً در محل مربوطه، پرداخت به موقع حقوق تیم سلامت و انجام پایش مشترک اهتمام نمایند.

دکتر محمد مهدی ناصحی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علیرضا رنیزی
معاون بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تفاهم نامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در سال ۱۴۰۰

مقدمه

در اجرای بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران و همچنین ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و تصمیم دولت دوازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت کشور مقرر گردید تا با تداوم استقرار تیم سلامت با محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دو و سه، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت به شرح مواد زیر ارتقاء یابد.

این تفاهم نامه بین سازمان بیمه سلامت و معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبادله می شود و ادارات کل بیمه سلامت استان ها به عنوان «خریدار خدمت» و معاونت های بهداشت دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان «تامین کننده خدمات»، مسئولیت اجرای مفاد این تفاهم نامه را عهده دار خواهند بود.

در این تفاهم نامه جهت تسهیل در کار:

- سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان سازمان
- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان معاونت بهداشت
- معاونت توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان معاونت توسعه
- ادارات کل بیمه سلامت استان به عنوان خریدار خدمت
- معاونت های بهداشتی دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان ها به عنوان تأمین کننده خدمت نامیده می شوند.
- سامانه های سطح یک وزارت بهداشت شامل سامانه های سیب، سینا، ناب و پارسا می باشد.

ماده ۱

خرید خدمات در قالب بسته خدمات سلامت سطح اول با اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مشتمل بر ارتقاء سلامت، پیشگیری و درمان ادغام یافته به صورت سرانه ای

تبصره ۱- انعقاد قرارداد فی مابین خریدار خدمت و تأمین کننده خدمت براساس فرم قرارداد همکاری مشترک صورت می پذیرد.

تبصره ۲- با توجه به جامعیت ارائه خدمات سطح یک در مراکز خدمات جامع سلامت، ارائه خدمات در سطح اول با استفاده از ظرفیت های بخش دولتی خواهد بود. در مناطقی که امکان ارائه خدمات از طریق ظرفیت های بخش دولتی میسر نباشد، هرگونه عقد قرارداد با بخش غیر دولتی در سطح اول، صرفاً از طریق شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواهد بود.

ماده ۲

گیرندگان خدمت، کل جمعیت روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

اجرای سطح بندی خدمات و نظام ارجاع به سطوح بالاتر بر اساس دستورالعمل ابلاغی استقرار نظام ارجاع الکترونیک و استحقاق سنجی تبصره - با توجه به تکلیف تعیین شده در تبصره ۳ ذیل بند د ماده ۳ مصوبه ۳۲۵۱۱/ت۳۰۳۸ هـ مورخ ۹۵/۳/۲۰ هیئت محترم دولت مبنی بر دریافت خدمت از طریق صندوق روستاییان و لزوم استمرار نظام سطح بندی، ساکنین شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که در سال های اخیر به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر ملحق گردیده اند، جزو گیرندگان خدمت محسوب می گردند.

ماده ۳

استقرار نسخه نویسی الکترونیک و نظام ارجاع الکترونیک در بستر سامانه های سطح یک وزارت بهداشت در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

در جهت اجرای سطح بندی خدمات و براساس تکالیف مندرج در قوانین بالادستی می بایست استقرار نسخه نویسی الکترونیک و نظام ارجاع الکترونیک با انجام فرایند استحقاق سنجی در مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، از تاریخ ابلاغ تفاهم نامه در بستر سامانه های سطح یک وزارت بهداشت صورت پذیرد.

تبصره - در راستای اجرای حذف دفترچه های کاغذی بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت می بایست نسبت به انجام نسخه نویسی و ارجاع الکترونیک در سامانه های سطح یک، اقدام و داده های نسخ تجویزی را در چارچوب ضوابط مربوطه، در سامانه های مورد اشاره و یا در صورت عدم وجود زیر ساخت الکترونیکی در سربرگ مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع درج نمایند.

ماده ۴

اعتبارات برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

طرفین توافق دارند که در قالب سقف بودجه ابلاغی مصوب، عمل نموده و مبلغ سرانه سالانه خدمات سطح اول به شرح ذیل تأمین اعتبار می گردد:

۱- مبلغ ۲۴۰۰۰۰ میلیارد ریال (بیست و چهار هزار میلیارد ریال) سهم سازمان از محل اعتبارات سال ۱۴۰۰ (چنانچه به هر دلیل سقف اعتبار سازمان، ابلاغی از سوی سازمان برنامه و بودجه کاهش یابد اعتبار این بند متناسب با آن کاهش پیدا خواهد کرد)

۲- مبلغ ۲۴۰۰۰۰ میلیارد ریال (بیست و چهار هزار میلیارد ریال) سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از محل اعتبارات سال ۱۴۰۰ یک درصد مالیات بر ارزش افزوده (چنانچه به هر دلیل سقف اعتبار ابلاغی از سوی سازمان برنامه و بودجه کاهش یابد اعتبار این بند متناسب با آن کاهش پیدا خواهد کرد)

با احتساب دو منبع اعتباری فوق، کل منابع پیش بینی شده برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و تیم سلامت در مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعاً معادل ۴۸۰۰۰ میلیارد ریال (چهل و هشت هزار میلیارد ریال) می باشد. در هر صورت تخصیص های وزارت بهداشت و سازمان می بایست در کلیه سر فصل ها به تفکیک و در سقف سرفصل مربوطه انجام پذیرد. بدیهی است هر یک از طرفین قرارداد موظف است از هر مرحله از تخصیص ردیف های فوق الذکر سهم خود را مطابق این تفاهم نامه پرداخت نماید.

بند ۱: معاون توسعه و سازمان مکلفند کل اعتبارات تخصیص یافته برنامه پزشکی خانواده از سوی سازمان برنامه و بودجه را در محل برنامه مربوطه هزینه نمایند.

بند ۲: معاون بهداشت مکلف است اعتبارات تخصیص یافته برنامه را براساس شرح هزینه معاونت بهداشت به سازمان ابلاغ نموده و سازمان به شرط دریافت منابع تعریف شده نسبت به توزیع آن اقدام نماید.

بند ۳: سازمان مکلف است به شرط تخصیص و متناسب با درصد پرداخت سهم وزارت، اعتبارات را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به ادارات کل استانی ابلاغ نموده و ادارات کل نسبت به توزیع آن ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری به دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی اقدام نماید و دانشگاه/ دانشکده مکلفند پس از دریافت تخصیص اعتبار از محل صندوق، بلافاصله نسبت به پرداخت حقوق اعضای تیم سلامت در پایان هر ماه اقدام نماید.

بند ۴: معاون توسعه مکلف است به شرط تخصیص اعتبارات یک درصد، آن را به صورت یک دوازدهم در پایان هر ماه به سازمان ابلاغ نموده و سازمان به شرط دریافت منابع تعریف شده ظرف ۷۲ ساعات کاری به حساب ادارات کل استانی، پرداخت نماید و ادارات کل پس از دریافت اعتبار، نسبت به تخصیص اعتبار دریافتی به دانشگاه/دانشکده ظرف مدت ۷۲ ساعت کاری اقدام نمایند و دانشگاه/ دانشکده مکلفند پس از دریافت تخصیص اعتبار نسبت به هزینه کرد اعتبارات صرفاً در سرفصل های برنامه در اسرع وقت اقدام نمایند.

بند ۵: تمام سرانه اختصاص داده شده بابت تفاهم نامه می بایست برای ارائه خدمات تعیین شده موضوع تفاهم نامه هزینه گردد و هزینه کرد آن توسط دانشگاه/ دانشکده و ادارات کل بیمه در غیر موارد تعیین شده در تفاهم نامه به هر شکل و یا کسر هر مبلغ از سرانه تحت هر عنوانی در سطوح مختلف مدیریت دانشگاه ممنوع می باشد و هزینه کرد این اعتبارات می بایست صرفاً مطابق مفاد تفاهم نامه و با نظارت معاون بهداشت (رئیس مرکز بهداشت استان) صورت گیرد.

تبصره ۱- دانشگاه/دانشکده موظف است متناسب با سر فصل اعلامی و پرداختی سازمان، نسبت به پرداخت مطالبات اعضای تیم سلامت اقدام نماید.

تبصره ۲- مبنای محاسبات سرانه از محل اعتبارات این تفاهم نامه و توزیع آن براساس اطلاعات جمعیت یکبار خدمت (فعال) می باشد. این جمعیت در طول سال حداقل یک خدمت براساس گزارش سامانه های سطح یک وزارت بهداشت به تفکیک مراکز خدمات جامع سلامت دریافت نموده و توسط معاونت بهداشت به سازمان اعلام می گردد. براین اساس کلیه سامانه های مزبور می بایست قابلیت اجرای فرآیند استحقاق سنجی را برای همه مراجعین فراهم آورد. در مناطق محروم که شرایط اجرای فرآیند استحقاق سنجی به صورت کامل فراهم نمی باشد با اعلام معاونت بهداشت، اجرای این برنامه تا ۵۰ درصد مراکز مشمول مورد تأیید می باشد.

تبصره ۳- دامنه توزیع اعتبارات از محل اعتبارات سازمان، براساس سرانه وزن دهی شده مبتنی بر مؤلفه هایی از جمله جمعیت و ضریب محرومیت و پراکندگی استانی و شهرستانی اعلام شده توسط وزارت کشور و پس از تعدیل تا سطح تأمین کننده خدمت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستایی مطابق با طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور از طریق وزارت بهداشت صورت می گیرد. همچنین دامنه توزیع اعتبارات از محل یک

درصد مالیات بر ارزش افزوده براساس مولفه های جمعیت، برنامه های فنی و بهبود استاندارد فضاهای ارائه دهنده خدمت به شرط آن که جمع میزان سرانه متوسط کل کشور از سقف اعتبارات فوق فراتر نباشد.

تبصره ۴- در شهرستانهایی که دارای پراکندگی جمعیتی می باشند و شبکه بهداشت و درمان جهت توزیع پزشک و ارائه خدمات با چالش مواجه هستند از محل اعتبارات صندوق به شرح ذیل سهم سرانه در نظر گرفته شده است و در فایل سرانه و ضرایب در سهم سرانه سالانه گنجانده شده است.

- در مراکز فعال دارای جمعیت زیر ۱۰۰۰ نفر معادل ۱۰۰٪ سهم سرانه به ازای جمعیت مربوطه
 - در مراکز فعال دارای جمعیت بین ۱۰۰۰-۲۰۰۰ نفر معادل ۷۰٪ سهم سرانه به ازای جمعیت مربوطه
 - در مراکز فعال دارای جمعیت بین ۲۰۰۰-۳۰۰۰ نفر معادل ۵۰٪ سهم سرانه به ازای جمعیت مربوطه

تبصره ۵- با توجه به پرداخت سرانه خدمات سطح یک به جمعیت یکبار خدمت، ادارات کل بیمه سلامت با توجه به مفایرت قانونی پرداخت همزمان سرانه و FFS، مجاز به پذیرش و پرداخت اسناد پزشکان، دندانپزشکان، دارو و پاراکلینیک مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، در بسته خدمات سطح یک نمی باشند. (اعتبار مربوط به محاسبات هزینه های بیمه شدگان سایر صندوق های سازمان مشمول این تبصره به سرجمع اعتبارات صندوق سازمان اضافه شده است)

تبصره ۶- مدیر مالی دانشگاه مکلف است لیست ریز هزینه کرد خدمات سطح یک را پس از تأیید معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی به صورت شش ماهه به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نماید.

تبصره ۷- ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی صرفاً با استفاده از ظرفیت های بخش دولتی دانشگاهی خواهد بود. در موارد خاص در مناطق محروم و دوردستی که امکان ارائه این خدمات از طریق ظرفیتهای بخش دولتی دانشگاهی میسر نمی باشد با اعلام دانشگاه های علوم پزشکی، سازمان موظف است از بخش غیر دولتی استفاده نماید.

ماده ۵

سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از کل اعتبارات برنامه (۴۸,۰۰۰ میلیارد ریال) به شرح ذیل خواهد بود:

بند ۱: سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل سازمان از مجموع مبلغ سرانه به شرح ذیل خواهد بود:

الف- مبلغ ۱۴۲۰۰ میلیارد ریال (چهارده هزار و دویست میلیارد ریال) سهم مذکور بابت سهم خدمات پزشک (شامل ۵۰٪ خدمات پایه پزشک، ۸۰،۵٪ براساس عملکرد مبتنی بر شاخص های پایش و نظارت توسط ستاد شهرستانی در استفاده از راهنماهای بالینی و سایر دستور عمل های نظام مراقبت کشوری، با اولویت بیماریابی و مراقبت از بیماران دارای پرفشاری خون و دیابت، در برنامه های خدمات سلامت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به صورت مشترک ابلاغ گردیده است. ۷٪ برای ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت سطح یک، ۲۲٪ بابت بیتوته پزشک، ۱۲،۵٪ دهگردشی پزشک و تیم سلامت و با شرط تضمین ارائه خدمات دارویی در دهگردشی)

ب- مبلغ ۱۷۰۰ میلیارد ریال (یک هزار و هفتصد میلیارد ریال) سهم مذکور بابت هزینه های پرسنلی خدمات سلامت دهان و دندان با اولویت گروه های هدف (جمعیت زیر ۱۴ سال، زنان باردار و شیرده) بر اساس دستور عمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

ج- مبلغ ۶۰۰۰ میلیارد ریال (شش هزار میلیارد ریال) سهم مذکور بابت سهم خدمات ماما و سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز پیش بینی شده در تیم سلامت که صرفاً مسئولیت مراقبت جمعیت را در مراکز مجری برنامه به عهده دارند. (۲۰٪ از این سهم صرفاً مربوط به سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز که مستقیماً در راستای اهداف این برنامه مشغول بکار می شوند و مسئولیت پرداخت هزینه های بیش از ۲۰٪ مذکور به عهده دانشگاه/ دانشکده خواهد بود.)

د- مبلغ ۷۰۰ میلیارد ریال (هفتصد میلیارد ریال) سهم مذکور به عنوان جبران هزینه های عملیاتی و پرسنلی سازمان شامل ارتقاء مدیریت برنامه، افزایش کارایی و اثربخشی فرآیندهای اجرایی نظارت، تقویت پایش ماهانه حدود ۴۲۰۰ مرکز خدمات جامع سلامت و بهبود نظام گزارش دهی در سطوح مختلف مدیریت، دبیرخانه ستاد هماهنگی کشوری و سایر هزینه های پیش بینی نشده برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در اختیار سازمان قرار خواهد گرفت.

ه- مبلغ ۱۴۰۰ میلیارد ریال (یک هزار و چهارصد میلیارد ریال) سهم مذکور به عنوان جبران هزینه های عملیاتی و پرسنلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقاء مدیریت برنامه، افزایش کارایی و اثربخشی فرآیندهای اجرایی، تقویت پایش و نظارت، بهبود نظام گزارش دهی در سطوح مختلف مدیریت که پس از مکاتبات و درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی و ستاد وزارت بهداشت قرار خواهد گرفت.

بند ۲: سهم توزیع سرانه در بسته خدمتی سطح اول از محل سهم معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح ذیل خواهد بود:

الف- مبلغ ۱۰۰۰ میلیارد ریال (هزارمیلیارد ریال) سهم مذکور بابت تأمین تجهیزات و مواد مصرفی خدمت دهان و دندان
 ب - مبلغ ۳۰۰ میلیارد ریال (سیصد میلیارد ریال) سهم مذکور برای فرهنگ سازی، توانمند سازی و ارتقاء سطح دانش ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت، تولید شواهد و مستندات مورد نیاز حاصل از کارکرد برنامه که با مشارکت سازمان و معاونت بهداشت هزینه می-گردد.

تبصره- سهم مذکور مشتمل بر سه جزء ارائه آموزش های حضوری، ارائه آموزشهای مجازی و تدوین، تولید و پخش محتوا توسط رسانه های جمعی و صدا و سیما می باشد.

ج - مبلغ ۷۲۵۰ میلیارد ریال (هفت هزار و دویست و پنجاه میلیارد ریال) سهم مذکور بابت ارائه خدمات دارویی

د - مبلغ ۳۵۰۰ میلیارد ریال (سه هزار و پانصد میلیارد ریال) سهم مذکور بابت ارائه خدمات پاراکلینیک مشتمل بر دو جزء ۲۰ درصد بابت سونوگرافی مادران باردار در یک نوبت به صورت رایگان و رادیولوژی و ۸۰ درصد جهت انجام خدمات آزمایشگاه و آزمایشات غربالگری بویژه کانسر سرویکس

ه - مبلغ ۴۵۰۰ میلیارد ریال (چهار هزار و پانصد میلیارد ریال) سهم مذکور به منظور آماده سازی و بهبود استانداردهای واحدهای مجری برنامه (مرکز، خانه بهداشت و محل بیتوته) که براساس سیاستهای ابلاغی معاونت بهداشت وزارت بهداشت برای دسترسی عادلانه به خدمات از طریق بهسازی، تعمیر و نگهداری واحدها به هزینه گرفته می شود. ۳۰۰۰ میلیارد ریال آن برای بهسازی پروژه های تفاهم نامه مشترک به صورت متمرکز و ۱۵۰۰ میلیارد ریال بابت تعمیر و نگهداری به صورت سرانه ای توزیع می گردد.

تبصره- لیست اعتبارات متمرکز به تفکیک دانشگاههای علوم پزشکی می بایست توسط وزارت به سازمان ارائه گردد.

و- مبلغ ۲۰۰۰ میلیارد ریال (دو هزار میلیارد ریال) سهم مذکور بابت هزینه های مربوط به تأمین امکانات دهگردشی (تأمین خودروی مناسب با شرایط منطقه بجز خودروی پراید به صورت استیجاری جهت انجام دهگردشی و خدمات نقل و انتقال)

خودروی فوق میبایست حداکثر با طول عمر پنج سال و لزوماً متعلق به محدوده منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باشد). از این مبلغ ۱۰ درصد برای تأمین خودرو (خرید یا اجاره) جهت انجام پایش مشترک مراکز مجری برنامه در سطح ملی، استانی و شهرستانی در اختیار سازمان بیمه سلامت قرار گیرد.

ز- مبلغ ۵۵۰ میلیارد ریال (پانصد و پنجاه میلیارد ریال) سهم مذکور بابت هزینه های اجرای برنامه های فنی ادغام یافته

توزیع این اعتبار طبق اطلاعات ثبت شده در پرونده الکترونیک سطح یک بر اساس برنامه های عملیاتی مورد تأیید مرکز مدیریت شبکه از طریق سازمان صورت می پذیرد (۵۰٪ این اعتبار به صورت متمرکز و ۵۰٪ دیگر به صورت سرانه ایی توزیع می گردد)

ح- مبلغ ۲۰۰ میلیارد ریال (دویست میلیارد ریال) سهم مذکور جهت استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور اجرایی شدن پرونده الکترونیک سلامت با اولویت

- تکمیل زیر ساختهای لازم برای اجرای پرونده الکترونیک، نسخه نویسی الکترونیک و ارجاع الکترونیک

- ورود اطلاعات و ثبت تمامی مداخلات و خدمات ارائه شده به مراجعین در سامانه های سطح یک وزارت بهداشت، توسط مراکز سلامت مجری برنامه و ارائه گزارش بار مراجعه خدمات به سازمان

استعلام الکترونیکی برخط کلیه بیمه شدگان از طریق سرویس استحقاق سنجی سازمان در هنگام پذیرش در مراکز مجری سلامت و ارجاع کلیه بیماران (بر اساس تفاهم نامه مشترک سرویس استحقاق سنجی)

تبصره ۱-۲۵ درصد از اعتبارات پرونده الکترونیک برای تأمین هزینه های نرم افزار و سخت افزارهای مرتبط و نیز انتقال داده ها در راستای اجرای این تفاهم نامه در اختیار ستاد سازمان قرار می گیرد.

تبصره ۲-۷۵ درصد در اختیار وزارت بهداشت به منظور برنامه ارتقاء و اتصال مراکز مجری برنامه به سامانه های الکترونیک نظام سلامت جهت استقرار و بهره برداری از بستر الکترونیکی قرار می گیرد. (۵۰ درصد از اعتبارات این بند به صورت متمرکز و ۵۰ درصد به صورت سرانه ای توزیع می شود)

تبصره ۳ - معاونت بهداشت موظف است بر اساس اعلام نیاز سازمان، امکان دسترسی به گزارشات مورد نیاز سازمان را با توجه به مفاد تفاهم نامه از سامانه های سطح یک وزارت بهداشت فراهم نماید.

تبصره ۴ - سازمان مکلف است زیرساخت الکترونیکی لازم جهت دریافت داده های نسخ تجویزی پزشکان خانواده را فراهم نماید.

ط - مبلغ ۴۷۰۰ میلیارد ریال (چهار هزار و هفتصد میلیارد ریال) سهم مذکور برای تأمین مکمل های دارویی

شامل ۱ - قطره آهن ۲ - قطره ویتامین A+D ۳ - مولتی ویتامین ۴ - قرص اسیدفولیک / اسیدفولیک همراه ید ۴ - کپسول مولتی ویتامین مینرال ۵ - قرص آهن / آهن همراه اسید فولیک ۶ - پرل ویتامین D ۷ - قرص کلسیم / کلسیم D

ماده ۶

با توجه به نگاه سلامت محوری و ارائه خدمات جدید براساس شکل گیری نظام مراقبت واگیر و غیر واگیر، ارائه دهندگان خدمت موظفند بسته خدمت ابلغی وزارت بهداشت را ارائه و در سامانه های سطح یک بهداشت ثبت نمایند.

ماده ۷

بند ۱ - پرداخت ۸۰ درصد علی الحساب از محل اعتبارات سازمان توسط ادارات کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی مربوطه انجام می پذیرد.

الف - مرکز بهداشت شهرستان موظف است تا پنجم هر ماه نسبت به پرداخت مبلغ حکم ماه قبل تیم سلامت اقدام نماید.

ب - پرداخت مبالغ علی الحساب سهم سازمان به شرط ارائه لیست حقوق تیم سلامت مههور به مهر بانک از سوی دانشگاه / دانشکده که شامل پرداخت حکم ایشان تا تاریخ پنجم ماه بعدی، پرداخت علی الحساب کارانه ایشان متناسب با پرداختهای اداره کل بیمه سلامت استان (با حداکثر یکماه تأخیر) می باشد.

بند ۲ - پرداخت ۲۰ درصد پایش عملکرد از محل اعتبارات صندوق توسط ادارات کل استانی صرفاً در صورت تحقق مفاد زیر توسط دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی مربوطه انجام می پذیرد.

الف - پرداخت ۲۰ درصد پایش عملکرد متناسب با پرداخت های سازمان به شرط پرداخت از سوی دانشگاه / دانشکده حداکثر (با یک فصل تأخیر) امکانپذیر می باشد.

ماده ۸

پایش و ارزیابی برنامه پزشکی خانواده

تبصره ۱ - برنامه پایش می بایست با رویکرد حل مشکل و ارتقاء کیفیت خدمات باشد. بدین منظور فرآیند برنامه ریزی پایش باید به صورت مشترک با مشارکت فعال مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان اجرایی گردد. برای محقق شدن این امر لازم است هر سه ماه یکبار بین مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان برنامه مشترک تهیه و به ستاد هماهنگی استان و واحدهای مجری اعلام گردد.

تبصره ۲ - پایش هر مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، توسط تیم مشترک شهرستان (متشکل از مرکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان) حداقل یکبار در ماه باید صورت پذیرد. بدیهی است مراکز بهداشت و اداره بیمه سلامت شهرستان می توانند به صورت مشترک یا جداگانه تعداد بیشتری از واحدهای مجری را برابر تکالیف قانونی خود بازدید و پایش نمایند. با توجه به اهمیت ارزیابی نظام مراقبت در عملکرد تیم سلامت، ادارات کل و حوزه معاونت بهداشتی مکلفند لیست خدمات را در چک لیست مشترک ارزیابی منظور نمایند تا نظام پایش از جامعیت لازم برخوردار گردد به نحوی که کلیه نکات پیش بینی شده در دستورعمل در آن لحاظ شده باشد، ملاک ارزیابی پایش عملکرد، انجام پایش مشترک (حضور و یا الکترونیکی از طریق سامانه های یکپارچه بهداشت) می باشد. در صورت عدم تحقق پایش مشترک، سازمان می تواند برابر تکالیف قانونی خود اقدام نماید.

تبصره ۳- در خصوص پایش کلیه خدمات اعم از پرسنلی و غیر پرسنلی و ثبت اطلاعات پایش و محاسبه تعدیلات ناشی از آن، ضروری است با توجه به لزوم هزینه کرد سرانه اختصاص داده شده بابت ارائه خدمات سطح یک تعیین شده در صورت عدم ارائه کامل خدمات مذکور، تعدیلات پرسنلی و غیر پرسنلی مبتنی بر نتایج پایش هزینه کرد، در ستاد هماهنگی کشوری بررسی و به منظور استمرار و توسعه خدمات سطح یک در مراکز مجری برنامه با نظر معاونت بهداشت وزارت و تأیید سازمان بیمه سلامت ایران به هزینه گرفته شود.

ماده ۹

ارائه خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت

- الف -** به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده یک پزشک
- ب -** به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده یک کارشناس مامایی یا مراقب سلامت خانواده
- ج -** به ازای هر ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده یک دندانپزشک / بهداشتکار دهان و دندان
- تذکر ۱:** در مراکز با جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر وجود یک پزشک و یک ماما یا مراقب سلامت خانواده ضروری است
- تذکر ۲:** در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر که امکان جذب پزشک به صورت تمام وقت وجود ندارد، حضور پزشک به صورت سه روز در هفته در صورت پیشنهاد دانشگاه و تأیید اداره کل بیمه سلامت استان کفایت می کند.
- تبصره ۱-** با توجه به وظایف تعریف شده در بسته خدمت برای پزشکان شاغل در برنامه برای هر پزشک یک مرکز حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده در نظر گرفته می شود. در مراکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت زیر ۱/۷ ارائه خدمات و ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت تحت پوشش برنامه به شرح ذیل خواهد بود.
- الف -** تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک ۱۰۰٪ سرانه پرداخت می گردد.
- ب -** از ۴۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۵۰٪ سرانه پزشک کسر می گردد.
- ج -** از ۵۰۰۱ تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۵۰۰۰ نفر ۱۰۰٪ سرانه مرکز کسر می گردد.
- تبصره ۲-** در مراکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت ۱/۷ و بالاتر ارائه خدمات و ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت تحت پوشش برنامه به شرح ذیل خواهد بود.
- الف -** از ۴۰۰۱ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک ۱۰۰٪ سرانه پزشک پرداخت می گردد.
- ب -** از ۵۰۰۱ تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۵۰۰۰ نفر ۷۵٪ سرانه پزشک کسر می گردد.
- ج -** از ۷۰۰۱ تا ۹۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه، به هر پزشک به ازای افراد مازاد بر ۷۰۰۰ نفر ۱۰۰٪ سرانه مرکز کسر می گردد.
- تبصره ۳-** مرکزی فعال محسوب می گردد که خدمت پزشک و داروخانه برای آن مرکز تعریف شده باشد، در صورت غیر فعال بودن خدمت پزشک و ارائه همزمان سایر خدمات، با توجه به اینکه پزشک مسئول فنی مرکز می باشد، سرانه پزشک و دارو کسر و سرانه سایر خدمات قابل پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۴-** ارائه نشدن هر یک از اجزاء خدمات تعریف شده برابر مفاد تفاهم نامه و ضوابط که برای آن سهم سرانه تعریف شده موجب کسر سهم آن جزء از کل سرانه مرکز خواهد شد.

ماده ۱۰

ستاد هماهنگی کشوری شامل معاون بهداشت (رئیس ستاد)، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت (دبیر ستاد)، معاون درمان و معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان، معاون برنامه ریزی مدیریت و توسعه منابع سازمان، مدیرکل دفتر خدمات عمومی سازمان، رئیس مرکز مدیریت شبکه، مدیر گروه پزشک خانواده وزارت، رئیس گروه پزشک خانواده سازمان، معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه (اعضاء) و حسب مورد معاون آموزشی، معاون غذا و دارو وزارت و رئیس مرکز ملی تحقیقات سلامت سازمان خواهد بود. وظیفه ستاد، نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف فی مابین می باشد. محل دبیرخانه ستاد نیز در محل سازمان می باشد.

ستاد هماهنگی استانی شامل رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)، مدیر کل بیمه سلامت استان (دبیر ستاد) و معاونین بهداشت و درمان و حسب مورد معاون آموزشی، رئیس گروه گسترش مرکز بهداشت استان، یکی از معاونین مدیرکل و رئیس اداره نظارت یا اسناد پزشکی و مسئول امور روستاییان بیمه سلامت و معاون سازمان مدیریت



سازمان بیمه سلامت ایران



و برنامه ریزی استان خواهد بود که مسئولیت اجرایی نمودن دستور عمل های کشوری، نظارت بر اجرای برنامه و ارزیابی عملکرد را به عهده خواهند داشت در استانها با عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی، مدیرکل بیمه سلامت استان، در شهرهای مرکز استان، ریاست دبیرخانه به عهده رئیس دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و دبیری به عهده مدیرکل بیمه سلامت و در شهرهای دارای دانشگاه علوم پزشکی مستقل، ریاست کار گروه به عهده رئیس دانشگاه مستقل و دبیری به عهده مدیرکل بیمه یا نماینده وی خواهد بود. محل دبیرخانه ستاد هماهنگی استانی، اداره کل بیمه سلامت استان می باشد. تصمیمات این ستاد نباید با مفاد تفاهم نامه مغایرت داشته باشد. مستندات جلسات با امضای اعضاء حاضر در جلسه به عنوان مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا می باشد. در صورت عدم توافق جمعی در سطح شهرستان، موضوع به ستاد استان برای حل مشکل و در صورت نرسیدن به توافق برای اخذ پاسخ نهایی به ستاد هماهنگی کشور ارسال و پاسخ آن برای استان و شهرستان لازم الاجرا خواهد بود. ارسال گزارش فصلی از صورتجلسات ستاد هماهنگی استانی برای طرفین تفاهم نامه ضروریست.

ماده ۱۱

کلیه دستور عمل ها و بخشنامه ها (توافقات) در چارچوب مفاد این تفاهم نامه با امضاء مشترک رئیس مرکز مدیریت شبکه و معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان قابل ابلاغ خواهد بود.

تبصره ۱- مفاد این تفاهم نامه از تاریخ اول فروردین ۱۴۰۰ تا پایان سال برای تمامی تامین کنندگان و خریداران خدمت استانها لازم الاجرا است. بدیهی است تغییرات سرانه و هرگونه تغییرات احتمالی مفاد تفاهم نامه با امضاء مشترک معاون بهداشت وزارت و مدیر عامل سازمان قابل انجام خواهد بود.

تبصره ۲- معاونت بهداشت و سازمان موظف اند گزارش عملکرد اجرایی برنامه را به معاونت امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان به صورت سه ماهه اعلام نمایند.

دکتر علیرضا رئیسی
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

دکتر محمد مهدی ناصحی
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر پوراصغری
معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی
سازمان برنامه و بودجه

سید کامل تقوی نژاد
معاون توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی