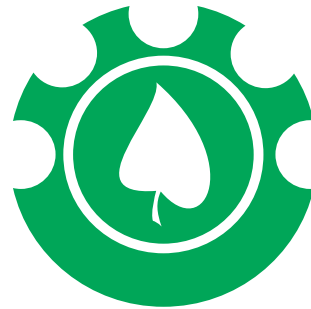


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



کنفرانس های سالیانه اقتصاد دارو و درمان

نخستین کنفرانس: تجربیات کشوری در مطالعات اقتصادی دارو و درمان

۱۰ لغایت ۱۱ بهمن ماه ۱۳۹۰



دکتر محمد جهانگیری

کارشناس ارشد مدیریت فن آوری اطلاعات پزشکی

قائم مقام معاونت نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی

عضو هیئت مدیره انجمن علمی اقتصاد سلامت ایران

نائب رئیس هیئت مدیره انجمن خدمات بین المللی سلامت ایران

رئیس بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی بینا

رئیس کمیسیون مشترک ساماندهی بیمه های تکمیلی

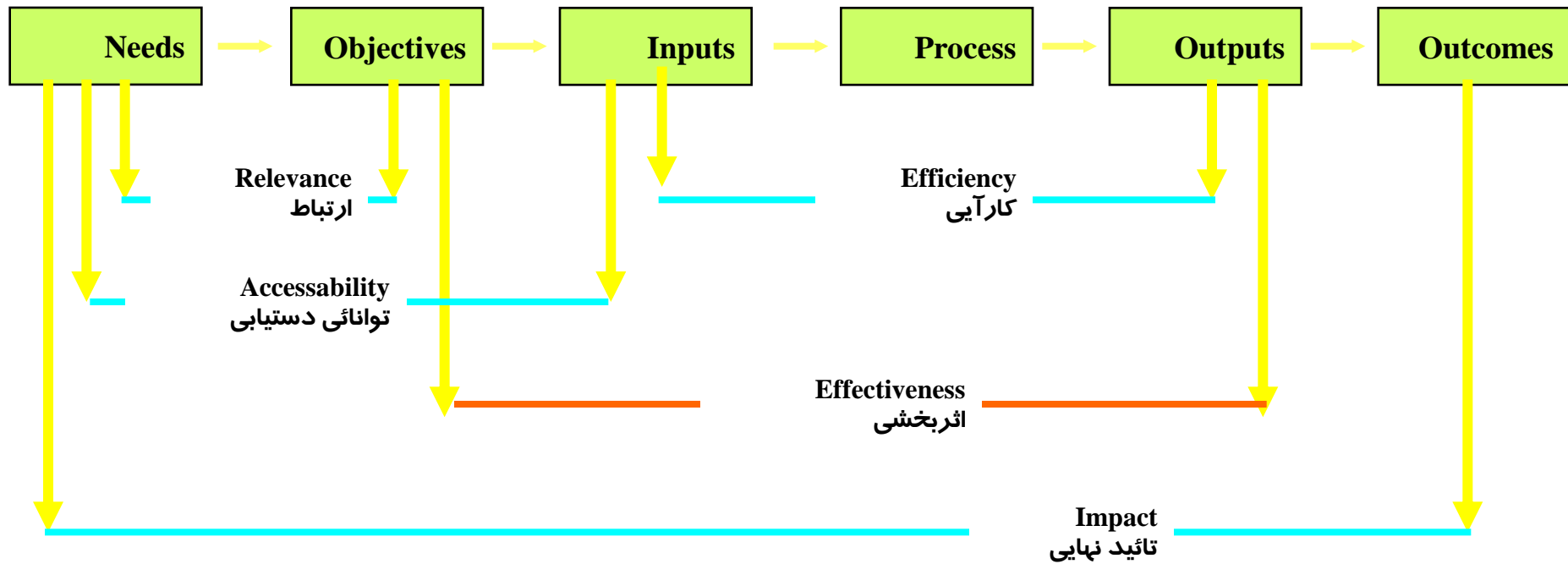
کارشناس مسئول نظام پزشکی در شورای عالی بیمه



▶ مطالبات مردم و ارائه کنندگان خدمات سلامت از حوزه سلامت و قانون برنامه پنجم توسعه



Organizational Performance





خصوصیات یک برنامه مطلوب

- ❖ مربوط به مدتی معین باشد. (زمانبندی مرحله ای)
- ❖ متکی بر هزینه ای معین باشد.
- ❖ واقعگرا باشد.
- ❖ با اهداف و استراتژی های کلی هم آهنگ باشد.
- ❖ با سایر برنامه ها هم آهنگ باشد.
- ❖ شامل فعالیت های لازم سازمان باشد.
- ❖ توالی و استمرار داشته باشد.
- ❖ متناسب با قدرت اجرایی باشد.
- ❖ با نظر و مشورت مجریان انتخاب شده باشد.
- ❖ قابل نظارت، ارزیابی و کنترل باشد.
- ❖ انعطاف پذیر باشد.



Overview of the “Control Knobs”

- ▶ Financing تامین مالی (پول از کجا می آید)
- ▶ Payment پرداخت (چگونه به ارایه کنندگان منتقل میشود)
- ▶ Organization سازمان دهی
- ▶ Regulation وضع مقررات
- ▶ Individual behaviour رفتار ذینفعان



تأمين منابع مالي

▶ جمع آوري منابع

▶ تجميع ومديرية منابع

▶ خريد خدمات



جمع آوري منابع

▶ فرآیندي است که طی آن نظام سلامت از طریق دولت ، خانوار ،

کارفرما و کمکهای اهدایی از مردم، سازمانهای غیردولتی، نهادهای

خیریه و سازمانهای بین المللی منابع مالی خود را تامین می نماید



بند ب) به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (30 %) هزینه های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه های تحمل ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی

متخصص مورد نیاز، ده درصد (10 %) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق الذکر هزینه گردد.



حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود

- ▶ 1- خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و موسسات خیریه معادل پنج درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون در سالهای اول و دوم و سوم برنامه و شش درصد حداقل و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای چهارم و پنجم برنامه
- ▶ 2- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشستگان معادل معادل پنج درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون در سالهای اول و دوم و سوم برنامه و شش درصد حداقل و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای چهارم و پنجم برنامه



ماده 37

برای پیشگیری و مقابله با بیماریها و عوامل خطرساز سلامتی که بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی را دارند اقدامات زیر انجام می شود:

ب- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق معادل ده درصد (10 %) از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد از شرکتهای بیمه تجاری اخذ و به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می گردد. توزیع این منابع توسط وزارتخانه مذکور با تأیید معاونت، بر اساس عملکرد واحدهای فوق الذکر بر مبنای

تعرفه های مصوب هر سه ماه یک بار صورت می گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه ی کبار به بیمه مرکزی و معاونت گزارش نماید.

ج - تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند(الف) این ماده تعیین و اعلام می شود از سوی کلیه رسان ها ممنوع است.



به منظور ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت:

سهم 10% از هدفمند کردن یارانه ها = 90000
سرانه براساس بند د ماده 38 سال 90 حدود 130000 برای کارکنان و
بازنشستگان دولت
و برای لشکری 150000
برای تأمین اجتماعی 130000
روستائیان 70000
اگر میانگین 110000
سرانه هر نفر حدود 200000 خواهد شد



تجميع و مدیریت منابع

► به گونه ای که ریسک پرداخت برای هزینه های سلامتی

بوسیله تمامی افراد و نه توسط تک تک افراد در تامین منابع

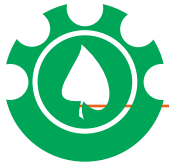
تحمل شود



بند د ماده 32

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در **چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان**، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس های پزشکی، تشکیل هیأت های امناء در بیمارستان های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت های علمی و **تعرفه های مربوطه و کلینیک های ویژه و بیمه های تکمیلی تهیه** و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

تبصره 1- کلیه ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 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 نبوده و از یارانه ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره مند نمی شوند.

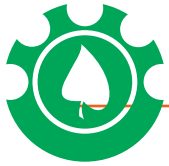


ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام م ی شود:

بند ب:

به دولت اجازه داده میشود بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوقهای موضوع ماده (5) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (5) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید سازمان بیمه سلامت ایران نامیده می شود کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می شود
اساس نامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیات وزیران می رسد



ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند **اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام م ی شود:**

تبصره 3-بند ب:

با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور ، **ترکیب اعضاء و وظائف، اختیارات و مسئولیتهای این شورا ودبیر خانه** آن به پیشنهاد معاونت با تایید هیئت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی میرسد.



ترکیب شورای عالی بیمه خدمات درمانی :

- 1 - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورای عالی)
- 2 - وزیر کار و امور اجتماعی.
- 3 - وزیر امور اقتصادی و دارایی.
- 4 - رئیس سازمان برنامه و بودجه.
- 5 - دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور.
- 6 - رئیس کل سازمان نظام پزشکی.
- 7 - مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی.
- 8 - مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی.
- 9 - مدیر عامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح.
- 10 - سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)
- 11 - معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی).
- 12 - دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای برنامه و بودجه و بهداری و بهزیستی (از هر کدام يك نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد، به عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.



ترکیب شورای عالی بیمه سلامت :

- 1 - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورای عالی)
- 2 - وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی.
- 3- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور.
- 4 - رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- 5- مدیر عامل بیمه مرکزی ایران.
- 6 - مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران.
- 7- يك نماينده از تشكّل هاي خدمت گیرندگان به پیشنهاد وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی.
- 8- يك نماينده از تشكّل هاي ارائه دهنده خدمات و مراقبت هاي سلامت پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 9- يك نفر متخصص اقتصاد سلامت به پیشنهاد انجمن علمی تخصصی.
- 10- نماينده صندوق خدمات درمانی نیروی هاي مسلح تا زمانی که صندوق مذکور در سازمان بیمه سلامت ایران ادغام نشده است.
- 11- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی).
تبصره 1- دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و معاون درمان دبیر شورای عالی و مسئول ابلاغ مصوبات آن می باشد.
- 2- دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای اجتماعی، برنامه و بودجه و بهداشت و درمان (از هر کدام يك نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد، به عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد. (بدون حق رأی)



خرید خدمات

فرآیندی که طی آن منابع جمع شده جهت انجام مجموعه ای از مداخلات موثر در ارتقاء سلامتی افراد به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می شود .



بند ج ماده 32

ج- سامانه « خدمات جامع و همگانی سلامت » مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، محوریت پزشك خانواده در نظام ارجاع، سطح بندي خدمات، خرید راهبردي خدمات، **واگذاري امور تصدي گري** با رعايت ماده (13) قانون مدیریت خدمات کشوري وبا تأکید بر **پرداخت مبتني بر عملکرد**، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء بازطراحي مي شود و برنامه اجرائي آن با هماهنگي معاونت درشوراي عالي سلامت و امنيت غذايي با اولويت بهره مندي مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایري به تصویب مي رسد . سامانه مصوب باید از سال دوم اجرائي برنامه عملیاتي گردد.



بند د ماده 32

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در **چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان**، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس های پزشکی، تشکیل هیأت های امناء در بیمارستان های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت های علمی و **تعرفه های مربوطه و کلینیک های ویژه و بیمه های تکمیلی تهیه** و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

تبصره 1- کلیه ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی 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 نبوده و از یارانه ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره مند نمی شوند.



بند د ماده 32.

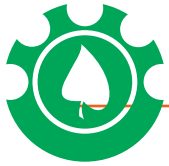
تبصره 2- پزشکاني که در استخدام پيماني و يا رسم ي مراکز آموزشي، درماني دولتي و عمومي غيردولتي مي باشند مجاز به فعاليت پزشکي در مراکز تشخيصي، آموزشي، درماني و بیمارستانهاي بخش خصوصي و خيريہ نيستند. ساير شاغلين حرف سلامت به پيشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي و تصويب هيأت وزيران مشمول حکم اين تبصره خواهند بود. **دولت به منظور جبران خدمات اين دسته از پزشکان تعرفه خدمات درماني را در اينگونه واحدها و مراکز، متناسب با قيمت واقعي تعيين مي نمايد.** پزشکان در صورت مأموريت به بخش غيردولتي از شمول اين حکم مستثني مي باشند مشروط به اينکه تنها از يك محل به ميزان بخش دولتي و بدون هيچ دريافتي ديگر، حقوق و مزايا دريافت نمايند.



ماده 36

الف - به پزشکیانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به طور مستمر و حداقل دو سال انجام وظیفه نمایند به پیشنهاد « خدمات جامع و هماهنگی سلامت » متوالی در سامانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تسهیلات ویژه علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می شود.

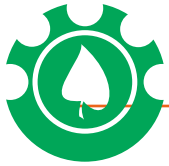
ب- سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.



ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام م ی شود:

ز- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات بر اساس سیاست های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیر دولتی اقدام نماید. آیین نامه اجرائی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه های رفاه و تامین اجتماعی و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیات وزیران میرسد.



ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام م ی شود:

۵- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به **بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت** برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و **قیمت واقعی** در جهت تقویت رفتارهای مناسب (بهداشتی، درمانی و **مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند 8**

ماده (1) و مواد (8) و (9) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.



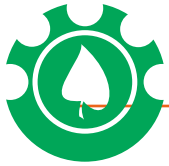
بند 8 ماده 1- ماده 8 و ماده 9 قانون بیمه همگانی

- ▶ **بند 8 ماده 1-** قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه و داراییهای ثابت در بخش دولتی سود سرمایه (داراییهای ثابت) و استهلاك منظور نخواهد شد.
- ▶ **ماده 8 -** تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.
- ▶ **ماده 9 -** حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.
- تبصره - مابه‌التفاوت سهم درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه‌ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد



قیمت واقعی

سر بار		مواد مستقیم	دستمزد مستقیم	عوامل
ثابت	متغیر			روش
واقعی	واقعی	واقعی	واقعی	واقعی
برآورد	برآورد	واقعی	واقعی	نرمال
استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد



ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام م ی شود:

تبصره 5- بند ب:

عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است . منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.



انواع بیمه‌های تکمیلی

▶ به طور خلاصه بیمه‌های مکمل بر اساس نوع پوشش خدمات به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

▶ **بیمه مضاعف سلامت:** در این روش یا همان **Duplicate Health Insurance**

بیمه‌های تکمیلی خدماتی را پوشش می‌دهند که تحت پوشش بیمه‌های پایه نیز هستند با این تفاوت که بیمه‌های تکمیلی سعی در تسهیل ارائه خدمات یا تسریع پرداخت هزینه، افزایش مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی و خدماتی از این دست دارند.

▶ **بیمه مازاد خدمت:** در این شیوه یا همان **Supplementary Health Insurance** بیمه مکمل، خدماتی را پوشش می‌دهد که در تعهد بیمه پایه نیست، مانند خدمات زیبایی.

▶ **بیمه مازاد هزینه:** در این شیوه یا همان **Complementary Health Insurance** بیمه مکمل، پوشش مازاد هزینه‌هایی را بر عهده می‌گیرد که در بیمه پایه پرداخت نمی‌شود، به عنوان نمونه تخت درجه یک یا سایر هزینه‌هایی که بیشتر جنبه رفاهی دارند.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
سندیکای بیمه گران ایران

تفاهم نامه تشکیل کمیسیون مشترک ساماندهی بیمه های سلامت

ماده یک: به منظور برنامه ریزی، سیاستگذاری، هماهنگی های اجرایی، هدایت، نظارت و ارتقاء سطح کمی و کیفی بیمه های سلامت (با اولویت مکمل درمان) در کشور در چارچوب قوانین و مقررات جاری کشور، با همکاری مشترک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سندیکای بیمه گران ایران، "کمیسیون مشترک ساماندهی بیمه های سلامت (با اولویت بیمه مکمل درمان)" در قالب این تفاهم نامه، تشکیل می گردد.

ماده دو: ترکیب کمیسیون مشترک شامل اعضای زیر می باشد:

الف- سه نماینده تام الاختیار از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به معرفی معاون درمان.

ب - سه نماینده تام الاختیار از سازمان نظام پزشکی به معرفی معاون برنامه ریزی و نظارت سازمان

ج - سه نماینده تام الاختیار از سندیکای بیمه گران ایران به معرفی دبیرکل سندیکا

تبصره: هر یک از نمایندگان می توانند یک یا چند کارشناس، بدون حق رأی در جلسات به همراه داشته باشند.

ماده سه: دبیرخانه کمیسیون مشترک که وظیفه هماهنگی و برنامه ریزی جهت تشکیل جلسات، ابلاغ مصوبات و پیگیری فعالیت های کمیسیون مشترک را برعهده دارد، در محل سندیکای بیمه گران ایران و جلسات آن حداقل ماهی یکبار تشکیل می گردد.

ماده چهار: کمیسیون مشترک در جلسات منظمی به بررسی موضوعات ذیل می پردازد:

- ۱- ساماندهی نحوه فعالیت بیمه های سلامت (با اولویت مکمل درمان) (پوشش خدمات مراکز طرف قرارداد، پوشش هزینه ها و سایر موضوعات مرتبط با بیمه)
- ۲- ساماندهی و نظارت بر نحوه و مفاد قرارداد بیمه های سلامت (با اولویت مکمل درمان) و مراکز ارائه کننده خدمات درمانی و تشخیصی در بخش های دولتی و غیردولتی کشور



- ۳- همکاری و هماهنگی در جهت رعایت تعرفه های قانونی کشور (تعیین تعرفه در بخش غیردولتی توسط شورای عالی سازمان نظام پزشکی و تعیین تعرفه در بخش دولتی توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی) و معرفی مراکز و افراد مختلف به مراجع قانونی مربوطه.
- ۴- ساماندهی و نظارت بر سایر بیمه های مورد نیاز اعضاء جامعه پزشکی (مسئولیت حرفه ای، آتش سوزی دفتر کار، مطب و مراکز درمانی و تشخیصی و غیره)
- ۵- بررسی سایر موضوعات با توجه به پیشنهاداتی که از سوی هر یک از اعضای کمیسیون مشترک ارائه می گردد.

ماده پنج: مصوبات کمیسیون مشترک با تأیید و امضای مشترک معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون محترم برنامه ریزی و نظارت سازمان نظام پزشکی و دبیرکل محترم سندیکای بیمه گران ایران برای کلیه شرکت های بیمه ای تجاری، ارائه دهندگان خدمات در بخش دولتی و غیردولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده شش: آیین نامه داخلی کمیسیون مشترک، پس از بررسی توسط کمیسیون تهیه و مورد تصویب قرار خواهد گرفت و رعایت کلیه مفاد و مصوبات آن برای طرفین الزامی است.

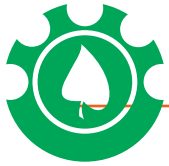
ماده هفت: سندیکای بیمه گران ایران هماهنگی و موافقت شرکت بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران را در رابطه با مصوبات کمیسیون اخذ می نماید.

ماده هشت: این تفاهمنامه در هشت ماده و در سه نسخه که حکم واحد را دارند در تاریخ مورد تصویب قرار گرفت. ای

دکتر علیرضا زالی
قائم مقام رئیس کل و معاون برنامه ریزی
و نظارت سازمان نظام پزشکی

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

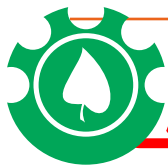
دکتر غلامرضا تاج گردون
دبیر کل سندیکای بیمه گران ایران



ماده 38:

به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (30 %) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می شود:

و- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون تحمیل بار مالی جدید، نظارت بر مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت را بر اساس استانداردهای اعتباربخشی مصوب، به مؤسسات در بخش غیردولتی واگذار نماید. به نسبتی که نظارت به مؤسسات مذکور واگذار می شود منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزاد می شود. بخشی از منابع مالی آزاد شده مذکور در قالب موافقتنامه مبادله شده با معاونت به دستگاه قابل پرداخت است.



به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت اقدامات زیر انجام می شود:

الف - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع از برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند.



اهم تکالیف برنامه پنجم

- ▶ خرید راهبردی خدمت
- ▶ سطح بندی خدمت
- ▶ نظام ارجاع
- ▶ پزشک خانواده
- ▶ پرونده الکترونیک سلامت
- ▶ گاید لاین ها
- ▶ ارزش نسبی خدمات سلامت
- ▶ قیمت واقعی خدمت
- ▶ تعرفه های خدمت
- ▶ تقویت رفتارهای مناسب
- ▶ واگذاری نظارت بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی ابلاغی وزارت بهداشت
- ▶ تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد و دانش مدار و خلاق
- ▶ تامین منابع
- ▶ توزیع عادلانه منابع



چه باید کرد

- ▶ اجرای قانون به معنی واقعی
- ▶ ارتقای اولویت بخش سلامت در دیدگاه دولت مردان
- ▶ اولویت بندی صحیح در اجرای قانون
- ▶ ساماندهی امور درمان در مرحله اول بر اساس قانون
- ▶ ایجاد هماهنگی و یکپارچگی در اجزای تشکیل دهنده نظام سلامت
- ▶ بکار گیری و مشارکت واقعی تمام اجزای بخصوص انجمن های علمی تخصصی
- ▶ توزیع عادلانه منابع سلامت
- ▶ ترویج فرهنگ پاسخگوئی



باید مانشویم

◦ کل سیستم متولی و متصدی سلامت در کشور.

رویکردمان در سلامت

◦ تفکر برنده برنده.



با تشکر
از توجه شما