

تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان و عشایر سال ۱۳۹۲

مقدمه :

در اجرای مواد ۲۲ بند (ج) و (د)، ۲۴ (بند ج) و (ز) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه درمانی به تمامی جمعیت روستایی و عشایر کشور با تأکید بر استقرار تیم سلامت با محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و همچنین به استناد ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مبنی بر استفاده از ظرفیتهای دولتی در مواردی که میزان فعالیت موسسات غیردولتی کفايت لازم را برای ارائه خدمات نمی نماید و نیز تبصره های ۱ و ۲ ماده ۱۱ همین قانون و با توجه به عدم کفايت ظرفیت های غیردولتی در مناطق روستایی و عشایر پیرو تفاهم نامه های قبلی، این تفاهمنامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با نمایندگی معاونت بهداشتی از یک طرف و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با نمایندگی سازمان بیمه سلامت ایران از طرف دیگر مبارله و ادارات کل بیمه سلامت (خریدار خدمت) و دانشگاههای علوم پزشکی (تأمین کننده خدمات) به عنوان دستگاه های وابسته دو وزارتخانه مستوثیت اجرای مفاد این تفاهم نامه را عهده دار خواهند بود.

۱) موضوع تفاهمنامه : خرید بسته خدمات سطح اول، بر مبنای پزشک خانواده در سامانه ارجاع طبق لیستهای مورد توافق طرفین (بسته های خدمات پزشکی، مامائی، پاراکلینیک و دارویی پیوست)

۲) گیرندگان خدمت : روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر دارای دفترچه بیمه روستایی خدمات سلامت تبصره ۱: مراکز بهداشتی درمانی هر ۶ ماه یکبار (فروردين و مهرماه هر سال) لیست اسامی موالید و فوت و سرانه نیز تغییر جمعیت تحت پوشش (دارای دفترچه بیمه روستایی) مراکز مجری را به ادارات کل بیمه سلامت مربوطه ارسال می نمایند، که مبنای اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه قرار خواهد گرفت. متقابلاً اداره کل بیمه سلامت لیست اسمی دفترچه های بیمه سلامت صادر شده در هر مرکز را هر ۶ ماه یک بار جهت اصلاح آمار جمعیت مشمول سرانه مبنای قرارداده و به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه ارائه خواهد نمود.

تبصره ۲: ادارات کل بیمه سلامت مکلف است با همکاری دانشگاههای علوم پزشکی نسبت به پالایش جمعیت بیمه شدگان روستایی اقدام نماید که آمار جدید پس از پالایش، مبنای پرداخت سرانه خواهد بود.

تبصره ۳: گیرندگان خدمت براساس دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در انتخاب پزشک خانواده خود آزاد و براساس ضوابط قید شده در آن مجاز به تغییر پزشک خانواده خود هستند.

جمشید بحریانی تحسیب و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر فاطمه رخشانی معاون بهداشت و پژوهش هدایت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر محمدیاقوب هداوند مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران
---	--	--	--

تاریخ: ۹۶/۱۱/۲۵

۳) طرفین توافق دارند که در قالب سقف بودجه ابلاغی عمل نموده و مبلغ سرانه خدمات سطح اول به ازای جمعیت معرفی شده از سوی سازمان بیمه سلامت ایران دارای دفترچه بیمه روستایی و عشاير ۲۱۳,۴۶۰ ریال (دوبیست و سیزده هزار و چهارصد و شصت ریال) تعیین می گردد. این سرانه بر حسب ضریب محرومیت مناطق کشور در دامنه ای که توسط وزارت بهداشت مشخص می شود) مشروط بر آنکه متوسط وزنی سرانه کل کشور از مبلغ مذکور فراتر نباشد) اختصاص خواهد یافت.

تبصره: سرانه فوق بر اساس لایحه بودجه تنظیمی از سوی دولت محترم پیشنهاد گردیده و در صورت تغییر در مجلس شورای اسلامی، متناسب با تغییرات بودجه روستاییان و عشاير در اصلاحیه لحاظ خواهد شد.

۴) سهم توزیع سرانه در بسته خدماتی سطح اول از مجموع مبلغ سرانه به شرح ذیل خواهد بود:

الف) پزشك ۴۹ (چهل و نه) درصد

ب) ماما ۱۲ (دوازده) درصد

پ) اقلام دارويي سطح اول ۲۶ (بیست و شش) درصد

ت) پاراكلینيک ۷ (هفت) درصد، مشتمل بر دو جزو راديولوري ۳ (سه) درصد و آزمایشگاه ۴ (چهار) درصد

ث) هزینه های پيش بینی شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكی درخصوص بندهای الف - ب - پ و ت ۴(چهار) درصد در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران که پس از مکاتبات درخواستی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكی قرار خواهد گرفت.

ج) هزینه های نظارت و پایش وساير هزینه های عملیاتی و پرسنلی ۲ (دو) درصد در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران می باشد.

تذکر: سهم پزشك و ماما از سرانه سطح يك، شامل حقوق و مزايا و بيمه و ساير كسور قانوني می باشد.

تبصره ۱: خدمات سطح يك مطابق بسته خدماتی پيوست می باشد. با عنایت به اينکه هزینه خدمات جانبی پزشك و خدمات پرستاري ماما يی از قبيل تزریقات و پانسمان در قالب سرانه خدمات مذکور لحاظ گردیده است، اخذ هر گونه تعریف خدمات بجز هزینه لوازم مصرفی از بيمه شدگان مجاز نمی باشد.

تبصره ۲: به منظور پيشگيري از افزایش بار مراجعه بيمه شدگان، فرانشيز ويزيت پزشك ۱۰٪ تعریف مصوب دولتي می باشد.

تبصره ۳: حداقل حقوق قانوني پزشك خانواده ۱۴,۶۲۸,۰۰۰ ریال و حداقل دریافتی ماما نيز ۵,۹۷۴,۰۰۰ ریال می باشد.

تبصره ۴: مرکзи از نظر سازمان بیمه سلامت ایران فعال محسوب می شود که در آن خدمات پزشك و دارو ارائه شود و در غير اينصورت فعال قلمداد نمی گردد.

تبصره ۵: در صورت عدم ارائه خدمات آزمایشگاه و راديولوري در مراکن، سازمان ضمن عدم پرداخت درصد سهم مربوطه، در اين رابطه نسبت به عقد قرارداد با مراکز دولتي و غيردولتي مختار خواهد بود.

جمشید بحرپیش دیسپاپ و مدیرکل امور عالی سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر فاطمه رخشانی معاون بهداشت و روابط پهلوانی، درمان و آموزش پزشكی	دکتر محمدیاقوت هادوند مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران
---	--	--	---

تاریخ: ۹۷/۲/۲۵

تبصره ۶: به همین ترتیب حذف هر یک از خدمات دیگر این ماده نیز موجب کسر سهم آن از سرانه متعلقه خواهد شد.

تبصره ۷: تمام سرانه اختصاص داده شده بایت سطح یک برابر تفاهمنامه می باشد برای ارائه خدمات تعیین شده موضوع تفاهمنامه هزینه گردد و هزینه کرد آن توسط دانشگاه در غیر از موارد تعیین شده مجاز نمی باشد. دانشگاه موظف است لیست ریز هزینه مورد تأیید امور مالی را به تفکیک عناوین ذکر شده در ماده ۴ هر شش ماه یکبار به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نماید.

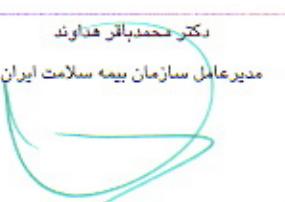
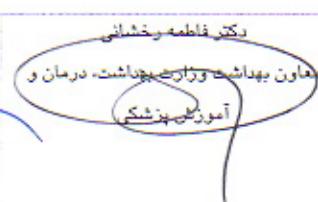
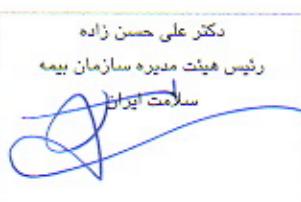
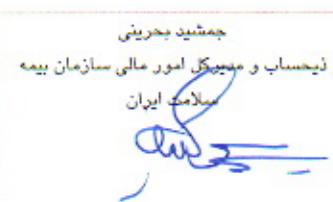
(۵) ستاد هماهنگی کشور شامل نمایندگان سازمان بیمه سلامت ایران، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری خواهد بود که با شرح وظایف، برنامه ریزی مشترک جهت نظارت بر اجرای صحیح برنامه، بررسی هزینه و برآورد بودجه سالانه و حل اختلاف، تشکیل می شود. لازم به ذکر است ستاد هماهنگی استانی در استانها با عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی - مدیرکل بیمه سلامت استان - معاونین بهداشت و درمان دانشگاه - رئیس گروه گسترش مرکز بهداشت استان - یکی از معاونین مدیرکل و رئیس اداره نظارت یا استناد پزشکی و مسئول امور روستائیان بیمه سلامت و مدیرکل امور اجتماعی استانداری در مراکز استان (و فرماندار در دانشگاه‌های مستقر در شهرستانها) تشکیل می شود. 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 بر عکس خواهد بود. تصمیمات این دبیرخانه با توافق جمعی و طی صورتجلسه ای با امضای تمامی حاضرین در جلسه، مصوبه استانی تلقی و برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود. در صورت عدم توافق جمعی موضوع به ستاد هماهنگی کشور منعکس و پاسخ آن الزام اجرای استانی خواهد داشت.

(۶) دانشگاه های علوم پزشکی موظفند نسبت به تأمین ۲۷۰ قلم داروی مصرفی مورد تعهد خود در خدمات سطح یک برابر فهرست مربوط به این تفاهم نامه (اعلامی از سوی سازمان غذا و دارو) اقدام نمایند. در صورت فقدان اقلام دارویی در بازدید از مراکز براساس فرمول زیر برای ماه مورد بازدید از سهم درصد مربوطه به داروی اختصاص یافته به آن مرکز(داروخانه) کسر خواهد شد.

مجموع قیمت هر واحد از اقلام کسری \div جمعیت مشمول طرح \times سرانه ریالی دارو

مجموع قیمت هر واحد از کل اقلام (۲۷۰ قلم)

تبصره ۱: درصورتیکه یک هفته پس از تاریخ ارسال گزارش بازدید، تأمین داروها توسط شبکه بهداشت به اداره بیمه شهرستان یا اداره کل اعلام گردد، تعديلات اعمال نمی شود. در غیر اینصورت تعديل به کل ماه مورد بازدید تعیین داده می شود. بدیهی است با توجه به امکان بازدید مجدد از مراکز بهداشتی درمانی در طول یکماه، مراکز می باشد نهایت همکاری را با اداره کل جهت بازدید به عمل آورند در غیر اینصورت به دلیل عدم احراز تأمین دارو، تعديلات لازم صورت خواهد گرفت.

دکتر محمدباقر هداوند مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران 	دکتر فاطمه وخشانی داروی بیمه و خانه آموزش پزشکی 	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران 	جمشید بحرینی نیمساز و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران 
--	--	---	--

تبصره ۲: تصمیم گیری در مورد ترکیب و تغییر اقلام دارویی لیست فوق تا حداقل ۱۰٪ اقلام آن به عهده کمیته ای تحت عنوان کمیته تدوین فهرست دارویی پزشک خانواده متشکل از مدیر کل بیمه استان، معاون دارو و غذا و معاون بهداشت دانشگاه، رئیس اداره رسیدگی به استاد پزشکی یا رئیس اداره نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و نماینده پزشکان خانواده می باشد که بر اساس بیماری های بومی و مشکلات سلامتی منطقه، دو بار در طول سال و بنا به ضرورت تشکیل خواهد شد. باید کلیه تغییرات فهرست دارویی به سازمان بیمه سلامت ایران و مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت ارسال گردد. (در هر صورت تعداد اقلام دارویی نباید کمتر از ۲۷۰ قلم باشد).

تبصره ۳: نبود بعضی از داروها که مشابه آن موجود است، در بعضی از مناطق بدلیل کمبود کشوری داروها، با نظر ستاد هماهنگی استانی قابل اغماض است و مشمول تعديلات نیست.

تبصره ۴: در صورتی که داروی تجویز شده توسط پزشک خانواده از سایر داروخانه های طرف قرارداد روستایی اداره کل تهیه گردد، ۱.۵ (یک و نیم) برابر سهم سازمان از قیمت کل سرانه دارویی مرکز کسر می شود.

۷) مراکز ارائه دهنده خدمات به روستاییان در شیفت های صبح و بعداز ظهر بمدت ۸ ساعت به اقتضای وضعیت آب و هوایی و فرهنگی منطقه، با حضور پزشک و ماما در تمام روزهای هفته به جز ایام تعطیل رسمی، موظف به ارائه خدمات درمانی می باشند. ضمناً ارائه خدمت در روزهای پنجشنبه تا ظهر می باشد. ستاد استان مکلف است برنامه زمانی ارائه خدمات در دو شیفت صبح و عصر را بگونه ای طراحی کند که پاسخگوی بیشترین مراجعات مردم منطقه باشد.

تبصره ۱: تغییر ساعات کاری کارکنان تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی در ایام مبارک رمضان و ایام تعطیلی نوروز، چنانچه خلی در خدمت رسانی به بیمه شدگان ایجاد ننماید با هماهنگی ستاد هماهنگی استان بلامانع می باشد.

تبصره ۲: به منظور جلوگیری از قطع ارائه خدمت به بیمه شدگان، دانشگاه مکلف است در موقع خارج از برنامه زمانی تعیین شده و تعطیلات رسمی برای ارائه خدمت از طریق بیوتته برنامه ریزی و اطلاع رسانی نمایند.

تبصره ۳: در صورت غیبت موجه پزشک یا تعطیلی داروخانه، بیش از سه روز در طول یکماه، مرکز غیرفعال تلقی شده و کل سرانه روزهای غیبت بیش از این سه روز کسر می شود. در صورت غیبت غیرموجه پزشک تا سه روز فقط سرانه پزشک کسر می گردد و چنانچه این غیبت بیش از سه روز بود، سرانه کل مرکز برای آن روزها کسر می شود. (با رعایت تبصره ۲ ماده ۴)

تبصره ۴: هر گونه تغییر در فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر خدمات ارائه شده در هر یک از آنها، باید حداقل ظرف مدت یک ماه توسط اداره کل بیمه سلامت به شبکه های بهداشتی درمانی اعلام گردد.

تبصره ۵: ضروری است شبکه بهداشت و درمان شهرستان به منظور ایجاد وحدت رویه در نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک به جمعیت تحت پوشش خود در کل شهرستان بصورت یکسان (FFS و یا سرانه) عمل نماید.

دکتر محمدباقر هادوون سپری عامل سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر فاطمه رخشانی معاون بهداشت و رازی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سافت ایران	جمشید بحریانی دیجیسیپ و سپری عامل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران
--	---	--	---

تاریخ: ۹۲/۲/۲۵

۸) به ازاء هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش بیمه روستایی جذب یک پزشک و برای هر مرکز نیز حداقل جذب یک ماما ضروری است.

تبصره ۱: با توجه به سایر وظایف محوله به پزشکان شاغل در طرح (وظایف بهداشتی، ویزیت بیماران غیر روستائی و....) برای هر پزشک یک مرکز، حداقل ۴۰۰۰ بیمه شده روستائی در نظر گرفته می شود. در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد و مراتب به تأیید اداره کل بیمه سلامت استان رسیده است این تعداد تا ۸۰۰۰ نفر در هر مرکز قابل افزایش خواهد بود.

به منظور بهینه نمودن ارائه خدمات، ملاک پرداخت حق سرانه نسبت به جمعیت (با رعایت ماده ۴) به شرح زیر خواهد بود:

- تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پزشک ۱۰۰ درصد سرانه پزشک پرداخت می گردد.

- از ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۴۰۰۰ نفر ۴۰ درصد از سرانه پزشک کسر می گردد.

- از ۶۰۰۱ نفر تا ۸۰۰۰ نفر به ازای افراد مازاد بر ۶۰۰۰ نفر ۷۵ درصد از سرانه پزشک کسر می گردد.

تبصره ۲: در مراکز بهداشتی درمانی محروم (طبق لیست پیوست) و در شرایطی که امکان جذب پزشک وجود ندارد در صورت تأیید سازمان بیمه سلامت ایران، کل سرانه در آن مراکز قابل پرداخت می باشد. سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است ظرف مدت حداقل یک ماه پس از دریافت استعلام دانشگاه به همراه مستندات دال بر عدم امکان جذب پزشک توسط دانشگاه و همچنین عدم امکان واگذاری خدمات به بخش خصوصی توسط اداره کل استان مربوطه، تأییدیه مراکز مشمول پرداخت کل سرانه را اعلام نمایند. (مشروط بر اینکه وضعیت بدتر از قبل نباشد)

۹) به منظور ارائه خدمات بهینه و هماهنگی در ارائه خدمات سطح اول، وزارت بهداشت متعهد می گردد با مشارکت وزارت تعاظون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۲ پروتکل تشخیص و درمان حداقل ۴۰ بیماری شایع را تهیه و به مراکز بهداشتی درمانی ابلاغ نماید. ساختار دیبرخانه متولی این امر از سوی وزارت بهداشت حداقل سه ماه پس از ابلاغ تفاهم نامه سال ۱۳۹۲ اعلام خواهد شد.

۱۰) مراکز بهداشتی - درمانی جهت ارائه کلیه خدمات سطح اول از سربرگ مراکز بهداشتی - درمانی استفاده نموده و پزشکان خانواده صرفاً در موقع ارجاع به سطوح تخصصی و پاراکلینیکهای مجاز خارج از بسته خدماتی سطح یک، می توانند موارد درخواستی را در دفترچه بیمه درج نمایند.

تبصره: در موارد ارجاع بیمه شده به سطوح بالاتر، کد ارجاع و مشخصات ارجاع در قسمت ارجاع دفاتر ثبت می گردد. ضرورت دارد تعداد موارد ارجاع در پایان هر ماه براساس اطلاعات دفتر ارجاع پزشک مرکز بهداشتی درمانی، در فرم آمار مراجعین ثبت و به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

دکتر محمد باقر هداوت مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر خالد رخشنانی معون بهداشت و پارکت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران	جمشید بحریانی ذیحساب و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران
--	---	--	--

تاریخ : ۹۲/۱۲/۲۵

۱۱) شیوه پرداخت بصورت سرانه به میزان ۸۰٪ تا بیست هر ماه و ۲۰٪ باقی مانده بعد از پایش عملکرد بر اساس فرم پایش حداکثر ظرف یک ماه به شرط تخصیص اعتبار و رعایت مقدار این تفاهم نامه خواهد بود.

تبصره ۱: مرکز بهداشت شهرستان مکلف به پرداخت ۸۰٪ حقوق پرسنل طرح حداکثر تا سوم ماه بعد و نیز ۲۰٪ مربوط به پایش حداکثر تا یک ماه پس از انجام پایش می باشد .

تبصره ۲: مرکز بهداشت شهرستان می بایست لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماهای طرف قرارداد را در پایان هر ماه به تکیک اسمی پزشکان و ماماهای اداره کل بیمه سلامت استان ارائه نماید.

تبصره ۳: هر گونه پرداخت به مراکز بهداشتی درمانی منوط به ارائه لیست حقوق پرداختی به پزشکان خانواده و ماماهای می باشد. بدیهی است کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور موظف می باشد حداقل حقوق قانونی و میانگین دریافتی پزشک را به شرح جدول پیوست رعایت نمایند.

۱۲) تشکیل پرونده سلامت توسط کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات الزامی است. وزارت بهداشت متعهد می گردد در طول سال ۹۲ در ۶ استان کشور (علاوه بر موارد قبلی) برنامه مکانیزاسیون پرونده سلامت را اجرا کند.

۱۲) فهرست و مشخصات مراکز تخصصی طرف قرارداد بیمه روستایی در سطح دوم و بالاتر و خدمات ارائه شده در هر یک از آنها توسط ادارات کل بیمه سلامت به شبکه های بهداشتی درمانی ارائه می شود.

۱۴) آمار ماهیانه مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی (موضوع پیوست شماره ۵ قرارداد) ماهانه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. مرکز بهداشت شهرستان موظف است پس از جمع آوری کلیه فرم ها، آنها را به اداره کل بیمه سلامت، ارسال کند.

تبصره: شبکه های بهداشت و درمان شهرستان موظف هستند، پزشکان خانواده جدید را برای آشنایی با قوانین بیمه ای و نحوه تجویز نسخ و ارجاع بیماران، به ادارات کل بیمه سلامت معرفی نمایند. ادارات کل بیمه سلامت نیز موظف می باشند ضمن آموزش قوانین مربوطه، برای پزشکانی که دوره مذکور را طی کرده اند، گواهینامه آموزشی صادر نمایند.

۱۵) رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی موظف به هماهنگ نمودن معاونتهای بهداشتی و درمانی خود جهت هماهنگی لازم بین سطوح ۱ و ۲ می باشند.

۱۶) هزینه مواردی مانند فعالیتهای بهداشتی، آموزش بیماران و غیره از محل منابع در اختیار وزارت بهداشت تأمین می گردد.

۱۷) با توجه به نگاه سلامت محوری، ویزیت دوره ای تمامی بیمه شدگان تحت پوشش بیمه روستایی و ثبت در پرونده سلامت بیمه شدگان برابر دستورالعمل های بسته خدمات پایه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضروریست.

دکتر محمدیاقر هداوند مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران	دکتر ناطمه رخشانی سعادون بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر علی حسن زاده رئیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران	جمشید بحرینی تیصاب و مدیرکل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران
--	--	--	--

(۱۸) با توجه به جزء ۲ بند «ز» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، در مناطقی که میزان فعالیت موسسات غیر دولتی برای ارائه خدمات کافی باشد، اولویت عقد قرارداد با این مراکز خواهد بود. (تعیین حداقل معیارهای کفايت بصورت مشترک تهیه و در عرض سه ماه ابلاغ می گردد.)

(۱۹) قیمت تمام شده فعالیت نظام ارجاع پزشک خانواره سطح یک براساس مطالعات و تجربیات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران در کمیته های متعدد از نمایندگان دستگاههای یاد شده با محوریت نماینده معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری، بررسی و نتایج مربوط در برنامه ریزی های آتی مورد بهره برداری قرارگیرد.

(۲۰) هر گونه ارزیابی، پایش و تدبیلات ناشی از آن بر اساس چک لیست ابلاغی مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود. این چک لیست سالانه با توافق طرفین قابل بازنگری می باشد.

(۲۱) کلیه دستورالعملهایی که به امضاء مشترک مدیران مسئول برنامه در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران نرسیده باشد، برای طرف مقابله الزام آور نخواهد بود.

(۲۲) با توجه به تبصره مقدمه دستورالعمل ۰۲ برنامه شهری به منظور تطابق بسته خدمات روستایی، در استانهایی که نسخه ۰۲ شهری براساس توافق طرفین اجرایی گردد، متوسط سرانه روستاییان سطح یک منطق مذکور طی توافق کتبی مدیرعامل سازمان بیمه سلامت و معاون بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می گردد.

مفاد این تفاهم نامه در یک مقدمه و ۲۲ ماده و ۲۷ تبصره و یک تذکر از تاریخ اول فروردین ۱۳۹۲ به مدت یک سال شمسی برای تمامی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت استانها لازم الاجرا است.
بدیهی است مفاد این تفاهم نامه تا زمان تنظیم و ابلاغ تفاهم نامه جدید به قوت خود باقی خواهد بود و قرارداد اداره کل بیمه سلامت با شبکه های بهداشت و پرداخت سرانه تا ابلاغ سرانه سال جدید، بر اساس مبلغ فعلی می باشد.

علی حیدر نوری

دست امور اجتماعی معاونت برنامه ریزی و

نظام امور اقتصادی ریاست جمهور

دکتر فاطمه رخشانی

معاون بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

محمد باقر هداوند

مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر علی حسن زاده

و نیس هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

جمشید بحرینی

ذیحساب و مدیر کل امور مالی سازمان بیمه سلامت ایران