



شماره بخشنامه : 102828-ت47644هـ

تاریخ : ۱۳۹۱/۰۵/۲۲

تصویب نامه و تصمیم نامه ها

موضوع	اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران
شماره: 102828/ت47644هـ تاریخ: 1391/05/22 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور هیأت وزیران در جلسه مورخ 1390/11/09 بنا به پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ب) ماده (38) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب 1389- "اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران" را به شرح زیر تصویب نمود: اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران فصل اول- تعاریف و مفاهیم ماده 1- 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 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 ارایه خدمات سلامت: نظام ارایه تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی است که در سه سطح به شرح زیر ارایه می شود: 1- سطح اول (خدمات پایه سلامت): شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانهای اولیه، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، خدمات پاراکلینیک، تدبیر فوریتهای، 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. 2- 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 ارایه کنندگان خدمات در اختیار مسئول سطح اول قرار می گیرد. 3- 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. شرکتهای بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی مجاز به ارایه خدمات بیمه سلامت (پایه و مکمل) می باشند. 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: فرآیندهایی 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 ارایه 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 رئیس جمهور ماده 2- سازمان از ادغام بخش های بیمه درمانی کلیه	

صندوق های موضوع ماده (5) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (5) 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 (38) قانون حسب توافق و تصویب شورای عالی در مقابل پرداخت حق بیمه معادل بندهای (1) و (2) بند (د) ماده (38) قانون به این سازمان واگذار می شود. ماده 3- 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 4- 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 (1) ماده (12) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام وظایف قانونی خود اقدام نماید.

تبصره 1- امکان جابه جایی مرکز اصلی صندوق در اختیار هیأت امناء می باشد.

تبصره 2- 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 5- 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 1- داراییها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمانها و تجهیزات مربوط به بخشهای بیمه درمان کلیه صندوقها با رعایت تبصره های (2) و (4) بند (ب) ماده (38) قانون به سازمان منتقل می گردد.

تبصره 2- دارایی ها، اموال منقول و غیرمنقول کلیه صندوق های موضوع ماده (2) این اساسنامه، حداکثر تا یکسال پس از ابلاغ اساسنامه، ارزیابی و به سرمایه سازمان اضافه می شود.

فصل دوم- وظایف و اختیارات

ماده 6- 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 7- وظایف و اختیارات سازمان به شرح زیر می باشد:

الف- عقد قرارداد ارایه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مشمولان براساس بند (د) ماده (38) قانون.

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

ج- خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و براساس سیاستهای مصوب.

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

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

و- همکاری در ساماندهی ارایه 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 راهنمایی های بالینی مصوب در قراردادهای منعقد با واحدهای ارایه خدمات و مراقبتهای سلامت.

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

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

ی- نظارت بر ارایه 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 هیأت امناء.

م- تعیین ضوابط مربوط به تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروهها، و موسسات پزشکی طرف قرارداد برای پیشنهاد به هیأت امناء.

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 8- سازمان دارای ارکان زیر است:

الف- هیأت امناء

ب- هیأت مدیره

ج- مدیرعامل د- هیأت نظارت الف- هیأت امناء ماده 9- ترکیب هیأت امناء مطابق ماده واحده قانون اصلاح ماده (113) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوقهای بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب 1388- تعیین می شود.

ماده 10- وظایف و اختیارات هیأت امناء عبارت است از:

الف- تصویب خط مشی و سیاستهای اجرایی و برنامه عملیاتی سازمان.

ب- تصویب بودجه، ترازنامه، حساب سود و زیان و صورتهای مالی سالانه سازمان. ج- انتخاب اعضاء و عزل و موافقت با

استعفای اعضای هیأت مدیره و هیأت نظارت و تعیین حقوق و مزایای آنها با رعایت قوانین مربوط. د- تصویب آئین نامه اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی سازمان با رعایت قوانین و مقررات.

ه- رسیدگی و اظهار نظر نسبت به گزارش عملکرد سازمان.

و- اتخاذ تصمیم در خصوص افزایش سرمایه سازمان و ارایه به مراجع قانونی برای تصویب.

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

ح- ارایه پیشنهاد اصلاح اساسنامه به مراجع ذیربط. ط- سایر مواردی که به موجب قوانین و مقررات در صلاحیت هیأت امناء است.

ب- هیأت مدیره

ماده 11- اعضای هیأت مدیره متشکل از (5) نفر می باشند که با رعایت مفاد ماده (17) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی انتخاب می گردند.

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

ماده 12- وظایف و اختیارات هیأت مدیره به شرح زیر می باشد:

الف- پیشنهاد سیاستها، خط مشی و برنامه های اجرایی سازمان جهت تصویب در هیأت امناء.

ب- بررسی و تأیید گزارش عملکرد، ترازنامه، بودجه سالانه، حساب سود و زیان و صورتهای مالی سازمان و ارایه گزارش به هیأت امناء.

ج- بررسی و تأیید ضوابط و آئین نامه های اداری و استخدامی، مالی و معاملاتی و سایر مقررات آئین نامه ها براساس مفاد قوانین و مقررات و مندرجات این اساسنامه و پیشنهاد آن جهت تصویب هیأت امناء 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 هیأت امناء.

و- تعیین ضوابط مربوط به نحوه تنظیم و بررسی اسناد مالی پزشکان، گروهها و موسسات 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 هیأت امناء نیست و مطابق لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت بر عهده هیأت مدیره است.

ح- اتخاذ تدابیر عملیاتی لازم جهت اجرای مصوبات هیأت امناء.

ج- مدیرعامل ماده 13- مدیرعامل بالاترین مقام اجرایی سازمان است که مطابق بند (ج) ماده واحده قانون اصلاح ماده (112) قانون مدیریت خدمات کشوری و چگونگی تعیین مدیریت سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی و بیمه های درمانی - مصوب 1388- انتخاب می گردد. تبصره- انتخاب مجدد مدیرعامل بلامانع است.

ماده 14- وظایف و اختیارات مدیرعامل به شرح زیر می باشد:

الف- اجرای تصمیمات هیأت مدیره.

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

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

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

ه- تهیه و تدوین آئین نامه و ضوابط لازم جهت ارائه به هیأت 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 هیأت امناء.

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 هیأت مدیره و استقرار و عملیاتی نمودن آن پس از تصویب مراجع ذیصلاح.

تبصره 1- مدیرعامل می تواند قسمتی از اختیارات خود را با رعایت قوانین و مقررات به هر یک از کارکنان سازمان به جز اعضاء هیأت مدیره تفویض نماید.

تبصره 2- کلیه اسناد تعهدآور و اوراق بهادار، چکها و اسناد بانکی و قراردادهای سازمان با امضاء مدیرعامل و یک نفر از اعضاء هیأت مدیره و دبیر حساب و با مهر سازمان معتبر خواهد بود.

د- هیأت نظارت

ماده 15- هیأت نظارت مطابق بند "د" ماده (17) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تعیین و انجام وظیفه می نماید.

تبصره 1- وظایف بازرس قانونی بر عهده سازمان حسابرسی است که طبق قوانین و مقررات مربوط گزارشهای لازم را به هیأت 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 2- 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 هیأت مدیره و هیأت نظارت شرکت اطلاع دهد و در هر حال مراتب را به هیأت امناء گزارش نماید.

تبصره 3- ترازنامه، حساب سود و زیان، صورت داراییها 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 هیأت نظارت ارائه شود.

فصل چهارم- امور مالی و منابع مالی

ماده 16- منابع درآمدی سازمان عبارت است از:

الف- حق بیمه های دریافتی.

ب- کمکها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی.

ج- منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها.

د- وجوه حاصل از خسارت، جرائم و جزایهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاهها.

ه- 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 محور مراجع تقلید.

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

ط- سایر درآمدهای متفرقه.

ماده 17- 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- صورتهای مالی سالانه سازمان باید رعایت استانداردهای حسابداری که توسط مراجع صالح قانونی تدوین شده، تهیه و

ارائه گردد.

ج- تصویب صورتهای مالی سازمان توسط هیأت امناء به منزله مفاصاحساب مدیرعامل و اعضای هیأت مدیره برای عملکرد

سال مورد نظر می باشد. این اساسنامه به موجب نامه شماره 47050/30/91 مورخ 1391/04/03 شورای نگهبان به تأیید

رسیده است.

محمدرضا رحیمی

معاون اول رئیس جمهور

