جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

شماره ۲۰۸۰۳۴ ..... مورخ ۶۳۹۳۸ هـ

تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ .....

بسمه تعالی

«با صلوات بر محمد و آل محمد»

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح- وزارت امور اقتصادی و دارایی
سازمان برنامه و بودجه کشور – سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۳/۱۱/۲۱ به پیشنهاد شورای‌عالی بیمه سلامت کشور و تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ تصویب کرد:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۴۰۴ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- ارزش نسبی ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی دولتی:

کد ملی	ویژگی کد	شرح خدمت	جزء حرفه‌ای	جزء فنی
۹۷۰۰۰۰	#	معاینه (ویزیت) پزشکان عمومی	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۰۵	#	معاینه (ویزیت)دندان‌پزشکان عمومی	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۱۰	#	معاینه (ویزیت)دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۱۵	#	معاینه (ویزیت)پزشکان متخصص	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۲۰	#	معاینه (ویزیت)دندان‌پزشکان متخصص	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۲۵	#	معاینه (ویزیت)پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۳۰	#	معاینه (ویزیت)پزشکان فوق تخصص	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۳۵	#	معاینه (ویزیت)دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۴۰	#	معاینه (ویزیت)پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۴۵	#	معاینه (ویزیت)پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی	۲.۷	۰.۹
۹۷۰۰۹۰	#	معاینه (ویزیت)دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۲.۷	۰.۹
۹۷۰۰۵۰	#	معاینه (ویزیت)کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱.۱	۰.۴
۹۷۰۰۵۵	#	معاینه (ویزیت)کارشناس پروانه‌دار	۰.۹	۰.۳۵
۹۷۸۰۰۰	#+	ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از ۱۰ سال تمام، صرفاً برای گروه‌های تخصصی، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصص کودکان و نوزادان	۰.۵	۰.۱۵
۹۷۸۰۰۱	#+	ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از ۷ سال تمام، برای سایر گروه‌های تخصصی، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصص	۰.۵	۰.۱۵
۹۷۸۰۰۵	#+	پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی	۰.۴	۰

www.dotic.ir

تبصره ۱- کدهای جدول فوق به کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت اضافه می‌گردد.

تبصره ۲- کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که به هر دلیل براساس جزء (۶) بند (الف) ماده (۶۹) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، نسخه‌نویسی به صورت کاغذی مجاز باشد، تعرفه‌های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.

ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت (کای پایه) و معاینه (ویزیت) سرپایی، برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیرتمام‌وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه‌دار و دکترای تخصصی (PhD)، معادل چهارصد و ده هزار (۴۱۰,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت و معاینه (ویزیت) سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به شرح زیر تعیین می‌شود:

(ارقام به ریال)

ردیف	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای	سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه	سهم بیمار
۱	کلیه خدمات در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) و همچنین اقدامات در پرونده‌های با اقامت کمتر از شش ساعت (بر اساس خدمات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی	۱,۳۲۹,۰۰۰	۴۱,۰۰۰
۲	کلیه خدمات و مراقبت های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) و معاینه (ویزیت) سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی	۶۴۷,۰۰۰	۱۲۳,۰۰۰

تبصره- پرداخت به اعضای هیئت‌علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام‌وقت جغرافیایی براساس آیین‌نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت موضوع تصویب‌نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ و اصلاحات بعدی آن تعیین می‌گردد.

۳- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی، معادل هشتصد و پنجاه هزار (۸۵۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

www.dotic.ir

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

شماره ۲۰۸۰۳۴/ت۶۳۹۳۸ هـ

تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

تبصره ۱- سهم پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) رقم مذکور می‌باشد.

تبصره ۲- در مراکز دولتی، ضریب ریالی جزء حرفه‌ای دندانپزشکان غیرتمام وقت پنجاه درصد (۵۰٪) رقم فوق می‌باشد.

۴- ضریب ریالی جزء فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (به استثنای خدمات مندرج در بند (۵))، معادل ششصد و هفتاد هزار (۶۷۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۵- ضریب ریالی جزء فنی خدمات تشخیصی و درمانی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدماتی که با علامت (#) مشخص شده‌اند و معاینه (ویزیت) سرپایی، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل ششصد و هفتاد هزار (۶۷۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل هفتصد و سی هزار (۷۳۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۷- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل یک میلیون (۱,۰۰۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

پ- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۴۰۴، به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۱۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۱۵,۰۱۰,۰۰۰	۱۲,۰۱۰,۰۰۰	۹,۰۱۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۲,۲۵۰,۰۰۰	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱,۳۵۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۵,۰۱۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۱۰,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۳۵,۳۰۰,۰۰۰	۲۸,۲۴۰,۰۰۰	۲۱,۱۸۰,۰۰۰	۱۴,۱۲۰,۰۰۰
۹	بخش مراقبت‌های بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکته حاد مغزی (SCU)	۲۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۸,۵۷۰,۰۰۰	۱۳,۹۲۰,۰۰۰	۹,۲۸۰,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)	۲۳,۲۰۰,۰۰۰	۱۸,۵۷۰,۰۰۰	۱۳,۹۲۰,۰۰۰	۹,۲۸۰,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۸,۲۰۰,۰۰۰	۱۴,۵۶۰,۰۰۰	۱۰,۹۲۰,۰۰۰	۷,۲۸۰,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۴۶,۴۱۰,۰۰۰	۳۷,۱۳۰,۰۰۰	۲۷,۸۵۰,۰۰۰	۱۸,۵۷۰,۰۰۰
۱۳	بخش مراقبت‌های ویژه سوختگی	۵۱,۰۳۰,۰۰۰	۴۰,۸۳۰,۰۰۰	۳۰,۶۲۰,۰۰۰	۲۰,۴۱۰,۰۰۰

www.dotic.ir

تبصره ۱- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در تخت سوختگی (ردیف (۸) این جدول)، معادل دوازده درصد (۱۲٪) تعرفه اقامت (هتلینگ)، در تخت‌های مراقبت ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ردیف (۱۲) جدول فوق)، معادل چهار و دو دهم درصد (۴.۲٪)، در تخت مراقبت‌های ویژه سوختگی (ردیف (۱۳) جدول فوق)، معادل هشت و چهاردهم درصد (۸.۴ ٪) و در سایر بخش‌های این جدول معادل شش درصد (۶٪) تعرفه اقامت (هتلینگ) محاسبه می‌گردد. فهرست خدمات و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر برای ردیف‌های (۱) و (۲) جدول موضوع این بند، بر مبنای تعرفه اقامت (هتلینگ) اتاق سه تختی و بیشتر (ردیف (۳) جدول مذکور) خواهد بود.

تبصره ۳- به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اجازه داده می‌شود، حداکثر تا بیست درصد (۲۰٪) مجموع تخت‌های بیمارستان‌های درجه یک تابعه آن دانشگاه را براساس استانداردهای ابلاغی و آیین‌نامه‌های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش‌های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا سقف تعرفه‌های بخش خصوصی اداره نمایند.

ت- در اجرای بند (ت) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع از جمله خدمات مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شیوه پرداخت موردی (گلوبال)، براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

ث- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار):

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۴ برای پزشکان معادل چهارصد هزار (۴۰۰,۰۰۰) ریال به‌ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران و سایر استان‌های مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بر اساس ابلاغ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعیین می‌شود.

۲- به استناد بند (پ) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، هزینه‌های برقراری نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، برای پزشکان متخصص/ فوق‌تخصص بخش دولتی و بخش خصوصی معادل صددرصد (۱۰۰٪) یک معاینه (ویزیت) پایه متخصص/فوق‌تخصص دولتی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

www.dotic.ir

ب- هزینه‌های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، پایش (کنترل) رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند در مراکز معادل ضریب ریالی جز حرفه‌ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به ازای هر بار بستری، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

پ- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، در بخش فوریت‌های پزشکی (اورژانس) بیمارستانی، معادل پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه معاینه (ویزیت) پزشک عمومی بخش دولتی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ت- هزینه‌های اجرایی بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، پایش (کنترل) رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند برای درمانگاه(کلینیک)های ویژه تخصصی معادل پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه معاینه (ویزیت) پزشک عمومی دولتی در ازای هر مراجعه سرپایی به درمانگاه(کلینیک) تخصصی، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ث- بار مالی اجرای این بند از محل منابع مالی مربوط مطابق قانون بودجه سنواتی و از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین می‌شود.

۳- سرانه اجرای برنامه پزشکی خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، بر اساس تفاهم‌نامه سالانه پزشکی خانواده روستایی فی‌مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران تعیین می‌شود.

۴- سرانه ماهانه پزشک همکار در طرح نظام ارجاع برای جمعیت صندوق همگانی بیمه سلامت و مددجویان شهری کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران برای پزشکان شاغل در طرح نظام ارجاع تا دویست و هفتاد هزار (۲۷۰،۰۰۰) ریال تعیین می‌شود.

تبصره- در مناطق محروم، سرانه مذکور مطابق با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۲) اضافه می‌گردد.

۵- خودپرداخت (فرانشیز) مراجعه بیماران در طرح نظام ارجاع برای جمعیت صندوق همگانی بیمه سلامت و مددجویان شهری کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران حداکثر دویست و هفتاد هزار (۲۷۰،۰۰۰) ریال و برای خدمات تجویزی آنان مشابه سایر بیمه‌شدگان تعیین می‌شود.

ج- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش دولتی در سال ۱۴۰۴:

۱- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد، براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه و براساس شناسنامه و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

www.dotic.ir

تبصره ۱- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۲- براساس آیین‌نامه اجرایی درمان و کاهش اعتیاد معتادان بی‌بضاعت موضوع تبصره (۲) اصلاحی ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۹۶ستاد مبارزه با مواد مخدر، سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خصوص معتادان بی‌بضاعت و کودکان معتاد، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۳- هزینه دارو طبق نرخ مصوب سازمان غذا و دارو براساس صورتحساب (فاکتور) خرید، از بیمه و یا بیمار دریافت می‌گردد. سقف میزان (دوز) تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۶) میلی‌گرم و داروی تنتور اپیوم (۱۷) سی‌سی به ازای هر بیمار در روز می‌باشد. این پوشش صرفاً جهت درمان اختلالات مصرف مواد می‌باشد.

تبصره ۴- تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۴۰۴، ملاک پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد براساس اعتبارات قانونی مرتبط در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان‌مدار (تی.سی) در بخش دولتی بر اساس میزان رشد تعرفه‌های این تصویب‌نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ابلاغ خواهد شد.

تبصره- خدمات ارائه شده در مراکز اجتماع درمان‌مدار (تی.سی) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان‌مدت) مشمول تعهد بیمه پایه نیست.

۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی در سال ۱۴۰۴ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع، صفر و برای خدمات سرپایی معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعیین می‌شود. مابه‌التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰٪) برای خدمات بستری و تا پانزده درصد (۱۵٪) برای خدمات سرپایی بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد. بار مالی مورد نیاز برای پرداخت این مابه‌التفاوت از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سنواتی تأمین می‌شود. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) برای بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه، تأمین و بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران است. این مابه‌التفاوت، صرفاً در قالب نظام ارجاع، قابل جبران می‌باشد.

www.dotic.ir

ب- در اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، خودپرداخت (فرانشیز) کلیه خدمات بستری و خدمات بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، صفر تعیین می‌گردد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی را برای خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) پرداخت نمایند. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه، تأمین می‌شود. این مابه‌التفاوت بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

پ- در اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، خودپرداخت (فرانشیز) کلیه خدمات بستری و خدمات بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای بیمه‌شدگان سه دهک اول درآمدی، دو درصد (۲٪) تعیین می‌گردد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند نود و هشت درصد (۹۸٪) تعرفه دولتی را برای خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) پرداخت نمایند. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه تأمین می‌گردد. این مابه‌التفاوت بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه بوده و صرفاً در قالب نظام ارجاع، قابل جبران می‌باشد.

ت- در اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای بیمه‌شدگان دهک چهار و پنج برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه، معادل دو درصد (۲٪) تعیین می‌گردد. سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای بیمه‌شدگان دهک چهار و پنج معادل نود و هشت درصد (۹۸٪) می‌باشد. مابه‌التفاوت تا ده درصد (۱۰٪) بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد. بار مالی مورد نیاز برای مابه‌التفاوت، از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

ث- در اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای بیمه‌شدگان دهک شش الی ده برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه معادل ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌گردد. سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای بیمه‌شدگان دهک شش الی ده، معادل نود درصد (۹۰٪) می‌باشد.

www.dotic.ir

ج- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای بیمه‌شدگان بالای ۶۵ سال (شامل بازنشستگان)، معلولین و بیماران فوتی در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه را تا صفر کاهش دهند. سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای این گروه‌ها صد درصد (۱۰۰٪) می‌باشد.

چ- خودپرداخت (فرانشیز) بیماران خاص و صعب‌العلاج برای مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر و مددجویان سازمان بهزیستی کشور، برای دارو و خدمات سرپایی مرتبط با بسته بیماری‌های مذکور، رایگان خواهد بود و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه مربوطه براساس تعرفه دولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌گردد.

ح- خودپرداخت (فرانشیز) هزینه کلیه خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده)، و همچنین بستری‌های دارای پرونده با اقامت کمتر از شش ساعت (به استثنای دارو) بیماران مبتلا به سرطان (نشان‌دار در قالب سامانه‌های الکترونیکی) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، صفر می‌باشد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند هزینه‌های خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی این بیماران و همچنین مراقبت‌های پیگیری را معادل صددرصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی برای کلیه خدمات بسته بیمه پایه پرداخت نمایند. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) صرفاً در قالب نظام ارجاع، قابل جبران می‌باشد. بار مالی مورد نیاز برای مابه‌التفاوت از محل منابع تعیین شده در بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

خ- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰٪) در مراجعه به بخش دولتی تعیین می‌شود.

د- در اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۲، خودپرداخت (فرانشیز) کلیه خدمات سرپایی و بستری شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و غربالگری نوزادان (به استثنای داروی سرپایی) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، صفر می‌باشد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل معاینه (ویزیت)، آزمایشگاه، تصویربرداری و توانبخشی و همچنین خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) را پرداخت نمایند. مابه‌التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) تحت پوشش بیمه‌های پایه می‌باشد.

www.dotic.ir

ذ- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود براساس منابع مالی مصوب، کودکان، بستری‌های طولانی مدت در بخش‌های مراقبت ویژه، بیماران خاص و صعب‌العلاج و برای بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی در شهرهای فاقد مراکز ملکی نسبت به کاهش سهم بیمار اقدام نمایند.

ر- سهم خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران (نسخه ۰۲) و برنامه پزشک خانواده روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، برای معاینه (ویزیت) سرپایی معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه دولتی و برای دارو و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) تجویزی معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعیین می‌گردد.

تبصره ۱- سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای معاینه (ویزیت) سرپایی سطح دو در مسیر نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران، معادل ده درصد (۱۰٪) تعرفه همان بخش تعیین می‌گردد و نود درصد (۹۰٪) باقی‌مانده بر اساس تعرفه همان بخش، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌شود.

تبصره ۲- سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای سطح یک برنامه پزشک خانواده روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، در صورت مراجعه به سایر مراکز خدمات جامع سلامت، برای معاینه (ویزیت) به میزان صد درصد (۱۰۰٪) تعیین می‌گردد.

تبصره ۳- سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای سطح دو برنامه پزشک خانواده روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، در خارج از مسیر ارجاع، برای معاینه (ویزیت) سرپایی، دارو و سایر خدمات سرپایی به میزان صددرصد (۱۰۰٪) می‌باشد.

تبصره ۴- سهم خودپرداخت (فرانشیز) معاینه (ویزیت) دندانپزشک جهت بیمه‌شدگان تحت پوشش صندوق روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، صفر تعیین می‌گردد.

ز- خودپرداخت (فرانشیز) بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای این بیمه‌شدگان، در گروه‌های هدف (کودکان زیر (۱۴) سال و مادران باردار و شیرده) صفر و برای سایر افراد برای خدمات تحت پوشش بیمه، معادل سی درصد (۳۰٪) و برای خدمات خارج از تعهد بیمه معادل تعرفه‌های موضوع این تصویب‌نامه می‌باشد.

تبصره- به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود، صرفاً برای خدمات دندانپزشکی که در مراکز جامع خدمات سلامت انجام می‌شوند، نسبت به کاهش سهم بیمار اقدام نماید.

۳- حق سرانه بیمه خدمات درمانی بیمه‌شدگانی که مشمول پرداخت حق بیمه براساس درصدی از حقوق و دستمزد نمی‌باشند، مبلغ دو میلیون و سیصد و پنجاه و هشت هزار (۲،۳۵۸،۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌شود.

www.dotic.ir

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

شماره ۲۰۸۰۳۴/ت۶۳۹۳۸هـ

تاریخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

۴- حق سرانه در سال ۱۴۰۴ برای اتباع و مهاجرین خارجی، مبلغ چهار میلیون و سیصد و سی هزار (۴،۳۳۰،۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌گردد.

۵- با عنایت به راهبردی و حیاتی بودن خدمات پیوند اعضاء (کلیه، کبد، مغز استخوان، روده، پانکراس، قلب و ریه) و به منظور تشویق پزشکان جهت افزایش کمی و کیفی اعمال پیوند مذکور، ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات پیوند برای پزشکان غیرتمام‌وقت، معادل پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی، قابل محاسبه و پرداخت است. منابع مالی مورد نیاز از محل منابع صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج تأمین می‌گردد.

۶- تعرفه ارائه خدمت در بانک شیر مادر جهت نوزادان بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و نوزادان بیمار سطح دوم به ازای هر (۱۰۰) سی سی شیر مبلغ یک میلیون و ششصد و شصت هزار (۱،۶۶۰،۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد. نود درصد (۹۰٪) تعرفه این خدمت، تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد.

۷- تعرفه خدمات پزشکی و پرستاری در منزل در بخش دولتی معادل شصت درصد (۶۰٪) تعرفه خدمات مذکور در بخش خصوصی تعیین می‌شود.

۸- در اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۲، سازمان‌های بیمه‌گر پایه با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند نسبت به نشاندار نمودن مادران باردار جهت ارائه و پوشش خدمات دوران بارداری مبتنی بر برنامه‌های ابلاغی سلامت مادران اقدام و گزارش ماهانه اقدامات انجام شده را به وزارت یاد شده ارسال نمایند.

۹- دریافت تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس این تصویب‌نامه، صرفاً مشمول مراکز وابسته به دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

۱۰- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۴ لازم‌الاجرا است.

۱۱- این تصویب‌نامه، جایگزین تصویب‌نامه شماره ۲۰۷۷۱۳/ت۶۳۹۳۸هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ می‌شود.

محمدرضا عارف

معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس‌جمهور، دفتر رئیس مجلس شورای اسلامی، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس‌جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، دبیرخانه ستاد کل نیروهای مسلح، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت‌های قوانین و نظارت مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، معاونت‌های رئیس‌جمهور، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت. (۱۹۷۳۵۴۴۷)

www.dotic.ir