شماره ۲۰۲۳۹۲/ت ۶۵۴۸۴ هـ
تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۰۷

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

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 ۱۴۰۴/۱۲/۲۵ به پیشنهاد شورای‌عالی بیمه سلامت کشور و با 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 ۱۴۰۵ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- ارزش نسبی ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی دولتی به شرح جدول ذیل تعیین می‌گردد:

کد ملی	ویژگی کد	شرح خدمت	جزء حرفه‌ای	جزء فنی
۹۷۰۰۰۰	#	ویزیت پزشکان عمومی	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۰۵	#	ویزیت دندان‌پزشکان عمومی	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۱۰	#	ویزیت دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار	۱.۳	۰.۵
۹۷۰۰۱۵	#	ویزیت پزشکان متخصص	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۲۰	#	ویزیت دندان‌پزشکان متخصص	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۲۵	#	ویزیت پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۱.۸	۰.۷
۹۷۰۰۳۰	#	ویزیت پزشکان فوق تخصص	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۳۵	#	ویزیت دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۴۰	#	ویزیت پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۲.۳	۰.۸
۹۷۰۰۴۵	#	ویزیت پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی	۲.۷	۰.۹
۹۷۰۰۹۰	#	ویزیت دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۲.۷	۰.۹
۹۷۰۰۵۰	#	ویزیت کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱.۱	۰.۴
۹۷۰۰۵۵	#	ویزیت کارشناس پروانه‌دار	۰.۹	۰.۳۵
۹۷۸۰۰۰	+ #	ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از ۱۲ سال تمام، صرفا برای گروه‌های تخصصی، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصص کودکان و نوزادان	۱	۰.۳
۹۷۸۰۰۵	#+	پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی	۰.۴	۰

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

شماره ۲۰۳۳۹۲/ت ۶۵۴۸۴ هـ

تاریخ ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

تبصره ۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای ویزیت سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی معادل یک میلیون و چهل هزار (۱,۰۴۰,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- کدهای جدول فوق به کدهای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت اضافه می‌گردد.

تبصره ۳- کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که به هر دلیل براساس جز (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 خواهد بود.

ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت (کای پایه) و ویزیت سرپایی (به استثنای خدمات مندرج در بند (۲))، برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیرتمام‌وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه‌دار و دکتری تخصصی (PhD)، معادل پانصد و پنجاه و سه هزار و پانصد (۵۵۳,۵۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات توانبخشی شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، بینایی سنجی، گفتار درمانی و ارتوپدی فنی و طب فیزیکی (کدهای (۹۰۰۱۳۰ الی ۹۰۰۱۳۷)، (۹۰۰۴۱۷ الی ۹۰۰۴۳۰)، (۹۰۰۴۵۵ الی ۹۰۰۶۰۵)، (۹۰۱۲۵۵ الی ۹۰۱۲۹۵)، (۹۰۱۶۲۰ الی ۹۰۱۷۰۶) و (۹۰۱۷۹۵ الی ۹۰۱۸۱۰) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) و خدمات آزمایشگاهی تشخیصی طبی و ژنتیک (کدهای ۸۰۰۰۰۵ الی ۸۰۶۵۸۰) و (۸۱۰۰۰۰ الی ۸۸۱۰۰۶) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیرتمام‌وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه‌دار و دکتری تخصصی (PhD)، معادل هفتصد و نود هزار (۷۹۰,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

۳- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی به شرح زیر تعیین می‌شود:

ردیف	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای	مبلغ (ریال) سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه	مبلغ (ریال) 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	۱,۷۹۴,۶۵۰	۵۵,۳۵۰
۲	کلیه خدمات و مراقبت های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی	۱,۶۸۴,۰۰۰	۱۶۶,۰۰۰

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

شماره ۲۰۲۳۹۲/ت ۶۵۴۸۴ هـ

تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

تبصره ۱- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه و سهم بیمار برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی متناسب با درصدهای تعیین شده در بند (۲) این تصویب‌نامه تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- پرداخت به اعضای هیئت‌علمی، پزشکان درمانی و دکتری تخصصی (PhD) تمام‌وقت جغرافیایی براساس آیین‌نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام‌وقت جغرافیایی، موضوع تصویب‌نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت ۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۲ و اصلاحات بعدی آن تعیین می‌گردد.

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی تمام وقت جغرافیایی معادل یک میلیون و یکصد و پنجاه هزار (۱,۱۵۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

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.

۲- ضریب ریالی جزء فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و ویزیت سرپایی (به استثنای خدمات مندرج در بند (۶)) معادل یک میلیون و یکصد و چهل هزار (۱,۱۴۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۳- ضریب ریالی جزء فنی خدمات آزمایشگاهی تشخیصی طبی و ژنتیک (کدهای (۸۰۰۰۰۵ الی ۸۰۶۵۸۰) و (۸۱۰۰۰۰ الی ۸۸۱۰۰۶) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل یک میلیون و ششصد و سی هزار (۱,۶۳۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۴- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل یک میلیون و دویست و چهل هزار (۱,۲۴۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۵- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل یک میلیون و هفتصد هزار (۱,۷۰۰,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

پ- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۴۰۵، به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۷,۵۲۰,۰۰۰	۲۰,۶۶۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۳,۸۷۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۲,۳۲۰,۰۰۰	۱,۵۵۰,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۸,۶۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	۳,۴۶۰,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی (حاد و مزمن)	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۶۰,۷۲۰,۰۰۰	۴۸,۵۷۰,۰۰۰	۳۶,۴۳۰,۰۰۰	۲۴,۲۹۰,۰۰۰
۹	بخش مراقبت‌های بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکته حاد مغزی (SCU)	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۲۳,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۶۰,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۲۳,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۶۰,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۳۱,۳۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۴۰,۰۰۰	۱۸,۷۸۰,۰۰۰	۱۲,۵۲۰,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۷۹,۸۳۰,۰۰۰	۶۳,۸۶۰,۰۰۰	۴۷,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰
۱۳	بخش مراقبت‌های ویژه سوختگی	۸۷,۷۷۰,۰۰۰	۷۰,۲۳۰,۰۰۰	۵۲,۶۷۰,۰۰۰	۳۵,۱۱۰,۰۰۰
۱۴	بخش کودکان	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰

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 هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی مبلغ هفت میلیون (۷,۰۰۰,۰۰۰) ریال بعنوان مابه‌التفاوت آزادسازی ارز نهاده‌های دامی و کشاورزی اضافه می‌گردد. سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران

براساس بند (۲) این تصویب‌نامه محاسبه می گردد و مابه التفاوت آن توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می گردد.

تبصره ۴- 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 راستای اجرای بند «ت» ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌تواند تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع از جمله خدمات مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را به شیوه پرداخت موردی (گلوبال)، تعیین و ابلاغ نماید و برای خدمات گلوبال موجود، تعرفه جدید براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه محاسبه و ابلاغ نماید.

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

۱- سرانه پزشک خانواده در سال ۱۴۰۵ در برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای مناطق شهری (برای تیم پزشکی خانواده شامل یک پزشک و دو مراقب سلامت به همراه هزینه‌های جاری و سربار) معادل یک میلیون (۱,۰۰۰,۰۰۰) ریال و برای مناطق روستایی براساس جمعیت تحت پوشش (با اعمال استحقاق‌سنجی بیمه‌ای) معادل پانصد و هشتاد هزار (۵۸۰,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد. مابه‌التفاوت بار مالی از سرانه بسته مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه از محل منابع عمومی تامین می‌گردد.

۲- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۵ برای پزشکان معادل هفتصد هزار (۷۰۰,۰۰۰) ریال به‌ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران (نسخه ۰۲) تعیین می‌شود.

تبصره- در صورت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) در دو استان فارس و مازندران، سرانه پرداختی در مناطق شهری و روستایی این دو استان نیز معادل سرانه در نظر گرفته شده در این برنامه خواهد بود.

۳- سرانه اجرای برنامه پزشکی خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر در سایر مناطق غیرمشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳) براساس تفاهم نامه سالانه پزشکی خانواده روستایی فی‌مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران تعیین می‌شود.

٤- به استناد بند «پ» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران، هزینه‌های برقراری نظام ارجاع در مناطقی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، به شرح ذیل تعیین می‌شود:

الف- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، برای پزشکان متخصص/ فوق‌تخصص بخش دولتی و بخش خصوصی معادل صد درصد یک ویزیت پایه متخصص/فوق‌تخصص دولتی؛ کدهای (۹۷۹۰۰۰ الی ۹۷۹۰۳۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ب- هزینه‌های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند در مراکز معادل ضریب ریالی جز حرفه ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به ازای هر بار بستری؛ کد (۹۷۹۰۶۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

پ- هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، در بخش اورژانس بیمارستانی معادل معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی؛ کد (۹۷۹۰۷۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ت- هزینه‌های اجرایی بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخوراند برای کلینیک‌های ویژه تخصصی معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی در ازای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی؛ کد (۹۷۹۰۸۰) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، 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 تامین می شود.

ج- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش دولتی در سال ۱۴۰۵:

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.

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 ۱۳۹۶- ستاد 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 دوز تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۱۶) میلی‌گرم، متادون (۲۴) سی‌سی 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 ۱۴۰۵ ملاک پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد براساس اعتبارات قانونی مرتبط در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان‌مدار (**TC**) 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 (**TC**) 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 در سال ۱۴۰۵ به شرح زیر تعیین می‌شود:

۲-۱- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی برای شهرهای غیرمشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

الف- در راستای 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 بیمه پایه که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره‌دار) توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.

ب- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای بیمه‌شدگان کلیه دهک های درآمدی برای خدمات تحت پوشش بیمه

پایه معادل ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌گردد. سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای بیمه‌شدگان مذکور معادل نود درصد (۹۰٪) می‌باشد. به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود در راستای اجرای بند «ج» ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳ برای دهک‌های درآمدی یک تا پنج، و در سقف منابع مالی مصوب خود، سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه را تا نود و هشت درصد (۹۸٪) افزایش دهند. خودپرداخت (فرانشیز) در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای این گروه‌ها دو درصد (۲٪) می‌باشد.

پ- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه بیماران بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای بیمه‌شدگان بالای ۶۵ سال و بازنشستگان بدون شرط سنی، معلولین و بیماران فوتی در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه در سقف منابع مالی مصوب خود، تا صد درصد افزایش دهند. خودپرداخت (فرانشیز) در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای این گروه‌ها صفر درصد (۰٪) می‌باشد.

ت- خودپرداخت (فرانشیز) بیماران خاص و صعب العلاج 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 در مراکز دولتی دانشگاهی، رایگان خواهد بود و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه مربوطه براساس تعرفه دولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌گردد.

ث- خودپرداخت (فرانشیز) هزینه کلیه خدمات بستری و بستری 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 ۱۰۰ درصد 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) در صورت تامین بار مالی مورد نیاز از محل منابع تعیین شده در بودجه سنواتی (صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج) توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تامین می‌شود.

ج- به استناد آیین‌نامه اجرایی بند «ت» ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران موضوع تصویب‌نامه شماره ۱۱۱۱۱۶/ت۶۴۳۶۰هـ مورخ ۱۴۰۴/۰۷/۱۳، سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران

برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) (به استثنای دارو) برای دهک‌های یک الی سه، معادل بیست و پنج درصد (۲۵٪)، دهک‌های چهار الی شش معادل سی درصد (۳۰٪) و دهک‌های هفت الی ده معادل چهل درصد (۴۰٪) تعیین می‌شود.

تبصره ۱- خودپرداخت (فرانشیز) در بخش سرپایی و سرپایی فرویت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) (به استثنای دارو) در هر نوبت مراجعه مازاد بر سقف ریالی پرداخت از جیب سالانه، برای دهک‌های یک الی سه معادل بیست درصد (۲۰٪)، دهک‌های چهار الی شش معادل بیست و پنج درصد (۲۵٪) و دهک‌های هفت الی ده معادل سی درصد (۳۰٪) می‌باشد.

تبصره ۲- سقف ریالی پرداخت از جیب بیمه‌شدگان بابت خدمات بسته بیمه پایه در دهک‌های مختلف پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان سالانه توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین و با تایید سازمان برنامه و بودجه ابلاغ می‌گردد.

چ- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۲، فرانشیز کلیه خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و غربالگری نوزادان در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی صفر می‌باشد. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی برای 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.

ح- 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.

۲-۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی برای شهرهای مشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

۲-۲-۱-خودپرداخت (فرانشیز) در ۶۴ شبکه بهداشتی درمانی منتخب در شهرستان‌های مجری دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۳):

الف- خودپرداخت (فرانشیز) بیمار در مراجعه به پزشک خانواده در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بابت ویزیت تا چهار مراجعه اول در طول سال رایگان و از مراجعه پنجم

به بعد تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه دولتی (حداقل ۳۰ درصد) حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. معادل خودپرداخت بیمار از سرانه پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه کسر خواهد شد.

تبصره- ویزیت‌های پزشک خانواده برای بیماران مزمن با رعایت استانداردها و راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس فهرست مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور در طول سال رایگان خواهد بود.

ب- خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع در بستر شبکه ارائه خدمت، صفر تعیین می‌گردد. بیمه‌های پایه تعهدی پس از شش ماه از استقرار کامل برنامه در هر شهرستان بابت پرداخت خارج از شبکه ارائه خدمت برای بستری ندارند. سهم فرانشیز در مهلت شش ماهه در مراجعات خارج از نظام ارجاع تا بیست درصد (۲۰٪) (حداقل ده درصد) حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد. منظور از شبکه ارائه خدمت مراکز دولتی، مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و سایر مراکز غیردولتی طرف قرارداد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد.

پ- مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی شامل ویزیت، پاراکلینیک، دارو و سایر خدمات سرپایی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی مکلفند ظرفیت سرپایی موجود خود را جهت پاسخگویی به بیماران ارجاعی سرپایی به طور کامل فعال نمایند. در صورت نیاز به همکاری و خرید خدمت از سایر بخش‌های غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) خودپرداخت بیمار برای مراجعات مذکور در قالب نظام ارجاع معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد و مابه‌التفاوت بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود. مابه‌التفاوت بار مالی بیش از تعرفه دولتی برای خرید خدمت از بخش غیردولتی از محل منابع عمومی تأمین و در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار می‌گیرد.

ت- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای خدمات سرپایی در مراجعات خارج از نظام ارجاع به مدت ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی تعیین می‌گردد. پس از گذشت شش ماه سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای بیماران نشاندار مزمن، مادران باردار و نوزادان، شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه بخش دولتی و برای سایر بیماران تا صفر درصد حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

تبصره – خودپرداخت (فرانشیز) بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج برای دریافت خدمات سرپایی مرتبط با بیماری خود در بستر شبکه ارائه خدمت صفر می‌باشد.

ث- خدمات اورژانس از فرایند ارجاع مستثنی می‌باشد و خودپرداخت در بستر شبکه برای خدمات بستری اورژانس در سطح بندی (تریاژ) سطوح (۱ الی ۳) رایگان تعیین می‌گردد و سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای

تریاژ سطوح (۴ و ۵) تا ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی تعیین می‌گردد. برای سطوح (۴ و ۵) تریاژ پس از گذشت شش ماه خودپرداخت تا صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

ج- در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، خودپرداخت بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی که همه یا بخشی از منابع مالی آن‌ها از طریق دولت تامین می‌شود؛ براساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

چ- خودپرداخت بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی در صورت مراجعه به مراکز ملکی سازمان به مدت شش ماه پس از آغاز برنامه مطابق با شرایط فعلی (رایگان) خواهد بود. پس از گذشت شش ماه، میزان خودپرداخت به پیشنهاد سازمان تامین اجتماعی به تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ح- در صورت مراجعه بیمه‌شدگان بیمه سلامت به مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و در قالب نظام ارجاع، فرانشیز خدمات بستری صفر و برای خدمات سرپایی سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیمار معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد. مابه‌التفاوت تا تعرفه عمومی غیردولتی با تامین مالی از طریق دولت بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

خ- ویزیت و مشاوره از راه دور صرفاً در بستر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مطابق «آیین‌نامه ویزیت و مشاوره از راه دور حرف پروانه‌دار نظام پزشکی» ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت.

د- بسته خدمات سلامت دهان و دندان، تغذیه و سلامت روان در قالب برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری و روستایی به طور یکسان به جمعیت مشمول ارائه می‌گردد. بار مالی این بند از محل منابع عمومی تامین و به سازمان‌های مرتبط ابلاغ می‌گردد.

۲-۲-۲-خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۲) و روستایی در سایر شهرستان‌ها:

الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستریِ در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران (نسخه ۰۲) 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 سی درصد (۳۰٪) برای خدمات سرپایی بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد. 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 موارد بستری بر عهده‌ی سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

ب- 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 (در شهرستان‌هایی که مشمول نسخه (۰۳) نمی‌باشند)، برای معاینه (ویزیت) سرپایی معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه دولتی و برای دارو و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) تجویزی معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعیین می‌گردد.

پ- 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.

ت- 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.

ث- 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 صد درصد (۱۰۰٪) می‌باشد.

ج- 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.

چ- خودپرداخت (فرانشیز) بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای بیمه‌شدگان تحت پوشش صندوق روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، 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- 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 تامین می‌گردد.

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

۵- در راستای 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.

۶- 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.

۷- کلیه خدمات تحت پوشش (بسته خدمتی) و تغییرات در خود پرداخت بیماران در قالب و از محل صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج پس از تایید دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور و سازمان برنامه و بودجه کشور توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌گردد.

۸- به منظور تعادل منابع و مصارف و مدیریت بهینه هزینه سازمان‌های بیمه‌گر پایه، شورای‌عالی بیمه سلامت مکلف است حداکثر تا پایان فروردین ماه ۱۴۰۵ نسبت به بررسی و تهیه بسته عملیاتی اجرای راهبردهای زیر اقدام نماید:

ردیف	عنوان راهبرد
۱	بررسی پوشش بیمه ای نسخ زیر مبلغ یک میلیون ریال (بصورت فرانشیز ابتدائی)
۲	بررسی پوشش بیمه‌ای داروهای OTC برای کلیه گروه‌های سنی
۳	بررسی پوشش بیمه‌ای ویزیت سرپایی و کلیه خدمات پاراکلینیک در مراجعه خارج از نظام ارجاع برای ۶۴ شهرستان مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۴	بررسی پوشش بیمه‌ای داروهای آنتی‌بیوتیک خوراکی و تزریقی در بخش سرپایی
۵	بررسی پرداخت خسارت متفرقه بستری و سرپایی در مراجعات به بخش دولتی و غیردولتی غیرطرف قرارداد
۶	بررسی یارانه‌های کم اثر در دارو و لوازم مصرفی پزشکی ارزان قیمت

شماره ۲۰۳۳۹۲/ت ۶۵۴۸۴ هـ
تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۷

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

۷	بررسی شفافیت و کشف قیمت کالاهای سلامت محور در قالب مدیریت تجمعی خرید
۸	بررسی ایجاد زیرساخت برای خرید مبتنی بر مسیرهای بالینی (برای ۱۵ راهنمای بالینی) در قالب نسخ الکترونیکی
۹	بررسی پوشش بیمه‌ای خدمات تجویزی توسط پزشکان غیرطرف قرارداد (به استثنای دارو)
۱۰	بررسی اندیکاسیون‌های داروی پمبرلیزومب برای بیماران جدید و اعمال کنترل‌های بیمه ای مرتبط
۱۱	بررسی پوشش بیمه ای انواع سرم و آهن تزریقی در بخش سرپایی
۱۲	بررسی سقف گذاری پوشش خدمات پاراکلینیک به استثنای بیماران نشان دار و نظام ارجاع (یک مراجعه بر حسب نوع سرفصل خدمت)
۱۳	بررسی اجرای طرح تشویقی کاهش هزینه نسخ دارو و پاراکلینیک (پرداخت مشوق به پزشکان در ازای تجویز منطقی و مدیریت هزینه)
۱۴	بررسی پوشش بیمه‌ای خدمات آزمایش اندازه‌گیری ویتامین D و سنجش تراکم استخوان
۱۵	بررسی اصلاح فرایند تصمیم گیری تعیین بسته خدمت و خودپرداخت در صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج

۹- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۵ لازم‌الاجرا است.

محمدرضا عارف
معاون اول رئیس جمهور

شماره ۲۰۳۳۹۲/ت ۶۵۴۸۴ هـ
تاریخ ۱۴۰۴/۱۲/۲۷

جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب‌نامه هیئت وزیران

۷	بررسی شفافیت و کشف قیمت کالاهای سلامت محور در قالب مدیریت تجمعی خرید
۸	بررسی ایجاد زیرساخت برای خرید مبتنی بر مسیرهای بالینی (برای ۱۵ راهنمای بالینی) در قالب نسخ الکترونیکی
۹	بررسی پوشش بیمه‌ای خدمات تجویزی توسط پزشکان غیرطرف قرارداد (به استثنای دارو)
۱۰	بررسی اندیکاسیون‌های داروی پمبرلیزومب برای بیماران جدید و اعمال کنترل‌های بیمه ای مرتبط
۱۱	بررسی پوشش بیمه ای انواع سرم و آهن تزریقی در بخش سرپایی
۱۲	بررسی سقف گذاری پوشش خدمات پاراکلینیک به استثنای بیماران نشان دار و نظام ارجاع (یک مراجعه بر حسب نوع سرفصل خدمت)
۱۳	بررسی اجرای طرح تشویقی کاهش هزینه نسخ دارو و پاراکلینیک (پرداخت مشوق به پزشکان در ازای تجویز منطقی و مدیریت هزینه)
۱۴	بررسی پوشش بیمه‌ای خدمات آزمایش اندازه‌گیری ویتامین D و سنجش تراکم استخوان
۱۵	بررسی اصلاح فرایند تصمیم گیری تعیین بسته خدمت و خودپرداخت در صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج

۹- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۵ لازم‌الاجرا است.

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.