

مقام معظم رهبری

جناب آقای دکتر رضوی

دبیر محترم و رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت

با سلام و احترام؛

تصویر تصویب نامه شماره ۵۷۳۲/ت/۵۸۶۶۶هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳ هیات محترم وزیران در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۴۰۰، مراتب برای آگاهی و اقدام لازم ارسال می گردد.

دکتر سید حسین داودی
مشاور وزیر و مدیر کل حوزه وزارتی

رونوشت:

- ✓ جناب آقای مهندس موهبتی معاون محترم امور حقوقی، مجلس و امور استانها جهت آگاهی و اقدام لازم
- ✓ جناب آقای دکتر جان بابایی معاون محترم درمان جهت آگاهی و اقدام لازم
- ✓ جناب آقای دکتر ناصحی عضو محترم هیئت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران جهت آگاهی و اقدام لازم



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه 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
وزارت صنعت، معدن و تجارت - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۰/۱/۱۱ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور - مصوب سال ۱۳۹۵ - تصویب کرد:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی در سال ۱۴۰۰ به شرح زیر تعیین می‌شود:
الف- ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی دولتی:

ردیف	شرح خدمت	تعرفه (ریال) در صورت عدم اجرای نسخه الکترونیک سلامت	تعرفه (ریال) در برنامه نسخه الکترونیک سلامت
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار	۱۶۴,۰۰۰	۱۹۴,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) و پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هفت و بالای هفت سال	۲۰۵,۰۰۰	۲۴۲,۰۰۰
۳	پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هفت سال	۲۴۶,۰۰۰	۲۹۰,۰۰۰
۴	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هفت و بالای هفت سال	۲۴۸,۰۰۰	۲۹۳,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هفت سال	۲۹۸,۰۰۰	۳۵۲,۰۰۰
۶	پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۲۶۰,۰۰۰	۳۰۷,۰۰۰
۷	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۳۰۹,۰۰۰	۳۶۵,۰۰۰
۸	کارشناسان ارشد پروانه‌دار	۱۴۱,۰۰۰	۱۶۶,۰۰۰
۹	کارشناسان پروانه‌دار	۱۱۴,۰۰۰	۱۳۵,۰۰۰



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

تبصره ۱- کلیه ارایه کنندگان خدمات سلامت در بخش دولتی مکلف به نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک خواهند بود. سازمان نظام پزشکی با همکاری سایر اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور شرایط لازم جهت استقرار نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک را فراهم خواهد کرد.

تبصره ۲- خودپرداخت بیماران برای ارقام مندرج در جدول فوق، در صورت پوشش بیمه‌ای، معادل سی درصد (۳۰٪) است.

ب- ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی (به استثنای پزشکان عمومی) تمام وقت جغرافیایی به شرح جدول زیر است:

ردیف	ارزیابی و معاینه (ویزیت)	سهم	مبلغ (ریال) در صورت عدم اجرای نسخه الکترونیک سلامت	مبلغ (ریال) در برنامه نسخه الکترونیک سلامت
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) و پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هفت و بالای هفت سال	سهم سازمان	۲۸۷,۰۰۰	۳۳۹,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۶۲,۰۰۰	۷۳,۰۰۰
		جمع کل	۳۴۹,۰۰۰	۴۱۲,۰۰۰
۲	پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هفت سال	سهم سازمان	۳۴۴,۰۰۰	۴۰۶,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۷۴,۰۰۰	۸۷,۰۰۰
		جمع کل	۴۱۸,۰۰۰	۴۹۳,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هفت و بالای هفت سال	سهم سازمان	۳۴۷,۰۰۰	۴۱۰,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۷۴,۰۰۰	۸۸,۰۰۰
		جمع کل	۴۲۱,۰۰۰	۴۹۸,۰۰۰
۴	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هفت سال	سهم سازمان	۴۱۷,۰۰۰	۴۹۳,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۸۹,۰۰۰	۱۰۶,۰۰۰
		جمع کل	۵۰۶,۰۰۰	۵۹۹,۰۰۰
۵	پزشکان متخصص روان پزشکی	سهم سازمان	۳۶۴,۰۰۰	۴۳۰,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۷۸,۰۰۰	۹۲,۰۰۰
		جمع کل	۴۴۲,۰۰۰	۵۲۲,۰۰۰
۶	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی	سهم سازمان	۴۳۳,۰۰۰	۵۱۱,۰۰۰
		سهم بیمه شده	۹۳,۰۰۰	۱۱۰,۰۰۰
		جمع کل	۵۲۶,۰۰۰	۶۲۱,۰۰۰



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۳۰۰/۰۱/۰۳

پ- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان تمام وقت و

غیر تمام وقت به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

ردیف	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای	سهم	مبلغ (ریال)
۱	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی	سهم سازمان	۳۰۰٫۸۰۰
		سهم بیمه شده	۱۳٫۶۰۰
		جمع کل	۳۱۴٫۴۰۰
۲	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیر تمام وقت	سهم سازمان	۱۲۲٫۳۰۰
		سهم بیمه شده	۱۳٫۶۰۰
		جمع کل	۱۳۵٫۹۰۰
۳	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی	سهم سازمان	۱۹۰٫۳۰۰
		سهم بیمه شده	۴۰٫۸۰۰
		جمع کل	۲۳۱٫۱۰۰
۴	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیر تمام وقت	سهم سازمان	۹۵٫۱۰۰
		سهم بیمه شده	۴۰٫۸۰۰
		جمع کل	۱۳۵٫۹۰۰

تبصره- اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از افراد شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی اطلاق می‌شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی و درمانی تابع دانشگاه محل خدمت خوداشتغال داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی خارج از دانشگاه مربوط را نداشته باشند.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندان پزشکی معادل سیصد و بیست و نه هزار (۳۲۹٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۳- ضریب ریالی جزء فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت مندرج در کتاب ارزش نسبی معادل یکصد و شصت و هشت هزار (۱۶۸٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۴- ضریب ریالی جزء فنی خدمات تشخیصی و درمانی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدماتی که با علامت (#) مشخص شده‌اند و کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل یکصد و هفتاد و نه هزار (۱۷۹٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۵- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندان پزشکی معادل یکصد و هفتاد و نه هزار (۱۷۹٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۶- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندان پزشکی معادل یکصد و هشتاد و یک هزار (۱۸۱٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۳۰۰/۰۱/۰۱

ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش دولتی در سال ۱۴۰۰، به شرح جدول زیر

است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۵,۲۴۰,۰۰۰	۴,۱۹۲,۰۰۰	۳,۱۴۵,۰۰۰	۲,۰۹۶,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۳,۹۳۲,۰۰۰	۳,۱۴۶,۰۰۰	۲,۳۶۰,۰۰۰	۱,۵۷۲,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۲,۶۲۰,۰۰۰	۲,۰۹۶,۰۰۰	۱,۵۷۲,۰۰۰	۱,۰۴۸,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۵۸۹,۰۰۰	۴۷۱,۰۰۰	۳۵۴,۰۰۰	۲۳۵,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۱,۳۱۲,۰۰۰	۱,۰۴۹,۰۰۰	۷۸۶,۰۰۰	۵۲۵,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۲,۶۲۰,۰۰۰	۲,۰۹۶,۰۰۰	۱,۵۷۲,۰۰۰	۱,۰۴۸,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۲,۶۲۰,۰۰۰	۲,۰۹۶,۰۰۰	۱,۵۷۲,۰۰۰	۱,۰۴۸,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۹,۲۴۹,۰۰۰	۷,۳۹۹,۰۰۰	۵,۵۵۰,۰۰۰	۳,۷۰۰,۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکنه حاد مغزی (SCU)	۶,۰۷۹,۰۰۰	۴,۸۶۴,۰۰۰	۳,۶۴۷,۰۰۰	۲,۴۳۱,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت های ویژه قلبی	۶,۰۷۹,۰۰۰	۴,۸۶۴,۰۰۰	۳,۶۴۷,۰۰۰	۲,۴۳۱,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی	۴,۷۶۸,۰۰۰	۳,۸۱۴,۰۰۰	۲,۸۶۰,۰۰۰	۱,۹۰۸,۰۰۰
۱۲	بخش های مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۱۲,۱۵۹,۰۰۰	۹,۷۲۷,۰۰۰	۷,۲۹۶,۰۰۰	۴,۸۶۴,۰۰۰
۱۳	بخش های مراقبت های ویژه سوختگی	۱۳,۳۶۹,۰۰۰	۱۰,۶۹۶,۰۰۰	۸,۰۲۳,۰۰۰	۵,۳۴۷,۰۰۰

تبصره ۱- پرداخت سازمان های بیمه گر بر مبنای تعرفه اقامت سه تختی و بیشتر در بخش دولتی خواهد بود.

تبصره ۲- داروها و ملزومات پزشکی و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) مورد نیاز بیماران طبق فهرست مورد تعهد سازمان های بیمه گر پایه در بخش دولتی توسط مراکز ارائه کننده خدمت تأمین می شود و مراکز درمانی حق ارجاع بیماران جهت تهیه اقلام و خدمات فوق خارج از زنجیره ارجاع به بیرون از مراکز را ندارند.

ث- تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال)، براساس میزان رشد سرفصل های خدمتی و جزئیات تعرفه های این تصویب نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

ج- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۰:

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۰ برای پزشکان دو نوبت کاری (دو شیفت) معادل نود و دو هزار و سیصد (۹۲۳۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می شود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۳۰۰/۱۱/۲۳

۲- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/ پرستار) در سال ۱۴۰۰ برای پزشکان تک نوبت کاری (تک شیفت) معادل هفتاد و هشت هزار و پانصد (۷۸۵۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می‌شود.

تبصره- میزان افزایش سرانه سال ۱۴۰۰ برای پزشکان تک نوبت کاری (شیفت) که در یک مکان، همپوشانی در نوبت کاری (شیفت) مخالف خود را دارند، برابر افزایش سرانه پزشکان دو نوبت کاری (شیفت) است و مابه‌التفاوت سرانه سال ۱۴۰۰ این گروه از پزشکان تک نوبت کاری (شیفت) توسط سازمان بیمه گر پرداخت می‌شود.

۳- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/ پرستار) در سال ۱۴۰۰ برای پزشکان در طرح پزشک خانواده، روستائیان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، معادل یکصد و چهل و دو هزار (۱۴۲۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌شود.

۴- سرانه پزشک خانواده در طرح نظام ارجاع برای جمعیت بیمه همگانی و مددجویان شهری کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران برای پزشکان عمومی تا هفتاد و پنج هزار (۷۵۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه و برای پزشکان متخصص در سطح یک تا یکصد و پنج هزار (۱۰۵۰۰۰) ریال در ماه تعیین می‌شود. خودپرداخت (فرانشیز) مراجعه بیماران به پزشک خانواده حداکثر شصت هزار (۶۰۰۰۰) ریال و برای خدمات تجویزی آنان مشابه سایر بیمه‌شدگان تعیین می‌شود. در صورت رعایت نظام ارجاع، محدودیت مراجعه به بخش دولتی برای این دسته از بیمه‌شدگان وجود ندارد.

چ- تعرفه خدمات اعتیاد و سوء مصرف مواد در بخش دولتی در سال ۱۴۰۰:

۱- تعرفه‌های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان در بخش دولتی به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

ردیف	کد ملی	نوع خدمت	دوره درمان	مبلغ (ریال)
۱	۹۵۰۰۰۰	درمان نگهدارنده با متادون (MMT) (با احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۱٫۴۹۶٫۰۰۰
۲	۹۵۰۰۰۵	درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم (OPT) با روان‌درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۲٫۰۹۸٫۰۰۰
۳	۹۵۰۰۱۰	درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم (OPT) بدون روان‌درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۶۹۳٫۰۰۰
۴	۹۵۰۰۱۵	درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۹۶۲٫۰۰۰
۵	۹۵۰۰۲۰	سم‌زدایی با بوپرونورفین (بدون احتساب هزینه دارو)	۲۱-۸ روزه	۱٫۹۷۰٫۰۰۰
۶	۹۵۰۰۲۵	سم‌زدایی با کلونیدین (بدون احتساب هزینه دارو)	۱۰-۷ روزه	۱٫۳۷۱٫۰۰۰
۷	۹۵۰۰۳۰	درمان نگهدارنده با نالتروکسون (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۷۹۷٫۰۰۰
۸	۹۵۰۰۳۵	مداخلات روان‌شناختی فردی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه حداقل (۴۵) دقیقه	یک جلسه	۲۶۵٫۰۰۰
۹	۹۵۰۰۴۰	مداخلات روان‌شناختی گروهی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه تا یک ساعت (به ازای هر نفر)	یک جلسه	۹۵٫۰۰۰



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۰ / ۱ / ۲۳

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

تبصره ۲- براساس آیین‌نامه اجرایی درمان و کاهش آسیب 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 است.

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

تبصره ۴- تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۴۰۰ ملاک پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد ذیل ردیف (۱۶۰۲۰۲۷۰۰۰) سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان مدار (TC) در بخش دولتی در سال ۱۴۰۰ به شرح جدول زیر

تعیین می‌شود:

کد ملی	عنوان	مبلغ	
		ماهانه (ریال)	روزانه (ریال)
۹۵۰۰۵۰	هزینه فعالیت و ارایه خدمات درمان مراکز اجتماع درمان مدار (TC) (با ظرفیت (۳۰ نفر مقیم)	۱۴,۸۵۲,۰۰۰	۴۹۵,۰۰۰

تبصره - خدمات ارایه‌شده در مراکز اجتماع درمان مدار (TC) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان‌مدت) مشمول تعهد بیمه پایه نیست.

۳- دستورالعمل اجرایی نحوه ارایه خدمات بیمه درمانی به معتادین به مواد مخدر و روانگردان و سایر مواد صناعی تحت پوشش بیمه پایه به صورت سالانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می‌شود.

۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۰ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع معادل پنج درصد (۵٪) و برای سایر بیمه‌شدگان، معادل ده درصد (۱۰٪) و برای خدمات سرپایی و بستری موقت معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌شود.

تبصره- مابه‌التفاوت خودپرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰٪) برای خدمات بستری در قالب نظام ارجاع، از محل منابع طرح تحول سلامت در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین می‌شود.

ب- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بخش سرپایی و بستری موقت معادل هفتاد درصد (۷۰٪) و در بخش بستری معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خواهد بود.

پ- سهم خود پرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران، برای معاینه (ویزیت سرپایی) معادل سی درصد (۳۰٪) و در خارج از مسیر ارجاع معادل صد درصد



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۰۳

(۱۰۰٪)، برای خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) معادل سی درصد (۳۰٪) و برای دارو معادل ده درصد (۱۰٪) خواهد بود.

ت- سهم خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، برای معاینه (ویزیت سرپایی) برای بیمه شدگان روستایی معادل ده درصد (۱۰٪) و برای سایر بیمه شدگان معادل سی درصد (۳۰٪)، برای خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) معادل پانزده درصد (۱۵٪) و برای دارو معادل سی درصد (۳۰٪) خواهد بود. خودپرداخت (فرانشیز) بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای این بیمه شدگان، در گروه های هدف (کودکان زیر ۱۴ سال و مادران باردار و شیرده) رایگان و برای سایر افراد برای خدمات تحت پوشش بیمه، معادل سی درصد (۳۰٪) و برای خدمات خارج از تعهد بیمه معادل تعرفه های مصوب این تصویب نامه می باشد.

ث- خودپرداخت (فرانشیز) خدمت (IMRT)، با عنایت به دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیماران خاص، صعبالعلاج و سرطانی، صفر و به صورت رایگان تحت پوشش بیمه های پایه قرار می گیرد.

ج- داروهای آلتوزومب، اکرلیزومب و پانیتومومب براساس دستورالعمل (پروتکل) های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با خودپرداخت (فرانشیز) ده درصد (۱۰٪)، مطابق با فرایند اجرای ضوابط بررسی و تعیین سطح و شمول بسته بیمه پایه خدمات سلامت و در صورت تفاهم شرکت تأمین کننده دارو با شورای عالی بیمه سلامت کشور، در تعهد سازمان های بیمه گر پایه سلامت قرار دارد.

۳- نرخ حق بیمه درمان در سال ۱۴۰۰ مطابق ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر است:

الف- صندوق بیمه کارکنان کشوری و لشکری:

۱- حق بیمه درمان خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل، بازنشسته مستمری بگیر و وظیفه بگیر (شامل سرپرست، همسر و فرزندان مشمول یارانه) در سال ۱۴۰۰ معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر به شرح زیر تعیین می شود:

۱-۱- بیمه شده شاغل دو درصد (۲٪) حقوق مبنای کسور، بازنشستگان، موظفان و مستمری بگیران یک و هفت دهم درصد (۱/۷٪) حقوق.

۲-۱- دستگاه اجرایی دو درصد (۲٪) حقوق.

۳-۱- مابقی به عنوان سهم دولت از اعتبارات مربوط مندرج در قانون بودجه (ذیل سازمان بیمه سلامت ایران و برنامه پوشش بیمه پایه سلامت مشمولان نیروهای مسلح ذیل ردیف توسعه خدمات بیمه درمان نیروهای مسلح).

۲- حق بیمه درمان خانوارهای شاغلان و بازنشستگان و موظفان و مستمری بگیران دستگاه های اجرایی که از بودجه عمومی دولت استفاده نمی کنند، به ترتیب حق بیمه شاغلان دو درصد (۲٪) حقوق مبنای کسور و حق بیمه بازنشستگان و موظفان یک و هفت دهم درصد (۱/۷٪) و بقیه تا هفت درصد (۷٪) مبنای کسور توسط دستگاه اجرایی است.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۰۰/۰۴/۰۲۰۳۰

تبصره ۵- در صورتی که دریافتی حقوق و مزایای مشمولان صندوق بیمه کارکنان لشکری و کشوری کمتر از حداقل حقوق و مزایای قانون کار باشد، حق بیمه آنها بر اساس حقوق و مزایای دریافتی تعیین می شود.

۳- در صورتی که زوجین هر دو مشترک صندوق بیمه کارکنان کشوری یا لشکری یا مشترکاً دارای دفترچه بیمه درمانی از صندوق های مربوط باشند، پوشش بیمه و پرداخت حق بیمه به ترتیب زیر خواهد بود:

۳-۱- در صورت تقاضای زوجه برای دریافت دفترچه از طریق همسر خود، حق بیمه درمان موضوع این تصویب نامه صرفاً از حقوق همسر کسر می شود.

۳-۲- در صورتی که زوجه مستقلاً متقاضی دریافت دفترچه باشد، ملزم به پرداخت حق بیمه است.

۴- کلیه مشمولان صندوق بیمه کارکنان دولت در صورت حدوث شرایط مندرج در ماده (۶) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور می توانند با پرداخت هفت درصد (۷٪) دو برابر حداقل حقوق قانون کار، خود را در صندوق مذکور بیمه درمان نمایند.

ب- حق بیمه خانوارهای روستاییان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مشمولان بیمه همگانی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق مشمولان قانون کار تعیین می شود که صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه های اجتماعی بر مبنای بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

تبصره ۱- مابه التفاوت سهم بیمه شدگان خانوارهای روستاییان و عشایر، اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی، سایر اقشار و بیمه همگانی تا هفت درصد (۷٪) حقوق و دستمزد که از طریق آزمون وسیع تعیین می شود، توسط دولت در بودجه سنواتی سازمان بیمه سلامت ایران تأمین خواهد شد.

تبصره ۲- در مواردی که بیمه شده اصلی مددجو یا توان خواه تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور باشد و خانواده وی (والدین، خواهر و برادر) تحت پوشش سازمان مذکور نباشند، پوشش بیمه ای آنها (والدین، خواهر و برادر) در قالب تبعی (۳) در صندوق سایر اقشار یا در قالب بیمه ایرانیان یا بیمه سلامت همگانی امکان پذیر است.

پ- حق بیمه افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی اخذ می شود.

ت- نرخ حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۴۰۰ برای سایر اقشار از جمله بنیاد شهید و امور ایثارگران، طلاب، بسیجیان، دانشجویان و بیمه شدگان حرف و مشاغل آزاد و سایر موارد متناسب با گروه های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت و در صورت عدم امکان تعیین درآمد افراد مشمول این بند، حق بیمه هر فرد، معادل سرانه حق بیمه خدمات درمانی مصوب تعیین می شود.

تبصره ۱- میزان بخشودگی سهم مشارکت بیمه شدگان موضوع بندهای (ب) و (ت) مطابق آیین نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۰۴۰۰/۰۱/۰۱/۰۴۰۰

فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، موضوع تصویب نامه شماره ۷۰۵۶۰/ت ۵۶۲۷۸ هـ - مورخ ۱۳۹۸/۶/۹، تعیین خواهد شد.

تبصره ۲- خدمات سلامت برای ساکنان شهرهای با جمعیت کمتر از (۲۰۰۰۰) نفر که طی سنوات مختلف به بالاتر از (۲۰۰۰۰) نفر جمعیت رسیده‌اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از (۲۰۰۰۰) نفر ملحق شده‌اند (بر اساس اصلاح تقسیمات کشوری)، همچنان در صندوق روستاییان و با رعایت نظام ارجاع استمرار خواهد یافت.

تبصره ۳- صد درصد (۱۰۰٪) نرخ حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۴۰۰ برای کلیه بیماران خاص تحت پوشش صندوق‌های بیمه‌ای ایرانیان، سلامت همگانی و روستاییان بیمه‌پرداز سازمان بیمه سلامت ایران توسط دولت تأمین می‌شود.

۱- حق بیمه افراد تبعی درجه (۲)، طبق ضوابط جاری مورد عمل هر صندوق، معادل حق سرانه بیمه مصوب پرداخت می‌شود.

۲- حق بیمه افراد تبعی درجه (۳) هر صندوق (پدر و مادر، خواهر و برادر، عروس و داماد و سایر موارد حسب ضوابط صندوق‌ها) معادل دو نهم (۲/۹) مزاد بر حق سرانه بیمه مصوب پرداخت می‌شود.

۳- شمول افراد تبعی درجه (۱) برای فرزندان، حسب مورد تابع قوانین و مقررات مربوط خواهد بود.

۴- ادامه پوشش بیمه‌ای برای آن دسته از فرزندان دختر و پسر که از پوشش بیمه‌ای خارج می‌شوند، در صورت استمرار حق بیمه بر مبنای افراد تبعی درجه (۳) بر اساس ضوابط جاری هر سازمان بلامانع است.

۵- حق سرانه بیمه خدمات درمانی در سال ۱۴۰۰، برای افراد اصلی، تبعی (۱)، (۲) و (۳)، مبلغ هفتصد و شانزده هزار (۷۱۶۰۰۰) ریال تعیین می‌شود.

۶- یک پنجم نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی کارکنان وظیفه و عایله درجه یک ایشان توسط فرد مشمول و مابقی آن توسط دولت تأمین می‌شود.

۷- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره - نرخ حق سرانه در سال ۱۴۰۰ برای اتباع و مهاجرین خارجی مبلغ یک میلیون و سیصد و پانزده هزار (۱۳۱۵۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌شود.

۴- با هدف مدیریت منابع و ارتقای کیفیت ارائه خدمت سیاست‌های نوین پوشش بیمه‌ای و خرید راهبردی از طریق برگزاری مناقصه و خرید انبوه، تفاهم‌نامه‌های حجمی-ریالی و پوشش بیمه‌ای مبتنی بر عملکرد بالینی در مراکز بستری و سرپایی و تأمین‌کنندگان دارو و ملزومات پزشکی با اولویت خدمات پر هزینه و پرتواتر و جدید با رعایت موارد زیر صورت خواهد گرفت:

۱- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود ملزومات مصرفی پر هزینه بیمارستانی را به صورت برگزاری مناقصه و خرید انبوه بر اساس دستورالعمل مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور خریداری کنند.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۳۰۲/۰۱/۱۴۰۰

۲- به منظور تشویق پزشکان به مدیریت هزینه‌های سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند در صورت مدیریت هزینه‌های تجویزی (دارو و پیراپزشکی (پاراکلینیک)) توسط پزشکان و مراکز، پرداخت‌های تشویقی انجام دهند. دستورالعمل نحوه اجرای این بند، توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ خواهد شد.


۵- در راستای اجرای جزء (۸) بند (ک) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور، سازمان غذا و دارو مکلف است افزایش قیمت دارو و ملزومات پزشکی را به گونه‌ای اعمال کند که میانگین وزنی افزایش قیمت موارد مرتبط، حداکثر پانزده درصد (۱۵٪) باشد. مابه‌التفاوت رشد قیمت تا میزان مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور، جهت افزایش پوشش بیمه‌ای دارو و سایر خدمات سلامت با تصویب شورای عالی یادشده هزینه خواهد شد.

۶- به منظور تسهیل امکان عقد قرارداد شرکت‌های بیمه تکمیلی و ارایه‌کنندگان در بخش دولتی و عمومی غیردولتی، موضوع بند (۳) تصویب‌نامه شماره ۳۷۹۹۵/ت/۵۴۲۴۰ هـ مورخ ۱۳۹۶/۴/۳ با مراکز دارای بخش‌های منتخب بر اساس استانداردهای ابلاغی مورد توافق، عقد قرارداد شرکت‌های بیمه تکمیلی و مراکز مربوط تا سقف تعرفه‌های بخش خصوصی در مناطق محروم و غیرمحروم صورت پذیرد.

۷- دریافت تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس این تصویب‌نامه، صرفاً طبق نوع مالکیت مندرج در پروانه بهره‌برداری صادرشده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

۸- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۰ لازم‌الاجرا است.

اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس جمهور



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