



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
سازمان برنامه و بودجه کشور - سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۳/۱/۵ به پیشنهاد شورای عالی 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 ۱۴۰۳ به شرح زیر تعیین

می‌شود:

الف- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی

دولتی:

ردیف	شرح خدمت	تعرفه (ریال)
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار	۴۴۹,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۵۵۸,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۶۷۸,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۷۰۸,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۸۴۲,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۳۸۴,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۳۱۳,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از (۷) سال تمام، برای کلیه گروه‌های تخصصی، به میزان بیست درصد (۲۰٪) نسبت به گروه پایه افزایش می‌یابد.



تبصره ۲- کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه نویسی و نسخه پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که به هر دلیل براساس قانون بودجه سالیانه کل کشور، نسخه نویسی به صورت کاغذی مجاز باشد، تعرفه‌های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.

تبصره ۳- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می‌باشد.

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

ردیف	ویزیت	سهم	مبلغ (ریال)
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	سهم سازمان	۸۶۷,۰۰۰
		سهم بیمه‌شده	۱۵۸,۴۰۰
		جمع کل	۱,۰۲۵,۴۰۰
۲	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	سهم سازمان	۱,۰۵۳,۵۰۰
		سهم بیمه‌شده	۱۹۲,۳۰۰
		جمع کل	۱,۲۴۵,۸۰۰
۳	پزشکان متخصص روانپزشکی	سهم سازمان	۱,۰۹۹,۵۰۰
		سهم بیمه‌شده	۲۰۰,۷۰۰
		جمع کل	۱,۳۰۰,۲۰۰
۴	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	سهم سازمان	۱,۳۰۸,۶۰۰
		سهم بیمه‌شده	۲۳۹,۱۰۰
		جمع کل	۱,۵۴۷,۷۰۰

تبصره - تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از (۷) سال تمام، برای کلیه گروه‌های تخصصی، به میزان بیست درصد (۲۰٪) نسبت به گروه پایه افزایش می‌یابد.

پ- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت (کای پایه)، برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیرتمام وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار و دکترای تخصصی (PhD)، معادل سیصد و دو هزار (۳۰۲,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور
تصویب نامه هیئت وزیران

۲- 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
۱	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی	۹۸۰.۸۰۰
۲	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی	۴۷۷.۴۰۰

تبصره ۱- مبلغ خود پرداخت (فرانشیز) بیمه شده براساس بند (۲) این تصویب‌نامه، برای بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده)، معادل ده درصد (۱۰٪) و برای بخش‌های سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده)، معادل سی درصد (۳۰٪) کای پایه محاسبه و به ارقام فوق اضافه می‌گردد.

تبصره ۲- پرداخت به اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام‌وقت جغرافیایی براساس آیین‌نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام‌وقت جغرافیایی، موضوع تصویب‌نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۱۶/۲ و اصلاحات بعدی آن تعیین می‌گردد.

۳- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی معادل ششصد و بیست و نه هزار (۶۲۹,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

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 سیصد و نود و هفت هزار (۳۹۷,۰۰۰) 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 کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل چهار صد و بیست و هشت هزار (۴۲۸,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل چهار صد و بیست و هشت هزار (۴۲۸,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۷- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل پانصد و پنجاه و چهار هزار (۵۵۴,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۳ / ۱۱ / ۲۶

ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۴۰۳، به شرح

جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۱۲.۴۱۵.۰۰۰	۹.۹۳۲.۰۰۰	۷.۴۵۲.۰۰۰	۴.۹۶۷.۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۹.۳۱۶.۰۰۰	۷.۴۵۵.۰۰۰	۵.۵۹۲.۰۰۰	۳.۷۲۵.۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۶.۲۰۷.۰۰۰	۴.۹۶۷.۰۰۰	۳.۷۲۵.۰۰۰	۲.۴۸۳.۰۰۰
۴	هزینه همراه	۱.۳۹۶.۰۰۰	۱.۱۱۵.۰۰۰	۸۳۸.۰۰۰	۵۵۸.۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۲.۱۰۹.۰۰۰	۲.۴۸۵.۰۰۰	۱.۸۶۳.۰۰۰	۱.۲۴۵.۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۶.۲۰۷.۰۰۰	۴.۹۶۷.۰۰۰	۳.۷۲۵.۰۰۰	۲.۴۸۳.۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۶.۲۰۷.۰۰۰	۴.۹۶۷.۰۰۰	۳.۷۲۵.۰۰۰	۲.۴۸۳.۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۲۱.۹۱۳.۰۰۰	۱۷.۵۳۱.۰۰۰	۱۳.۱۴۹.۰۰۰	۸.۷۶۷.۰۰۰
۹	بخش مراقبت‌های بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکته حاد مغزی (SCU)	۱۴.۴۰۳.۰۰۰	۱۱.۵۲۴.۰۰۰	۸.۶۴۰.۰۰۰	۵.۷۵۹.۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)	۱۴.۴۰۳.۰۰۰	۱۱.۵۲۴.۰۰۰	۸.۶۴۰.۰۰۰	۵.۷۵۹.۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۱.۲۹۵.۰۰۰	۹.۰۳۶.۰۰۰	۶.۷۷۶.۰۰۰	۴.۵۲۰.۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۲۸.۸۰۸.۰۰۰	۲۳.۰۴۶.۰۰۰	۱۷.۲۸۷.۰۰۰	۱۱.۵۲۴.۰۰۰
۱۳	بخش مراقبت‌های ویژه سوختگی	۳۱.۶۷۵.۰۰۰	۲۵.۳۴۲.۰۰۰	۱۹.۰۰۹.۰۰۰	۱۲.۶۶۸.۰۰۰

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.



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۳ / ۱۱ / ۲۶

تبصره ۳- داروها و ملزومات پزشکی و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) مورد نیاز بیماران طبق فهرست مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بخش دولتی توسط مراکز ارائه‌کننده خدمت تأمین می‌گردد 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 سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

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

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۳ برای پزشکان معادل دویست و بیست و سه هزار و ششصد (۲۲۳،۶۰۰) ریال به‌ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران و سایر استان‌های مجری طرح سلامت خانواده مبتنی بر نظام ارجاع و پزشکی خانواده، تعیین می‌شود.

۲- سرانه اجرای طرح پزشک خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، معادل سیصد و چهل و چهار هزار و صد (۳۴۴،۱۰۰) ریال به‌ازای هر نفر در ماه تعیین می‌شود.

۳- 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 یکصد و شصت و سه هزار و صد (۱۶۳،۱۰۰) ریال تعیین می‌شود.

تبصره ۱- در مناطق محروم سرانه مذکور مطابق با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۲) اضافه می‌گردد.

۴- 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 یکصد و سی هزار (۱۳۰،۰۰۰) ریال و برای خدمات تجویزی آنان مشابه سایر بیمه‌شدگان تعیین می‌شود.

چ- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش دولتی در سال ۱۴۰۳:

۱- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد، براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه و براساس استانداردهای ابلاغی



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۳ / ۱ / ۲۶

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 بوپروپرونورفین (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 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 ۱۴۰۳ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع و خدمات بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) معادل پنج درصد (۵٪) و برای سایر بیمه‌شدگان، معادل ده درصد (۱۰٪) و برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌شود. مابه‌التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰٪) برای خدمات بستری در قالب نظام ارجاع، از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه تأمین می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره.....
تاریخ ۱۴۰۳ / ۱۱ / ۲۶

ب- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل هفتاد درصد (۷۰٪) و در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خواهد بود.

پ- سهم پرداختی سازمان بیمه سلامت برای بیمه‌شدگان سه دهک اول درآمدی تحت پوشش آن سازمان برای خدمات بستری، در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، به میزان صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه دولتی تعیین می‌گردد. همچنین خودپرداخت (فرانشیز) برای دریافت هر گونه خدمات سرپایی (به استثنای دارو)، در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، رایگان می‌باشد و صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه مربوط به طور کامل توسط سازمان مربوطه پرداخت می‌شود.

ت- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، کلیه خدمات سرپایی و بستری شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و غربالگری نوزادان (به استثنای داروی سرپایی) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی رایگان 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.

مابه التفاوت 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.

ث- خودپرداخت (فرانشیز) مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و مددجویان سازمان بهزیستی کشور و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر در صورت دریافت خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراکز دولتی در قبال نظام ارجاع صفر می‌باشد. نود و پنج درصد (۹۵٪) هزینه خدمات تحت پوشش بیمه‌های پایه و مابه‌التفاوت قیمت دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی برای موارد تحت پوشش بیمه پایه به طور کامل توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌گردد. به نحوی که با رعایت نظام ارجاع، سهم سازمان بیمه سلامت ایران نود و پنج درصد (۹۵٪) و پنج درصد (۵٪) سهم بیماران از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه پرداخت می‌گردد.



تبصره ۱- تا زمان راه‌اندازی نظام ارجاع الکترونیکی، برای مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و مددجویان سازمان بهزیستی کشور الزام به اخذ تأییدیه ارجاع از پزشک خانواده جهت بستری در مراکز دولتی، نخواهد بود.

تبصره ۲- خودپرداخت (فرانشیز) کلیه مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر در قالب نظام ارجاع و مددجویان سازمان بهزیستی کشور، برای خدمات سرپایی، در مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت ایران، معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه دولتی و سهم سازمان بیمه سلامت ایران معادل هشتاد و پنج درصد (۸۵٪) تعرفه دولتی می‌باشد. مابه‌التفاوت تعرفه دولتی و تعرفه بخش مربوطه بر عهده بیمار است.

تبصره ۳- 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 در قالب نظام ارجاع و مددجویان سازمان بهزیستی کشور، برای دارو و خدمات سرپایی مرتبط با بسته‌های بیماری‌های مذکور، رایگان خواهد بود و صد درصد (۱۰۰٪) هزینه مربوطه براساس تعرفه دولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌گردد.

ج- به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اجازه داده می‌شود براساس منابع مالی مصوب، برای افراد بالای (۶۵) سال، کودکان، معلولین، بستری‌های طولانی مدت در بخش‌های مراقبت ویژه، بیماران فوتی، بیماران خاص و صعب‌العلاج و شهرهای فاقد مراکز ملکی برای بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی نسبت به کاهش سهم بیمار اقدام نمایند.

چ- سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران، برای معاینه (ویزیت) سرپایی معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه دولتی و برای داروی تجویزی توسط پزشک خانواده، معادل ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌گردد.

سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای معاینه (ویزیت) سرپایی سطح دو در مسیر نظام ارجاع، 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- در صورت ارائه پسخوراند، معادل تعرفه یک معاینه (ویزیت) دولتی در بخش دولتی و نصف تعرفه معاینه (ویزیت) دولتی در سایر بخش‌ها، از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌گردد.



تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۳ / ۱۱ / ۲۶

ح- سهم خود پرداخت (فرانشیز) برای معاینه (ویزیت) سرپایی در طرح پزشک خانواده روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه دولتی و برای دارو و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) تجویزی معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌گردد.

سهم خود پرداخت (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 به میزان صددرصد (۱۰۰٪) می‌باشد.

خودپرداخت (فرانشیز) بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای این بیمه‌شدگان، در گروه‌های 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 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 یک میلیون و ششصد و پانزده هزار (۱،۶۱۵،۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌شود.

۴- حق سرانه در سال ۱۴۰۳ برای اتباع و مهاجرین خارجی، مبلغ دو میلیون و نهصد و شصت و شش هزار (۲،۹۶۶،۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌گردد.

۵- 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 صد و چهل هزار (۱،۱۴۰،۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد. نود درصد (۹۰٪) تعرفه این خدمت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد.

۶- به بیمارستان‌های درجه یک بخش دولتی کشور در مناطق محروم و غیرمحروم اجازه داده می‌شود، حداکثر تا ده درصد (۱۰٪) تخت‌های خود 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.



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۶

۷- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، 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 یادشده ارسال نمایند.

۸- 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.

۹- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۳ لازم‌الاجرا است.

محمد مخبر
معاون اول رئیس جمهور
۱۴۰۳/۱۱/۲۶

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 ابلاغ می‌شود.