# **تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی سال 1404**

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 دایمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ تصویب کرد:

**الف- ارزش نسبی ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **کد ملی** | **ویژگی کد** | **شرح خدمت** | **K حرفه‌ای** | **K فنی** |
| ۹۷۰۰۰۰ | # | معاینه (ویزیت) پزشکان عمومی | 1.3 | 0.5 |
| ۹۷۰۰۰۵ | # | معاینه (ویزیت) دندان پزشکان عمومی | 1.3 | 0.5 |
| ۹۷۰۰۱۰ | # | معاینه (ویزیت) دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار | 1.3 | 0.5 |
| ۹۷۰۰۱۵ | # | معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص | 1.8 | 0.7 |
| ۹۷۰۰۲۰ | # | معاینه (ویزیت) دندان پزشکان متخصص | 1.8 | 0.7 |
| ۹۷۰۰۲۵ | # | معاینه (ویزیت) پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) | 1.8 | 0.7 |
| ۹۷۰۰۳۰ | # | معاینه (ویزیت) پزشکان فوق تخصص | 2.3 | 0.8 |
| ۹۷۰۰۳۵ | # | معاینه (ویزیت) دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) | 2.3 | 0.8 |
| ۹۷۰۰۴۰ | # | معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص روان پزشکی | 2.3 | 0.8 |
| ۹۷۰۰۴۵ | # | معاينه (ویزیت) پزشکان فوق تخصص روان پزشکی | 2.7 | 0.9 |
| ۹۷۰۰۹۰ | # | عاینه (ویزیت) دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی | 2.7 | 0.9 |
| ۹۷۰۰۵۰ | # | معاینه (ویزیت) کارشناس ارشد پروانه دار | 1.1 | 0.4 |
| ۹۷۰۰۵5 | # | معاینه (ویزیت) کارشناس پروانه دار | 0.9 | 0.35 |
| ۹۷۸۰۰۰ | #  + | ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با من کمتر از ۱۰ سال تمام، صرفاً برای گروه های تخصصی دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و فوق تخصص کودکان و نوزادان | 0.5 | 0.15 |
| 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 | 0.5 | 0.15 |
| ۹۷۸۰۰۵ | #+ | پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی | 0.4 | 0 |

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

تبصره 2- کلیه ارائه کنندگان خدمات سلامت مکلف به نسخه نویسی و نسخه پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود در مواردی که به هر دلیل براساس جزء 6 بند الف ماده 69 قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳ نسخه نویسی به صورت کاغذی مجاز باشد، تعرفه های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.

**ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:**

1- ضریب ریالی جزء حرفه ای کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت کای پایه و معاینه (ویزیت) سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیر تمام وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار و دکترای تخصصی (PhD) معادل چهارصد و ده هزار (۴۱۰.۰۰۰) ریال تعیین می گردد.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **ضریب ریالی جزء حرفه ای** | **سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه** | **سهم بیمار** |
| ١ | کلیه خدمات در بخش بستری و بستری فوریتهای پزشکی | (اورژانس) دارای پرونده و همچنین اقدامات در پرونده های با اقامت کمتر از شش ساعت بر اساس خدمات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی | **1.329.000** | **41.000** |
| ۲ | کلیه خدمات و مراقبت های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده و معاینه (ویزیت) سرپایی برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی | **647.000** | **123.000** |

تبصره- پرداخت به اعضای هیئت علمی پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام وقت جغرافیایی بر اساس آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت جغرافیایی موضوع تصویب نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت ۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰٫۶٫۳ و اصلاحات بعدی آن تعیین میگردد.

3- ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندانپزشکی معادل هشتصد و پنجاه هزار (850**,**۰۰۰) ریال محاسبه میشود.

تبصره 1- سهم پرداخت سازمانهای بیمه گر پایه برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش، معادل هفتاد درصد (70%) رقم مذکور می‌باشد.

تبصره 2- در مراکز دولتی، ضریب ریالی جزء حرفه ای دندانپزشکان غیر تمام وقت، پنجاه درصد (50%) رقم فوق می باشد.

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 (670**,**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 شده اند و معاینه (ویزیت) سرپایی، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند بر مبنای کای واحد و معادل معادل ششصد و هفتاد هزار (670**,**۰۰۰) ریال محاسبه میشود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل هفتصد و سی هزار (730**,**۰۰۰) ریال محاسبه میشود.

7- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل یک میلیون (1.000.000) ریال محاسبه میشود.

**پ - هزینه اقامت هتلینگ در بیمارستانهای بخش دولتی در سال ۱۴۰4، به شرح جدول زیر است:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نوع تخت** | **درجه اعتبار سنجی بیمارستان** | | | |
| **یک** | **دو** | **سه** | **چهار** |
| 1 | اتاق یک تختی | 20.000.000 | 16.000.000 | 12.010.000 | 8.000.000 |
| 2 | اتاق دو تختی | 15.010.000 | 12.010.000 | 9.010.000 | 6.000.000 |
| 3 | اتاق سه تختی و بیشتر | 10.000.000 | 8.000.000 | 6.000.000 | 4.000.000 |
| 4 | هزینه همراه | 2.250.000 | 1.800.000 | 1.350.000 | 900.000 |
| 5 | بخش نوزادان سالم | 5.010.000 | 4.000.000 | 3.000.000 | 2.010.000 |
| 6 | بخش نوزادان بیمار سطح دوم | 10.000.000 | 8.000.000 | 6.000.000 | 4.000.000 |
| 7 | بخش بیماران روانی | 10.000.000 | 8.000.000 | 6.000.000 | 4.000.000 |
| 8 | بخش بیماران سوختگی | 35.300.000 | 28.340.000 | 21.180.000 | 14.120.000 |
| 9 | بخش مراقبتهای بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکته حاد مغزی (SCU) | 23.200.000 | 18.570.000 | 13.920.000 | 9.280.000 |
| 10 | بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU) | 23.200.000 | 18.570.000 | 13.920.000 | 9.280.000 |
| 11 | بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی | 18.200.000 | 14.560.000 | 10.920.000 | 7.280.000 |
| 12 | بخشهای مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه | 46.410.000 | 37.130.000 | 27.850.000 | 18.570.000 |
| 13 | بخش مراقبت های ویژه سوختگی | 51.030.000 | 40.830.000 | 30.620.000 | 20.410.000 |

تبصره1- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخشهای بستری در تخت سوختگی (ردیف (۸) این جدول معادل دوازده درصد (12%) (تعرفه اقامت هتلینگ) در تخت های 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 (6%) تعرفه اقامت (هتلینگ) محاسبه میگردد. فهرست خدمات و لوازم مصرفی مشترک بخشهای بستری توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین میگردد.

تبصره2- پرداخت سازمانهای بیمه گر 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 3- به دانشگاههای علوم پزشکی کشور اجازه داده میشود حداکثر تا بیست درصد (۲۰%) مجموع تختهای بیمارستانهای درجه یک تابعه آن دانشگاه را بر اساس استانداردهای ابلاغی و آیین نامه های نظارتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در قالب بخشهای با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا سقف تعرفه های بخش خصوصی اداره نمایند.

ت- در اجرای بند (ت) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله 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)، بر اساس 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.

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

1- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما / پرستار) در سال ۱۴۰۴ برای پزشکان معادل چهارصد هزار (400.000) ریال به ازای 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 پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، هزینه های برقراری نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می باشند، به شرح زیر تعیین میشود:

الف - هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع میباشند، برای پزشکان متخصص ٫ فوق تخصص بخش دولتی و بخش خصوصی معادل صد در صد (۱۰۰%) یک معاینه (ویزیت) پایه متخصص / فوق تخصص دولتی با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین میشود.

ب- هزینه های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت هماهنگی پذیرش، پایش (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، با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین میشود.

پ - هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می باشند. در بخش فوریتهای پزشکی (اورژانس) بیمارستانی، معادل پنجاه (۵۰%) درصد تعرفه معاینه (ویزیت) پزشک عمومی بخش دولتی، با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین می شود.

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

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

3- سرانه اجرای برنامه پزشکی خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، بر اساس تفاهم نامه سالانه پزشکی خانواده روستایی فی مابین 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 1- در مناطق محروم، سرانه مذکور مطابق با دستور العمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۲) اضافه می گردد.

5- خود پرداخت (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 بیمه شدگان تعیین میشود.

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

1- تعرفه خدمات شایع (گلوبال) اعتیاد و سوء مصرف مواد، بر اساس میزان رشد سرفصل های خدمتی و جزئیات تعرفه های این تصویب نامه و بر اساس شناسنامه و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ خواهد بود.

تبصره1- سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه معادل هفتاد درصد (۷۰%) تعرفه مصوب بخش دولتی میباشد.

تبصره2- بر اساس آیین نامه اجرایی درمان و کاهش اعتیاد معتادان بی بضاعت موضوع تبصره (۲) اصلاحی ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۹۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر، سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه در خصوص معتادان بی بضاعت و کودکان معتاد معادل نود درصد (۹۰%) تعرفه مصوب بخش دولتی میباشد.

تبصره3- هزینه دارو طبق نرخ مصوب سازمان غذا و دارو بر اساس صورتحساب (فاکتور) خرید از بیمه و یا بیمار دریافت میگردد. سقف میزان (دوز) تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۶) میلی گرم و داروی تنتور اپیوم (۱۷) سی‌سی به ازای هر بیمار در روز میباشد. این پوشش صرفاً جهت درمان اختلالات مصرف مواد می باشد.

تبصره4- تعرفه های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۴۰4 ملاک پرداخت هزینه های درمان اعتیاد براساس اعتبارات قانونی مرتبط در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

**2-** تعرفه مراکز اجتماع درمان مدار (TC) در بخش دولتی بر اساس میزان رشد تعرفه های این تصویب نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ابلاغ خواهد شد.

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

**3-** خود پرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰4 به شرح زیر تعیین میشود:

الف- سهم خود پرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع، صفر و برای خدمات سرپایی معادل پانزده درصد (۱۵%) تعیین می شود. ماله التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰%) و برای خدمات بستری تا پانزده (15%) برای خدمات سرپایی بر عهده سازمانهای بیمه گر پایه میباشد. بار مالی مورد نیاز برای پرداخت این ما به التفاوت از محل منابع تعیید شده در قانون بودجه سنواتی تامین میشود.

ب- در راستای اجرای بند (ج) ماده (73) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب 1403، خودپرداخت کلیه خدمات بستری و خدمات بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای ممدجویان 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 و برای بیمه شدگان سه دهک اول درآمدی دو درصد (2%) تعیین می گردد. سازمان های بیمه گر پایه مکلفند صد در صد (100%) تعرفه دولتی در گروه اول و نود و هشت درصد (98%) تعرفه دولتی، در گروه دوم را برای خدمات بستری و بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) پرداخت نمایند. ما به التفاوت تعرفه اقامت (هتلینگ) دو تخته تا تخت عمومی و ما به التفاوت هزینه دارو ملزومات پزشکی و اندام مصنوعی / کمک وسایل پزشکی (پروتز) تا سقف مورد تعهد سازمانهای بیمه گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره دار) از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه تأمین میگه می گردد. این ما به التفاوت بر عهده سازمانهای بیمه گر پایه بوده و صرفاً در قالب نظام ارجاع قابل جبران می باشد.

پ - در راستای اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، سهم خود پرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریتهای پزشکی (اورژانس) دارای پرونده برای بیمه شدگان دهکهای چهار و پنج برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه معادل دو درصد (۲%) تعیین میگردد. سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه برای بیمه شدگان دهک چهار و پنج، معادل نود و هشت درصد (۹۸%) می باشد. ما به التفاوت تا ده درصد (%۱۰) بر عهده سازمانهای بیمه گر پایه میباشد بار مالی مورد نیاز برای ما به التفاوت از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سنواتی تأمین و صرفاً در قالب نظام ارجاع قابل جبران می باشد.

ت- در راستای اجرای بند (ج) ماده (۷۳) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، سهم خود پرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای بیمه شدگان دهکهای شش تا ده، برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه معادل ده درصد (۱۰%) تعیین میگردد. سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه برای بیمه شدگان دهک شش الی ده معادل نود درصد (۹۰٪) میباشد.

ث - سهم خود پرداخت (فرانشیز) بیماران بستری و بستری فوریتهای پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای بیمه شدگان بالای (۶۵) سال شامل بازنشستگان معلولین و بیماران فوتی در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی برای خدمات تحت پوشش بیمه پایه صرفاً در قالب نظام ارجاع قابل جبران، صفر تعیین میگردد. همچنین ما به التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران تا ده درصد (۱۰%) از محل منابع تعیین شده در قانون بودجه سالیانه تأمین می گردد. سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه در بخش بستری و بستری فوریتهای پزشکی (اورژانس) دارای پرونده برای این گروه ها صد درصد (۱۰۰%) می باشد.

ج- خود پرداخت (فرانشیز) بیماران خاص و صعب العلاج برای مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و بیمه شدگان 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 بسته بیماریهای مذکور رایگان خواهد بود و صد درصد (۱۰۰%) هزینه مربوطه بر اساس تعرفه دولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می گردد.

چ - سهم خود پرداخت 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 (نشان دار در قالب سامانه های الکترونیکی) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی، صفر میباشد. سازمانهای بیمه گر پایه مکلفند هزینه های خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی این بیماران و همچنین مراقبتهای پیگیری را معادل صد درصد (۱۰۰%) تعرفه دولتی برای کلیه خدمات بسته بیمه پایه پرداخت نمایند. ما به التفاوت تعرفه اقامت (هتلینگ) دو تخته تا تخت عمومی و مابه التفاوت هزینه دارو، ملزومات پزشکی و اندام مصنوعی / کمک وسایل پزشکی (پروتز) تا سقف مورد تعهد سازمانهای بیمه گر پایه و همچنین خدمات فاقد پوشش که جنبه درمانی دارند (خدمات ستاره دار) پس از کسر سهم بیمه های تکمیلی طرف قرارداد بر عهده سازمانهای بیمه گر پایه بوده و صرفاً در قالب نظام ارجاع قابل جبران میباشد. بار مالی مورد نیاز برای ما به التفاوت از محل منابع تعیین شده در بودجه سنواتی تأمین می شود.

ح- سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریتهای پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰%) در مراجعه به بخش دولتی تعیین میشود.

خ- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰ خود پرداخت (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 می باشد. سازمانهای بیمه گر پایه مکلفند صد درصد (۱۰۰%) تعرفه دولتی برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت های پزشکی (اورژانس) شامل معاینه (ویزیت) آزمایشگاه تصویر برداری و توانبخشی و همچنین خدمات بستری و بستری فوریتهای پزشکی اورژانس را پرداخت نمایند.

د- به سازمانهای بیمه گر پایه اجازه داده میشود بر اساس منابع مالی مصوب کودکان بستری های طولانی مدت در بخشهای مراقبت ویژه بیماران خاص و صعب العلاج و برای بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی در شهرهای فاقد مراکز ملکی نسبت به کاهش سهم بیمار اقدام نمایند.

ه - سهم خود پرداخت (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 1- سهم خود پرداخت (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 بیمه گر پایه پرداخت میشود.

تبصره ۲- سهم خود پرداخت (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 می گردد.

تبصره 3- 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 سرپایی به میزان صد درصد (%۱۰۰) می باشد.

تبصره ۴- سهم خود پرداخت (فرانشیز) معاینه (ویزیت) دندانپزشک جهت بیمه شدگان تحت پوشش صندوق روستاییان و عشایر و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر، صفر تعیین می گردد.

و- خود پرداخت (فرانشیز) بسته خدمات سلامت دهان و دندان برای این بیمه شدگان، در گروه های 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 تعرفه های موضوع این تصویب نامه 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.

3- حق سرانه بیمه خدمات درمانی بیمه شدگانی که مشمول پرداخت حق بیمه بر اساس 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.

4- 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- ما به التفاوت اصلاح نرخ ارز ترجیحی مؤثر در ارائه خدمات شامل خدمات آزمایشگاهی، تصویر برداری (رادیولوژی) پرتو درمانی (رادیوتراپی)، پزشکی هسته ای، اقامت (هتلینگ) و جزء فنی اتاق عمل در محاسبات تعرفه لحاظ گردیده است.

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 (90%) تعرفه این خدمت تحت پوشش سازمانهای بیمه گر پایه می باشد.

7- تعرفه خدمات پزشکی و پرستاری در منزل در بخش دولتی معادل شصت درصد (60%) تعرفه خدمات مذکور در بخش خصوصی تعیین میشود.

8- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، سازمانهای بیمه گر پایه با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظفند نسبت به نشان دار نمودن مادران باردار جهت ارائه و پوشش خدمات دوران بارداری مبتنی بر برنامه های ابلاغی سلامت مادران اقدام و گزارش ماهانه اقدامات انجام شده را به وزارت یاد شده ارسال نمایند.

9- دریافت تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس این تصویب نامه، صرفاً مشمول مراکز وابسته به دانشگاه ها دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میباشد.

10- این تصویب نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۴ لازم الاجرا است.