



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 ۱۴۰۲/۱/۱۶ 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 ۱۴۰۲ 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	۳۰۳,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۳۷۷,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۴۵۸,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۴۷۸,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۵۶۹,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۲۵۹,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۲۱۱,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از هفت 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 نسخه‌پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که مطابق بند (ط) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور به دلیل بروز شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری، قطعی اینترنت، قطعی برق و اختلال در زیرساخت‌های ارتباطی امکان ثبت و پردازش نسخه الکترونیکی وجود ندارد و نسخه‌نویسی به صورت کاغذی با درج شماره (کد) ملی بیمار انجام می‌گردد، تعرفه‌های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.

تبصره ۳- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می‌باشند.



تصویب نامه هیئت وزیران

ب- 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	۵۲۷,۸۰۰
		سهم بیمه شده	۱۱۳,۱۰۰
		جمع کل	۶۴۰,۹۰۰
۲	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	سهم سازمان	۶۴۱,۲۰۰
		سهم بیمه شده	۱۳۷,۴۰۰
		جمع کل	۷۷۸,۶۰۰
۳	پزشکان متخصص روانپزشکی	سهم سازمان	۶۶۹,۲۰۰
		سهم بیمه شده	۱۴۳,۴۰۰
		جمع کل	۸۱۲,۶۰۰
۴	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	سهم سازمان	۷۹۶,۶۰۰
		سهم بیمه شده	۱۷۰,۷۰۰
		جمع کل	۹۶۷,۳۰۰

تبصره- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از هفت سال تمام، برای کلیه گروه‌های پزشکی این جدول، 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 غیر تمام وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار و دکترای تخصصی (PhD)، معادل دویست و یک هزار (۲۰۱,۰۰۰) ریال تعیین می‌شود.
- ۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به شرح زیر تعیین می‌شود:

ردیف	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای	سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه مبلغ (ریال)
۱	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی	۶۷۶,۹۰۰
۲	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی	۳۳۱,۷۰۰

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 می‌شود.



تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۲ / ۱ / ۲۹

تبصره ۲- پرداخت به اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام وقت جغرافیایی براساس آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت، موضوع تصویب نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت/۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ تعیین می شود.

۳- ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندانپزشکی معادل چهارصد و سی و چهار هزار (۴۳۴,۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۴- ضریب ریالی جزء فنی کلیه خدمات و مراقبت های سلامت مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (به استثنای خدمات مندرج در بند (۵)) معادل دویست و نود و چهار هزار (۲۹۴,۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

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 کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارائه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل سیصد و هفده هزار (۳۱۷,۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل سیصد و هفده هزار (۳۱۷,۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۷- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل سیصد و بیست و شش هزار (۳۲۶,۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش دولتی در سال ۱۴۰۲، به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۹,۱۹۶,۰۰۰	۷,۳۵۸,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۶,۹۰۱,۰۰۰	۵,۵۲۲,۰۰۰	۴,۱۴۲,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۱,۰۳۴,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۶۲۱,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۲,۳۰۳,۰۰۰	۱,۸۴۱,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	۹۲۲,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۱۶,۲۳۲,۰۰۰	۱۲,۹۸۶,۰۰۰	۹,۷۴۰,۰۰۰	۶,۴۹۴,۰۰۰
۹	بخش مراقبت های بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکتة حاد مغزی (SCU)	۱۰,۶۶۹,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰	۶,۴۰۰,۰۰۰	۴,۲۶۶,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU)	۱۰,۶۶۹,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰	۶,۴۰۰,۰۰۰	۴,۲۶۶,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی	۸,۳۶۷,۰۰۰	۶,۶۹۳,۰۰۰	۵,۰۱۹,۰۰۰	۳,۳۴۸,۰۰۰
۱۲	بخش های مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۲۱,۳۳۹,۰۰۰	۱۷,۰۷۱,۰۰۰	۱۲,۸۰۵,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰
۱۳	بخش مراقبت های ویژه سوختگی	۲۳,۴۶۳,۰۰۰	۱۸,۷۷۲,۰۰۰	۱۴,۰۸۱,۰۰۰	۹,۳۸۴,۰۰۰



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۲ / ۱۱ / ۲۹

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 مذکور) 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 می‌شود.

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- 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 ۱۴۰۲ برای پزشکان معادل یکصد و پنجاه و چهار هزار و دویست (۱۵۴۲۰۰) ریال به‌ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می‌شود.

۲- سرانه اجرای طرح پزشک خانواده روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از (۲۰) هزار نفر، معادل دویست و سی و هفت هزار و سیصد (۲۳۷۳۰۰) 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 دوازده هزار و پانصد (۱۱۲۵۰۰) ریال تعیین می‌شود.
تبصره- در مناطق محروم سرانه مذکور مطابق با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۲) اضافه می‌شود.

۴- خودپرداخت (فرانشیز) مراجعه بیماران به پزشک خانواده حداکثر نود هزار (۹۰۰۰۰) 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 ۱۴۰۲:

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



تصویب نامه هیئت وزیران

شماره.....
تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

تبصره ۲- براساس 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 سازمان های بیمه گر پایه در خصوص معتادان بی بضاعت و کودکان معتاد، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می باشد.

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

تبصره ۴- تعرفه های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۴۰۲ ملاک پرداخت هزینه های درمان اعتیاد براساس اعتبارات قانونی مرتبط در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان مدار (TC) در بخش دولتی در سال ۱۴۰۲ به شرح جدول زیر تعیین می شود:

کد ملی	عنوان	مبلغ (ریال)	
		ماهانه	روزانه
۹۵۰۰۵۰	هزینه فعالیت و ارائه خدمات درمان مراکز اجتماع درمان مدار (TC) (با ظرفیت (۳۰) نفر مقیم)	۲۲,۲۰۰,۰۰۰	۷۴۰,۰۰۰

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.

۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۲ به شرح زیر تعیین می شود:
الف- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قلب نظام ارجاع و خدمات بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) معادل پنج درصد (۵٪) و برای سایر بیمه شدگان، معادل ده درصد (۱۰٪) و برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می شود.

ب- سهم پرداختی سهامان های بیمه گر پایه در بخش سرپایی و سرپایی فوریت های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) معادل هفتاد درصد (۷۰٪) و در بخش بستری و بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خواهد بود.

پ- خودپرداخت (فرانشیز) مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و مددجویان سازمان بهزیستی کشور و بیمه شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر، در صورت دریافت خدمات بستری و بستری فوریت های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) در مراکز دولتی در قالب نظام ارجاع صفر می باشد. نود و پنج درصد (۹۵٪) هزینه خدمات تحت پوشش بیمه های پایه و ملایه تفاوت قیمت دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی برای موارد تحت پوشش بیمه پایه به طور کامل توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می گردد.

تبصره ۱- تا زمان راه اندازی 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.



تصویب نامه هیئت وزیران

تبصره ۲- خودپرداخت (فرانشیز) کلیه مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و بیمه شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از 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 می باشد. مابه التفاوت تعرفه دولتی و تعرفه بخش مربوط 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 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 صددرصد (۱۰۰٪) هزینه مربوط براساس تعرفه دولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌شود.

ت- 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.

ث- 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 می‌شود.

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 می‌شود.

ج- 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 می‌شود.

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 بیمه‌شدگان مذکور، 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.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره
تاریخ ۱۴۰۲ / ۱۱ / ۲۹

- ۳- حق سرانه بیمه خدمات درمانی بیمه شدگانی که مشمول پرداخت حق بیمه براساس درصدی از حقوق و دستمزد نمی باشند، مبلغ یک میلیون و یکصد و نود و شش هزار (۱٫۱۹۶٫۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می شود.
- ۴- حق سرانه در سال ۱۴۰۲ برای اتباع و مهاجرین خارجی، مبلغ دو میلیون و یکصد و نود و هفت هزار (۲٫۱۹۷٫۰۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می شود.
- ۵- تعرفه ارائه خدمت در بانک شیر مادر جهت نوزادان بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش های مراقبت ویژه نوزادان و نوزادان بیمار سطح دوم به ازای هر (۱۰۰) سی سی شیر مبلغ هشتصد و چهل و شش هزار (۸۴۶٫۰۰۰) ریال تعیین می شود. نود درصد (۹۰٪) تعرفه این خدمت تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه می باشد.
- ۶- به بیمارستان های درجه یک بخش دولتی کشور در مناطق محروم و غیرمحروم اجازه داده می شود، حداکثر تا ده درصد (۱۰٪) تخت های خود را براساس استانداردهای ابلاغی و آیین نامه های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا سقف تعرفه های بخش خصوصی اداره نمایند.
- ۷- در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت - مصوب ۱۴۰۰- سازمان های بیمه گر 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 برنامه های ابلاغی سلامت مادران اقدام و گزارش ماهانه اقدامات انجام شده را به وزارت یادشده ارسال نمایند.
- ۸- 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 می باشد.
- ۹- این تصویب نامه از اول فروردین ماه سال ۱۴۰۲ لازم الاجرا است.

محمد مخبر
معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس مجلس شورای اسلامی، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، دبیرخانه ستاد کل نیروهای مسلح، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت های قوانین و نظارت مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، معاونت های رئیس جمهور، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود.