



سازمان تامین اجتماعی
مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۱۱۲/۱۴۰۳/۱۰۳
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پوست:

حوزه: معاونت درمان

موضوع: تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۳

مدیر محترم درمان تامین اجتماعی استان...

باسلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

احتراما؛ به پیوست تصویر نامه شماره ۱۴۲/۲۴ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ و نامه شماره ۱۴۲/۱۹ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منضم به موارد مشروح ذیل ارسال می‌گردد:

۱- تصویب نامه‌های شماره ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ هیئت محترم وزیران موضوع تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی به ترتیب در بخش‌های دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه و عمومی غیردولتی

۲- تصویب نامه شماره ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ هیئت محترم وزیران در خصوص تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره در بخش‌های دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه و عمومی غیر دولتی

۳- تصویب نامه شماره ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ هیئت محترم وزیران در خصوص تعرفه بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری

۴- تصویب نامه شماره ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ هیئت محترم وزیران در خصوص اصلاحات کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت

۵- تصویب نامه شماره ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ هیئت محترم وزیران در خصوص حق بیمه درمان

۶- فایل به روز رسانی شده کدینگ جامع خدمات و مراقبت‌های سلامت

مقتضی است با رعایت نکات زیر و برابر ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد.

شماره: ۱۳۷/۱۴۰۳/۱۱۶
 تاریخ: ۱۴۰۳ / ۲ / ۱۶
 پست:

بسمتعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

«بخشنامه»

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی

الف- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی:

تعارفه (ریال)	شرح خدمت
۴۴۹,۰۰۰	پزشکان، دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار
۵۵۸,۰۰۰	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۶۷۸,۰۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۷۰۸,۰۰۰	پزشکان متخصص روان پزشکی
۸۴۲,۰۰۰	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۳۸۴,۰۰۰	کارشناس ارشد پروانه دار
۳۱۳,۰۰۰	کارشناس پروانه دار

تبصره یک- 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. تعرفه‌های مربوط به این تبصره به شرح جدول ذیل می‌باشد:

تعارفه (ریال)	شرح خدمت
۶۶۹,۶۰۰	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۸۱۳,۶۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۸۴۹,۶۰۰	پزشکان متخصص روان پزشکی
۱,۰۱۰,۴۰۰	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی

تبصره دو- کلیه ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که به هر دلیل بر اساس بودجه سالیانه کل کشور، نسخه‌نویسی به صورت کاغذی مجاز باشد، تعرفه‌های این جداول قابل محاسبه و اخذ است.

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



سازمان تاهین اجتماعی

مدیرعال

بسمتعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۱۲ / ۱۴۰۳ / ۱۳۳

تاریخ: ۱۴۰۳ / ۲ / ۱۶

موضوع:

«بخشنامه»

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:

مبلغ (ریال)	سهام	ارزیابی و معاینه (ویزیت)
۸۶۷,۰۰۰	سازمان	پزشکان، دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۱۵۸,۴۰۰	بیمه شده	
۱,۰۲۵,۴۰۰	جمع کل	
۱,۰۵۳,۵۰۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۱۹۲,۳۰۰	بیمه شده	
۱,۲۴۵,۸۰۰	جمع کل	
۱,۰۹۹,۵۰۰	سازمان	پزشکان متخصص روان پزشکی
۲۰۰,۷۰۰	بیمه شده	
۱,۳۰۰,۲۰۰	جمع کل	
۱,۳۰۸,۶۰۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۲۳۹,۱۰۰	بیمه شده	
۱,۵۴۷,۷۰۰	جمع کل	

تبصره: 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 به شرح جدول ذیل افزایش می‌یابد:

مبلغ (ریال)	سهام	ارزیابی و معاینه (ویزیت)
۱,۰۴۰,۴۰۰	سازمان	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۱۹۰,۰۸۰	بیمه شده	
۱,۲۳۰,۴۸۰	جمع کل	
۱,۲۶۴,۲۰۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۲۳۰,۷۶۰	بیمه شده	
۱,۴۹۴,۹۶۰	جمع کل	

شماره: ۱۳۸۱۲/۳۱۴
 تاریخ: ۱۴۰۳/۲۱/۱۶
 پوست:

بسم تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

«بخشنامه»

۱,۳۱۹,۴۰۰	سازمان	پزشکان متخصص روان پزشکی
۲۴۰,۸۴۰	بیمه شده	
۱,۵۶۰,۲۴۰	جمع کل	
۱,۵۷۰,۳۲۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۲۸۶,۹۲۰	بیمه شده	
۱,۸۵۷,۲۴۰	جمع کل	

تعرفه ویزیت‌های سرپایی مندرج در تبصره (یک) بند (الف) و تبصره بند (ب)، مطابق فایل اکسل کدینگ جامع خدمات و مراقبت‌های سلامت (فایل پیوست)، ابلاغی طی نامه شماره ۱۴۲/۱۹ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با کدهای ۹۷۷۰۰۰ تا ۹۷۷۰۳۶ قابل ثبت می‌باشند.

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 پروانه‌دار و دکترای تخصصی (PhD)، معادل سیصد و دو هزار (۳۰۲,۰۰۰) ریال می‌باشد.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به شرح جدول زیر می‌باشد:

مبلغ (ریال)	سهام	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای
۹۸۰,۸۰۰	سازمان	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی
۳۰,۲۰۰	بیمه شده	
۱,۰۱۱,۰۰۰	جمع کل	
۴۷۷,۴۰۰	سازمان	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی
۹۰,۶۰۰	بیمه شده	
۵۶۸,۰۰۰	جمع کل	



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

بسم تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۱۱۲/۱۴۰۳/۱۳
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پوست:

تبصره یک: مبلغ خودپرداخت (فرانشیز) بیمه شده بر اساس بند (۲) این بخشنامه 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 (۳۰۲,۰۰۰ ریال) محاسبه می‌شود. تبصره دو: پرداخت به اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD)، تمام وقت جغرافیایی براساس آیین‌نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت، موضوع تصویب‌نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت/۵۹۰۷۳-هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ و اصلاحات بعدی آن می‌باشد.

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 ارایه شود، بر مبنای کای واحد و معادل چهارصد و بیست و هشت هزار (۴۲۸,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل چهارصد 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.



سازمان تأمین اجتماعی
مدیرعامل

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۱۳۸/۱۶۰۳/۱۱۶
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پوست:

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

ردیف	نوع تخت	درجه اعتبار بخشی بیمارستان (ارقام به ریال)			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۱۲,۴۱۵,۰۰۰	۹,۹۳۳,۰۰۰	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 نوزاد سالم	۳,۱۰۹,۰۰۰	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 مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکنه 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 (Post CCU)	۱۱,۲۹۵,۰۰۰	۹,۰۳۶,۰۰۰	۶,۷۷۶,۰۰۰	۴,۵۲۰,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ICU, PICU, NICU, RCU)	۲۸,۸۰۸,۰۰۰	۲۳,۰۴۶,۰۰۰	۱۷,۲۸۷,۰۰۰	۱۱,۵۲۴,۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی (BICU)	۳۱,۶۷۵,۰۰۰	۲۵,۳۴۲,۰۰۰	۱۹,۰۰۹,۰۰۰	۱۲,۶۶۸,۰۰۰

تبصره یک- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در تخت سوختگی (ردیف (۸) این جدول) معادل دوازده درصد (۱۲٪) تعرفه اقامت (هتلینگ) مربوطه، در تخت‌های مراقبت ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ردیف (۱۲) جدول مذکور) معادل چهار و دو دهم درصد (۴,۲٪) تعرفه تخت موصوف، در تخت مراقبت‌های ویژه سوختگی (ردیف (۱۳) جدول فوق) معادل هشت و چهار دهم 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 تعیین می‌گردد.



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

بسمتعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۱۲/۱۴۳/۱۳۳
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پوست:

«بخشنامه»

تبصره دو- پرداخت سازمان برای ردیف‌های (۱) و (۲) جدول موضوع این بند، برمبنای تعرفه اقامت (هتلینگ) اتاق سه تختی و بیشتر (ردیف ۳ جدول مذکور) در بخش دولتی می باشد.

تبصره سه- 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 تامین می‌گردد و مراکز درمانی حق ارجاع بیماران جهت تهیه اقلام و خدمات فوق خارج از زنجیره ارجاع به بیرون از مرکز را ندارد.

ث - تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال)، براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزییات تعرفه‌های تصویب‌نامه شماره ۹۶۸۸/ت/۶۲۴۹۱ هـ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ هیئت محترم وزیران توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت محاسبه و ابلاغ خواهد گردید.

ج - سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۳:

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/ پرستار) در سال ۱۴۰۳ معادل دویست و بیست و سه هزار و ششصد (۲۲۳,۶۰۰) ریال به ازای 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.

چ- تعرفه خدمات و مراقبت‌های پرستاری بر اساس مصوبه شماره ۷۵۹۳/ت/۶۲۴۵۳ هـ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ هیئت محترم وزیران و مفاد نامه شماره ۱۴۲/۱۹ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قابل اجرا می‌باشد.

ح- تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره برای بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی بر اساس تصویب نامه شماره ۹۶۹۰/ت/۶۲۴۸۷ هـ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ هیئت محترم وزیران تعیین شده است. مبنای پرداخت سازمان در این خصوص تعرفه‌های بخش دولتی خواهد بود.

۲- خود پرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۳ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف - سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران برای جدول ذیل بند (۱-الف) در صورت پوشش بیمه پایه، معادل سی درصد (۰/۳۰) است.

ب - سهم پرداختی سازمان [به استثنای موارد ذکر شده در جدول ضریب ریالی جزء حرفه‌ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی ذیل بند (پ-۲)]، برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس- فاقد پرونده) معادل هفتاد درصد (۰/۷۰) و برای خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس- دارای پرونده) معادل نود درصد (۰/۹۰) تعرفه دولتی است.



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

بسم تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۱۱۲/۳۰۳/۱۳۹۷
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پوست:

پ- مبنای تعرفه ارایه خدمت در مراکز درمانی ملکی سازمان تعرفه عمومی غیر دولتی می باشد که سهم سازمان های بیمه گر پایه معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش بستری و معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش سرپایی می باشد. مابه التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش عمومی غیردولتی در مراکز ملکی بر عهده بیمه شدگان سایر سازمان های بیمه گر پایه است.

تبصره - در صورتی که بیمارستان ملکی سازمان تنها مرکز ارایه دهنده خدمات بستری در شهرستان باشد، مبنای تعرفه خدمات بستری و بستری موقت بر اساس تعرفه دولتی خواهد بود.

ت - سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب 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 گردد.

ث - سهم خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه 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٪) خواهد بود.

ج - سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای معاینه (ویزیت سرپایی) سطح دو در مسیر نظام ارجاع، معادل ده درصد (۱۰٪) تعرفه همان بخش تعیین می گردد و نود درصد (۹۰٪) باقیمانده بر اساس تعرفه همان بخش توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

تبصره- در صورت ارایه پس خوراند، معادل تعرفه یک ویزیت دولتی در بخش دولتی و نصف تعرفه یک ویزیت دولتی در سایر بخش ها، از سوی سازمان های بیمه گر پرداخت می گردد.

چ- بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان تامین اجتماعی در شهرستان های فاقد بیمارستان ملکی مطابق بند یک دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ موضوع طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان از پرداخت مبلغ خود پرداخت (فرانشیز) خدمات در تعهد در بخش بستری معاف می باشند.

ح- بیمه شدگان و مستمری بگیران اصلی و تبعی سازمان که در زمان بستری دارای ۶۵ سال سن و بالاتر هستند مطابق بند دو دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ و همچنین بند یک صورتجلسه یک هزار و نهصد و هشتاد و هشتادمین جلسه هیئت مدیره محترم سازمان به شماره ۱۱۰۰/۱۴۰۰/۴۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۲، (موضوع طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان) از پرداخت مبلغ خودپرداخت (فرانشیز) ده درصد (۱۰٪)



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

بسمتعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۱۱۶/۱۴۰۳/۱۳
تاریخ: ۱۴۰۳/۲/۱۶
پست:

خدمات بستری در تعهد در بیمارستان‌های منتخب دولتی / دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / نیروهای مسلح / شرکت نفت معاف می‌باشند.

۱- با توجه به لزوم اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰، کلیه هزینه‌های خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل معاینه (ویزیت)، آزمایشگاه، تصویربرداری و توانبخشی و همچنین خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) در خصوص شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و غربالگری نوزادان (به استثنای داروی سرپایی) در مراجعه به مراکز دولتی دانشگاهی تا سقف مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط سازمان تامین اجتماعی پرداخت می‌شود.

۳- پرداخت سازمان به مراکز طرف قرارداد و در واحد خسارت متفرقه جهت بیمه‌شدگانی که به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نموده‌اند، به استثنای خدمات درمان ناباروری موضوع مصوبه شماره ۹۱۳۵۲/ت۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ هیئت محترم وزیران و خدمت دیالیز، بر اساس تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی خواهد بود.

۴- بیمارستان‌های درجه یک ملکی مجاز هستند با مجوز معاونت درمان حداکثر تا ده (۱۰٪) تخت‌های خود را بر اساس 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.

۵- در مراکز درمانی ملکی سازمان، ملاک عمل برای محاسبه عملکرد و پرداخت حق الزحمه پزشکان، مفاد مندرج در ذیل بند (ب) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (پرکیس) به پزشکان شاغل در واحدهای تابعه سازمان تامین اجتماعی، موضوع نامه‌های شماره ۲۱۰۰/۱۴۰۲/۲۷۴ مورخ ۱۴۰۲/۰۳/۱۰ و ۱۴۰۲/۱۳۷۳ مورخ ۲۰۰۰/۱۴۰۲/۲۵۸۳ و ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ مورخ ۲۰۰۰/۱۴۰۲/۰۹/۲۲ معاونت برنامه ریزی، مالی و پشتیبانی سازمان می‌باشد.

۶- این بخشنامه از ابتدای فروردین‌ماه سال ۱۴۰۳ لازم‌الاجرا می‌باشد.

۷- مسئولیت حسن اجرای این بخشنامه بر عهده معاون درمان، معاون برنامه ریزی، مالی و پشتیبانی و مدیران درمان استان‌ها می‌باشد.

میراثم موملوی