



«بخشنامه»

حوزه: معاونت درمان

موضوع: تعرفه های تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۱

مدیر محترم درمان تأمین اجتماعی استان / منطقه ...

باسلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

به پیوست تصویر تصویب نامه های شماره ۲۱۲۵۷/ت/۵۹۸۰۱ هـ ۲۱۲۳۹/ت/۵۹۸۰۱ هـ ۲۱۲۳۲/ت/۵۹۸۰۱ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۲، ۱۴۰۱/۰۳/۳۱، ۱۴۰۱/۰۳/۰۲ مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۰۲ هیات محترم وزیران، موضوع تعرفه های تشخیصی و درمانی بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه و عمومی غیر دولتی که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور و تایید سازمان برنامه و بودجه کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور - مصوب سال ۱۳۹۵ - برای سال ۱۴۰۱ به تصویب رسیده است ارسال می گردد. مقتضی است دستور فرمایید با رعایت نکات زیر و برابر ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد.

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی

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

تعارفه (ریال)	شرح خدمت
۲۳۳,۰۰۰	پزشکان، دندان پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار
۲۹۰,۰۰۰	پزشکان و دندان پزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) و پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هجده سال و بالاتر
۳۴۸,۰۰۰	پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال
۳۵۲,۰۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هجده سال و بالاتر
۴۲۲,۰۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال
۳۶۸,۰۰۰	پزشکان متخصص روان پزشکی
۴۳۸,۰۰۰	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۱۹۹,۰۰۰	کارشناس ارشد پروانه دار
۱۶۲,۰۰۰	کارشناس پروانه دار

تبصره یک- بر اساس تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، کلیه ارائه کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه نویسی و نسخ پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که به هردلیل بر اساس جزء های (۲) و (۳) بند (ک) تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، نسخه نویسی به صورت کاغذی امکان پذیر باشد، تعرفه های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.



«بخشنامه»

تبصره دو- درج شماره (کد) تشخیصی بر اساس شماره‌بندی (کدینگ) استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در برنامه نسخه الکترونیکی سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش سرپایی و بستری الزامی می‌باشد.

ب- ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیات علمی و پزشکان درمانی (به استثنای پزشکان عمومی) تمام‌وقت جغرافیایی، به شرح جدول زیر است:

ارزیابی و معاینه (ویزیت)		مبلغ (ریال)	سهم
پزشکان و دندان‌پزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) و پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هجده سال و بالاتر		۴۰۶,۰۰۰	سازمان
		۸۷,۰۰۰	بیمه‌شده
		۴۹۳,۰۰۰	جمع کل
پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال		۴۸۷,۲۰۰	سازمان
		۱۰۴,۴۰۰	بیمه‌شده
		۵۹۱,۶۰۰	جمع کل
پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هجده سال و بالاتر		۴۹۲,۸۰۰	سازمان
		۱۰۵,۶۰۰	بیمه‌شده
		۵۹۸,۴۰۰	جمع کل
پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال		۵۹۰,۸۰۰	سازمان
		۱۲۶,۶۰۰	بیمه‌شده
		۷۱۷,۴۰۰	جمع کل
پزشکان متخصص روان‌پزشکی		۵۱۵,۲۰۰	سازمان
		۱۱۰,۴۰۰	بیمه‌شده
		۶۲۵,۶۰۰	جمع کل
پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی		۶۱۳,۲۰۰	سازمان
		۱۳۱,۴۰۰	بیمه‌شده
		۷۴۴,۶۰۰	جمع کل

تبصره- خرید خدمت ویزیت سرپایی تخصصی از دکتری تخصصی در علوم پایه دارای پروانه و پزشکان عمومی دارای مدرک تخصصی در علوم پایه در بخش سرپایی مجاز نمی‌باشد.

پ- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان تمام‌وقت به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:



«بخشنامه»

مبلغ (ریال) سهام سازمان‌های بیمه‌گر پایه	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای
۴۸۸,۱۰۰	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیات علمی تمام‌وقت جغرافیایی
۲۲۱,۳۰۰	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) (فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیات علمی تمام‌وقت جغرافیایی

تبصره یک: مبلغ خودپرداخت (فرانشیز) بیمه‌شده بر اساس 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 (۱۴۹,۰۰۰ ریال) محاسبه و به ارقام فوق اضافه می‌گردد.

تبصره دو: در خصوص پرونده‌های بستری موقت غیر اورژانس مانند اندوسکپی، سنگ‌شکن برون‌پیکری، تزریق ریتوکسیماب، دیالیز، شیمی‌درمانی و... صرفاً تعرفه حق‌الزحمه در بخش سرپایی قابل محاسبه و پرداخت است.
۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت (کای پایه)، برای پزشکان و اعضای هیات علمی غیر تمام‌وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه‌دار و دکترای تخصصی (PhD)، معادل یکصد و چهل و نه هزار (۱۴۹,۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

تبصره - نحوه محاسبه و پرداخت به کارشناسان، کارشناسان ارشد پروانه دار و دکترای تخصصی متعاقباً از سوی سازمان ابلاغ خواهد گردید.

۳- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی جهت دندان‌پزشکان تمام‌وقت معادل سیصد و شصت و دو هزار (۳۶۲,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

تبصره - ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی برای دندان‌پزشکان غیر تمام‌وقت در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی به استناد تبصره (۴) ماده (پ) ذیل بند (۱) تصویب‌نامه شماره ۹۸۲۲۴/ت/۵۸۱۳۹ هـ تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ هیات محترم وزیران، معادل ۵۰ درصد (۱۸۱,۰۰۰ ریال) از ضریب ریالی جزء حرفه‌ای خدمات دندانپزشکی برای دندان‌پزشکان تمام‌وقت 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 دویست و هجده هزار (۲۱۸,۰۰۰) 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 دویست و سی و پنج هزار (۲۳۵,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.



«بخشنامه»

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندانپزشکی معادل دویست و سی و پنج هزار (۲۳۵,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.
۷- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندانپزشکی معادل دویست و هفتاد و دو هزار (۲۷۲,۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۴۰۱، به شرح جدول زیر می‌باشد:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتبار بخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۶,۸۱۲,۰۰۰	۵,۴۵۰,۰۰۰	۴,۰۸۹,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۵,۱۱۲,۰۰۰	۴,۰۹۰,۰۰۰	۳,۰۶۸,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۳,۴۰۶,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۱,۳۶۲,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۷۶۶,۰۰۰	۶۱۲,۰۰۰	۴۶۰,۰۰۰	۳۰۶,۰۰۰
۵	بخش نوزاد سالم	۱,۷۰۶,۰۰۰	۱,۳۶۴,۰۰۰	۱,۰۲۲,۰۰۰	۶۸۳,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۳,۴۰۶,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۱,۳۶۲,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۳,۴۰۶,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۱,۳۶۲,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۱۲,۰۲۴,۰۰۰	۹,۶۱۹,۰۰۰	۷,۲۱۵,۰۰۰	۴,۸۱۰,۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سक्ته حاد مغزی (SCU)	۷,۹۰۳,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰	۴,۷۴۱,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)	۷,۹۰۳,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰	۴,۷۴۱,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی (Post CCU)	۶,۱۹۸,۰۰۰	۴,۹۵۸,۰۰۰	۳,۷۱۸,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ICU, PICU, NICU, RCU)	۱۵,۸۰۷,۰۰۰	۱۲,۶۴۵,۰۰۰	۹,۴۸۵,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی (BICU)	۱۷,۳۸۰,۰۰۰	۱۳,۹۰۵,۰۰۰	۱۰,۴۳۰,۰۰۰	۶,۹۵۱,۰۰۰

تبصره یک- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری (۶ درصد خدمات پرستاری)، در صورت محاسبه هزینه بر مبنای تخت روز سوختگی معادل دوازده درصد (۱۲٪) تعرفه مذکور (ردیف ۸ این جدول)، تخت مراقبت‌های ویژه معادل چهار و دو دهم درصد (۴,۲٪) تعرفه تخت موصوف [ردیف‌های (۱۲) و (۱۳) جدول مذکور] و در سایر بخش‌ها 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.



«بخشنامه»

تبصره دو- 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) در بخش دولتی خواهد بود.

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 ندارند.

ث - تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال)، بر اساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزییات تعرفه‌های این تصویب‌نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت محاسبه و ابلاغ خواهد گردید.

ج - سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۱:

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۱ برای پزشکان دو نوبت کاری (شیفت) معادل یکصد و هجده هزار و ششصد (۱۱۸,۶۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می‌شود.

۲- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۱ برای پزشکان تک نوبت کاری (شیفت) معادل یکصد هزار و نهصد (۱۰۰,۹۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می‌شود.

تبصره- میزان افزایش سرانه سال ۱۴۰۱ 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) می‌باشد و مابه‌التفاوت سرانه سال ۱۴۰۱ این گروه از پزشکان تک نوبت کاری (شیفت) توسط سازمان بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

۲- خود پرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۱ به شرح زیر تعیین می‌شود:

۱-۲- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران برای جدول ذیل بند (۱-الف) در صورت پوشش بیمه‌ای، معادل سی درصد (۳۰٪) است.

۲-۲- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه [به استثنای موارد ذکر شده در جدول ضریب ریالی جزء حرفه‌ای پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی ذیل بند (پ-۱)]، 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.



«بخشنامه»

۲-۳- سهم سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خرید خدمت از مراکز درمانی ملکی سازمان، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش بستری و معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش سرپایی می‌باشد. مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش عمومی غیردولتی در مراکز ملکی از بیمه‌شدگان سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه دریافت خواهد شد.

تبصره - در صورتی که بیمارستان ملکی سازمان تنها مرکز ارائه دهنده خدمات بستری در شهرستان باشد، مبنای تعرفه خدمات بستری و بستری موقت بر اساس تعرفه دولتی و مبنای محاسبه و پرداخت اینگونه خدمات به پزشکان نیز معادل تعرفه دولتی خواهد بود.

۲-۴- 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 سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس-فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌گردد.

تبصره - مابه‌التفاوت خودپرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران برای سایر بیمه‌شدگان، 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 تامین می‌شود.

۲-۵- 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.

۲-۶- 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 می‌گردد.

تبصره - در صورت ارائه پس‌خوراند، معادل تعرفه یک ویزیت دولتی در بخش دولتی و نصف ویزیت تعرفه دولتی در سایر بخش‌ها، از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌گردد.

۲-۷- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی در شهرستان‌های فاقد بیمارستان ملکی مطابق بند یک دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ موضوع طرح حمایت مالی از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران سازمان رایگان می‌باشد.

۲-۸- بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران 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 یکهزارو



سازمان تامین اجتماعی
مدیرعامل

بسمتعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۱۴۰۱/۳۱۹۳

تاریخ: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

پیوست:

«بخشنامه»

نهد و هشتادمین جلسه هیات مدیره محترم سازمان به شماره ۱۱۰۰/۱۴۰۰/۴۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۲ ، طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان از پرداخت خودپرداخت (فرانشیز) ده درصد (۱۰٪) خدمات بستری در تعهد در بیمارستان های منتخب دولتی/ دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ نیروهای مسلح/ شرکت نفت معاف می باشند.

۳- نحوه محاسبه تعرفه های تشخیصی و درمانی در مراکز ملکی سازمان و طرف های قرارداد:

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 مصوبات شماره ۴۶۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۵ و شماره ۱۱۳۹ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۰ هیات امنای محترم سازمان تامین اجتماعی و صندوق های تابعه می باشد.

۴- پرداخت سازمان به مراکز طرف قرارداد، بیمارستان های هیات مدیره ای سازمان و در واحد خسارت متفرقه جهت بیمه شدگانی که به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نموده اند، به استثنای خدمت دیالیز بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی خواهد بود.

۵- دریافت تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس این تصویب نامه، صرفا بر مبنای نوع مالکیت مندرج در پروانه بهره برداری صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۶- این بخشنامه از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۱ لازم الاجرا می باشد.

۷- مسوولیت حسن اجرای این بخشنامه برعهده مدیران درمان، معاونین مدیران درمان، روسای مراکز درمانی و مسوولین امور مالی مدیریت های درمان و مراکز درمانی می باشد.

میراثم موسوی