



موضوع	تعرفه های تشخیصی و درمانی سال 1401
<p>شماره: 1000/1401/3193 تاریخ: 1401/3/17</p>	
<p>موضوع: تعرفه های تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۱ مدیر محترم درمان تامین اجتماعی استان ر منطقه ... با سلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)</p>	
<p>به پیوست تصویر تصویب نامه های شماره ۲۱۲۵۷/ت/۵۹۸۰۱ هـ، ۲۱۲۳۹/ت/۵۹۸۰۱ هـ، ۲۱۲۳۲/ت/۵۹۸۰۱ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۲، ۳۲۳۴۱/ت/۵۹۸۰۱ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۰۲ هیات محترم وزیران موضوع تعرفه های تشخیصی و درمانی بخشهای 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 میگردد مقتضی است دستور فرمایید با رعایت نکات زیر و برابر ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد.</p>	
<p>۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی :</p>	
<p>الف - ارزیابی و معاینه ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی در برنامه نسخه الکترونیک شرح خدمت تعرفه (ریال)</p>	
<p>پزشکان دندان پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار ۲۳۳,۰۰۰ 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 ۲۹۰,۰۰۰ پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال ۳۴۸,۰۰۰ 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 ۳۵۲,۰۰۰ پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال ۴۲۲,۰۰۰</p>	
<p>پزشکان متخصص روان پزشکی ۳۶۸,۰۰۰ پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی ۴۳۸,۰۰۰ کارشناس ارشد پروانه دار ۱۹۹,۰۰۰ کارشناس پروانه دار ۱۶۲,۰۰۰</p>	
<p>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 هر دلیل بر اساس جزءهای (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.</p>	
<p>تبصره دو- درج شماره (کد) تشخیصی بر اساس شماره بندی (کدینگ) استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه نسخه الکترونیکی سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش سرپایی و بستری الزامی میباشد.</p>	
<p>ب - ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیات علمی و پزشکان درمانی (به استثنای پزشکان عمومی) تمام وقت جغرافیایی به شرح جدول زیر است:</p>	
<p>ارزیابی و معاینه (ویزیت) سهم مبلغ (ریال)</p>	
<p>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 سازمان ۴۰۶,۰۰۰ بیمه شده ۸۷,۰۰۰ جمع کل ۴۹۳,۰۰۰</p>	
<p>پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال سازمان ۴۸۷,۲۰۰</p>	

بیمه شده ۱۰۴,۴۰۰

جمع کل ۵۹۱,۶۰۰

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 سازمان ۴۹۲۸۰۰

بیمه شده ۱۰۵۶۰۰

جمع کل ۵۹۸,۴۰۰

پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی زیر هجده سال سازمان ۵۹۰۸۰۰

بیمه شده ۱۲۶۶۰۰

جمع کل ۷۱۷,۴۰۰

پزشکان متخصص روان پزشکی سازمان ۵۱۵,۲۰۰

بیمه شده ۱۱۰,۴۰۰

جمع کل ۶۲۵,۶۰۰

پزشکان فوق تخصص روان پزشکی سازمان ۶۱۳,۲۰۰

بیمه شده ۱۳۱,۴۰۰

جمع کل ۷۴۴,۶۰۰

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 نمی باشد.

پ - ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی

۱- ضریب ریالی جزء حرفه ای کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت برای پزشکان تمام وقت به شرح جدول زیر تعیین می شود: ضریب ریالی جزء حرفه ای مبلغ (ریال) سهم سازمان های بیمه گر پایه

کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت در بخش بستری و بستری فوریتهای پزشکی (اورژانس) ( دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ۴۸۸,۱۰۰

کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریتهای پزشکی (اورژانس) ( فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ۲۲۱,۳۰۰

تبصره یک :مبلغ خود پرداخت (فرانشیز) بیمه شده بر اساس بند (۲) این تصویب نامه 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 می گردد.

تبصره دو: در خصوص پرونده های بستری موقت غیر اورژانس مانند اندوسکپی سنگ شکن برون پیکری تزریق ریتوکسیماب دیالیز شیمی درمانی و... صرفا تعرفه حق الزحمه در بخش سرپایی قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه ای کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت کای پایه برای پزشکان و اعضای هیات علمی غیر تمام وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه دار و دکترای تخصصی (PhD) معادل یکصد و چهل و نه هزار (۱۴۹,۰۰۰) ریال تعیین می گردد.

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

۳- ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندانپزشکی جهت دندان پزشکان تمام وقت معادل سیصد و شصت و دو هزار (۳۶۲,۰۰۰) ریال محاسبه میشود.

تبصره- ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندانپزشکی برای دندان پزشکان غیر تمام وقت در مراکز دولتی و عمومی غیر دولتی به استناد تبصره (۴) ماده (پ) ذیل بند (۱) تصویب نامه شماره ۹۸۲۲۴ ت ۵۸۱۳۹ هـ تاریخ ۱۴۰۰٫۰۹٫۰۱ هیات محترم وزیران معادل ۵۰ درصد (۱۸۱,۰۰۰ ریال) از ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندانپزشکی برای دندان پزشکان تمام وقت محاسبه می شود.

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 شده اند 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.

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 می شود. ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستانهای بخش دولتی در سال ۱۴۰۱ به شرح جدول زیر میباشد.

ردیف نوع تخت درجه اعتبار بخشی بیمارستان

یک دو سه چهار

1 اتاق یک تختی ۶,۸۱۲,۰۰۰ ۵,۴۵۰,۰۰۰ ۴,۰۸۹,۰۰۰ ۲,۷۲۵,۰۰۰

2 اتاق دو تختی ۵,۱۱۲,۰۰۰ ۴,۰۹۰,۰۰۰ ۳,۰۶۸,۰۰۰ ۲,۰۴۴,۰۰۰

3	اتاق سه تختی و بیشتر	۱,۳۶۲,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۳,۴۰۶,۰۰۰
4	هزینه همراه	۳۰۶,۰۰۰	۴۶۰,۰۰۰	۶۱۲,۰۰۰	۷۶۶,۰۰۰
5	بخش نوزاد سالم	۶۸۳,۰۰۰	۱,۰۲۲,۰۰۰	۱,۳۶۴,۰۰۰	۱,۷۰۶,۰۰۰
6	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۱,۳۶۲,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۳,۴۰۶,۰۰۰
7	بخش بیماران روانی	۱,۳۶۲,۰۰۰	۲,۰۴۴,۰۰۰	۲,۷۲۵,۰۰۰	۳,۴۰۶,۰۰۰
8	بخش بیماران سوختگی	۴۸۱۰,۰۰۰	۷,۲۱۵,۰۰۰	۹,۶۱۹,۰۰۰	۱۲,۰۲۴,۰۰۰
9	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU)	۳,۱۶۰,۰۰۰	۴,۷۴۱,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰	۷,۹۰۳,۰۰۰
10	مانند بخش سکنه حاد	۳,۱۶۰,۰۰۰	۴,۷۴۱,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰	۷,۹۰۳,۰۰۰
11	بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU)	۷,۹۰۳,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰	۴,۷۴۱,۰۰۰	۳,۱۶۰,۰۰۰
12	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی (Post CCU)	۶,۱۹۸,۰۰۰	۴,۹۵۸,۰۰۰	۳,۷۱۸,۰۰۰	۲,۴۸۰,۰۰۰
13	بخش های مراقبت های ویژه عمومی کودکان، نوزادان و ریه (ICU, PICU, NICU, RCU)	۱۵,۸۰۷,۰۰۰	۱۲,۶۴۵,۰۰۰	۹,۴۸۵,۰۰۰	۶,۳۲۳,۰۰۰
	بخش های مراقبت های 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 مراقبت های ویژه معادل چهار و دو دهم درصد (۴۲) 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 می گردد.

تبصره دو - 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 در بخش دولتی خواهد بود.

تبصره سه- داروها و ملزومات پزشکی و خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) مورد نیاز بیماران طبق فهرست مورد تعهد سازمانهای بیمه گر پایه در بخش دولتی توسط مراکز ارایه کننده 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 تعرفه های این تصویب نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت محاسبه و ابلاغ خواهد گردید.

ج - سرانه پزشکی خانواده و مراقب سلامت ماما/ پرستار در سال ۱۴۰۱

۱ - سرانه پزشکی خانواده و مراقب سلامت ماما/ پرستار در سال ۱۴۰۱ برای پزشکان دو نوبت کاری (شیفت) معادل یکصد و هجده هزار و ششصد (۱۱۸۶۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می شود.

۲- سرانه پزشکی 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 می شود.

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 مابه التفاوت سرانه سال ۱۴۰۱ این گروه از پزشکان تک نوبت کاری شیفت توسط سازمان بیمه گر پرداخت میشود.

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

۲-۱ - سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران برای جدول ذیل بند (۱) الف) در صورت پوشش بیمه ای معادل سی درصد (۳۰٪) است.

۲-۲ - سهم پرداختی سازمانهای بیمه گر پایه به استثنای موارد ذکر شده در جدول ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت جغرافیایی ذیل بند (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.

۲-۳ - سهم سایر سازمانهای بیمه گر 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٪) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش سرپایی میباشد. ما به التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش عمومی غیر دولتی در مراکز ملکی از بیمه شدگان سایر سازمانهای بیمه گر پایه دریافت خواهد شد.

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 و مبنای محاسبه و پرداخت اینگونه خدمات به پزشکان نیز معادل تعرفه دولتی خواهد بود.

۲-۴ - سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران بستری در قالب نظام ارجاع معادل پنج درصد (۵) و برای سایر بیمه شدگان معادل ده درصد (۱۰٪) و برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریتهای پزشکی اورژانس - فاقد پرونده معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می گردد.

تبصره - ما به التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران برای سایر بیمه شدگان 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 خود پرداخت فرانشیز در برنامه پزشکی 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 خود پرداخت 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 بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

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

۲-۷- سهم خود پرداخت (فرانشیز) بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان تامین اجتماعی در شهرستانهای فاقد بیمارستان ملکی مطابق بند یک دستورالعمل شماره ۱۰۰۰۹۹۹۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ موضوع طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان رایگان میباشد.

۲-۸- 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 ۱۰۰۰۹۹۹۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ و همچنین بند یک صورتجلسه یکهزار و هشتادمین جلسه هیات مدیره محترم سازمان به شماره ۱۱۰۰۱۴۰۰۴۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۲ ، طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان از پرداخت خود پرداخت فرانشیز) ده درصد (۱۰) خدمات بستری در تعهد در بیمارستانهای منتخب دولتی دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیروهای مسلح شرکت نفت معاف میباشند.

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 بیمارستانهای هیات مدیره ای سازمان و در واحد خسارت متفرقه جهت بیمه شدگانی که به مراکز غیر طرف 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 میباشد.

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

۷- مسوولیت حسن اجرای این بخشنامه بر عهده مدیران درمان معاونین مدیران درمان روسای مراکز درمانی و مسوولین امور مالی مدیریتهای درمان و مراکز درمانی میباشد.

میرهاشم موسوی

