



قوه قضائیه  
دیوان عدالت اولری

برگ دادخواست بدوی

به شعبه  
ارجاع می شود.  
امضا  
رئیس / معاون دیوان عدالت اداری

تاریخ تقدیم دادخواست :  
تاریخ ثبت :  
شماره ثبت :

۱۳ / /  
/۰۹۹۸۰ /

\* قبل از ارائه دادخواست به دیوان عدالت اداری ، اخذ کاربری ثنا الزامی می باشد.

مشخصات شاکی حقیقی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره ملی *	تاریخ تولد * (روز/ماه/سال)	تابعیت	شغل
مشخصات شاکی حقوقی	نام شرکت / موسسه / سازمان	شماره ثبت شرکت *	کد اقتصادی	نام و نام خانوادگی دارندگان حق امضا			
آدرس پستی:	کاربری ثنا		شماره تلفن همراه	آدرس الکترونیکی			
وکیل یا نماینده قانونی	شماره ملی	کاربری ثنا	شماره پروانه وکالت	تاریخ اعتبار پروانه وکالت	آدرس پستی / الکترونیکی / شماره تلفن همراه (وکیل)		

طرف شکایت / آدرس پستی : هیئت محترم وزیران به نشانی دفتر هیئت وزیران

موضوع شکایت و خواسته : اعلام مغایرت تصویب نامه های شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۸۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۴۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ و ۱۱۹۹۷/ت/۵۷۶۳۹ هـ

همگی مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ با قانون؛ به خواسته ابطال مصوبات مذکور

شماره و تاریخ تصمیم / رأی مورد اعتراض : مصوبات شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۸۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۴۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ و ۱۱۹۷۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ همگی

مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ هیئت محترم وزیران

ضمائم و مستندات : لایحه پیوست ، قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ (مشخصاً بند «الف» ماده «۹» قانون)، قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه کشور مصوب ۱۳۸۹ (مشخصاً تبصره «۳» بند «ب» و بند «ه» ماده «۳۸» قانون)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ (مشخصاً بند «۸» ماده «۱» و مواد «۸» و «۹» قانون) ، سیاست های کلی سلامت، ابلاغی سال ۱۳۹۳ مقام معظم رهبری ( مشخصاً بند «۶-۹» )، ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مصوب هیئت محترم وزیران (مشخصاً کد «۲۷» آن)، و لایحه تقدیمی دولت در خصوص ترکیب اعضاء، .... شورای عالی بیمه سلامت و اعلام وصول مجلس نسبت به لایحه مذکور

شرح شکایت :

احتراماً؛ شکایت اینجانب شاکی فوق الذکر؛ از مصوبات معترض عنه، به شماره و مشخصات فوق، به شرح لایحه پیوست تقدیم شده است و به جهت اینکه تصویب نامه های مورد اعتراض ، مستنداً به بند «الف» ماده «۹» قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵، تبصره ۳ بند «ب» و بند «ه» ماده «۳۸» قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه کشور مصوب ۱۳۸۹، بند «۸» ماده «۱» و مواد «۸» و «۹» قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳، بند «۶-۹» سیاست های کلی سلامت، ابلاغی سال ۱۳۹۳ مقام معظم رهبری، و با لحاظ کد «۲۷» ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مصوب هیئت وزیران، بدون رعایت ترتیبات منصوص قانونی و مغایر با معیارهای قانونی تعیین، تأیید و تصویب شده است، نسبت به آن اعتراض داشته و ابطال مصوبه مذکور مورد استدعاست.

امضا / اثر انگشت  
شاکی / وکیل / نماینده قانونی

محل درج سابقه

## «بسمه تعالی»

### ریاست محترم دیوان عدالت اداری

سلام علیکم؛

احتراماً، اینجانب آقا/خانم .....، شغل ..... به شماره پروانه/نظام پزشکی ..... در جهت تبیین خواسته خود؛ به استحضار آن مقام عالی رتبه می‌رساند؛

هیئت محترم وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی سال ۹۹ را مطابق مصوبات شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ/۱۱۹۸۹ ت/۵۷۶۳۹ هـ/۱۱۹۴۹ ت/۵۷۶۳۹ هـ و مصوبه ۱۱۹۷۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳ تصویب و جهت اجرا ابلاغ نموده است. اما همانطور که استحضار دارید؛

الف) بر اساس بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور؛ «شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران، نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد». بدین ترتیب تنها مرجع صالح قانونی در بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات سلامت در کشور، شورای عالی بیمه سلامت است که سپس تعرفه های تعیین شده طبق قانون به تأیید سازمان برنامه و بودجه رسیده و در آخرین مرحله توسط هیأت محترم وزیران به تصویب می‌رسد و اعتبار قانونی لازم برای اجرا را پیدا می‌کند.

ملاحظه می‌گردد که بر اساس نص صریح قانون؛ مقام تعیین تعرفه خدمات سلامت، شورای عالی بیمه سلامت بوده و مقام تأیید تعرفه ها، سازمان برنامه و بودجه و مقام تصویب تعرفه های خدمات هیئت محترم وزیران است. بدیهی است عدم رعایت ترتیب مقرر قانونی؛ از موجبات بی اعتباری مصوبه هیئت محترم وزیران می‌باشد. با توجه به اینکه در فرایند تصویب مصوبه معترض عنه؛ (۱) شورای عالی بیمه خدمات درمانی (تغییر نام یافته به شورای عالی بیمه سلامت)، به تکلیف مقرر قانونی خود در بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه های خدمات سلامت عمل نکرده است، (۲) مرجع تعیین (پیشنهاد) تعرفه های خدمات سلامت، یعنی وزارت بهداشت، ... وزارت تعاون، ... و سازمان برنامه و بودجه، خارج از صلاحیت قانونی خود اقدام به تعیین تعرفه های خدمات سلامت کرده است و (۳) شورای عالی بیمه سلامت، خارج از حدود صلاحیت قانونی خود اقدام به تأیید تعرفه های پیشنهاد شده در مصوبه مذکور را نموده است، فلذا به جهت اینکه در روند تصویب مصوبه مذکور، ترتیبات منصوص و صریح قانونی رعایت نشده است، بدون تردید فاقد اعتبار قانونی و شایسته ابطال است و درخواست ابطال آن مورد استدعاست.

ب) مطابق تبصره (۳) بند (ب) و بند (هـ) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵، قانونگذار وقت وظیفه بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات بخش سلامت را بر عهده

شورایی بنام شورایعالی بیمه سلامت نهاده است که می بایست از تغییر نام و ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسئولیت های شورایعالی بیمه خدماتی درمانی سابق ایجاد می شد. وفق تبصره فوق الذکر «با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسئولیت های این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیئت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی می رسد». ملاحظه می گردد؛ اگرچه مقنن ضمن قانونگذاری بطور صریح شورایعالی بیمه خدمات درمانی کشور را منحل نکرده است؛ اما ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسئولیت های شورایعالی بیمه خدمات درمانی را که مطابق مواد (۲) و (۳) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور داشته است؛ برای صلاحیت قانونی شورایعالی بیمه سلامت شایسته نشناخته است. چراکه؛ ملاحظه ترکیب اعضای شورایعالی بیمه خدمات درمانی که در ماده (۳) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳؛ احصاء شده است، نشان می دهد که اعضای محترم این شورا اساساً از خریداران عمده خدمات سلامت تشکیل شده اند و بدیهی است این ترکیب به جهت وجود تعارض منافع، شایستگی لازم را در تعیین عادلانه و منصفانه تعرفه فروشندگان خدمت (ارائه دهندگان خدمت) ندارد. متذکر می شود، در ترکیب اعضای شورایعالی خدمات بیمه درمانی سابق؛ تشکیل شده بر مبنای ماده (۳) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، از ۱۳ عضو شورا؛ تنها یک کرسی به نماینده ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی، یعنی ریاست محترم سازمان نظام پزشکی تعلق دارد، بطوریکه عملاً دفاع از حقوق ارائه دهندگان خدمات، بخصوص در بخش خصوصی مقدور نیست. فلذا احتمال تهدید منافع متعارف ارائه دهندگان خدمت و تحدید تعرفه ها قابل پیش بینی بوده است و مقنن با علم به این موضوع به ترتیب مذکور در تبصره (۳) بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه؛ علاوه بر تغییر در نام شورایعالی بیمه خدمات درمانی، ضرورت تغییر در ترکیب اعضاء، وظایف و ... آن را متذکر شده است. ترکیب اعضای شورایعالی بیمه سلامت در لایحه پیشنهادی دولت در اجرای تبصره (۳) بند (ب) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه، به شماره ۴۷۴۴۰/۲۵۱۸۲۹ مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۹ که در تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳ توسط مجلس شورای اسلامی اعلام وصول و به شماره ۲۷۱ ثبت شده است، می تواند مؤید این ادعا در مورد ترکیب نامناسب و فاقد وجاهت قانونی اعضای سابق شورایعالی بیمه خدمات درمانی؛ با توجه به وظایف و اختیارات محوله به شورایعالی بیمه سلامت (از جمله تعیین تعرفه های خدمات بخش سلامت)، باشد. یادآوری می گردد که بر اساس همین مبنا در هنگام تصویب قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳، تعیین تعرفه های بخش غیر دولتی بر اساس بند (۸) ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ به سازمان نظام پزشکی محول شد (بند «ک» ماده «۳» قانون سازمان نظام پزشکی). لذا زمانی تعرفه تعیین شده بخش غیر دولتی با رعایت همه جوانب مقرر قانونی عادلانه می شود که شورایعالی بیمه سلامت در واقعیت امر وفق قانون تشکیل شده و به وظیفه قانونی خود اقدام کند.

اما متأسفانه تا به امروز، پس از گذشت تقریباً ده سال، بر خلاف نظر مقنن به این تکلیف قانونی عمل نشده است و عملاً شورایعالی بیمه خدمات درمانی با ترکیب سابق، ولی با نام جدید شورایعالی بیمه سلامت؛ بر خلاف شرایط مقرر قانونی، و در قسمتی مطابق ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳ که این قسمت با تصویب بند (هـ) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه و بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵ و ماده (۳) الحاقی به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به موجب بند اخیر الذکر، نسخ ضمنی شده و از انتفاع خارج است، صرفاً اقدام

به تأیید تعرفه های پیشنهادی مشترک وزارت بهداشت...، وزارت تعاون، ... و سازمان برنامه و بودجه را نموده و هیئت محترم وزیران نیز بدون توجه به عدم صلاحیت مرجع تعیین تعرفه ها و عدم صلاحیت این شورا در تأیید تعرفه های مذکور، اقدام به تصویب تعرفه های تعیین شده توسط سازمان برنامه و بودجه و وزارتین بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی نموده است که از نظر شکلی و ماهیتی فاقد جاهت قانونی است. بدیهی است تعرفه گذاری توسط مراجع فاقد صلاحیت دولتی بدون در نظر گرفتن جميع مؤلفه های قانونی، از جمله قیمت واقعی و حق فنی واقعی (به نرخ روز) و تأیید آن توسط خریداران خدمت در شورایی عالی بیمه خدمات درمانی تغییر نام یافته، البته خارج از حدود صلاحیت قانونی خود، همراه با پوشش چند برابری بیمه های درمانی در بخش دولتی، به شدت با شرایط اقتصادی حاکم بر جامعه همسویی ندارد و شرایط رقابتی یکسان در ارائه خدمات سلامت را بر خلاف قانون و اسناد بالا دستی تهدید نموده است. بدیهی است این امر موجب کاهش شدید کیفیت خدمات سلامت در بخش دولتی و کیفیت و کمیت خدمات در بخش خصوصی شده و با خروج قسمت اعظم ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی؛ به دلیل عدم توانایی در تأمین هزینه های متعارف؛ هدف مقنن و مقام معظم رهبری را در تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و ارتقای سلامت جامعه با شکست روبرو می نماید. بدیهی است ادامه این روند ماهیتاً نیز بر خلاف قانون است. بعنوان مثال قیمت تمام شده ویزیت یک بیمار برای پزشک عمومی، مطابق کارشناسی انجام شده در سازمان نظام پزشکی در سال ۹۸ مبلغ ۴۷۵۰۰۰ ریال ذکر شده است؛ اما تعرفه ویزیت پزشک عمومی برای سال ۹۹ مبلغ ۳۲۴۰۰۰ ریال تعیین شده است که با اضافه شدن هزینه های مربوط به سود سرمایه و استهلاک به ازای هر خدمت، تعرفه تعیین شده با واقعیت های اقتصادی جامعه همخوانی ندارد و ادامه فعالیت را غیر ممکن می سازد.

پ) در عین حال؛ مقنن در خصوص روش بازننگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه های بخش خدمات سلامت نیز بدون حکم نیست و مرجع مذکور (شورای عالی بیمه سلامت بر فرض تشکیل مطابق قانون) را بدون برنامه و تکلیف رها نکرده است. تکلیفی که در مصوبه معترض عنه، بر خلاف قانون به هیچ وجه رعایت نشده است.

و) طبق بند (ه) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه و بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵، شورای عالی بیمه سلامت در تعیین تعرفه های خدمات بخش سلامت باید (۱) اصل تناسب منابع و مصارف (۲) قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی در شرایط رقابتی رعایت کند و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام کند.

بر اساس ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ «تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب، به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی (بیمه خدمات درمانی) به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید». در جمع حکم مقرر در این ماده با حکم مقرر در بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵؛ ماده (۸) قانون بیمه همگانی ... مشخصاً در قسمتی که مربوط به مرجع تعیین (پیشنهاد) تعرفه و مرجع تأیید تعرفه ها می باشد؛ نسخ ضمنی شده است؛ اما در بخش مربوط به روش محاسبه و تعیین تعرفه، بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه بیمه درمانی مصوب (مربوط به رعایت اصل تناسب منابع و مصارف) که مطابق ماده (۹) قانون بیمه همگانی ... ، به پیشنهاد وزارت بهداشت ... و سازمان برنامه و بودجه و

تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، هنوز به قوت خود باقی است. از سوی دیگر بر اساس بند (۸) ماده (۱) قانون بیمه همگانی ... مصوب ۱۳۷۳ قیمت واقعی خدمات؛ عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه و داراییهای ثابت.

در امر روش محاسبه و تعیین تعرفه های خدمات بخش سلامت نیز به غیر از رعایت «اصل تعادل منابع و مصارف» که در بخش نرخ سرانه بیمه خود را نشان می‌دهد، متأسفانه بر خلاف واقعیت های اقتصادی جامعه، هیچ یک از مؤلفه های دیگر بازنگری ارزش نسبی خدمات از جمله «قیمت واقعی خدمات» که از جمع قیمت تمام شده و سود سرمایه و داراییهای ثابت در بخش خصوصی حاصل می‌شود و «حق فنی واقعی» که علاوه بر بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی ... در بند ۶-۹ سیاست های کلی سلامت، ابلاغی سال ۱۳۹۳ مقام معظم رهبری نیز مورد تأکید قرار گرفته است؛ به هیچ وجه لحاظ نمی‌گردد. در تعیین هیچکدام از تعرفه ها قیمت تمام شده و حق فنی واقعی خدمت کارشناسی نشده است و این امر بخش خصوصی را به دلیل زیان انباشته در چند سال اخیر در ورطه ورشکستگی و یا تعطیلی قرار داده و با کاستن شدید توان بخش های دیگر سلامت، سطح کیفیت خدمات ارائه شده را به شدت کاهش داده است که بر خلاف سیاست های کلی نظام بوده و شایسته ملت ایران نیست.

اضافه می‌گردد «حق فنی» تصریح شده در متن قانون؛ بر اساس کد ۲۷ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت شامل «هزینه های تعمیر و نگهداری، تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تأسیسات، فراهم نمودن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت» می‌باشد. ملاحظه می‌گردد که امکان ندارد در تعیین تعرفه های خدمات بخش سلامت، عنصر تورم نادیده گرفته شود؛ چرا که در بطن تعیین و محاسبه «حق فنی» هر خدمت، تورم اقتصادی جامعه نقش اصلی را بازی می‌کند و بدین جهت برخلاف تصور مرجع تعیین کننده تعرفه، تورم اقتصادی آشکارا و بطور مستقیم بر روی «حق فنی» و در نتیجه نرخ تعرفه خدمات اثر می‌گذارد. فلذا تعرفه ای عادلانه است که حداقل به میزان تورم سالانه اعلامی از سوی مراجع رسمی افزایش یابد. بنا بر این اصل، عدم افزایش تعرفه های بخش سلامت به میزان تورم رسمی کشور، به منزله عدم رعایت یکی از مؤلفه های اصلی بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی ... در تعیین تعرفه ها است؛ هر چند تعیین تعرفه خدمات سلامت در قانون، مقید به معیار میزان تورم نشده باشد. ملاحظه افزایش تعرفه های بخش سلامت در چند سال اخیر؛ منجمله مصوبه معترض عنه، نشان می‌دهد که میزان افزایش تعرفه بخش سلامت بسیار کمتر از میزان تورم رسمی کشور بوده است و این امر برخلاف قانون موجب تضرر کلیه مشمولان مصوبه مذکور شده است.

فلذا با عنایت به عرایض معنون و مستندات قانونی و سایر ادله ارائه شده؛ ابطال مصوبات شماره ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۸۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ ۱۱۹۴۹/ت/۵۷۶۳۹ هـ و مصوبه ۱۱۹۷۳/ت/۵۷۶۳۹ هـ، ابلاغی ۱۳۹۹/۲/۱۳ هیئت وزیران؛ بدین جهت که در تعیین و تصویب تعرفه های مذکور ترتیبات منصوص قانونی نه از نظر شکلی و نه از نظر ماهیتی رعایت نشده و خارج از اختیارات قانونی، توسط مرجع غیر صالح و مغایر با مؤلفه های مقرر قانونی تعیین و توسط مرجع غیر صالح شورای عالی خدمات درمانی تغییر نام یافته، تأیید و به تصویب هیئت محترم وزیران رسیده است و موجب اضرار بخش قابل توجه ای از ارائه دهندگان خدمات سلامت شده است؛ مورد استدعاست.

با تجدید احترام؛

امضاء .....



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی

"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - وزارت امور اقتصادی و دارایی  
وزارت صنعت، معدن و تجارت - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت 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 خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:

**الف - ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی خصوصی:**

ردیف	شرح خدمت	تعرفه / ریال
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار	۳۲۴,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۴۹۲,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۶۲۴,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روانپزشکی	۶۵۵,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روانپزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روانپزشکی	۷۴۳,۰۰۰
۶	کارشناسی ارشد پروانه‌دار	۲۶۴,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۲۲۸,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص، فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان، برای گروه سنی زیر (۵) سال، پانزده درصد (۱۵٪) بالاتر از تعرفه معاینه (ویزیت) تعیین شده در ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند، قابل پرداخت است. اجرای این تبصره صرفاً در قالب نسخه‌نویسی الکترونیک امکان‌پذیر است. تا زمان اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک تعرفه براساس ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند قابل اخذ می‌باشد.

تبصره ۲- کلیه مقاطع تحصیلی مندرج در بند (الف) در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های مذکور استفاده نمایند که عنوان مربوط در پروانه مطب آنها درج شده باشد.

تبصره ۳- کارشناسان ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) استفاده نمایند که کارشناسی ارشد یا دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) ثبت شده آنها مرتبط با رشته کارشناسی بوده و در پروانه فعالیت درج شده باشد.



جمهوری اسلامی ایران

# ریس جمهور

## تصویب نامه هیئت وزیران

تبصره ۴- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می‌باشند.

ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی ارزش نسبی خدمات دندانپزشکی معادل هفده هزار و پانصد (۱۷۵۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۲- ضرایب ریالی کای حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل چهارصد و سی و دو هزار و ششصد (۴۳۲۶۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۳- ضرایب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل ششصد و شصت هزار (۶۶۰۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۴- ضریب ریالی کای حرفه‌ای 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 بیست و شش هزار و هشتصد (۲۲۶۸۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۵- ضریب ریالی کای 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 سیصد و چهل و شش هزار و سیصد (۳۴۶۳۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

پ- سقف تعرفه‌های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹، به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۱۲,۰۳۰,۰۰۰	۹,۶۲۴,۰۰۰	۷,۲۱۸,۰۰۰	۴,۸۱۲,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۹,۳۵۶,۰۰۰	۷,۴۸۵,۰۰۰	۵,۶۱۴,۰۰۰	۳,۷۴۲,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۶,۶۸۳,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۲,۶۷۳,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۱,۳۳۶,۰۰۰	۱,۰۶۹,۰۰۰	۸۰۲,۰۰۰	۵۳۴,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۴,۶۷۹,۰۰۰	۳,۷۴۳,۰۰۰	۲,۸۰۷,۰۰۰	۱,۸۷۲,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۶,۶۸۳,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۲,۶۷۳,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۶,۶۸۳,۰۰۰	۵,۳۴۶,۰۰۰	۴,۰۱۰,۰۰۰	۲,۶۷۳,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۲۰,۰۴۸,۰۰۰	۱۶,۰۲۸,۰۰۰	۱۲,۰۲۹,۰۰۰	۸,۰۱۹,۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سگته حاد مغزی (SCU)	۱۲,۰۲۸,۰۰۰	۹,۶۲۲,۰۰۰	۷,۲۱۷,۰۰۰	۴,۸۱۱,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۵,۳۷۰,۰۰۰	۱۲,۲۹۶,۰۰۰	۹,۲۲۲,۰۰۰	۶,۱۴۸,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۱۲,۰۲۹,۰۰۰	۹,۶۲۳,۰۰۰	۷,۲۱۷,۰۰۰	۴,۸۱۲,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۲۴,۰۵۶,۰۰۰	۱۹,۲۴۵,۰۰۰	۱۴,۴۳۴,۰۰۰	۹,۶۲۲,۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی	۲۶,۷۳۰,۰۰۰	۲۱,۳۸۴,۰۰۰	۱۶,۰۳۸,۰۰۰	۱۰,۶۹۲,۰۰۰



تبصره - به بیمارستان‌های درجه یک بخش خصوصی کشور اجازه داده می‌شود، حداکثر تا ده درصد (۱۰٪) تخت‌های خود را براساس استانداردهای ابلاغی و آیین‌نامه‌های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش‌های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا دو برابر سقف تعرفه اتاق یک تخته بخش‌های مربوط اداره نمایند.

ت- تعرفه خدمات اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بخش خصوصی:

۱- تعرفه‌های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان در بخش خصوصی

به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

کد ملی	نوع خدمت	دوره درمان	مبلغ / ریال
۹۵۰۰۰۰	درمان نگهدارنده با متادون (MMT) (با احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۱,۷۸۶,۰۰۰
۹۵۰۰۰۵	درمان نگهدارنده با تنتور ایپوم (OPT) با روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۲,۰۲۳,۰۰۰
۹۵۰۰۱۰	درمان نگهدارنده با تنتور ایپوم (OPT) بدون روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۸۷۲,۰۰۰
۹۵۰۰۱۵	درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۹۵۳,۰۰۰
۹۵۰۰۲۰	سم زدایی با بوپرونورفین (بدون احتساب هزینه دارو)	۲۱-۸ روزه	۲,۳۲۴,۰۰۰
۹۵۰۰۲۵	سم زدایی با کلونیدین (بدون احتساب هزینه دارو)	۱۰-۷ روزه	۱,۸۹۴,۰۰۰
۹۵۰۰۳۰	درمان نگهدارنده با نالتروکسون (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۸۹۲,۰۰۰
۹۵۰۰۳۵	مداخلات روان‌شناختی فردی (بر مبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه حداقل (۴۵) دقیقه	یک جلسه	۴۰۹,۰۰۰
۹۵۰۰۴۰	مداخلات روان‌شناختی گروهی (بر مبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه تا یک ساعت (به ازای هر نفر)	یک جلسه	۱۲۴,۰۰۰

تبصره ۱- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۲- براساس آیین‌نامه اجرایی درمان و کاهش اعتیاد معتادان بی‌بضاعت موضوع تبصره (۲) اصلاحی ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر - مصوب ۱۳۸۹- مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر، سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خصوص معتادان بی‌بضاعت و کودکان معتاد، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۳- هزینه دارو طبق نرخ مصوب سازمان غذا و دارو براساس صورتحساب (فاکتور) خرید و متناسب با قوانین پوشش بیمه‌ای از بیمه و بیمار دریافت می‌گردد. سقف دوز تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۶) میلی‌گرم و داروی تنتور ایپوم (۱۷) سی‌سی به ازای هر بیمار در روز می‌باشد. این پوشش صرفاً جهت درمان اختلالات مصرف مواد می‌باشد.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان‌مدار (IC) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان مدت) در بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

کد ملی	عنوان	مبلغ	
		ماهانه	روزانه
۹۵۰۰۵۰	هزینه فعالیت و آرایه خدمات درمان مراکز اجتماع درمان‌مدار (IC) (با ظرفیت (۳۰) نفر مقیم)	۱۸,۰۴۴,۰۰۰	۶۰۱,۰۰۰
۹۵۰۰۵۵	هزینه فعالیت و آرایه خدمات درمانی مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد با ظرفیت (۶۰) نفر برای یک دوره (۳۰) روزه	۱۰,۴۱۹,۰۰۰	۳۴۷,۰۰۰

تبصره ۱- خدمات آرایه‌شده در مراکز اجتماع درمان‌مدار (IC) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان مدت) مشمول تعهد بیمه پایه نیست.





جمهوری اسلامی ایران

## ریس جمهور

### تصویب نامه هیئت وزیران

تبصره ۲- تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۳۹۹ ملاک پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد ذیل ردیف (۱۶۰۲۰۲۷۰۰۷) سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۳- دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات درمانی به معتادان مواد مخدر و روانگردان به صورت سالانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می‌شود.

ث- تعرفه خدمات پرستاری در منزل در بخش خصوصی به شرح جدول پیوست که تأیید شده به مهر دفتر هیئت دولت است، تعیین می‌شود.

۲- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خرید خدمات تشخیصی و درمانی از بخش خصوصی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری.

ب- معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی و بستری موقت.

۳- ارزش‌های نسبی پایه بیهوشی در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مطابق ویرایش اول کتاب مذکور موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ و اصلاح بعدی آن موضوع اصلاحیه شماره ۵۱۷۰۰/۱۵۳۴۳۰ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۱ محاسبه و اعمال می‌گردد. جزییات پایه ارزش نسبی بیهوشی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

۴- خدمات روان‌درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، توسط روانپزشک و روانشناس بالینی در بیمارستان براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل ارائه و پرداخت می‌باشد.

۵- تعرفه همودیالیز برای بخش خصوصی به شرح جدول زیر می‌باشد:

ویژگی کد	کد	شرح خدمت	ارزش نسبی
#	۹۰۰۱۴۰	گلوبال-نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد-۶ جلسه اول)	۱۷ ۶ ۱۱
#	۹۰۰۱۴۵	گلوبال- همودیالیز مزمن، یک ارزیابی به وسیله پزشک در طی جلسه ارائه خدمت	۱۵ ۴ ۱۱

تبصره- ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی معادل ضرایب ریالی بخش خصوصی در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

۶- کلیه تعرفه‌های درج شده در این تصویب‌نامه به عنوان سقف تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی برای سال ۱۳۹۹ است. در هر استان کارگروهی متشکل از افراد زیر می‌توانند با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی اجتماعی نسبت به تعیین تعرفه‌های تعدیل شده اقدام نمایند:

الف- رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

ب- رییس سازمان نظام پزشکی استان

پ- نماینده استاندار

ت- نماینده سازمان‌های بیمه‌گر پایه استان



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره .....  
تاریخ ۱۳ / ۲ / ۱۳۹۹

ث- نماینده بیمه مرکزی به عنوان نماینده بیمه‌های تکمیلی استان تبصره- در استان‌هایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد، نماینده دانشگاه مرکز استان در کارگروه مذکور حضور خواهد یافت.  
۷- این تصویب‌نامه از اول فروردین ماه سال ۱۳۹۹ لازم‌الاجرا است.

اسحاق جهانگیری

معاون اول رئیس جمهور

ع

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت حقوقی رئیس جمهور، معاونت امور مجلس رئیس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت قوانین مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی

"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - وزارت امور اقتصادی و دارایی  
وزارت صنعت، معدن و تجارت - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت 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 ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:  
الف - 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) پروانه دار	۱۴۹,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD - PhD)	۱۸۶,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۲۲۵,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روانپزشکی	۲۳۶,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روانپزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روانپزشکی	۲۸۱,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱۲۸,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۱۰۴,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص، فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان، برای گروه سنی زیر پنج سال، پانزده درصد (۱۵٪) بالاتر از تعرفه معاینه (ویزیت) تعیین شده در ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند، توسط سازمان‌های بیمه‌گر و بیماران (در قالب خودپرداخت) قابل پرداخت است. اجرای این تبصره صرفاً در قالب نسخه نویسی الکترونیک امکان‌پذیر است. تا زمان اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک تعرفه‌ها براساس ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند قابل اخذ می‌باشد.

تبصره ۲- خود پرداخت بیماران برای ردیف‌های (۲)، (۳) و (۴) معادل ارقام مندرج در جدول ذیل بند (ب) و برای سایر ردیف‌ها در صورت پوشش بیمه‌ای معادل سی درصد (۳۰٪) می‌باشد.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ب- سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر برای ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی (به استثنای پزشکان عمومی) تمام‌وقت جغرافیایی به‌صورت دو برابر و به شرح جدول زیر است:

ردیف	ارزیابی و معاینه (ویزیت)	سهم	مبلغ (ریال)
۱	پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	سهم سازمان	۲۶۰,۰۰۰
		سهم بیمه‌شده	۵۶,۰۰۰
		جمع کل	۳۱۶,۰۰۰
۲	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	سهم سازمان	۳۱۵,۰۰۰
		سهم بیمه‌شده	۶۸,۰۰۰
		جمع کل	۳۸۳,۰۰۰
۳	پزشکان متخصص روپزشکی	سهم سازمان	۳۳۰,۰۰۰
		سهم بیمه‌شده	۷۱,۰۰۰
		جمع کل	۴۰۱,۰۰۰
۴	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روانپزشکی	سهم سازمان	۳۹۳,۰۰۰
		سهم بیمه‌شده	۸۴,۰۰۰
		جمع کل	۴۷۷,۰۰۰

پ - ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی ارزش نسبی خدمات دندانپزشکی هفت هزار و صد (۷۱۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۲- ضریب ریالی کای حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت یکصد و یازده هزار و چهارصد (۱۱۱,۴۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

۳- ضریب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت یکصد و بیست و نه هزار و پانصد (۱۲۹,۵۰۰) ریال محاسبه می‌شود.

تبصره - سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر در ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات تحت پوشش بیمه‌های پایه برای پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی دو برابر (با رعایت آیین‌نامه تمام‌وقتی پزشکان مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور و کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) محاسبه می‌گردد. اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (PhD) تمام‌وقت جغرافیایی به آن دسته از افراد شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی اطلاق می‌شود که به‌صورت تمام‌وقت در مراکز آموزشی و درمانی تابع دانشگاه محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت در زمینه خدمات درمانی به صورت انتفاعی خارج از دانشگاه مربوط را نداشته باشند.



جمهوری اسلامی ایران

ریس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ت- هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۳۹۹ به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۴,۱۲۶,۰۰۰	۳,۳۰۱,۰۰۰	۲,۴۷۶,۰۰۰	۱,۶۵۰,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۳,۰۹۶,۰۰۰	۲,۴۷۷,۰۰۰	۱,۸۵۸,۰۰۰	۱,۲۳۸,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۲,۰۶۳,۰۰۰	۱,۶۵۱,۰۰۰	۱,۲۳۸,۰۰۰	۸۲۵,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۴۶۴,۰۰۰	۳۷۲,۰۰۰	۲۷۹,۰۰۰	۱۸۵,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۱,۰۳۳,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۶۱۹,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۱,۴۴۵,۰۰۰	۱,۱۵۶,۰۰۰	۸۶۷,۰۰۰	۵۷۸,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۲,۰۶۳,۰۰۰	۱,۶۵۱,۰۰۰	۱,۲۳۸,۰۰۰	۸۲۵,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۷,۲۸۳,۰۰۰	۵,۸۲۶,۰۰۰	۴,۳۷۰,۰۰۰	۲,۹۱۳,۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکنه حاد مغزی (SCU)	۴,۷۸۷,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	۲,۸۷۲,۰۰۰	۱,۹۱۴,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی	۴,۷۸۷,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰	۲,۸۷۲,۰۰۰	۱,۹۱۴,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۳,۷۵۴,۰۰۰	۳,۰۰۳,۰۰۰	۲,۲۵۲,۰۰۰	۱,۵۰۲,۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۹,۵۷۴,۰۰۰	۷,۶۵۹,۰۰۰	۵,۷۴۵,۰۰۰	۳,۸۳۰,۰۰۰
۱۴	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی	۱۰,۵۲۷,۰۰۰	۸,۴۲۲,۰۰۰	۶,۳۱۷,۰۰۰	۴,۲۱۰,۰۰۰

تبصره ۱- پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر بر مبنای تعرفه اقامت سه تختی و بیشتر در بخش دولتی خواهد بود.

تبصره ۲- تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال)، بر اساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزئیات تعرفه‌های این تصویب‌نامه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و ابلاغ 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.

تبصره ۴- تعرفه خدمات بستری و بستری موقت در کلیه مراکزی که تنها مرکز ارائه‌دهنده خدمات بستری در شهرستان می‌باشند، معادل تعرفه دولتی خواهد بود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

- ث- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۳۹۹:
- ۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۳۹۹ جهت پزشکان دو نوبت کاری (دو شیفت) معادل شصت و یک هزار و پانصد (۶۱٫۵۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری تعیین می شود.
  - ۲- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۳۹۹ جهت پزشکان تک نوبت کاری (تک شیفت) معادل پنجاه و دو هزار و سیصد (۵۲٫۳۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری تعیین می شود.
  - ۳- به منظور ساماندهی بار مراجعات در پزشک خانواده شهری، سهم خود پرداخت (فرانشیز) دارو به میزان ده درصد (۱۰٪) تعیین می گردد.
- تبصره - میزان افزایش سرانه سال ۱۳۹۹ 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) می باشد و مابه التفاوت سرانه سال ۱۳۹۹ این گروه از پزشکان تک نوبت کاری (شیفت) توسط سازمان بیمه گر پرداخت می شود.
- ح- تعرفه خدمات اعتیاد و سوء مصرف مواد در بخش دولتی در سال ۱۳۹۹:
- ۱- تعرفه های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان در بخش دولتی به شرح جدول زیر تعیین می شود:

کد ملی	نوع خدمت	دوره درمان	مبلغ / ریال
۹۵۰۰۰۰	درمان نگهدارنده با متادون (MMT) (با احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۱٫۱۶۴٫۰۰۰
۹۵۰۰۰۵	درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم (OPT) با روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۱٫۶۳۳٫۰۰۰
۹۵۰۰۱۰	درمان نگهدارنده با تنتور اپیوم (OPT) بدون روان درمانی (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۵۳۹٫۰۰۰
۹۵۰۰۱۵	درمان نگهدارنده با بوپرونورفین (BMT) (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۷۴۹٫۰۰۰
۹۵۰۰۲۰	سم زدائی با بوپرونورفین (بدون احتساب هزینه دارو)	۲۱-۸ روزه	۱٫۵۳۳٫۰۰۰
۹۵۰۰۲۵	سم زدائی با کلونیدین (بدون احتساب هزینه دارو)	۱۰-۷ روزه	۱٫۰۶۷٫۰۰۰
۹۵۰۰۳۰	درمان نگهدارنده با نالتروکسون (بدون احتساب هزینه دارو)	یک ماهه	۶۲۰٫۰۰۰
۹۵۰۰۳۵	مداخلات روان شناختی فردی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه	یک جلسه	۲۰۶٫۰۰۰
۹۵۰۰۴۰	مداخلات روان شناختی گروهی (برمبنای الگوی ماتریکس) به ازای هر جلسه تا یک ساعت (به ازای هر نفر)	یک جلسه	۷۴٫۰۰۰

تبصره ۱- سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می باشد.

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 ۱۳۸۹- مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر،



جمهوری اسلامی ایران

ریس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

سهام پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خصوص معتادان بی‌بضاعت و کودکان معتاد، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه مصوب بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۳- هزینه دارو طبق نرخ مصوب سازمان غذا و دارو براساس صورتحساب (فاکتور) خرید و متناسب با قوانین پوشش بیمه‌ای از بیمه و بیمار دریافت می‌گردد. سقف دوز تحت پوشش بیمه برای داروی دریافتی بوپرونورفین (۶) میلی‌گرم و داروی تنتور ایپوم (۱۷) سی‌سی به‌ازای هر بیمار در روز می‌باشد. این پوشش صرفاً جهت درمان اختلالات مصرف مواد می‌باشد.

تبصره ۴- تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد بخش دولتی در سال ۱۳۹۹ ملاک پرداخت هزینه‌های درمان اعتیاد ذیل ردیف (۱۶۰۲۰۲۷۰۰۷) سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

۲- تعرفه مراکز اجتماع درمان‌مدار (TC) در بخش دولتی در سال ۱۳۹۹ به شرح جدول زیر تعیین

می‌شود:

کد ملی	عنوان	مبلغ	
		روزانه/ریال	ماهانه/ریال
۹۵۰۰۵۰	هزینه فعالیت و ارایه خدمات درمان مراکز اجتماع درمان‌مدار (TC) (با ظرفیت ۳۰ نفر مقیم)	۳۸۵,۰۰۰	۱۱,۵۵۸,۰۰۰

تبصره- خدمات ارایه شده در مراکز اجتماع درمان‌مدار (TC) و مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (کمپ یا مراکز اقامتی میان‌مدت) مشمول تعهد بیمه پایه نیست.

۳- دستورالعمل اجرایی نحوه ارایه خدمات درمانی به معتادان مواد مخدر و روانگردان به صورت سالانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می‌شود.

۲- خودپرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:  
الف - 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 بستری موقت معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌شود.

تبصره - مابه‌التفاوت خود پرداخت (فرانشیز) پرداختی بیماران 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 تأمین می‌شود.

ب - سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در بخش سرپایی و بستری موقت معادل هفتاد درصد (۷۰٪) و در بخش بستری معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خواهد بود.

۳- ارزش‌های نسبی پایه بیهوشی در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت مطابق ویرایش اول کتاب مذکور موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت ۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ و اصلاح بعدی آن موضوع اصلاحیه شماره ۱۵۳۴۳۰/۱۵۷۰۰ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۱ محاسبه و اعمال می‌گردد. جزییات پایه ارزش نسبی بیهوشی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره .....  
تاریخ ۱۳ / ۲ / ۱۳۹۹

۴- خدمات روان درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط روانپزشک و روانشناس بالینی در بیمارستان براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل ارایه و پرداخت می‌باشد.

۵- نرخ حق بیمه درمان در سال ۱۳۹۹ مطابق ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر است:

الف - صندوق بیمه کارکنان کشوری و لشکری:

۱- حق بیمه درمان خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل، بازنشسته مستمری‌بگیر و وظیفه‌بگیر (شامل سرپرست، همسر و فرزندان مشمول یارانه) در سال ۱۳۹۹ معادل هفت درصد (۰.۷٪) حقوق و مزایای مستمر به شرح زیر تعیین می‌شود:

۱-۱- بیمه شده شاغل دو درصد (۰.۲٪) حقوق مبنای کسور، بازنشستگان، موظفین و مستمری‌بگیران یک و هفت دهم درصد (۰.۱۷٪) حقوق.

۲-۱- دستگاه اجرایی دو درصد (۰.۲٪) حقوق.

۳-۱- مابقی به‌عنوان سهم دولت از اعتبارات مربوط مندرج در قانون بودجه (ذیل سازمان بیمه سلامت ایران و برنامه پوشش بیمه پایه سلامت مشمولان نیروهای مسلح ذیل ردیف توسعه خدمات بیمه درمان نیروهای مسلح).

۲- حق بیمه درمان خانوارهای شاغلین و بازنشستگان و موظفین و مستمری‌بگیران دستگاه‌های اجرایی که از بودجه عمومی دولت استفاده نمی‌کنند به ترتیب حق بیمه شاغلین دو درصد (۰.۲٪) حقوق مبنای کسور و حق بیمه بازنشستگان و موظفین یک و هفت دهم درصد (۰.۱۷٪) و بقیه تا هفت درصد (۰.۷٪) مبنای کسور توسط دستگاه اجرایی می‌باشد.

تبصره- در صورتی که دریافتی حقوق و مزایای مشمولین صندوق کارکنان لشکری و کشوری کمتر از حداقل حقوق و مزایای قانون کار باشد، حق بیمه آن‌ها بر اساس حقوق و مزایای دریافتی تعیین می‌گردد.

۳- در صورتی که زوجین هر دو مشترک صندوق بیمه کارکنان کشوری یا لشکری و یا مشترکاً دارای دفترچه بیمه درمانی از صندوق‌های مربوط باشند، پوشش بیمه و پرداخت حق بیمه به ترتیب زیر خواهد بود:

۳-۱- در صورت تقاضای زوجه برای دریافت دفترچه از طریق همسر خود حق بیمه درمان موضوع این تصویب‌نامه صرفاً از حقوق همسر کسر می‌شود.

۳-۲- در صورتی که زوجه مستقلاً متقاضی دریافت دفترچه باشد، ملزم به پرداخت حق بیمه می‌باشد.

۴- کلیه مشمولین صندوق بیمه کارکنان دولت در صورت حدوث شرایط مندرج در ماده (۶) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور می‌توانند با پرداخت هفت درصد (۰.۷٪) دو برابر حداقل حقوق قانون کار، خود را در صندوق مذکور بیمه درمان نمایند.





جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ب- حق بیمه خانوارهای روستاییان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مشمولین بیمه همگانی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق مشمولین قانون کار تعیین که صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه‌های اجتماعی بر مبنای بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

تبصره ۱- مابه‌التفاوت سهم بیمه‌شدگان خانوارهای روستاییان و عشایر، اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی، سایر اقشار و بیمه همگانی تا هفت درصد (۷٪) حقوق و دستمزد که از طریق آزمون وسیع تعیین می‌گردد، توسط دولت در بودجه سنواتی سازمان بیمه سلامت ایران تأمین می‌شود.

تبصره ۲- در مواردی که بیمه‌شده اصلی مددجو یا توان‌خواه تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور بوده و خانواده آن‌ها (والدین، خواهر و برادر) تحت پوشش سازمان مذکور نمی‌باشد، پوشش بیمه‌ای آن‌ها (والدین، خواهر و برادر) در قالب تبعی (۳) در صندوق سایر اقشار و یا در قالب بیمه ایرانیان و یا بیمه سلامت همگانی امکان‌پذیر می‌باشد.

پ - حق بیمه افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی اخذ می‌شود.

ت- نرخ حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۹۹ برای سایر اقشار از جمله بنیاد شهید و امور ایثارگران، طلاب، بسیجیان، دانشجویان و بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد و سایر موارد با تصویب هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت تعیین می‌گردد.

تبصره ۱- میزان بخشودگی سهم مشارکت بیمه‌شدگان موضوع بند (ب) و (د) مطابق آیین‌نامه آزمون وسیع که توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان برنامه و بودجه کشور و سازمان بیمه سلامت ایران تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد، تعیین خواهد شد.

تبصره ۲- خدمات سلامت برای ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از (۲۰۰۰۰) نفر که طی سنوات مختلف به بالاتر از (۲۰۰۰۰) نفر جمعیت رسیده‌اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از (۲۰۰۰۰) نفر ملحق شده‌اند (بر اساس تقسیمات وزارت کشور) همچنان در صندوق روستاییان و با رعایت نظام ارجاع استمرار خواهد یافت.

تبصره ۳- صد درصد نرخ حق بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۹۹ برای کلیه بیماران خاص تحت پوشش صندوق‌های بیمه‌ای ایرانیان و همگانی سلامت سازمان بیمه سلامت ایران توسط دولت تأمین می‌گردد.

۱- حق بیمه افراد تبعی درجه (۲)، طبق ضوابط جاری مورد عمل هر صندوق، معادل حق سرانه بیمه مصوب پرداخت می‌شود.

۲- حق بیمه افراد تبعی درجه (۳) هر صندوق (پدر و مادر، خواهر و برادر، عروس و داماد و سایر موارد حسب ضوابط صندوق‌ها) معادل دو نهم (۲/۹) مازاد بر حق سرانه بیمه مصوب پرداخت می‌شود.

۳- شمول افراد تبعی درجه (۱) برای فرزندان، حسب مورد تابع قوانین و مقررات مربوط خواهد بود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

شماره .....  
تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۳

۴- ادامه پوشش بیمه‌ای برای آن دسته از فرزندان دختر و پسر که از پوشش بیمه‌ای خارج می‌شوند، در صورت استمرار حق بیمه بر مبنای افراد تبعی درجه (۳) بر اساس ضوابط جاری هر سازمان بلامانع است.

۵- حق سرانه بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۹۹، مبلغ پانصد و پنجاه و هفت هزار (۵۵۷,۰۰۰) ریال تعیین می‌شود.

۶- یک پنجم نرخ سرانه حق بیمه خدمات درمانی کارکنان وظیفه و عایله درجه یک ایشان توسط فرد مشمول و مابقی آن توسط دولت تأمین می‌شود.

۷- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره - نرخ حق سرانه در سال ۱۳۹۹ برای اتباع و مهاجرین خارجی مبلغ (۱,۰۲۳,۵۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه تعیین می‌گردد.

۶- به منظور اجرای بند (۶) تصویب‌نامه شماره ۳۷۹۹۵/ت/۵۴۲۴۰ هـ مورخ ۱۳۹۶/۴/۳ مبنی بر ایجاد نظام پرداختی مبتنی بر گروه‌های تشخیصی به بیمارستان‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند ضمن اجرای نظام پرداخت مذکور براساس مصوبه هیئت امنای خود، نسبت به تغییر روش پرداخت به پزشکان از نظام کارانه (FFS) مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سقف مصوبه شورای حقوق و دستمزد مورخ ۱۳۹۵/۹/۱۵ از منابع درآمد اختصاصی خود، مشروط بر عدم ایجاد بار مالی جدید، اقدام نمایند.

۷- این تصویب‌نامه از ابتدای فروردین ماه سال ۱۳۹۹ لازم‌الاجرا می‌باشد.

اسحاق جهانگیری

معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس‌جمهور، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس‌جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت حقوقی رئیس‌جمهور، معاونت امور مجلس رئیس‌جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت قوانین مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی

"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - وزارت امور اقتصادی و دارایی  
وزارت صنعت، معدن و تجارت - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت 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 عمومی غیردولتی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:

**الف - ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی عمومی**

غیردولتی:

ردیف	شرح خدمت	تعرفه/ریال
۱	پزشکان، دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار	۱۹۷,۰۰۰
۲	پزشکان، دندانپزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD - PhD)	۳۲۵,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۳۹۴,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روانپزشکی	۴۱۴,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روانپزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روانپزشکی	۴۷۲,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱۷۰,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۱۴۷,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص، فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان، برای گروه سنی زیر (۵) سال، (۱۵٪) بالاتر از تعرفه معاینه (ویزیت) تعیین شده در ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند، قابل پرداخت است. اجرای این تبصره صرفاً در قالب نسخه‌نویسی الکترونیک امکان‌پذیر است. تا زمان اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک تعرفه براساس ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند قابل اخذ می‌باشد.

تبصره ۲- کلیه مقاطع تحصیلی مندرج در بند (الف) در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های مذکور استفاده نمایند که عنوان مربوط در پروانه مطب آنها درج شده باشد.

تبصره ۳- کارشناسان ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) استفاده نمایند که کارشناسی ارشد یا دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) ثبت شده آن‌ها مرتبط با رشته کارشناسی بوده و در پروانه فعالیت درج شده باشد.

تبصره ۴- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می‌باشند.



جمهوری اسلامی ایران

ریس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ب - ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی ارزش نسبی خدمات دندان پزشکی معادل ده هزار و نهصد (۱۰٫۹۰۰) ریال محاسبه می شود.

۲- ضرایب ریالی کای حرفه ای کلیه خدمات و مراقبت های سلامت بر مبنای کای واحد و دوپست و چهل و یک هزار (۲۴۱٫۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۳- ضرایب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل دوپست و هشتاد هزار و ششصد (۲۸۰٫۶۰۰) ریال محاسبه می شود.

۴- ضریب ریالی کای حرفه ای 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 ارایه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل یکصد و هفتاد و هفت هزار (۱۷۷٫۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۵- ضریب ریالی کای 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 ارایه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل دوپست و شش هزار (۲۰۶٫۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

پ- سقف تعرفه های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش عمومی غیردولتی در سال ۱۳۹۹، به شرح جدول زیر است:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۵٫۳۶۲٫۰۰۰	۴٫۲۸۹٫۰۰۰	۳٫۲۱۷٫۰۰۰	۲٫۱۴۵٫۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۴٫۱۷۰٫۰۰۰	۳٫۳۳۶٫۰۰۰	۲٫۵۰۲٫۰۰۰	۱٫۶۶۸٫۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۲٫۹۷۹٫۰۰۰	۲٫۳۸۳٫۰۰۰	۱٫۷۸۸٫۰۰۰	۱٫۱۹۱٫۰۰۰
۴	هزینه همراه	۵۹۵٫۰۰۰	۴۷۷٫۰۰۰	۳۵۷٫۰۰۰	۲۳۸٫۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۱٫۷۸۸٫۰۰۰	۱٫۴۳۱٫۰۰۰	۱٫۰۷۲٫۰۰۰	۷۱۵٫۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۲٫۳۸۲٫۰۰۰	۱٫۹۰۵٫۰۰۰	۱٫۴۲۹٫۰۰۰	۹۵۳٫۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۲٫۹۷۹٫۰۰۰	۲٫۳۸۳٫۰۰۰	۱٫۷۸۸٫۰۰۰	۱٫۱۹۱٫۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۸٫۹۳۶٫۰۰۰	۷٫۱۴۸٫۰۰۰	۵٫۳۶۲٫۰۰۰	۳٫۵۷۴٫۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکنه حاد مغزی (SCU)	۵٫۹۵۷٫۰۰۰	۴٫۷۶۶٫۰۰۰	۳٫۵۷۴٫۰۰۰	۲٫۳۸۳٫۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت های ویژه قلبی	۶٫۸۵۱٫۰۰۰	۵٫۴۸۰٫۰۰۰	۴٫۱۱۱٫۰۰۰	۲٫۷۴۰٫۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی	۵٫۳۶۲٫۰۰۰	۴٫۲۸۹٫۰۰۰	۳٫۲۱۷٫۰۰۰	۲٫۱۴۵٫۰۰۰
۱۲	بخش های مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۱۱٫۹۱۵٫۰۰۰	۹٫۵۳۲٫۰۰۰	۷٫۱۴۸٫۰۰۰	۴٫۷۶۶٫۰۰۰
۱۳	بخش های مراقبت های ویژه سوختگی	۱۳٫۴۰۴٫۰۰۰	۱۰٫۷۲۴٫۰۰۰	۸٫۰۴۲٫۰۰۰	۵٫۳۶۲٫۰۰۰



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ت- تعرفه خدمات اعتیاد و سوء مصرف مواد در مراکز عمومی غیردولتی معادل بخش دولتی، تعیین می شود.

ث- سهم سازمان های بیمه گر پایه از جمله سازمان تأمین اجتماعی در خرید خدمات تشخیصی و درمانی از بخش عمومی غیردولتی در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می شود:

الف - معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری.

ب - معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی و بستری موقت.

۳- ارزش های نسبی پایه بیهوشی در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مطابق ویرایش اول کتاب مذکور موضوع تصویب نامه شماره ۵۰۹۸۲/ت/۷۴۴۵۰ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ و اصلاح بعدی آن موضوع اصلاحیه شماره ۵۱۷۰۰/۱۵۳۴۳۰ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۱ محاسبه و اعمال می گردد. جزییات پایه ارزش نسبی بیهوشی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۴- خدمات روان درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، توسط روانپزشک و روانشناس بالینی در بیمارستان براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل ارایه می باشد.

۵- تعرفه همودیالیز برای بخش خیریه به شرح جدول زیر است:

ویژگی کد	کد	شرح خدمت	ارزش نسبی
#	۹۰۰۱۴۰	گلوبال-نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد-۶ جلسه اول)	۱۷ ۶ ۱۱
#	۹۰۰۱۴۵	گلوبال- همودیالیز مزمن، یک ارزیابی به وسیله پزشک در طی جلسه ارایه خدمت	۱۵ ۴ ۱۱

تبصره - ضرایب ریالی جزء حرفه ای معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی معادل ضرایب ریالی بخش عمومی غیردولتی در تعهد سازمان های بیمه گر خواهد بود.

۶- این تصویب نامه از اول فروردین ماه سال ۱۳۹۹ لازم الاجرا است.

اسحاق جهانگیری

معاون اول رئیس جمهور

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



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی

«با صلوات بر محمد و آل محمد»

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - وزارت امور اقتصادی و دارایی  
وزارت صنعت، معدن و تجارت - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۹/۲/۷ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور - مصوب سال ۱۳۹۵ - تصویب کرد:

۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- ارزیابی و معاینه (ویزیت) پزشکان و کارشناسان پروانه‌دار در بخش سرپایی:

ردیف	شرح خدمات	تعرفه / ریال
۱	پزشکان، دندان‌پزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار	۲۲۸,۰۰۰
۲	پزشکان، دندان‌پزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)	۳۸۳,۰۰۰
۳	پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۴۶۱,۰۰۰
۴	پزشکان متخصص روان‌پزشکی	۴۸۴,۰۰۰
۵	پزشکان فوق تخصص روان‌پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان‌پزشکی	۵۷۷,۰۰۰
۶	کارشناس ارشد پروانه‌دار	۱۹۶,۰۰۰
۷	کارشناس پروانه‌دار	۱۴۸,۰۰۰

تبصره ۱- تعرفه معاینه (ویزیت) پزشکان متخصص، فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان، برای گروه سنی زیر (۵) سال، پانزده درصد (۱۵٪) بالاتر از تعرفه معاینه (ویزیت) تعیین شده در ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند، قابل پرداخت است. اجرای این تبصره صرفاً در قالب نسخه‌نویسی الکترونیک امکانپذیر است. تا زمان اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک تعرفه براساس ردیف‌های (۲) و (۳) جدول این بند قابل اخذ می‌باشد.

تبصره ۲- کلیه مقاطع تحصیلی مندرج در بند (الف) در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های مذکور استفاده نمایند که عنوان مربوط در پروانه مطب آنها درج شده باشد.

تبصره ۳- کارشناسان ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار در صورتی می‌توانند از تعرفه‌های کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) استفاده نمایند که کارشناسی ارشد یا دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) ثبت شده آنها مرتبط با رشته کارشناسی بوده و در پروانه فعالیت درج شده باشد.

تبصره ۴- پزشکان عمومی با سابقه بیش از پانزده سال کار بالینی، مجاز به دریافت معادل پانزده درصد (۱۵٪) علاوه بر تعرفه مصوب می‌باشند.



جمهوری اسلامی ایران

ریس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ب- ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

- ۱- ضریب ریالی ارزش نسبی خدمات دندان پزشکی معادل دوازده هزار و هفتصد (۱۲٫۷۰۰) ریال محاسبه می شود.
- ۲- ضرایب ریالی کای حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل چهارصد و سی و دو هزار و ششصد (۴۳۲٫۶۰۰) ریال محاسبه می‌شود.
- ۳- ضرایب ریالی کای فنی کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت بر مبنای کای واحد و معادل چهارصد و بیست و دو هزار و پانصد (۴۲۲٫۵۰۰) ریال محاسبه می‌شود.
- ۴- ضریب ریالی کای حرفه‌ای 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 بیست و شش هزار و هشتصد (۲۲۶٫۸۰۰) ریال محاسبه می‌شود.
- ۵- ضریب ریالی کای 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 چهل هزار (۲۴۰٫۰۰۰) ریال محاسبه می‌شود.
- پ- سقف تعرفه‌های هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش خیریه و موقوفه در سال ۱۳۹۹، به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

(ارقام به ریال)

ردیف	نوع تخت	درجه اعتباربخشی بیمارستان			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۸٫۷۶۵٫۰۰۰	۷٫۰۱۲٫۰۰۰	۵٫۲۵۸٫۰۰۰	۳٫۵۰۶٫۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۶٫۵۸۱٫۰۰۰	۵٫۲۶۴٫۰۰۰	۳٫۹۴۸٫۰۰۰	۲٫۶۳۳٫۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۴٫۳۸۱٫۰۰۰	۳٫۵۰۵٫۰۰۰	۲٫۶۲۹٫۰۰۰	۱٫۷۵۲٫۰۰۰
۴	هزینه همراه	۹۸۸٫۰۰۰	۷۹۰٫۰۰۰	۵۹۳٫۰۰۰	۳۹۵٫۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۲٫۲۰۰٫۰۰۰	۱٫۷۵۹٫۰۰۰	۱٫۳۲۰٫۰۰۰	۸۸۰٫۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۳٫۰۶۶٫۰۰۰	۲٫۴۵۳٫۰۰۰	۱٫۸۴۰٫۰۰۰	۱٫۲۲۶٫۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۴٫۳۸۱٫۰۰۰	۳٫۵۰۵٫۰۰۰	۲٫۶۲۹٫۰۰۰	۱٫۷۵۲٫۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۱۱٫۶۰۶٫۰۰۰	۹٫۲۸۶٫۰۰۰	۶٫۹۶۴٫۰۰۰	۴٫۶۴۳٫۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سگته حاد مغزی (SCU)	۷٫۶۲۷٫۰۰۰	۶٫۱۰۲٫۰۰۰	۴٫۵۷۷٫۰۰۰	۳٫۰۵۰٫۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی	۷٫۶۲۷٫۰۰۰	۶٫۱۰۲٫۰۰۰	۴٫۵۷۷٫۰۰۰	۳٫۰۵۰٫۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی	۵٫۹۸۲٫۰۰۰	۴٫۷۸۶٫۰۰۰	۳٫۵۸۹٫۰۰۰	۲٫۳۹۳٫۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۱۵٫۲۵۴٫۰۰۰	۱۲٫۲۰۴٫۰۰۰	۹٫۱۵۲٫۰۰۰	۶٫۱۰۲٫۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی	۱۶٫۷۶۵٫۰۰۰	۱۳٫۴۱۲٫۰۰۰	۱۰٫۰۶۰٫۰۰۰	۶٫۷۰۶٫۰۰۰

تبصره ۵- به بیمارستان‌های درجه یک مشمول این تصویب‌نامه اجازه داده می‌شود، حداکثر تا ده درصد (۱۰٪) تخت‌های خود را براساس استانداردهای ابلاغی و آیین‌نامه‌های نظارتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب بخش‌های با خدمات رفاهی ویژه و حداکثر تا دو برابر سقف تعرفه اتاق یک تخته بخش‌های مربوط اداره نمایند.



جمهوری اسلامی ایران

ریس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

۲- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خرید خدمات تشخیصی و درمانی از بخش خیریه در سال ۱۳۹۹ به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری.  
ب- معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپایی و بستری موقت.

۳- ارزش‌های نسبی پایه بیهوشی در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مطابق ویرایش اول کتاب مذکور موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۹۸۲/۵۰هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ و اصلاح بعدی آن موضوع اصلاحیه شماره ۱۵۳۴۳۰/۵۱۷۰۰ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۱ محاسبه و اعمال می‌گردد. جزییات پایه ارزش نسبی بیهوشی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

۴- خدمات روان‌درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، توسط روانپزشک و روانشناس بالینی در بیمارستان براساس استاندارد ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل ارایه می‌باشد.

۵- تعرفه همودیالیز برای بخش خیریه به شرح جدول زیر می‌باشد:

ویژگی کد	کد	شرح خدمت	ارزش نسبی
#	۹۰۰۱۴۰	گلوبال-نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد-۶ جلسه اول)	۱۷ ۶ ۱۱
#	۹۰۰۱۴۵	گلوبال- همودیالیز مزمن، یک ارزیابی به وسیله پزشک در طی جلسه ارایه خدمت	۱۵ ۴ ۱۱

تبصره- ضرایب ریالی جز حرفه‌ای معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جز فنی معادل ضرایب ریالی بخش خیریه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

۶- این تصویب‌نامه از ابتدای فروردین ماه سال ۱۳۹۹ لازم‌الاجرا است.

اسحاق جهانگیری  
معاون اول رییس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رییس جمهور، دفتر رییس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رییس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت حقوقی رییس جمهور، معاونت امور مجلس رییس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت قوانین مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می‌شود.



## ابلاغ سیاست‌های کلی «سلامت» توسط رهبر معظم انقلاب

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل 110 قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است، ابلاغ کردند. متن سیاست‌های کلی سلامت که به رؤسای قوای سه گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده، به شرح زیر است:

بسم‌الله الرحمن الرحیم

سیاست های کلی سلامت

1- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه.

1-1- ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.

1-2- آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

2- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

1-2- اولویت پیشگیری بر درمان.

2-2- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.

2-3- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.

2-4- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

2-5- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.

2-6- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

3- ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.

4- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.

5- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویض فرافارما بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

6- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

7- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات

درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

- 7-1- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 7-2- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.
- 7-3- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.
- 7-4- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.
- 8- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق:
  - 8-1- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.
  - 2- 8- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها.
  - 3- 8- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان.
- 9- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:
  - 9-1- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
  - 9-2- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
  - 3- 9- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
  - 4- 9- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
  - 5- 9- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
  - 6- 9- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
  - 7- 9- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.
- 10- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:
  - 10-1- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.
  - 2- 10- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه

- عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.
- 10-3- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.
- 10-4- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.
- 11- افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 12- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.
- 12-1- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 12-2- استاندارد سازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.
- 12-3- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.
- 12-4- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.
- 12-5- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی.
- 12-6- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.
- 13- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.
- 14- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

۵۳۶

شماره چاپ

۲۷۱

شماره ثبت



جمهوری اسلامی ایران  
مجلس شورای اسلامی

دوره نهم - سال اول

تاریخ چاپ ۱۳۹۲/۲/۲۴

## یک فوریتی

لایحه ترکیب اعضاء و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور

کمیسیونهای ارجاعی

بهداشت و درمان

اصلی:

اجتماعی - برنامه و بودجه و محاسبات

فرعی:

معاونت قوانین

اداره کل تدوین قوانین

باسمه تعالی

شماره: ۴۷۴۴۰/۲۵۱۸۲۹

تاریخ: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹

جناب آقای دکتر لاریجانی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی

لایحه ترکیب اعضاء و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور که بنابه پیشنهاد معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۶ هیأت وزیران به تصویب رسیده است، با قید یک فوریت برای طی تشریفات قانونی به پیوست تقدیم می‌شود.

محمود احمدی‌نژاد

رئیس جمهور

مقدمه (دلایل توجیهی):

در اجرای تبصره (۳) بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و اعمال سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرائی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه‌های سلامت اعم از پایه و تکمیلی در کشور، لایحه زیر برای طی تشریفات قانونی تقدیم می‌شود:

## عنوان لایحه:

### ترکیب اعضاء و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور

ماده ۱- شورای عالی بیمه سلامت کشور که از این پس شورای عالی نامیده می شود با ترکیب اعضای زیر تشکیل و جایگزین شورای عالی بیمه خدمات درمانی می گردد:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس شورا)
- ۲- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی (دبیر)
- ۳- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۴- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- ۵- رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- ۶- رئیس کل بیمه مرکزی ایران
- ۷- مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران
- ۸- یک نماینده از تشکلهای خدمات گیرندگان به پیشنهاد وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۹- یک نماینده از تشکلهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱۰- نماینده انجمن های علمی تخصصی حوزه سلامت
- ۱۱- سه نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیون های اجتماعی، برنامه و بودجه و بهداشت و درمان (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد به عنوان ناظر (بدون حق رأی)

ماده ۲- جلسات شورای عالی، با حضور حداقل نیمی از اعضای صاحب رأی شورا رسمیت می‌یابد و تصمیمات با اکثریت رأی حاضران در جلسه قابل ابلاغ و اجراء است.

ماده ۳- جلسات شورای عالی حداقل هر دو ماه یکبار به دعوت رئیس شورای عالی تشکیل می‌گردد. در صورتی که حداقل چهار نفر از اعضای شورای عالی کتباً تقاضای تشکیل جلسه نمایند، ظرف یک هفته از اعضای شورا برای تشکیل جلسه دعوت خواهد شد.

تبصره- دبیرخانه شورای عالی در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مستقر می‌باشد.

ماده ۴- وظایف و مسؤولیت‌های شورای عالی به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- تصویب سیاست‌ها، راهبردها و خط‌مشی‌های مربوط به بیمه سلامت
- ۲- بازنگری سالانه ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت‌های واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی- مصوب ۱۳۷۳/۸/۳

۳- تأیید فهرست و سطح خدمات مشمول بیمه پایه و بیمه‌های تکمیلی سلامت

۴- تصویب چهارچوب کلی حاکم بر ضوابط انعقاد و فسخ قرارداد بیمه‌های سلامت اعم از پایه و تکمیلی با بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت با پیشنهاد سازمان بیمه سلامت ایران

۵- بررسی و تأیید سهم دولت، کارفرما و خانوارها از حق بیمه پایه سلامت و همچنین تعیین سهم بیمه‌شونده (فرانشیز) متناسب با سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور جهت تصویب هیأت وزیران

۶- تأیید نمایندگان تشکلهای خدمات‌گیرندگان جهت عضویت در مجمع عمومی سازمان بیمه سلامت ایران

۷- تعیین سقف حق سرانه خدمات بیمه‌های تکمیلی متناسب با بسته‌های خدمات قابل ارائه

۸- تعیین وظایف و ساختار سازمانی دبیرخانه شورا

ماده ۵- خرید خدمت توسط سازمان بیمه سلامت ایران و شرکتهای بیمه تکمیلی فقط با رعایت مصوبات شورای عالی مجاز می‌باشد.



## هیأت رئیسه محترم مجلس شورای اسلامی

احتراماً، در اجرای ماده (۴) قانون تدوین و تنقیح قوانین و مقررات کشور

مصوب ۱۳۸۹/۳/۲۵ نظر معاونت قوانین به شرح پیوست نسبت به لایحه ترکیب اعضاء

و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور تقدیم می‌گردد.

معاونت قوانین

## نظر اداره کل تدوین قوانین

در اجرای بندهای (۲) و (۴) ماده (۴) قانون تدوین و تنقیح قوانین و مقررات کشور

مصوب ۱۳۸۹/۳/۲۵

۱- در اجرای بند (۲):

در طرح الایحه تقدیمی آیین‌نگارش قانونی و ویرایش ادبی  رعایت شده است.

رعایت نشده است، متن اصلاحی طرح الایحه به ضمیمه تقدیم می‌شود.

۲- در اجرای بند (۴):

اول: از نظر قانون اساسی؛

طرح الایحه تقدیمی با قانون اساسی مطابقت  ندارد.

دارد.

اصل / اصول مغایر و دلیل مطابقت به ضمیمه تقدیم می‌گردد.

دوم: از نظر سیاست‌های کلی نظام و سند چشم‌انداز؛

طرح الایحه تقدیمی با سیاست‌های کلی نظام و سند چشم‌انداز مطابقت  ندارد.

دارد.

موارد مغایرت و دلیل آن به ضمیمه تقدیم می‌شود.

سوم: از نظر قانون برنامه؛

طرح الایحه تقدیمی با قانون برنامه مطابقت  ندارد.

دارد.

موارد مغایرت و دلیل آن به ضمیمه تقدیم می‌شود.

چهارم: از نظر آیین‌نامه داخلی مجلس؛

وضعیت طرح / الایحه تقدیمی از جهت رعایت مقررات آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی

به شرح زیر می‌باشد:

ماده ۱۳۱-

۱- موضوع و عنوان مشخص  دارد  
 ندارد

۲- دلایل لزوم تهیه و پیشنهاد در مقدمه  دارد  
 ندارد

۳- موادی متناسب با اصل موضوع و عنوان  دارد  
 ندارد

ماده ۱۳۴-  قبلاً تقدیم نگردیده است

-  قبلاً در جلسه علنی شماره مورخ تقدیم و در تاریخ  در  مجلس /  کمیسیون

(موضوع اصل ۸۵ قانون اساسی) رد شده و اینک:

با انقضاء شش ماه

با تغییر اساسی

بدون تغییر اساسی

پیش از انقضاء شش ماه

تقاضای کمی ۵۰ نفر از نمایندگان (مشروط به تصویب مجلس

تقاضای کمی کمتر از ۵۰ نفر از نمایندگان

مجدداً قابل پیشنهاد به مجلس  می باشد.

نمی باشد.

ماده ۱۳۶- امضای مقامات مسؤول را  دارد.  
 ندارد.

ماده ۱۴۲- طرح/لایحه تقدیمی دارای  یک موضوع است و پیشنهاد آن به عنوان  ماده واحده  مواجه یا ایراد  نمی باشد.  
 بیش از یک موضوع  مواد متعدد  می باشد.

ماده ۱۴۴- رعایت اصل هفتاد و پنجم قانون اساسی  شده است.  
 نشده است. موارد و دلیل مغایرت به ضمیمه تقدیم می شود.

ماده ۱۸۵- موجب اصلاح یا تغییر برنامه مصوب  نمی شود و نیاز به  $\frac{2}{3}$  رأی نمایندگان  ندارد.  
 می شود  $\frac{2}{3}$  دارد.

تعداد ..... برگ اظهار نظر به عنوان ضمیمه تقدیم می شود.

مدیر کل تدوین قوانین

نظر اداره کل اسناد و تنقیح قوانین  
در اجرای بندهای (۱) و (۳) ماده (۴) قانون تدوین و تنقیح قوانین  
و مقررات کشور مصوب ۱۳۸۹/۳/۲۵

۱- در اجرای بند (۱):

الف- در خصوص طرح/لایحه تقدیمی قوانین متعارض  وجود ندارد

وجود دارد که به شرح ضمیمه تقدیم می‌شود.

ب- در خصوص طرح/لایحه تقدیمی قوانین مرتبط  وجود ندارد

وجود دارد که به شرح ضمیمه تقدیم می‌شود.

۲- در اجرای بند (۳):

با عنایت به بررسی‌های به عمل آمده قانونگذاری در این موضوع  لازم است.  
 لازم نیست.

تعداد یازده برگ سوابق قانونی و دلایل ضرورت قانونگذاری به ضمیمه تقدیم می‌شود.

مدیر کل اسناد و تنقیح قوانین

## سوابق قانونی و دلایل ضرورت قانونگذاری

### - سوابق قانونی

#### فهرست سوابق

۱- تبصره (۳) بند (ب) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵

۲- بند «۸» ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور

۳- قانون اصلاح ماده (۵) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور

۴- قانون استفساریه بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - مصوب ۱۳۷۳.۸.۳

**تبصره (۳) بند (ب) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران**

**(۱۳۹۴-۱۳۹۰) مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵**

ماده ۳۸- به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف- دولت مکلف است ساز و کارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

ب- به دولت اجازه داده می‌شود بخشهای بیمه‌های درمانی کلیه صندوقهای موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه

سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.

اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۱- شمول مفاد این بند به صندوقهای خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات با اذن مقام معظم رهبری است.

تبصره ۲- بیمارستانها و مراکز ملکی صندوق تأمین اجتماعی که درمان مستقیم را بر عهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی مانده و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت خواهند نمود.

تبصره ۳- با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسؤولیتهای این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیأت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.

تبصره ۴- دارائیهات، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه‌های درمان به استثناء صندوق تأمین اجتماعی با تشخیص معاونت به سازمان بیمه سلامت ایران منتقل می‌گردد. اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز براساس عملکرد در قبال ارائه خدمات و محاسبه به عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌گردد.

تبصره ۵- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی برعهده افراد بیمه‌شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

ج- به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجراء نماید.

د- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و

مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۰/۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶/۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سالهای چهارم و پنجم برنامه

صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.

۲- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵/۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سالهای اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶/۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سالهای چهارم و پنجم برنامه مشروط بر این که حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء (۱) این بند تجاوز نکند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.

۳- مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروههای درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیأت وزیران

تبصره- دستگاههای اجرایی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه سلامت ایران واریز نمایند.

هـ- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

و- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون تحمیل بار مالی جدید، نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت را براساس استانداردهای اعتبار بخشی مصوب، به مؤسسات در بخش غیردولتی واگذار نماید. به نسبتی که نظارت به مؤسسات مذکور واگذار می‌شود منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزاد می‌شود. بخشی از منابع مالی آزاد شده مذکور در قالب موافقتنامه مبادله شده با معاونت به دستگاه قابل پرداخت است.

ز- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاستهای مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخشهای دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک‌سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ح- به منظور ارتقاء شاخصهای سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور می‌تواند با همکاری بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران حداکثر تا پایان سال دوم برنامه، نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط را مبتنی بر آموزش و نظارت و بر اساس آئین‌نامه‌ای که پس از تأیید معاونت به تصویب هیأت وزیران می‌رسد تدوین و تا پایان برنامه در شهرهای بالای یکصد هزار نفر جمعیت اجراء نماید.

در این راستا دولت از توسعه فروشگاههای زنجیره‌ای مواد غذایی حمایت می‌نماید.

#### **بند «۸» ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور**

ماده ۱ - تعاریف

- ۱ - بیمه شده اصلی: فردی است که رأساً مشمول مقررات بیمه خدمات درمانی موضوع این قانون بوده و پس از پرداخت حق‌السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) مشمول استفاده از مزایای خدمات درمانی قرار می‌گیرد.
- ۲ - بیمه شده تبعی: خانواده شخص یا اشخاصی هستند که به تبع سرپرستی و کفالت بیمه شده اصلی از مزایای مقرر در این قانون می‌توانند استفاده نمایند.
- ۳ - روستایی: شخصی است که در روستا سکونت داشته باشد. عشایر کوچ‌رو در این قانون از مزایای روستاییان برخوردارند.
- ۴ - افراد نیازمند: به افرادی اطلاق می‌شود که به لحاظ شرایط اقتصادی، اجتماعی، جسمی و روانی توانایی اداره زندگی خود و خانواده تحت تکفل خود را ندارند. مصادیق افراد نیازمند حسب مورد به پیشنهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی تعیین می‌شود.
- ۵ - صاحبان حرف و مشاغل آزاد: به کلیه اشخاصی اطلاق می‌شود که از نظر مقررات و قوانین خویش فرما باشند.



۶ - حق سرانه: مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه خدمات درمانی، برای هر فرد در یک ماه تعیین می‌گردد.

۷ - فرانشیز: قسمتی از هزینه درمان است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید.

۸ - قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه و داراییهای ثابت در بخش دولتی سود سرمایه (داراییهای ثابت) و استهلاک منظور خواهد شد.  
ماده ۲ - به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگیهای اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که بعد از این شورای عالی نامیده می‌شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد.

ماده ۳ - ترکیب شورای عالی به شرح زیر خواهد بود:

۱ - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رییس شورای عالی)

۲ - وزیر کار و امور اجتماعی.

۳ - وزیر امور اقتصادی و دارایی.

۴ - رییس سازمان برنامه و بودجه.

۵ - دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور.

۶ - رییس کل سازمان نظام پزشکی.

۷ - مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی.

۸ - مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی.

۹ - مدیر عامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح.

۱۰ - سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)

۱۱ - معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی).

۱۲ - دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای برنامه و بودجه و بهداشتی بهزیستی (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد، به عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.

تبصره - دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و معاون امور

درمان دبیر شورای عالی و مشغول ابلاغ مصوبات آن می‌باشد.

ماده ۴ - دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم‌نماید.

پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این انجام خواهد شد.

ماده ۵ - به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی که پس از این سازمان نامیده می‌شود تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.

تبصره ۱ - سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی مستقل است.

تبصره ۲ - وظایف، اختیارات، ارکان و تشکیلات، منابع مالی و نحوه اداره و حدود و شمول عملیات و فعالیت سازمان بر طبق اساسنامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از تاریخ تصویب این قانون به پیشنهاد شورای عالی و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۳ - با تشکیل سازمان، آن قسمت از وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان، داراییها و اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در امر بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت به کار گرفته می‌شود، به سازمان منتقل می‌گردد.

تبصره ۴ - کلیه داراییها منتقل شده به سازمان توسط هیأتی که ترکیب آن در اساسنامه تعیین می‌شود، ارزیابی شده و به صورت سرمایه سازمان اعلام خواهد شد.

تبصره ۵ - هر یک از گروه‌های مذکور در ماده فوق دارای صندوق جداگانه‌ای خواهند بود.

ماده ۶ - کلیه شرکتهای بیمه مجازند بر اساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

تبصره - کلیه شرکتهای بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) بر اساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری مشارکت و فعالیت نمایند.

ماده ۷ - کلیه دستگاه‌ها و سازمانهای دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکتهای بیمه‌گر برای عقد قراردادهای بیمه

خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می‌باشند و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی نافی این حق و اختیار نخواهد بود.

تبصره ۱ - دستگاه‌های مشمول قانون تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی برای انعقاد قراردادهای بیمه خدمات درمانی با سازمانها و یاشرکتهای بیمه‌گر موظفند طرح پیشنهادی خود را به سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی حسب مورد ارائه و مجوز لازم را از سازمانهای مذکور دریافت نمایند.

در صورتی که سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی با طرح پیشنهادی موافقت نمایند و این امر مورد اعتراض پیشنهاددهنده باشد، مراتب جهت تصمیم‌گیری نهایی به شورای عالی منعکس خواهد شد.

تبصره ۲ - دستگاه‌های موضوع تبصره ۱ به استثنای کمیته امداد امام خمینی (ره) موظفند دو نهم سهم درمان یا حق سرانه درمان را حسب مورد در اختیار سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی قرار دهند تا برای تداوم استفاده بیمه شده از خدمات درمانی در دوران مستمری‌بگیری ذخیره شود.

تبصره ۳ - آیین‌نامه اجرایی این ماده حداکثر ظرف چهار ماه به پیشنهاد مشترک سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره ۴ - کمیته امداد امام خمینی (ره) علاوه بر سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر دولتی می‌تواند با مؤسسات خدمات درمانی انعقاد قرارداد نماید.

ماده ۸ - تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره - مابقی تفاوت سهم درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه‌ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۰ - حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

ماده ۱۱ - تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود همچنان رایگان است.

تبصره - همه‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه‌های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می‌کند.

ماده ۱۲ - ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود.

تبصره - به منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و بر اساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر به مصرف برساند.

ماده ۱۳ - سهم مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروه‌های شغلی به ترتیب زیر خواهد بود.

۱ - کارکنان دولت: یک پنجم تا یک سوم حق بیمه سرانه که متناسب با حقوق و مزایا با تصویب هیأت وزیران تعیین می‌شود.

۲ - مشمولان قانون تأمین اجتماعی: بر طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی.

۳ - روستاییان: بر اساس مصوبات هیأت وزیران.

۴ - صاحبان حرف و مشاغل آزاد: تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه، به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران.

۵ - سایر اقتضای که در این قانون ذکری از آنها به عمل نیامده است، بر اساس پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیات وزیران.

ماده ۱۴ - تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانایی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار کمیته یاد شده قرار می‌گیرد تا بر اساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر به مصرف برساند.

تبصره ۱ - آیین‌نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند مشتمل بر تعاریف، ضوابط و موازین تشخیص، به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۲ - کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف است با رعایت مفاد موضوع تبصره ۱ این ماده ضمن استفاده از همکاریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله سازمان بهزیستی استانها، وزارت کشاورزی، وزارت جهاد سازندگی و دیگر سازمانها و نهادها، همه‌ساله اطلاعات آماری افراد تحت پوشش و مشمول دریافت خدمات را به تفکیک هر استان تهیه و پس از تأیید شورای عالی جهت اقدامات اجرایی و پیش‌بینی و تأمین اعتبار لازم به سازمان برنامه و بودجه اعلام نماید.

ماده ۱۵ - سازمان برنامه و بودجه موظف است همه ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاه‌هایی را که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند به صورت یک برنامه مشخص در قالب بودجه مصوب سالانه هر یک از دستگاه‌های اجرایی پیش‌بینی و منظور نماید. دستگاه‌های ذریعته موظفند رأساً نسبت به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سایر شرکتهای و مؤسسات بیمه‌گر اقدام نمایند.

تبصره - علاوه بر مواردی که در این قانون مشخص شده است سازمان برنامه و بودجه موظف است در مورد سایر بندهای ماده ۱۳ این قانون با توجه به درصدهای مذکور در همان ماده سهم دولت را متناسب با تعداد افراد بیمه شده هر گروه به صورت کمک در ردیفهای خاص در قانون بودجه منظور نماید.

ماده ۱۶ - سایر دستگاه‌ها در صورت تمایل می‌توانند تابع این قانون باشند.

ماده ۱۷ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به

پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

تبصره - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضاییه مقررات و نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را با توجه به اهداف این قانون و قوانین موجود تعیین و پس از تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برساند.

ماده ۱۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در اجرای بیمه خدمات درمانی همگانی کشور حداکثر تا یک سال پس از تصویب این قانون کلیه موازین، مقررات، روش‌های نظارتی و آیین‌نامه‌های موضوع این قانون را با همکاری مبادی ذیربط تهیه نموده و به تصویب مراجع مربوط برساند.

ماده ۱۹ - کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون لغو می‌گردد. قانون فوق مشتمل بر نوزده ماده و هجده تبصره در جلسه روز سه شنبه سوم آبان ماه یک هزار و سیصد و هفتاد و سه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۳.۸.۱۱ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

#### **قانون اصلاح ماده (۵) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور**

ماده واحده - به انتهای متن ماده (۵) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ عبارت "و در صورتی تابع مقررات عمومی دولت و مؤسساتی که با سرمایه دولت تشکیل شده‌اند می‌شود که در مقررات مزبور صراحتاً از آن یاد شده باشد" اضافه می‌شود.

قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه روز یکشنبه هفتم آبان ماه یک هزار و سیصد و هفتاد و چهار مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۴.۸.۷ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

رییس مجلس شورای اسلامی - علی‌اکبر ناطق نوری

#### **قانون استفساریه بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - مصوب ۱۳۷۳.۸.۳**

موضوع استفسار:

آیا منظور از قسمت آخر بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳.۸.۳ این است که سازمان خدمات درمانی موظف است

برای هر متقاضی بصورت انفرادی بدون هیچگونه قید و شرطی پس از پرداخت حق بیمه دفترچه خدمات درمانی صادر و از تاریخ پرداخت حق بیمه، بیمه شونده از کلیه امکانات بهداشتی و درمانی و بیمارستانی تحت هر عنوان استفاده نماید؟

نظر مجلس:

ماده واحده - منظور از قسمت آخر بند (الف) تبصره (۱۰) قانون بودجه سال ۱۳۷۷ کل کشور و ماده (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳.۸.۳ این است که سازمان خدمات درمانی موظف است برای هر متقاضی بصورت انفرادی و بدون هیچگونه قید و شرطی پس از پرداخت حق بیمه، دفترچه خدمات درمانی صادر نماید و از تاریخ پرداخت حق بیمه، بیمه شده از کلیه امکانات بهداشتی و درمانی و بیمارستانی تحت هر عنوان استفاده نماید.

تاریخ تصویب ۱۳۷۷.۱.۲۵

تاریخ تایید شورای نگهبان ۱۳۷۷.۱.۲۶

## "ترکیب اعضاء و شرع وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور"

که در جلسه علنی شماره (۸۵) روز سه شنبه مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۰۳ اعلام وصول گردیده است جهت بررسی به کمیسیونهای که ذیل به عنوان کمیسیون اصلی و فرعی مشخص گردیده است ارجاع می شود:

ردیف	عنوان کمیسیونهای تخصصی	اصلی	فرعی	دلایل ارجاع و مواد مورد بررسی در کمیسیون فرعی
۱	آموزش و تحقیقات			
۲	اجتماعی			
۳	اقتصادی			
۴	امنیت ملی و سیاست خارجی			
۵	انرژی			
۶	برنامه و بودجه و محاسبات			
۷	بهداشت و درمان			
۸	شوراها و امور داخلی کشور			
۹	صنایع و معادن			
۱۰	عمران			
۱۱	فرهنگی			
۱۲	قضایی و حقوقی			
۱۳	کشاورزی، آب و منابع طبیعی			
<b>عنوان کمیسیونهای خاص ویژه</b>				
خ - ۱	تدوین آیین نامه داخلی مجلس			
خ - ۲	اصل نودم (۹۰) قانون اساسی			
۳	ویژه			

مدیرکل تدوین قوانین	اصلی	فرعی	مشترک
معاون قوانین	اصلی	فرعی	مشترک
نظر نهایی	اصلی	فرعی	مشترک





رئیس مجلس شورای اسلامی

بسمه تعالی

"با صلوات بر محمد و آل محمد"

مجلس شورای اسلامی

اداره کل قوانین

این لایحه در جلسه علنی ۱۵ مورخ ۱۳۹۲/۲/۳  
اعلام وصول و در دفتر طرح ها و نواح دبیرخانه اداره کل قوانین

به شماره ثبت ۲۷۱ و شماره ترتیب چاپ ۵۳۶  
لایحه "ترکیب اعضا و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت"

جناب آقای دکتر لاریجانی

رئیس محترم مجلس شورای اسلامی

کشور" که بنا به پیشنهاد معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی  
رئیس جمهور در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۶ هیئت وزیران به تصویب رسیده  
است، با قید یک فوریت برای طی تشریفات قانونی به پیوست تقدیم  
می شود.

محمود احمدی نژاد

رئیس جمهور

رئیس مجلس شورای اسلامی

شماره ۸۵ روزنامه کیش مورخ ۱۳۹۲/۲/۳ به تصویب

مجلس شورای اسلامی

اداره کل قوانین

تاریخ: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲  
شماره: ۷۸۵۵۵۵

اعلام وصول

مستاد دفتر

با ضمیمه

تاریخ: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲

شماره: ۷۸۵۵۵۵



## بسمه تعالی

### مقدمه توجیهی:

در اجرای تبصره (۳) بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران و به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و اعمال سیاستگذاری، برنامه ریزی، ایجاد هماهنگی های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه های سلامت اعم از پایه و تکمیلی در کشور، لایحه زیر برای طی تشریفات قانونی تقدیم می شود:

### لایحه ترکیب اعضا و شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور

ماده ۱- شورای عالی بیمه سلامت کشور که از این پس شورای عالی نامیده می شود با ترکیب اعضای زیر تشکیل و جایگزین شورای عالی بیمه خدمات درمانی می گردد:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس شورا)
  - ۲- وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی (دبیر)
  - ۳- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
  - ۴- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
  - ۵- رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
  - ۶- رئیس کل بیمه مرکزی ایران
  - ۷- مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران
  - ۸- یک نماینده از تشکل های خدمات گیرندگان به پیشنهاد وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
  - ۹- یک نماینده از تشکل های ارائه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - ۱۰- نماینده انجمن های علمی تخصصی حوزه سلامت
  - ۱۱- سه نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای اجتماعی، برنامه و بودجه و بهداشت و درمان (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد به عنوان ناظر (بدون حق رای).
- ماده ۲- جلسات شورای عالی، با حضور حداقل نیمی از اعضای صاحب رای شورا رسمیت می یابد و تصمیمات با اکثریت رای حاضرین در جلسه قابل ابلاغ و اجراست.



**ماده ۳ -** جلسات شورای عالی حداقل هر دو ماه یک بار به دعوت رییس شورای عالی تشکیل می گردد. در صورتی که حداقل چهار نفر از اعضای شورای عالی کتبا تقاضای تشکیل جلسه نمایند، ظرف یک هفته از اعضای شورا برای تشکیل جلسه دعوت خواهد شد.

**تبصره -** دبیرخانه شورای عالی در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مستقر می باشد.

**ماده ۴ -** وظایف و مسئولیت های شورای عالی به شرح زیر می باشد:

- ۱ - تصویب سیاست ها، راهبردها و خط مشی های مربوط به بیمه سلامت.
- ۲ - بازنگری سالانه ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت کلیه ارایه کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت های واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - مصوب ۱۳۷۳ -

۳ - تایید فهرست و سطح خدمات مشمول بیمه پایه و بیمه های تکمیلی سلامت.

۴ - تصویب چارچوب کلی حاکم بر ضوابط انعقاد و فسخ قرارداد بیمه های سلامت اعم از پایه و تکمیلی با بیمه گذاران، بیمه شدگان و مراکز ارایه کننده خدمات سلامت با پیشنهاد سازمان بیمه سلامت ایران.

۵ - بررسی و تایید سهم دولت، کارفرما و خانوارها از حق بیمه پایه سلامت و همچنین تعیین سهم بیمه شونده (فرانشیز) متناسب با سطح درآمد گروه های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور جهت تصویب هیئت وزیران.

۶ - تایید نمایندگان تشکل های خدمات گیرندگان جهت عضویت در مجمع عمومی سازمان بیمه سلامت ایران.

۷ - تعیین سقف حق سرانه خدمات بیمه های تکمیلی متناسب با بسته های خدمات قابل ارایه.

۸ - تعیین وظایف و ساختار سازمانی دبیرخانه شورا.

**ماده ۵ -** خرید خدمت توسط سازمان بیمه سلامت ایران و شرکت های بیمه تکمیلی فقط با رعایت مصوبات شورای عالی مجاز می باشد.

رئیس جمهور