



مدیرعامل

موضوع	تعرفه های تشخیصی و درمانی سال 1400
شماره: 1000/1400/661 تاریخ: 1400/2/4 موضوع: تعرفه های تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۰ مدیران درمان تامین اجتماعی استان با سلام به پیوست تصویب نامه های شماره ۵۷۳۲ تا ۵۸۶۶۶ هـ و ۵۷۴۱ ت ۵۸۶۶۶ هـ و ۵۷۲۹ ت ۵۸۶۶۶ هـ و ۵۷۴۴ ت ۵۸۶۶۶ هـ مورخ ۱۳۳۰/۰۱/۲۳ هیات محترم وزیران که به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعاون کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور در خصوص نرخ حق بیمه و تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۰ به تصویب رسیده است ارسال میگردد. مقتضی است دستور فرمایید با رعایت نکات زیر و برابر ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد: ۱- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش دولتی ۱-۱- ارزیابی و معاینه (ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش سرپایی دولتی شرح خدمت در صورت عدم اجرای نسخه الکترونیک سلامت در برنامه نسخه الکترونیک سلامت پزشکان دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه دار ۱۶۴,۰۰۰ ۱۹۴,۰۰۰ پزشکان و دندانپزشکان متخصص پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) (پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه گروه سنی هفت و بالای هفت سال ۲۴۲,۰۰۰ ۲۰۵,۰۰۰ پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه گروه سنی زیر هفت سال ۲۴۶,۰۰۰ ۲۹۰,۰۰۰ پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه (ویزیت) گروه سنی هفت و بالای هفت سال ۲۴۸,۰۰۰ ۲۹۳,۰۰۰ پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) کودکان و نوزادان برای معاینه گروه سنی زیر هفت سال ۲۹۸,۰۰۰ ۳۵۲,۰۰۰ پزشکان متخصص روان پزشکی ۲۶۰,۰۰۰ ۳۰۷,۰۰۰ پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی ۳۰۹,۰۰۰ ۳۶۵,۰۰۰ کارشناس ارشد پروانه دار ۱۴۱,۰۰۰ ۱۶۶,۰۰۰ کارشناس پروانه دار ۱۱۴,۰۰۰ ۱۳۵,۰۰۰ تبصره - کلیه ارایه کنندگان خدمات سلامت در بخش دولتی مکلف به نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک خواهند بود. سازمان نظام پزشکی با همکاری سایر اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور شرایط لازم جهت استقرار نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک را فراهم خواهد نمود. ۲-۱- سهم پرداختی سازمان تامین اجتماعی برای ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیات علمی و پزشکان درمانی به استثنای پزشکان عمومی تمام وقت جغرافیایی به شرح جدول زیر است. ارزیابی و معاینه ویزیت سهم در صورت عدم اجرای نسخه الکترونیک سلامت در برنامه نسخه الکترونیک سلامت پزشکان و دندانپزشکان متخصص پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD) (پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه گروه سنی هفت و بالای هفت سال 287000 339000 بیمه شده 62000 73000 جمع کل 349000 412000 پزشکان متخصص کودکان و نوزادان برای معاینه گروه سنی زیر هفت سال سازمان 347000 410000 بیمه شده 74000 88000 جمع کل 421000 498000 پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) و پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	

جمع کل 526000 621000

۱-۲- ضریب ریالی جزء حریفه ای کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت برای پزشکان تمام وقت و غیر تمام وقت به شرح جدول زیر تعیین می شود

هزینه اقامت هتلینگ) در بیمارستانهای بخش دولتی در سال ۱۴۰۰ به شرح جدول زیر می باشد. ارقام به ریال) ردیف نوع تخت درجه اعتبار بخشی بیمارستان یک دو سه چهار ۱ اتاق یک تختی ۱ اتاق یک تختی ۲،۳۴۰،۰۰۰ ۴،۱۹۲،۰۰۰ ۳،۱۴۵،۰۰۰ ۲۲،۰۹۶،۰۰۰ ۲ اتاق دو تختی ۳،۹۳۲،۰۰۰ ۳،۱۴۶،۰۰۰ ۲،۳۴۰،۰۰۰ ۱۵۷۲،۰۰۰ ۳ اتاق سه تختی و بیشتر ۲۶۲۰،۰۰۰ ۲،۰۹۶،۰۰۰ ۱۵۷۲،۰۰۰ ۴ هزینه همراه ۵۸۹،۰۰۰ ۴۷۱،۰۰۰ ۳۵۴،۰۰۰ ۵ بخش نوزاد سالم ۱،۳۱۲،۰۰۰ ۱،۰۴۹،۰۰۰ ۷۸۶،۰۰۰ ۶ ۵۲۵،۰۰۰ بخش نوزادان بیمار سطح دوم ۲۶۲۰،۰۰۰ ۲،۰۹۶،۰۰۰ ۱۵۷۲،۰۰۰ ۱،۰۴۸،۰۰۰ ۷ بخش بیماران روانی ۲۶۲۰،۰۰۰ ۲،۰۹۶،۰۰۰ ۱۵۷۲،۰۰۰ ۱،۰۴۸،۰۰۰ ۸ بخش بیماران سوختگی ۹۲۴۹،۰۰۰ ۵۵۵۰،۰۰۰ ۷،۳۹۹،۰۰۰ ۵۵۵۰،۰۰۰ ۹ بخش مراقبت بینابینی (ICU) (Intermediate) مانند بخش سکتۀ حاد مغزی (SCU) ۷،۳۹۹،۰۰۰ ۳،۷۰۰،۰۰۰ ۱۰ ۳۶۴۷،۰۰۰ ۲،۴۳۱،۰۰۰ ۳۶۴۷،۰۰۰ ۲،۴۳۱،۰۰۰ ۴۸۶۴،۰۰۰ بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU) (۴۸۶۴،۰۰۰ ۶،۰۷۹،۰۰۰ ۱۱ ۲،۴۳۱،۰۰۰ ۳۶۴۷،۰۰۰ بخش پشتیبان مراقبتهای ویژه قلبی (۲،۸۶۰،۰۰۰ ۱،۹۰۸،۰۰۰ ۳،۸۱۴،۰۰۰ ۴،۷۶۸،۰۰۰ Post CCU) ۱۲ ۲،۸۶۰،۰۰۰ ۱،۹۰۸،۰۰۰ بخش های مراقبت های ویژه عمومی کودکان، نوزادان و (ICU، PICU، NICU، RCU) ریه ۱۲،۱۵۹،۰۰۰ ۹،۷۲۷،۰۰۰ ۴۸۶۴،۰۰۰ ۷،۲۹۶،۰۰۰ ۴۸۶۴،۰۰۰ ۱۳ ۷،۲۹۶،۰۰۰ بخشهای مراقبتهای ویژه سوختگی (۱۳) (BICU) ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۸،۰۲۳،۰۰۰ ۱۰۶۹۶،۰۰۰ ۱۳،۳۶۹،۰۰۰ ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۸،۰۲۳،۰۰۰ ۱۰۶۹۶،۰۰۰ ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۸،۰۲۳،۰۰۰ بخشهای مراقبتهای ویژه سوختگی (۸،۰۲۳،۰۰۰ ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۱۳،۳۶۹،۰۰۰ ۱۰۶۹۶،۰۰۰ ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۸،۰۲۳،۰۰۰ ۱۰۶۹۶،۰۰۰ ۵،۳۴۷،۰۰۰ ۸،۰۲۳،۰۰۰ BICU)

- تبصره ۱- پرداخت سازمان تامین اجتماعی بر مبنای تعرفه اقامت سه تختی و بیشتر در بخش دولتی خواهد بود.
- تبصره ۲- داروها و ملزومات پزشکی و خدمات پیراپزشکی پاراکلینیک مورد نیاز بیماران طبق فهرست مورد تعهد 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.
- تبصره ۴- تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوپال) بر اساس میزان رشد سرفصلهای خدمتی و جزییات تعرفه های این تصویب نامه توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت محاسبه و ابلاغ خواهد گردید.
- تبصره ۵- نحوه محاسبه و پرداخت در مراکز ملکی و طرف قرارداد
- تبصره ۵-۱ در مراکز درمانی ملکی سازمان ملاک عمل برای محاسبه عملکرد تعرفه های تشخیصی و درمانی بخش عمومی غیر دولتی تصویب نامه شماره ۵۷۴۱ ت ۵۸۶۶۶ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳ هیات محترم وزیران و ملاک عمل برای پرداخت حق الزحمه پزشکان تعرفه های مصوب بخش دولتی تصویب نامه شماره ۵۷۳۲ ت ۵۸۶۶۶ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳ هیات محترم وزیران میباشد.
- تبصره ۱: در صورتی که بیمارستان ملکی سازمان تنها مرکز ارایه دهنده خدمات بستری در شهرستان باشد، تعرفه خدمات بستری و بستری موقت معادل تعرفه دولتی خواهد بود.
- تبصره ۲: سهم سایر سازمانهای بیمه گر پایه در خرید خدمت از مراکز درمانی ملکی سازمان معادل نود درصد (۹۰) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی درمانی در بخش بستری و معادل هفتاد درصد (۷۰) تعرفه دولتی خدمات تشخیصی درمانی 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 ۵-۲ پرداخت سازمان به مراکز طرف قرارداد و بیمارستانهای هیات مدیره ای سازمان و واحد خسارت متفرقه جهت مراکز غیر طرف قرارداد بر اساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی خواهد بود.
- تبصره ۶- خود پرداخت فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۰ به شرح زیر تعیین میشود:
- تبصره ۶-۱ سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران برای جدول ذیل بند (۱۱) در صورت پوشش بیمه ای معادل سی درصد (۳۰) است.
- تبصره ۶-۲ سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران بخش بستری موقت و خدمات سرپایی به استثنای موارد ذکر شده در جدول ذیل بند (۲۱) پزشکان تمام وقت جغرافیایی معادل سی درصد (۳۰) تعیین می گردد.
- تبصره ۶-۳ سهم خود پرداخت فرانشیز بیماران بستری در قالب نظام ارجاع معادل پنج درصد (۵) برای سایر بیمه شدگان معادل ده درصد (۱۰) و برای خدمات سرپایی و بستری موقت سی درصد (۳۰)
- تبصره - مابه التفاوت 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 تامین میشود.
- تبصره ۶-۴ سهم خود پرداخت فرانشیز در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران برای معاینه ویزیت سرپایی معادل سی درصد (۳۰) و در خارج از مسیر ارجاع معادل صد درصد (۱۰۰)، برای خدمات پیرا پزشکی (پاراکلینیک) معادل سی درصد (۳۰) و برای دارو معادل ده درصد (۱۰) خواهد بود.
- تبصره ۶-۵ 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.
- تبصره ۶-۶ 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 طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان از پرداخت خود پرداخت (فرانشیز) ده درصد (۱۰) خدمات بستری در تعهد در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاف میشوند.
- تبصره ۷- خدمات روان درمانی فردی و گروهی در کدهای (۹۰۰۰۵۰) تا (۹۰۰۰۹۶) کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط روانشناس بالینی در بیمارستان بر اساس استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قابل ارایه و پرداخت میباشد.
- تبصره ۸- این بخشنامه از ابتدای فروردین ماه سال ۱۴۰۰ لازم الاجرا می باشد.
- تبصره ۹- 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.
- مصطفی سالاری