





«بخشنامه»

تعارفه (ریال)	شرح خدمت
۳۰۳.۰۰۰	پزشکان، دندانپزشکان عمومی و دکتری تخصصی در علوم پایه (PhD) پروانه‌دار
۳۷۷.۰۰۰	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۴۵۸.۰۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۴۷۸.۰۰۰	پزشکان متخصص روان پزشکی
۵۶۹.۰۰۰	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۲۵۹.۰۰۰	کارشناس ارشد پروانه‌دار
۲۱۱.۰۰۰	کارشناس پروانه‌دار

تبصره یک- تعارفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از هفت سال تمام، برای کلیه گروه‌های تخصصی، به میزان بیست درصد (۲۰٪) نسبت به گروه پایه افزایش می‌یابد. تعارفه‌های مربوط به این تبصره به شرح جدول ذیل می‌باشد:

تعارفه (ریال)	شرح خدمت
۴۵۲.۴۰۰	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۵۴۹.۶۰۰	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۵۷۳.۶۰۰	پزشکان متخصص روان پزشکی
۶۸۲.۸۰۰	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی

تبصره دو- کلیه ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، مکلف به نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی به صورت الکترونیکی خواهند بود. در مواردی که مطابق بند (ط) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور، به دلیل بروز شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری، قطعی اینترنت، قطعی برق و اختلال در زیرساخت‌های ارتباطی امکان ثبت و پردازش نسخه الکترونیکی وجود ندارد و نسخه‌نویسی به صورت کاغذی با درج کد ملی بیمار انجام می‌گردد، تعارفه‌های این جدول قابل محاسبه و اخذ است.

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





«بخشنامه»

ب - تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی (به استثنای پزشکان عمومی) تمام وقت جغرافیایی، به شرح جدول زیر است:

مبلغ (ریال)	سهم	ارزیابی و معاینه (ویزیت)
۵۲۷.۸۰۰	سازمان	پزشکان، دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۱۱۳.۱۰۰	بیمه شده	
۶۴۰.۹۰۰	جمع کل	
۶۴۱.۲۰۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۱۳۷.۴۰۰	بیمه شده	
۷۷۸.۶۰۰	جمع کل	
۶۶۹.۲۰۰	سازمان	پزشکان متخصص روان پزشکی
۱۴۳.۴۰۰	بیمه شده	
۸۱۲.۶۰۰	جمع کل	
۷۹۶.۶۰۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۱۷۰.۷۰۰	بیمه شده	
۹۶۷.۳۰۰	جمع کل	

تبصره یک- تعرفه ارزیابی و معاینه (ویزیت) سرپایی افراد با سن کمتر از هفت سال تمام، برای کلیه گروه‌های تخصصی، به میزان بیست درصد (۲۰٪) نسبت به گروه پایه افزایش می‌یابد. تعرفه‌های مربوط به این تبصره به شرح جدول ذیل می‌باشد:

مبلغ (ریال)	سهم	ارزیابی و معاینه (ویزیت)
۶۳۳.۳۶۰	سازمان	پزشکان و دندانپزشکان متخصص، پزشکان عمومی دارای مدرک دکتری تخصصی در علوم پایه (MD-PhD)
۱۳۵.۷۲۰	بیمه شده	
۷۶۹.۰۸۰	جمع کل	
۷۶۹.۴۴۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
۱۶۴.۸۸۰	بیمه شده	
۹۳۴.۳۲۰	جمع کل	



«بخشنامه»

۸۰۳.۰۴۰	سازمان	پزشکان متخصص روان پزشکی
۱۷۲.۰۸۰	بیمه شده	
۹۷۵.۱۲۰	جمع کل	
۹۵۵.۹۲۰	سازمان	پزشکان فوق تخصص روان پزشکی و دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) روان پزشکی
۲۰۴.۸۴۰	بیمه شده	
۱.۱۶۰.۷۶۰	جمع کل	

تعرفه ویزیت‌های سرپایی مندرج در تبصره (یک) بندهای (الف) و (ب)، مطابق فایل اکسل کدینگ جامع خدمات و مراقبت‌های سلامت (فایل پیوست)، ابلاغی طی نامه شماره ۱۴۲/۳۰ مورخ ۱۴۰۲/۲/۴ دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با کدهای ۹۷۷۰۰۰ تا ۹۷۷۰۳۶ قابل ثبت می‌باشند.

پ - ضرایب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی:

۱- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت (کای پایه)، برای پزشکان و اعضای هیئت علمی غیرتمام‌وقت و کارشناسان و کارشناسان ارشد پروانه‌دار و دکترای تخصصی (Phd)، معادل دویست و یک هزار (۲۰۱.۰۰۰) ریال تعیین می‌گردد.

۲- ضریب ریالی جزء حرفه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی به شرح جدول زیر تعیین می‌شود:

مبلغ (ریال)	سهام	ضریب ریالی جزء حرفه‌ای
۶۷۶.۹۰۰	سازمان	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس) ( دارای پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی
۲۰.۱۰۰	بیمه شده	
۶۹۷.۰۰۰	جمع کل	
۳۳۱.۷۰۰	سازمان	کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس) ( فاقد پرونده) برای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی
۶۰.۳۰۰	بیمه شده	
۳۹۲.۰۰۰	جمع کل	



### «بخشنامه»

تبصره یک: مبلغ خودپرداخت (فرانشیز) بیمه شده بر اساس بند (۲) این تصویب نامه، برای بخش بستری و بستری فوریت های پزشکی (اورژانس - دارای پرونده)، معادل ده درصد (۱۰٪) و برای بخش های سرپایی و سرپایی فوریت های پزشکی (اورژانس - فاقد پرونده)، معادل سی درصد (۳۰٪) کای پایه (۲۰۱.۰۰۰ ریال) محاسبه شده است.

تبصره دو: پرداخت به اعضای هیئت علمی، پزشکان درمانی و دکترای تخصصی (Phd)، تمام وقت جغرافیایی براساس آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان درمانی تمام وقت، موضوع تصویب نامه شماره ۵۶۷۲۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ تعیین می شود.

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

۳- ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندان پزشکی جهت دندانپزشکان تمام وقت معادل چهارصد و سی و چهار هزار (۴۳۴.۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

تبصره - ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندان پزشکی برای دندانپزشکان غیر تمام وقت صرفا در مراکز دولتی به استناد تبصره (۴) ماده (پ) ذیل بند (۱) تصویب نامه شماره ۹۸۲۲۴/ت/۵۸۱۳۹ هـ تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۱ هیئت محترم وزیران، معادل ۵۰ درصد (۲۱۷.۰۰۰ ریال) از ضریب ریالی جزء حرفه ای خدمات دندان پزشکی برای دندانپزشکان تمام وقت محاسبه می شود.

۴- ضریب ریالی جزء فنی کلیه خدمات و مراقبت های سلامت مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (به استثنای خدمات مندرج در بند (۵) معادل دویست و نود و چهار هزار (۲۹۴.۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۵- ضریب ریالی جزء فنی خدمات تشخیصی و درمانی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت برای خدماتی که با علامت (#) مشخص شده اند و کدهای (۷) و (۸)، اعم از اینکه در بخش سرپایی و یا بستری ارایه شوند، بر مبنای کای واحد و معادل سیصد و هفده هزار (۳۱۷.۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۶- ضریب ریالی جزء فنی خدمات دندان پزشکی معادل سیصد و هفده هزار (۳۱۷.۰۰۰) ریال محاسبه می شود.

۷- ضریب ریالی جزء مواد و لوازم مصرفی دندان پزشکی معادل سیصد و بیست و شش هزار (۳۲۶.۰۰۰) ریال محاسبه می شود.





«بخشنامه»

ت - هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان‌های بخش دولتی در سال ۱۴۰۲، به شرح جدول زیر می‌باشد:

ردیف	نوع تخت	درجه اعتبار بخشی بیمارستان (ارقام به ریال)			
		یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۹,۱۹۶,۰۰۰	۷,۳۵۸,۰۰۰	۵,۵۲۰,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۶,۹۰۱,۰۰۰	۵,۵۲۲,۰۰۰	۴,۱۴۲,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۱,۰۳۴,۰۰۰	۸۲۶,۰۰۰	۶۲۱,۰۰۰	۴۱۳,۰۰۰
۵	بخش نوزاد سالم	۲,۳۰۳,۰۰۰	۱,۸۴۱,۰۰۰	۱,۳۸۰,۰۰۰	۹۲۲,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی	۴,۵۹۸,۰۰۰	۳,۶۷۹,۰۰۰	۲,۷۵۹,۰۰۰	۱,۸۳۹,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۱۶,۲۳۲,۰۰۰	۱۲,۹۸۶,۰۰۰	۹,۷۴۰,۰۰۰	۶,۴۹۴,۰۰۰
۹	بخش مراقبت بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سگته حاد مغزی (SCU)	۱۰,۶۶۹,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰	۶,۴۰۰,۰۰۰	۴,۲۶۶,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU)	۱۰,۶۶۹,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰	۶,۴۰۰,۰۰۰	۴,۲۶۶,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت‌های ویژه قلبی (Post CCU)	۸,۳۶۷,۰۰۰	۶,۶۹۳,۰۰۰	۵,۰۱۹,۰۰۰	۳,۳۴۸,۰۰۰
۱۲	بخش‌های مراقبت‌های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ICU, PICU, NICU, RCU)	۲۱,۳۳۹,۰۰۰	۱۷,۰۷۱,۰۰۰	۱۲,۸۰۵,۰۰۰	۸,۵۳۶,۰۰۰
۱۳	بخش‌های مراقبت‌های ویژه سوختگی (BICU)	۲۳,۴۶۳,۰۰۰	۱۸,۷۷۲,۰۰۰	۱۴,۰۸۱,۰۰۰	۹,۳۸۴,۰۰۰

تبصره یک- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در تخت روز سوختگی (ردیف ۸) این جدول) معادل دوازده درصد (۱۲٪) تعرفه اقامت (هتلینگ) مربوطه، در تخت‌های مراقبت ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ردیف ۱۲) جدول مذکور) معادل چهار و دو دهم درصد (۴.۲٪) تعرفه تخت موصوف، در تخت مراقبت‌های ویژه سوختگی (ردیف ۱۳) جدول فوق) معادل هشت و چهار دهم درصد (۸.۴٪) و در سایر بخش‌های این جدول معادل شش درصد (۶٪) تعرفه اقامت (هتلینگ) محاسبه می‌گردد. فهرست خدمات و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت تعیین می‌گردد.

تبصره دو- پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای ردیف‌های (۱) و (۲) جدول موضوع این بند، بر مبنای تعرفه اقامت (هتلینگ) اتاق سه تختی و بیشتر (ردیف ۳ جدول مذکور) در بخش دولتی خواهد بود.



«بخشنامه»

تبصره سه- داروها و ملزومات پزشکی و خدمات پیراپزشکی (پارااکلینیک) 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 مرکز را ندارند.

ث - تعرفه اعمال و خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال)، براساس میزان رشد سرفصل‌های خدمتی و جزییات تعرفه‌های تصویب‌نامه شماره ۱۲۴۸۸/ت/۱۰۳۵هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ هیئت محترم وزیران توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت محاسبه و ابلاغ خواهد گردید.

ج - سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/پرستار) در سال ۱۴۰۲:

۱- سرانه پزشک خانواده و مراقب سلامت (ماما/ پرستار) در سال ۱۴۰۲ معادل یکصد و پنجاه و چهار هزار و دویست (۱۵۴،۲۰۰) ریال به ازای هر نفر در ماه در مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران تعیین می‌شود.

چ- تعرفه خدمات و مراقبت‌های پرستاری بر اساس مصوبه شماره ۱۲۴۰۴/ت/۱۰۳۵هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ هیئت محترم وزیران و مفاد نامه شماره ۱۴۲/۳۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قابل اجرا می‌باشد.

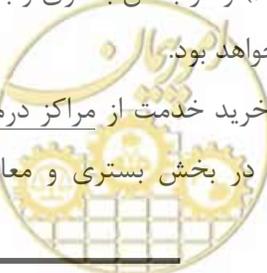
ح- تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره برای بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی بر اساس تصویب نامه شماره ۱۲۴۷۶/ت/۱۰۳۵هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ هیئت محترم وزیران تعیین شده است. مبنای پرداخت سازمان در این خصوص تعرفه‌های بخش دولتی خواهد بود.

۲- خود پرداخت (فرانشیز) خدمات تشخیصی و درمانی در سال ۱۴۰۲ به شرح زیر تعیین می‌شود:

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

۲-۲ سهم پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر پایه [به استثنای موارد ذکر شده در جدول ضریب ریالی جزء حرفه‌ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی ذیل بند (پ-۱)]، در بخش سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس-فاقد پرونده) معادل هفتاد درصد (۷۰٪) و در بخش بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس-دارای پرونده) معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه دولتی خواهد بود.

۳-۲ سهم سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خرید خدمت از مراکز درمانی ملکی سازمان، معادل نود درصد (۹۰٪) تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی دولتی در بخش بستری و معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه‌های خدمات





«بخشنامه»

تشخیصی درمانی دولتی در بخش سرپایی می‌باشد. مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش عمومی غیردولتی در مراکز ملکی از بیمه‌شدگان سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه دریافت خواهد شد.

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

۲-۴- سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران بستری در قالب نظام ارجاع و خدمات بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس-دارای پرونده) معادل پنج درصد (۰.۵٪)، و برای سایر بیمه‌شدگان معادل ده درصد (۱۰٪) و برای خدمات سرپایی و سرپایی فوریت‌های پزشکی (اورژانس-فاقد پرونده) معادل سی درصد (۳۰٪) تعیین می‌گردد.

۲-۵- سهم خودپرداخت (فرانشیز) در برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران برای معاینه (ویزیت سرپایی) معادل سی درصد (۳۰٪) تعرفه دولتی و برای داروی تجویزی توسط پزشک خانواده معادل ده درصد (۱۰٪) خواهد بود.

۲-۶- سهم خودپرداخت (فرانشیز) برای معاینه (ویزیت سرپایی) سطح دو در مسیر نظام ارجاع، معادل ده درصد (۱۰٪) تعرفه همان بخش تعیین می‌گردد و نود درصد (۹۰٪) باقیمانده بر اساس تعرفه همان بخش توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.

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

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

۲-۸- بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران اصلی و تبعی سازمان که در زمان بستری دارای ۶۵ سال سن و بالاتر هستند مطابق بند دو دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ و همچنین بند یک صورتجلسه یکهزار و نهصد و هشتادمین جلسه هیئت مدیره محترم سازمان به شماره ۱۱۰۰/۱۴۰۰/۴۲۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۱۲، (موضوع طرح حمایت مالی از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران سازمان) از پرداخت خودپرداخت (فرانشیز) ده درصد (۱۰٪) خدمات بستری در تعهد در بیمارستان‌های منتخب دولتی / دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / نیروهای مسلح / شرکت نفت معاف می‌باشند.





سازمان تأمین اجتماعی  
مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۱۴۰۲/۱۹۲۰

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷

پوست:

### «بخشنامه»

۳- در مراکز درمانی ملکی سازمان، ملاک عمل برای محاسبه عملکرد و پرداخت حق الزحمه پزشکان، مفاد مندرج در ذیل بند (ب) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (پرکیس) به پزشکان شاغل در واحدهای تابعه سازمان تأمین اجتماعی، موضوع مصوبات شماره ۴۶۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۵ و شماره ۱۱۳۹ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۰ هیئت امنای محترم سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه می‌باشد.

۴- پرداخت سازمان به مراکز طرف قرارداد و در واحد خسارت متفرقه جهت بیمه‌شدگانی که به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نموده‌اند، به استثنای خدمات درمان ناباروری موضوع مصوبه شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ - مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ هیئت محترم وزیران و خدمت دیالیز، بر اساس تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش دولتی خواهد بود.

۵- دریافت تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس این بخشنامه، صرفاً بر مبنای نوع مالکیت مندرج در پروانه بهره‌برداری صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

۶- این بخشنامه از ابتدای فروردین‌ماه سال ۱۴۰۲ لازم‌الاجرا می‌باشد.

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

میراثم موسوی

