

## تبصره ۱۲- رفاه و سلامت

الف- در سال ۱۴۰۲ شرکت توسعه و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی و تجهیزات پزشکی کشور (مادر تخصصی) مشمول مفاد ماده (۵۵) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می‌شود.

ب- دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش این دانشگاهها موظفند مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم و تجهیزات و ملزومات پزشکی را پس از گردش خزانه منحصراً جهت بازپرداخت هزینه‌های تأمین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی به داروخانه‌ها و شرکتهای پخش تأمین‌کننده پرداخت کنند و سازمان‌های بیمه‌ای مکلفند هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی را به حساب جداگانه‌ای که دانشگاه اعلام می‌نماید، واریز کنند.

تخلّف از اجرای این بند در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه اموال دولتی تلقی می‌شود. نحوه هزینه‌کرد موجودی حسابهای مذکور از مفاد مندرج در ماده (۱) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مستثنی می‌باشد.

ج- کلیه دستگاههای موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله نهادهای عمومی غیردولتی و بنیادها که به هر شکل از اقبال آسیب‌پذیر حمایت می‌کنند، مکلفند تمامی حمایت‌ها و کمکهای خود را با لحاظ محرمانگی آن به تفکیک شماره ملی فرد دریافت‌کننده حمایت، از طریق مرکز ملی تبادل اطلاعات با استعلام از طریق شماره ملی در اختیار پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دهند. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، بانکها و مؤسسات اعتباری خصوصی و دولتی مکلفند تسهیلات قرض‌الحسنه پرداخت‌شده را به تفکیک شماره ملی در سامانه مذکور ثبت نمایند و هرگونه پرداخت بر مبنای اطلاعات مندرج در این سامانه خواهد بود. برخورداری هزینه‌های حمایتی پرداختی مؤسسات خیریه غیردولتی و خصوصی به اشخاص، از معافیت‌های مالیاتی بند «ط» ماده (۱۳۹) قانون مالیات‌های مستقیم علاوه بر تکالیف موضوع ماده مذکور، منوط به ثبت اطلاعات آن در سامانه مزبور است. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است امکان ثبت اطلاعات انجام‌شده و همچنین استعلام استحقاق‌سنجی افراد را برای مؤسسات خیریه مردم نهاد با

## تبصره ۱۲- رفاه و سلامت

الف- در سال ۱۴۰۲ شرکت توسعه و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی و تجهیزات پزشکی کشور (مادر تخصصی) مشمول مفاد ماده (۵۵) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران می‌شود.

ب- دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش این دانشگاهها موظفند مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم و تجهیزات و ملزومات پزشکی را پس از گردش خزانه منحصراً جهت بازپرداخت هزینه‌های تأمین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی به داروخانه‌ها و شرکتهای پخش تأمین‌کننده پرداخت کنند و سازمان‌های بیمه‌ای مکلفند هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی را به حساب جداگانه‌ای که دانشگاه اعلام می‌نماید، واریز کنند.

تخلّف از اجرای این بند در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه اموال دولتی تلقی می‌شود. نحوه هزینه‌کرد موجودی حسابهای مذکور از مفاد مندرج در ماده (۱) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مستثنی می‌باشد.

ج- کلیه دستگاههای موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله نهادهای عمومی غیردولتی و بنیادها که به هر شکل از اqtشار آسیب‌پذیر حمایت می‌کنند، مکلفند تمامی حمایت‌ها و کمکهای خود را با لحاظ محرمانگی آن به تفکیک شماره ملی فرد دریافت‌کننده حمایت، از طریق مرکز ملی تبادل اطلاعات با استعلام از طریق شماره ملی در اختیار پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دهند. بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، بانکها و مؤسسات اعتباری خصوصی و دولتی مکلفند تسهیلات قرض‌الحسنه پرداخت‌شده را به تفکیک شماره ملی در سامانه مذکور ثبت نمایند و هرگونه پرداخت بر مبنای اطلاعات مندرج در این سامانه خواهد بود. برخورداری هزینه‌های حمایتی پرداختی مؤسسات خیریه غیردولتی و خصوصی به اشخاص، از معافیت‌های مالیاتی بند «ط» ماده (۱۳۹) قانون مالیات‌های مستقیم علاوه بر تکالیف موضوع ماده مذکور، منوط به ثبت اطلاعات آن در سامانه مزبور است. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است امکان ثبت اطلاعات انجام‌شده و همچنین استعلام استحقاق‌سنجی افراد را برای مؤسسات خیریه مردم نهاد با

وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف است مبالغ مزبور را از تولیدکنندگان و واردکنندگان دخانیات، حسب مورد، اخذ و به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف ۱۱۰۵۱۵ جدول شماره (۵) این قانون واریز نماید.

و- با توجه به لزوم اجرای طرح نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک و نیز اجرای بهینه فرایندهای تجویز و مصرف منطقی دارو و سایر کالاهای سلامت، تعرفه خدمات دارویی همانند سایر خدمات تشخیصی و درمانی، بر اساس ساز و کار تعیین شده در بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، تعیین می‌شود.

ز- مطالبات و بدهی‌های مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی از یکدیگر با تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور و اعمال حساب نزد خزانه داری کل کشور قابل تهاتر می‌باشد.

### ح-

۱- به منظور ساماندهی و کارآمدسازی سیاست‌های مرتبط با محرومیت‌زدایی و در راستای رفع تبعیض و ارتقای سطح مناطق کمتر توسعه‌یافته، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است ظرف شش‌ماه از ابلاغ این قانون با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور، وزارت کشور و معاونت مناطق محروم و توسعه روستایی ریاست جمهوری و با بهره‌گیری از ظرفیت پایگاه رفاه ایرانیان اقدام به راه‌اندازی «سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان» مشتمل بر اطلاعات زیرساخت‌های بهداشتی، آموزشی، حمل و نقل، آب و انرژی و سایر زیرساخت‌های اساسی به تفکیک کلیه آبادی‌های دارای سکنه و هریک از نواحی شهری، نماید.

۲- کلیه دستگاههای اجرایی موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران موظفند داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز به‌منظور توسعه و تکمیل پایگاه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان را حداکثر یک‌ماه پس از درخواست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در اختیار پایگاه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان قرار دهند.

۳- کلیه دستگاههای موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و قرارگاههای محرومیت‌زدایی نیروهای مسلح با رعایت

اصل یکصد و دهم (۱۱۰) قانون اساسی مکلفند اطلاعات اقدامات صورت گرفته در راستای محرومیت‌زدایی را که شامل مکان و مشخصات طرح، میزان اعتبار اختصاص یافته، دستگاه مجری، میزان پیشرفت فیزیکی، اعتبار مورد نیاز جهت اتمام طرح و سایر اطلاعات تکمیلی را در سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان ثبت نمایند. سازمان برنامه و بودجه کشور موظف است اطلاعات مربوط به اقدامات صورت گرفته برای طرحهای تأمین اعتبار شده از محل دوسوم سه درصد (۰/۳) حاصل از صادرات نفت و گاز موضوع بند «ت» ماده (۳۲) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (سهم مناطق کمتر توسعه یافته)، استفاده متوازن از امکانات کشور، اعتبارات محرومیت‌زدایی استانی و اعتبارات اختصاص یافته از محل تبصره (۱۴) قوانین بودجه سالانه و سایر اعتباراتی که با هدف محرومیت‌زدایی از محل منابع عمومی اختصاص می‌یابد را در سامانه مذکور ثبت نماید. گزارش اجرای این جزء توسط سازمان برنامه و بودجه کشور هر شش ماه یکبار به کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود.

۴- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است امکان ثبت اقدامات محرومیت‌زدایی خیریه‌ها و تشکل‌های مردم‌نهاد و ارائه پیشنهاد جهت تکمیل و به‌روزرسانی وضعیت دسترسی به زیرساخت‌های اساسی در آبادی‌ها و هر یک از نواحی شهری را برای این نهادها فراهم نماید. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است هر شش ماه یکبار گزارش راه‌اندازی و میزان پیشرفت سامانه اطلاعات بهره‌مندی ایرانیان و ثبت داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز توسط دستگاههای اجرایی یادشده را به کمیسیون‌های برنامه و بودجه و محاسبات و اجتماعی مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

ط- در اجرای بند «ت» ماده (۷۴) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، نسبت به اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه سطح (۱)، (۲) و (۳) و با استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در کشور (اعم از دولتی و غیردولتی) اقدام نماید.

در مواردی که به دلیل بروز شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری، قطعی اینترنت، قطعی برق و اختلال در زیرساخت‌های ارتباطی امکان ثبت و پردازش نسخه الکترونیک وجود ندارد، نسخه نویسی می‌تواند به صورت کاغذی و با درج شماره (کد) ملی بیمار در قالب دستورالعمل ابلاغی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام گردد. اسناد تولیدشده در این قالب به‌عنوان اسناد هزینه خرید راهبردی توسط کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی قابل پرداخت است.

بهمنظور ایجاد زیرساخت و سازوکار مورد نیاز نظام نوسازی چرخه تجویز تا مصرف دارو و ارائه خدمات سلامت در بستر الکترونیک (کلیه خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی و تشخیصی): پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر هفت‌ماه پس از ابلاغ این قانون، صرفاً سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید آزمایشگاههای ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دارای گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت مجاز به فعالیت می‌باشند. بنابراین کلیه شرکتها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی و نیز دستگاههای اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، از جمله سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه خدمات‌درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر تا حداکثر زمان مشخص‌شده در این بند می‌توانند از سامانه‌های مستقل و اختصاصی خود جهت خرید خدمات سلامت به‌صورت الکترونیکی استفاده نمایند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت نموده و گزارش پیشرفت آن را به‌صورت ماهانه به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

ی- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به تعیین تعرفه بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، بر اساس سرانه بیمه خدمات درمانی اقدام نماید. سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند همانند سایر تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی ابلاغی نسبت به پرداخت صورتحساب‌های ارسالی مراکز تشخیصی درمانی و بیمارستان‌ها، اقدام نمایند.

ک- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در فروردین سال ۱۴۰۲ با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان، افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین درآمدی را شناسایی نماید و تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد. همچنین این سازمان مکلف است سایر افراد متقاضی را در صورت تأیید بر اساس آزمون وسع (با استفاده از پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان) تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.

شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت نموده و به صورت ماهانه گزارش پیشرفت را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

ل- به منظور رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شدگان، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی) اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه می‌باشند. کلیه دستگاه‌های مجوزدهنده ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی نمایند.

۱- بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک‌ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.

۲- اتباع خارجی نیازمند به دریافت خدمات درمانی باید از طریق یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه، خدمات بیمه‌ای دریافت نمایند. به این منظور، شورای عالی بیمه با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفند ظرف یک‌ماه از ابلاغ این قانون دستورالعمل صدور بیمه درمانی پایه برای اتباع خارجی را تدوین و اعلام نمایند.

۳- سازمان بیمه سلامت ایران موظف است که شرایط لازم جهت اجرای بیمه همگانی برای کلیه افراد جامعه را با تسهیل فرایندهای ثبت‌نام (از قبیل ایجاد ابزارهای الکترونیک جهت صدور بیمه‌نامه) فراهم نماید.

۴- ارائه بسته خدمات بیمه پایه برای کلیه اقشار که بر اساس آزمون وسیع در دهکهای (۱) تا (۳) قرار می‌گیرند به صورت رایگان خواهد بود.

۵- در راستای اجرای بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کلیه شرکتهای و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی مکلفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درگاه پرونده الکترونیکی بیمار و پزشک را (مبتنی بر نسخ الکترونیک بیمه‌ای) ظرف سه‌ماه از ابلاغ این قانون عملیاتی نموده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت و بیمه‌شدگان قرار دهند.

۶- دسترسی مورد نیاز به اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت برای بیمار (نمایشگر پرونده) و همچنین امکان دسترسی به سوابق بیمار برای پزشک معالج تا زمان ابلاغ دستورالعمل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر عهده بیمه‌های درمانی خواهد بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر سه‌ماه یک‌بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

م- در اجرای بند (۱) ماده (۳۸) قانون مالیات بر ارزش‌افزوده، درآمد حاصل از یک درصد (۱٪) ارزش‌افزوده به‌عنوان مالیات سلامت همزمان با دریافت توسط سازمان امور مالیاتی کشور به حساب خزانه‌داری کل کشور واریز می‌گردد. خزانه‌داری کل کشور مکلف است مبالغ دریافتی در هر ماه را تا پانزدهم ماه بعد به حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز نموده و به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش دهد.

ن- به‌منظور اجرائی نمودن قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی در خصوص ایجاد پایگاه ملی بیمه‌های سلامت کشور موضوع استقرار و تکمیل داده‌های پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و مدیریت مصارف و منابع، سازمان بیمه سلامت ایران، مکلف است با همکاری کارگروه تعامل‌پذیری دولت الکترونیکی، ضمن استقرار پایگاه مذکور و ادغام آن با پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور، ضوابط و دستورالعمل نحوه به‌روزرسانی و بهره‌برداری از آن را ابلاغ نماید. کلیه شرکتها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان، اعم از دولتی و غیردولتی و نیز دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، از جمله سازمان بیمه خدمات‌درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند نسبت به اجرای دقیق دستورالعمل مذکور اقدام نمایند و از سامانه (سرویس) استحقاق‌سنجی سازمان بیمه سلامت ایران، جهت ارائه کلیه خدمات بیمه‌ای، بهداشتی و درمانی به بیمه‌شدگان تحت پوشش خود جهت نظارت (کنترل) همپوشانی و استحقاق درمان الزاماً استفاده نمایند.

س- به منظور ایجاد زیرساخت و سازوکار مورد نیاز نظام نوسازی چرخه تجویز تا مصرف دارو و ارائه خدمات سلامت در بستر الکترونیک (کلیه خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی و تشخیصی):

۱- پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر شش ماه پس از ابلاغ قانون، صرفاً سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید آزمایشگاه‌های ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دارای گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت، مجاز به فعالیت می‌باشند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حُسن اجرای این جزء نظارت و گزارش پیشرفت آن را به صورت ماهانه، به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

۲- ارائه هرگونه دارو و تجهیزات پزشکی مشمول فهرست ابلاغی سازمان غذا و دارو توسط داروخانه‌ها و مراکز درمانی بدون استعمال و احراز اصالت از طریق سامانه‌های دارای مجوز و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مجاز به پذیرش اقلام فاقد اصالت نبوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به نظارت بر حُسن اجرای این بند است.

۳- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات دستورالعمل نحوه رسیدگی و جبران خسارت بیمه‌شدگان در موارد ارائه خدمات خارج از بستر الکترونیک یا عدم رعایت قوانین و مقررات جاری در پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده درمان، توسط ذی‌نفعان در فرایند نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیکی را ظرف دو ماه، تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید.

۴- کلیه ارائه‌دهندگان خدمات و سامانه‌های اطلاعاتی حوزه سلامت اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند ظرف سه ماه، سامانه‌های اطلاعاتی/خدماتی (سرویس) خود را به امکان درج امضای الکترونیک و صحت‌سنجی آن مبتنی بر زیرساخت کلید



س- به منظور ایجاد زیرساخت و سازوکار مورد نیاز نظام نوسازی چرخه تجویز تا مصرف دارو و ارائه خدمات سلامت در بستر الکترونیک (کلیه خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی و تشخیصی):

۱- پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر شش ماه پس از ابلاغ قانون، صرفاً سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید آزمایشگاه‌های ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دارای گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت، مجاز به فعالیت می‌باشند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حُسن اجرای این جزء نظارت و گزارش پیشرفت آن را به صورت ماهانه، به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.

۲- ارائه هرگونه دارو و تجهیزات پزشکی مشمول فهرست ابلاغی سازمان غذا و دارو توسط داروخانه‌ها و مراکز درمانی بدون استعمال و احراز اصالت از طریق سامانه‌های دارای مجوز و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است. سازمان‌های بیمه‌گر پایه مجاز به پذیرش اقلام فاقد اصالت نبوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به نظارت بر حُسن اجرای این بند است.

۳- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات دستورالعمل نحوه رسیدگی و جبران خسارت بیمه‌شدگان در موارد ارائه خدمات خارج از بستر الکترونیک یا عدم رعایت قوانین و مقررات جاری در پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده درمان، توسط ذی‌نفعان در فرایند نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیکی را ظرف دو ماه، تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید.

۴- کلیه ارائه‌دهندگان خدمات و سامانه‌های اطلاعاتی حوزه سلامت اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند ظرف سه ماه، سامانه‌های اطلاعاتی/خدماتی (سرویس) خود را به امکان درج امضای الکترونیک و صحت‌سنجی آن مبتنی بر زیرساخت کلید