

به نام خدا

**بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور (۶۹):
تبصره‌های مرتبط با حوزه سلامت**



محمد بختیاری علی‌آباد^۱، مهدی مختار پیام^۲، مهدی سرمست^۳، علی صابری دمنه^۴، امین پژمان^۵، المیرا عزتی^۶، جواد سجادی خسرقی^۷

مشخصات لایحه

دوره یازدهم - سال سوم

شماره ثبت:

۸۶۰

مقدمه

از مجموع تبصره‌های ارائه شده در لایحه بودجه سال ۱۴۰۲، اهم تبصره‌های مربوط به حوزه سلامت، تعداد پنج تبصره («۶»، «۷»، «۱۳»، «۱۴» و «۱۷») است.

مشخصات گزارش:

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۸۷۹۰

موضوع کسر علی‌الحساب مالیات از حق‌الزحمه یا حق‌العمل پزشکی پزشکان توسط مراکز درمانی، الزام صاحبان حرف پزشکی و دامپزشکی به استفاده از پایانه فروشگاهی، مکلف کردن دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دارای ردیف بودجه مستقل به اختصاص گردش مالی حاصل از فروش دارو و تجهیزات پزشکی برای بازپرداخت همین کالاها، وضع مالیات به‌ازای هر نخ سیگار و هر بسته تنباکو، پوشش بیمه رایگان برای سه دهک درآمدی پایین، تکلیف وزارت بهداشت نسبت به اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده و ... از موضوع‌های مورد اشاره در تبصره‌های مرتبط با حوزه سلامت در لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ است. مشروح تبصره‌های مذکور به انضمام ارزیابی کارشناسی پیرامون آنها در جدول ۱ و ۲ مشاهده می‌شود.

تاریخ انتشار:

۱۴۰۱/۱۱/۲۴



دفتر فرعی:

مطالعات بخش عمومی

۱. تهیه و تدوین.
۲. ناظران علمی.
۳. همکار.

جدول ۱. محور اصلی تبصره‌های مرتبط با حوزه سلامت در لایحه بودجه سال ۱۴۰۱

شماره تبصره	موضوع تبصره
جزء «ف» تبصره «۶»	کسر علی‌الحساب مالیات از حق‌الزحمه یا حق‌العمل پزشکی
جزء «ص» تبصره «۶»	الزام صاحبان حرف و مشاغل پزشکی و ... به استفاده از پایانه فروشگاهی
بند «ب» تبصره «۷»	تقلیل حقوق گمرکی کالاهای اساسی، دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و همچنین نهاده‌های کشاورزی و دامی
جزء «الف» تبصره «۱۳»	اجازه اختصاص اعتبار مبلغ یک هزار و هشتصد و هفتاد میلیارد (۱۸۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال به وزارت بهداشت از محل منابع تنخواه‌گردان بند «م» ماده (۲۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)
بخش ۱-۱ جزء «الف» تبصره «۱۴»	مبلغ ششصد و نود هزار میلیارد (۶۹۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال بابت یارانه دارو
جزء «ب» تبصره «۱۷»	پرداخت مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم و تجهیزات و ملزومات پزشکی منحصراً جهت بازپرداخت هزینه‌های تأمین و تدارک کالاهای مذکور توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تحت پوشش این دانشگاه‌ها
جزء «ه» تبصره «۱۷»	وضع مالیات به‌ازای هر نخ سیگار و هر بسته تنباکو
جزء «و» تبصره «۱۷»	تعیین سازوکار و ساختار قیمت‌گذاری دارو و ملزومات پزشکی در بسته بیمه پایه و تعرفه خدمات دارویی براساس سازوکار تعیین شده در بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور
جزء «ط» تبصره «۱۷»	<ul style="list-style-type: none"> تکلیف وزارت بهداشت نسبت به اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده با استفاده از تمامی ظرفیت‌های کشور اجازه نسخه‌نویسی کاغذی در شرایط اضطراری براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
جزء «ط-۱» تبصره «۱۷»	<ul style="list-style-type: none"> مجاز بودن 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، هفت ماه پس از ابلاغ این قانون مجاز بودن شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان و دستگاه‌های اجرایی نسبت به استفاده از سامانه‌های مستقل و اختصاصی خود جهت خرید خدمات سلامت به‌صورت الکترونیکی تا ۷ ماه از ابلاغ این قانون
جزء «ی» تبصره «۱۷»	تعیین تعرفه بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری براساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، براساس سرانه بیمه خدمات درمانی و تکلیف سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به پرداخت صورت‌حساب‌های ارسالی مراکز تشخیصی درمانی و بیمارستان‌ها همانند سایر تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی ابلاغی
جزء «ک» تبصره «۱۷»	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی و پوشش بیمه رایگان افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین توسط سازمان بیمه سلامت ایران با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان. پوشش رایگان سایر افراد متقاضی در صورت تأیید براساس آزمون وسع (با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان) توسط سازمان بیمه سلامت ایران
جزء «ل» تبصره «۱۷»	<ul style="list-style-type: none"> الزام کلیه ارائه‌دهندگان به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه موظف شدن دستگاه‌های مجوزدهنده ذیل وزارت بهداشت نسبت به صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی تکلیف بیمه‌های درمانی به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف مدت یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک ممنوعیت ارائه خدمات درمانی و دارویی به افراد فاقد بیمه درمانی تدوین و ابلاغ دستورالعمل صدور بیمه درمانی پایه برای اتباع خارجی توسط شورای عالی بیمه سلامت. فراهم نمودن شرایط لازم جهت اجرای بیمه همگانی برای کلیه افراد جامعه با تسهیل فرایندهای ثبت‌نام (از قبیل ایجاد ابزارهای الکترونیک جهت صدور بیمه‌نامه) توسط سازمان بیمه سلامت ارائه بسته خدمات بیمه پایه برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع در دهک‌های اول تا سوم قرار می‌گیرند به‌صورت رایگان خواهد بود. عملیاتی نمودن درگاه پرونده الکترونیکی بیمار و پزشک (مبتنی بر نسخ الکترونیک بیمه‌ای) توسط شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان با همکاری وزارت بهداشت قرار گرفتن دسترسی به اطلاعات و سوابق پرونده الکترونیک سلامت برای بیمار (نمایشگر پرونده) و پزشک معالج برعهده بیمه‌های درمانی (تا زمان ابلاغ دستورالعمل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

جدول ۲. اظهار نظر کارشناسی در خصوص تبصره‌های مرتبط با حوزه سلامت در لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>با توجه به عدم استفاده از پایانه‌های فروشگاهی توسط بخشی از صاحبان حرف و مشاغل پزشکی، مالیات علی‌الحساب، به‌عنوان ابزاری برای راستی‌آزمایی اظهارنامه مالیاتی، تا فراگیر شدن استفاده از پایانه مذکور، مثبت ارزیابی می‌شود.</p> <p>باین‌حال حکم حاضر از آن حیث که عبارت نهادهای «عمومی» در قوانین شناسایی نشده‌اند، دارای ابهام است.</p> <p>پیشنهاد می‌شود عبارت «کلیه دستگاه‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۲۹) قانون برنامه ششم توسعه» در قسمت ابتدایی حکم درج شود.</p>	<p>کلیه مراکز درمانی اعم از دولتی، خصوصی، وابسته به نهادهای عمومی، نیروهای مسلح، خیریه‌ها و شرکت‌های دولتی مکلفند ده درصد (۱۰٪) از حق‌الزحمه یا حق‌العمل گروه پزشکی که به موجب دریافت وجه صورت‌حساب‌های ارسالی به بیمه‌ها و یا نقداً از طرف بیمار پرداخت می‌شود به‌عنوان علی‌الحساب مالیات کسر و به نام پزشک مربوطه تا پایان ماه بعد از وصول مبلغ صورت‌حساب به حساب سازمان امور مالیاتی کشور واریز کنند. مالیات علی‌الحساب این بند شامل کلیه پرداخت‌هایی که به‌عنوان درآمد حقوق و کارانه مطابق قوانین بودجه سنواتی پرداخت و مالیات آن کسر می‌شود، نخواهد بود. حکم ماده قانون مالیات‌های مستقیم در اجرای این بند جاری می‌باشد.</p>	<p>جزء «ف» تبصره «۶»</p>
<p>در راستای اجرای قانون پایانه‌های فروشگاهی و سامانه‌های مؤدیان که در سال ۱۳۹۸ تعلق می‌شود بنابراین تصویب آن پیشنهاد می‌شود.</p>	<p>کلیه صاحبان حرف و مشاغل پزشکی، پیراپزشکی، داروسازی و دامپزشکی و فروشندگان تجهیزات پزشکی که پروانه کار آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا سازمان نظام پزشکی ایران صادر می‌شود و کلیه اشخاص شاغل در کسب‌وکارهای حقوقی اعم از وکالت و مشاوره حقوقی و خانواده مکلفند از پایانه فروشگاهی استفاده کنند.</p> <p>با مستنکفین از اجرای این حکم مطابق قانون پایانه‌های فروشگاهی و سامانه مؤدیان برخورد می‌شود.</p>	<p>جزء «ص» تبصره «۶»</p>
<p>کاهش پایه حقوق گمرکی می‌تواند به کاهش قیمت پایه دارو منجر شود ولی باید توجه داشت که کاهش حقوق گمرکی، منجر به حمایت بیشتر از واردات کالای نهایی ساخته شده می‌شود و لذا این سیاست بیشتر از تولید، به نفع واردات کالا است؛ لذا بهتر است به جای حمایت از واردکنندگان و تولیدکنندگان، حمایت‌های لازم از مصرف‌کنندگان نهایی و از طریق بیمه انجام شود.</p> <p>عبارت «کالاهای اساسی» به دلیل عدم تعریف قانونی دارای ابهام است؛ بنابراین مغایر قانونگذاری شفاف، مقرر در بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری است.</p> <p>پیشنهاد می‌شود حکم حاضر به شرح ذیل اصلاح شود:</p> <p>در سال ۱۴۰۲، معادل منابع حاصل از ۳ واحد درصد از نرخ ۴ درصد حقوق گمرکی مذکور در صدر بند «د» ماده (۱) قانون امور گمرکی برای دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به‌منظور کاهش سهم مردم از کالاهای فوق در اختیار بیمه‌های پایه درمان قرار می‌گیرد.</p>	<p>در سال ۱۴۰۲ نرخ چهار درصد (۴٪) حقوق گمرکی مذکور در صدر بند «د» ماده (۱) قانون امور گمرکی برای کالاهای اساسی و دارو به یک درصد (۱٪) تقلیل می‌یابد. فهرست این موارد با پیشنهاد سازمان برنامه و بودجه کشور به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.</p>	<p>جزء «ب» تبصره «۷»</p>
<p>-</p>	<p>اجازه داده می‌شود از محل منابع تنخواه‌گردان موضوع بند «م» ماده (۲۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) اقدامات زیر صورت پذیرد:</p> <p>۱. پرداخت تا مبلغ شش هزار میلیارد (۶۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و تا مبلغ یک هزار و هشتصد و هفتاد میلیارد (۱۸۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب اعتبارات</p>	<p>جزء «الف» تبصره «۱۳»</p>

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>فوق را به مراکز بیمارستانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور که به تأیید مراکز بیمارستانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی مذکور رسیده است در این سامانه ثبت کنند. کلیه پرداخت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و بیمارستان‌ها از محل حساب‌های در نظر گرفته شده برای دارو، لوازم، تجهیزات و ملزومات پزشکی به شرکت‌های توزیعی و فروشندگان این اقلام می‌بایست براساس صورت‌های مالی ثبت شده در سامانه ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت اقلام سلامت محور صورت پذیرد و صورت‌حساب‌های پرداختی نیز در سامانه مذکور ثبت شود. هرگونه تخطی از امور فوق تصرف غیرقانونی در اموال عمومی تلقی می‌شود.</p>		
<p>در راستای بند «۱۰-۳» سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر «وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زبان‌آور سلامت» مثبت ارزیابی می‌شود. با این وجود ظرفیت ایجاد مالیات از محل این حکم، صرفاً روی هر بسته سیگار تولید داخل، هزار تومان و هر بسته سیگار تولید مشترک با نشان بین‌الملل دوهزار تومان می‌باشد که رقم ناچیزی است.</p>	<p>از ابتدای سال ۱۴۰۲ به قیمت خرده‌فروشی هر نخ سیگار تولید داخل با نشان ایرانی مبلغ پانصد (۵۰۰) ریال، تولید داخل با نشان بین‌المللی (برند) یک هزار (۱۰۰۰) ریال و هر بسته پنجاه گرمی تنباکوی قلیان داخلی دویست هزار (۲۰۰۰۰۰) ریال به‌عنوان مالیات و هر نخ سیگار وارداتی مبلغ هشت هزار (۸۰۰۰) ریال و هر بسته پنجاه گرمی تنباکوی قلیان وارداتی سیصدوپنجاه هزار (۳۵۰۰۰۰) ریال به‌عنوان حقوق ورودی دریافت تا مطابق ردیف‌های این قانون برای بخش سلامت، ورزش همگانی و ورزش بانوان هزینه گردد.</p> <p>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.</p>	<p>جزء «ه» تبصره «۱۷»</p>
<p>مغایر اصل سالانه بودن بودجه کل کشور، موضوع اصل پنجاه و دوم قانون اساسی جمهوری اسلامی تلقی می‌شود، بنابراین حذف آن پیشنهاد می‌شود. بنابراین حذف این جزء از تبصره «۱۷» پیشنهاد می‌گردد.</p>	<p>سازوکار و ساختار قیمت‌گذاری دارو و ملزومات پزشکی در بسته بیمه پایه و تعرفه خدمات دارویی همانند سایر خدمات تشخیصی و درمانی براساس سازوکار تعیین شده در بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تعیین خواهد شد.</p>	<p>جزء «و» تبصره «۱۷»</p>
<p>-</p>	<p>مطالبات و بدهی‌های مراکز درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی از یکدیگر با تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور قابل تهاتر می‌باشد.</p>	<p>جزء «ز» تبصره «۱۷»</p>
<p>حکم حاضر (موضوع اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده)، به نوعی تکرار تکلیف وزارت بهداشت در قانون برنامه ششم توسعه بوده و با توجه به کلی‌گویی نگارش آن، درخصوص اجرایی شدن و همچنین سنجش میزان اجرایی شدن آن تردید وجود دارد. همچنین عبارت «استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در کشور (اعم از دولتی و غیردولتی)» مبهم می‌باشد. ذیل بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری بر قابل اجرا بودن، قابل سنجش بودن و همچنین شفافیت و عدم ابهام در قانون تأکید شده است. بنابراین حکم حاضر با این بند از سیاست‌های کلی قانونگذاری در تعارض است.</p> <p>پیشنهاد می‌شود حکم حاضر به شرح ذیل اصلاح شود:</p>	<p>در اجرای بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده و با استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در کشور (اعم از دولتی و غیردولتی) اقدام نماید.</p>	<p>جزء «ط» تبصره «۱۷»</p>

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است طوری عمل نماید که تا پایان سال ۱۴۰۲ تمام جمعیت کشور تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده قرار گیرند.</p>		
<p>در حکم حاضر مرجع ذیصلاح در خصوص تعیین مصادیق و تشخیص شرایط اضطراری تعیین نشده است و از این حیث حکم حاضر مبهم بوده و مغایر با بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری مبنی بر رعایت اصول قانون‌نویسی از جمله شفافیت و عدم ابهام می‌باشد. ضمناً قسمت اول و دوم جزء «ط» تبصره «ط» به لحاظ ماهوی تناسبی با یکدیگر ندارند که این با اصول قانون‌نویسی تعارض دارد. پیشنهاد می‌شود حکم حاضر به شرح ذیل اصلاح شود:</p> <p>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، نسخه‌نویسی می‌تواند به صورت کاغذی و با درج شماره (کد) ملی بیمار در قالب دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام پذیرد. اسناد تولیدشده در این قالب به‌عنوان اسناد هزینه خرید راهبردی توسط کلیه سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی قابل پرداخت است.</p> <p>دستورالعمل تشخیص شرایط اضطراری در کارگروهی متشکل از وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و وزارت نیرو تعیین و توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد.</p>	<p>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، نسخه‌نویسی می‌تواند به صورت کاغذی و با درج شماره (کد) ملی بیمار در قالب دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و درمان انجام گردد. اسناد تولید شده در این قالب به عنوان اسناد هزینه خرید راهبردی توسط کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی قابل پرداخت است.</p>	
<p>حکم حاضر در جزء «۱» بند «ک» تبصره «۱۷» قانون بودجه سال ۱۴۰۱ مصوب گردیده بود؛ با همین قید که استفاده از سامانه‌های فاقد تأییدیه‌های آزمایشگاه‌های ارزیابی نرم‌افزار وزارت بهداشت صرفاً تا هفت ماه از ابلاغ قانون فوق مجاز گردیده بود. بنابراین مهلت زمان لازم به منظور اخذ تأییدیه‌های مورد اشاره، در اختیار ذی‌نقشان مربوطه قرار گرفته و از این حیث منطقی است که از سال ۱۴۰۲ صرفاً سامانه‌های برخوردار از تأییدیه وزارت مذکور مجاز به فعالیت باشند یا حداقل مهلت زمانی برای استفاده از نرم‌افزارهای فاقد تأییدیه، کوتاه‌تر گردد.</p> <p>در خصوص بخش دوم حکم ابهام دارد: مبنی بر اینکه مشخص نیست منظور از مجاز نبودن فعالیت سامانه‌های مستقل و اختصاصی، «استقرار یک سامانه واحد نسخه‌نویسی و برچیده شدن سامانه‌های بیمه‌ها» می‌باشد یا اینکه منظور آن است که «سامانه‌هایی که از تأییدیه آزمایشگاهی و گواهینامه تطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت برخوردار نیستند، مجاز به فعالیت نمی‌باشند».</p> <p>به نظر می‌رسد در صورت تحقق فرضیه اول، به دلیل ایجاد انحصار، کیفیت خدمات کاهش خواهد یافت و ضمناً در شرایط اختلال در سامانه واحد مفروض، خدمت‌رسانی با اختلال مواجه خواهد شد. فرضیه دوم منطقی است ولی با توجه به مهلت تعیین شده برای اخذ تأییدیه‌های آزمایشگاه نرم‌افزاری وزارت بهداشت در قانون سال ۱۴۰۱ منطقی است که از سال ۱۴۰۲ صرفاً سامانه‌های برخوردار از تأییدیه‌های آزمایشگاهی وزارت بهداشت و دارای گواهی تطابق با</p>	<p>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) پس از استقرار کامل طرح نسخه الکترونیک حداکثر هفت 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.</p> <p>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، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر تا حداکثر زمان مشخص شده در این جزء می‌توانند از سامانه‌های مستقل و اختصاصی خود جهت خرید خدمات سلامت به صورت الکترونیکی استفاده نمایند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است بر حسن اجرای این جزء نظارت نموده و به صورت ماهانه گزارش پیشرفت را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نماید.</p>	<p>جزء «ط-۱» تبصره «۱۷»</p>

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>استانداردهای پرونده الکترونیک مجاز به فعالیت باشند یا مهلت زمانی کوتاه‌تری تعیین شود.</p> <p>پیشنهاد می‌شود بندهای ذیل جایگزین حکم حاضر شوند:</p> <p>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):</p> <p>۱. پس از استقرار کامل طرح نسخه‌نویسی الکترونیک حداکثر سه ماه 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. سامانه‌های 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، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر نیز شامل شرایط این جزء بوده و صرفاً با رعایت این بند می‌توانند از سامانه‌های خود جهت خرید خدمات سلامت به‌صورت الکترونیکی استفاده نمایند. دبیرخانه شورای اجرایی فناوری اطلاعات مکلف به نظارت بر حسن اجرای این جزء نظارت بوده و هر سه (۳) ماه یک‌بار گزارش پیشرفت اجرای آن را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه نمایند.</p> <p>۲. ارائه هرگونه دارو و تجهیزات پزشکی مشمول فهرست ابلاغی سازمان غذا و دارو توسط داروخانه‌ها و مراکز درمانی بدون استعلام 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 حسن اجرای این بند است. گزارش این بند باید هر سه (۳) ماه یک‌بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور ارائه شود.</p> <p>۳. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است با همکاری وزارت بهداشت و درمان 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 (۲) ماه تدوین و جهت اجرا ابلاغ نماید.</p> <p>۴. کلیه ارائه‌دهندگان خدمات و سامانه‌های اطلاعاتی حوزه سلامت اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلفند ظرف سه (۳) ماه، سامانه‌های اطلاعاتی/خدمات (سرویس‌های) خود را به امکان درج امضای الکترونیک و صحت‌سنجی آن مبتنی بر زیرساخت کلید عمومی وزارت بهداشت تجهیز نموده و در تبادل اطلاعات با پایگاه ملی سلامت عملیاتی نمایند.</p> <p>۵. کلیه سامانه‌ها و سرویس‌های تشکیل‌دهنده پرونده الکترونیک سلامت شامل: سامانه‌های پرونده الکترونیک سطح یک، سامانه‌های</p>		

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>مربوط به نسخه الکترونیک و سرویس استحقاق سنجی بیمه‌ای و درمانی مبتنی بر پایگاه ملی بیمه‌های سلامت کشور، سامانه اصالت و رهگیری دارو و لوازم پزشکی سازمان غذا و دارو، سامانه مرجع شناسه‌گذاری (کدینگ) پایه سلامت الکترونیکی شامل شناسه (کد)های تجویز، تشخیص و ارائه خدمت، سامانه یکپارچه اطلاعات مراکز سلامت شامل صدور پروانه‌های پزشکی و صدور پروانه داروخانه‌ها و نظام (سیستم) مراکز جامع سلامت و سامانه استعلام امضای الکترونیک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت سازمان نظام پزشکی و بانک قواعد الکترونیکی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و رسیدگی الکترونیکی اسناد پزشکی، مکلفند به صورت یکپارچه و مبتنی بر نمونه (مدل) مرجع، شناسه‌گذاری (کدینگ) واحد استاندارد و ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با یکدیگر تبادل داده نموده و در تعامل با یکدیگر باشند.</p>		
-	<p>شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسب به تعیین تعرفه بسته خدمات و مراقبت‌های پرستاری براساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، براساس سرانه بیمه خدمات درمانی اقدام نمایند. سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند همانند سایر تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی ابلاغی نسبت به پرداخت صورت‌حساب‌های ارسالی مراکز تشخیصی درمانی و بیمارستان‌ها اقدام نمایند.</p>	<p>جزء «ی» تبصره «۱۷»</p>
<p>با توجه به اینکه دوره زمانی اجرای قانون بودجه، یک سال است بنابراین تکلیف تعیین شده برای سال‌های بعد که عبارت «فروردین‌ماه هر سال» به آن اشاره دارد واجد اشکال است و مغایر اصل سالانه بودن بودجه کل کشور، موضوع اصل پنجاه و دوم قانون اساسی جمهوری اسلامی تلقی می‌شود.</p> <p>پیشنهاد می‌شود حکم حاضر به شرح ذیل اصلاح شود:</p> <p>سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است ظرف مدت یک ماه از ابلاغ این قانون، با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان، افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین درآمدی را شناسایی و تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.</p> <p>همچنین این سازمان مکلف است سایر افراد متقاضی را در صورت تأیید براساس آزمون وسع (با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان) تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.</p>	<p>سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در فروردین‌ماه هر سال با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان، افراد فاقد بیمه پایه از سه دهک پایین درآمدی را شناسایی و تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.</p> <p>همچنین این سازمان مکلف است سایر افراد متقاضی را در صورت تأیید براساس آزمون وسع (با استفاده از پایگاه رفاه ایرانیان) تحت پوشش بیمه رایگان قرار دهد.</p>	<p>جزء «ک» تبصره «۱۷»</p>
<p>در خصوص بند دوم: مغایر با اصول قانونی اساسی از جمله بند «۹» از اصل دوم قانونی اساسی مبنی بر رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه‌های مادی و معنوی، بند «۱۲» از اصل دوم قانون اساسی مبنی بر پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه و بند «۱» از اصل (چهل و سوم) قانون اساسی مبنی بر تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک،</p>	<p>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 موظفند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی نمایند.</p>	<p>جزء «ل» تبصره «۱۷»</p>

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه است. بنابراین حذف این بند پیشنهاد می‌شود.</p> <p>درخصوص بند «۳»: با توجه به کارکرد مهم بیمه‌های درمان، مبنی بر توزیع خطر بین اعضای تحت پوشش آن، بنابراین رویکرد حکم حاضر مبنی بر تحت پوشش قرار دادن صرفاً افراد بیمار (اتباع خارجی نیازمند خدمات درمانی)، ریسک مالی صندوق را افزایش خواهد داد. همچنین از آنجاکه مسئله اتباع خارجی، ابعادی غیر از بهداشت و درمان (همچون شناسایی و ساماندهی ایشان) نیز دارد که لزوم مشارکت دستگاه‌های ذی‌ربط خارج از بخش سلامت (مثلاً وزارت کشور) را ضروری می‌نماید بنابراین لازم است که دستورالعمل مربوطه با مشارکت ذی‌نفعان مذکور تهیه و تصویب گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود بند حاضر به این شکل اصلاح شود:</p> <p>اتباع خارجی می‌بایست تحت پوشش یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان قرار گیرند. به همین منظور شورای عالی بیمه با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفند ظرف مدت یک ماه از ابلاغ این قانون دستورالعمل صدور بیمه درمانی پایه برای اتباع خارجی را تدوین و مراتب را جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نمایند.</p> <p>درخصوص بند چهارم: با توجه به کلی‌گویی در نگارش حکم، درخصوص اجرایی شدن و همچنین امکان سنجش میزان اجرایی شدن آن تردید وجود دارد. همچنین عبارت «شرایط لازم»، «فرایندهای ثبت‌نام» و «ابزارهای الکترونیک جهت صدور بیمه‌نامه» مبهم می‌باشند. ذیل بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری بر قابل اجرا بودن، قابل سنجش بودن و همچنین شفافیت و عدم ابهام در قانون تأکید شده است. بنابراین حکم حاضر با این بند از سیاست‌های کلی قانونگذاری در تعارض است.</p> <p>پیشنهاد می‌شود این بند به این شکل اصلاح شود:</p> <p>سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است به‌گونه‌ای عمل نماید که حداکثر تا پایان شهریورماه سال ۱۴۰۲ آحاد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه پایه درمان قرار گیرند. شورای عالی بیمه سلامت مکلف است گزارش اجرای این بند را هر دو ماه یک بار در اختیار کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور قرار دهد.</p> <p>درخصوص بند «۵»: رایگان شدن بسته بیمه پایه به دلیل افزایش تقاضای القایی و خطر اخلاقی ناشی از رایگان شدن قیمت خدمت در نقطه مصرف، ضمن اینکه فشار زیادی بر بیمه ایجاد خواهد کرد، موجب ایجاد صف انتظار برای نیازمندان واقعی به خدمت خواهد شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که صرفاً خدمات بستری، با رعایت نظام ارجاع برای افراد موضوع حکم رایگان شود و در راستای کاهش هزینه‌های سرپایی نیز، نرخ هم‌پردازی دریافت‌کننده خدمت کاهش یابد. همچنین لازم است که افراد موضوع این حکم در صورت دریافت خدمت از بخش غیردولتی، مشمول حمایت‌های بیمه‌ای همچون سایر گروه‌های درآمدی شوند. بنابراین پیشنهاد می‌شود این بند به این شکل اصلاح گردد:</p>	<p>۱. بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف مدت یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.</p> <p>۲. با توجه به اجرای بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه و آیین‌نامه اجرایی بیمه پایه اجباری سلامت و ارزیابی وسع ابلاغی وزیران مبنی بر پوشش بیمه‌های همگانی، کلیه خدمات درمانی و دارویی توسط مراکز درمانی، فقط به افراد دارای بیمه پایه ارائه شده و ارائه خدمات به افراد فاقد بیمه درمانی ممنوع می‌گردد.</p> <p>۳. اتباع خارجی نیازمند به دریافت خدمات درمانی می‌بایست از طریق یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه، خدمات بیمه‌ای دریافت نمایند. به همین منظور شورای عالی بیمه با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفند ظرف مدت یک ماه از ابلاغ این قانون دستورالعمل صدور بیمه درمانی پایه برای اتباع خارجی را تدوین و اعلان نمایند.</p> <p>۴. سازمان بیمه سلامت 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.</p> <p>۵. ارائه بسته خدمات بیمه پایه برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع در دهک‌های اول تا سوم قرار می‌گیرند به‌صورت رایگان خواهد بود.</p> <p>۶. در راستای اجرای بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، کلیه شرکت‌ها 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 بیمه ای) ظرف مدت سه ماه از ابلاغ این قانون عملیاتی نموده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت و بیمه‌شدگان قرار دهند.</p> <p>۷. 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 برعهده بیمه‌های درمانی خواهد بود.</p>	

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>ارائه خدمات بستری در مراجعه به بخش دولتی دانشگاهی برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع در دهک‌های اول تا سوم قرار می‌گیرند، به‌صورت رایگان و هزینه خدمات سرپایی براساس مشارکت مالی ۱۵ درصدی ایشان خواهد بود. مشمولین این موضوع این حکم در صورت دریافت خدمت از بخش غیردولتی، مشمول حمایت‌های بیمه‌ای همچون سایر گروه‌های درآمدی تحت پوشش براساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهند بود. منابع مالی لازم برای اجرای این حکم از محل اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران تأمین می‌گردد.</p> <p>درخصوص بند «۶» و «۷»: عبارت «نسخ الکترونیکی بیمه‌ای» در بند «۶» مبهم می‌باشد، از این جهت حکم حاضر مغایر با بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری مبنی بر رعایت اصول قانونگذاری و قانون‌نویسی از جمله شفافیت و عدم ابهام می‌باشد. با توجه به شخصی بودن اطلاعات مربوط به پرونده الکترونیک سلامت بنابراین هرگونه دسترسی و نمایش آنها مستلزم رعایت ملاحظات محرمانگی است درحالی‌که مطابق بند «ط-۱» تبصره «۱۷» همین لایحه اشاره شده است که سامانه‌های بیمه‌گران درمانی مورد تأیید آزمایشگاه‌های نرم‌افزاری وزارت بهداشت نیستند، فاقد استانداردهای تبادل اطلاعات با پرونده الکترونیک سلامت بوده و ضمناً مستقل عمل می‌کنند. بنابراین به پرونده الکترونیک دسترسی ندارند.</p> <p>پیشنهاد می‌شود بندهای «۶» و «۷» حذف و بندهای ذیل اضافه شوند:</p> <p>- به‌منظور تکمیل طرح (پروژه) توسعه و استقرار نظام جامع سلامت الکترونیک و زیرطرح‌های مصوب مربوط و حفظ محرمانگی و حریم خصوصی اطلاعات سلامت:</p> <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به‌منظور اجرایی نمودن قانون مدیریت داده و اطلاعات ملی درخصوص ایجاد پایگاه ملی نسبت به تشکیل کارگروه راهبری کشوری با مشارکت همه ذی‌نفعان حوزه سلامت الکترونیک در کشور و با ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نموده و با همکاری کارگروه تعامل‌پذیری دولت الکترونیکی، حداکثر ظرف مدت سه (۳) ماه از ابلاغ این قانون، ضمن استقرار پایگاه مذکور، ضوابط و دستورالعمل به‌روزرسانی و بهره‌برداری از آن را ابلاغ نماید. همچنین در راستای اجرای بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت مکلف است با همکاری کلیه سازمان‌ها، شرکت‌ها و مراکز خدمات سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان، اعم از دولتی و غیردولتی، درگاه پرونده الکترونیکی بیمار و پزشک را (مبتنی بر استانداردهای پایگاه ملی سلامت) به‌صورت یکپارچه و ظرف مدت چهار (۴) ماه از ابلاغ این قانون عملیاتی نموده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان قرار دهند. به‌منظور اثربخشی مصرف اعتبارات مربوط به طرح(پروژه)‌های نظام سلامت الکترونیک، کلیه مجریان زیرطرح(پروژه)‌های مربوطه، مکلفند برای توسعه سامانه‌های مورد نیاز، صرفاً با رعایت استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای تحقق پایگاه</p>		

نظر کارشناسی/پیشنهاد مرکز	شرح	شماره تبصره
<p>ملی سلامت اقدام نمایند. تخلف از این بند در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه و اموال عمومی تلقی می‌شود.</p> <p>دسترسی مورد نیاز به اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت برای بیمار (نمایشگر پرونده) و همچنین امکان دسترسی به سوابق بیمار برای پزشک معالج مبتنی بر استانداردهای پایگاه ملی سلامت، براساس دستورالعملی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری کارگروه تعامل‌پذیری دولت الکترونیکی تهیه خواهد کرد.</p> <p>کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سامانه‌های اطلاعاتی حوزه سلامت اعم از دولتی و غیردولتی شامل سامانه‌های پرونده الکترونیک سطح یک، پایگاه ملی بیمه‌های سلامت کشور، سامانه/خدمات (سرویس) استحقاق‌سنجی، سامانه اصالت و رهگیری دارو و لوازم پزشکی، سامانه اطلاعاتی مراکز سلامت، سامانه امضای الکترونیک، بانک قواعد الکترونیکی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و رسیدگی الکترونیکی اسناد پزشکی موظفند خدمات، داده‌ها و اطلاعات خود را در تبادل با پایگاه ملی سلامت براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبادله نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است زیرساخت‌های لازم و ضوابط فنی- اجرایی تبادل اطلاعات با پایگاه ملی سلامت را حداکثر ظرف سه (۳) ماه پس از ابلاغ این قانون، تدوین و ابلاغ نماید.</p> <p>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 مکلفند ظرف سه (۳) ماه از ابلاغ ضوابط فنی-اجرایی فوق، پرداخت هزینه‌های بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی را صرفاً براساس ضوابط مذکور انجام دهند.</p> <p>حداکثر چهار (۴) ماه پس از ابلاغ این قانون، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی) که از نسخه الکترونیک استفاده نمی‌نمایند دارای اعتبار نخواهند بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به اعمال قوانین مربوط به مراکز فاقد پروانه درخصوص این مراکز خواهد بود. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است شرایط لازم برای دسترسی ارائه‌دهندگان خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی به درگاه نسخه‌نویسی الکترونیک را به‌صورت اختیاری در استفاده از هر کدام از سامانه‌های ایجادشده فراهم نماید.</p> <p>به‌منظور تمرکز و تقویت منابع اعتباری مرتبط با سلامت الکترونیک، دولت مکلف است از اعتبارات موضوع اقتصاد دیجیتال، مربوط به معاونت علمی و فناوری رئیس‌جمهور، وزارتخانه‌های ارتباطات و فناوری اطلاعات، صنعت، معدن و تجارت و سایر ظرفیت‌های قانونی، در قالب انعقاد تفاهم‌نامه همکاری فی‌مابین دستگاه‌های دارنده اعتبار و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برای طرح(پروژه)های مرتبط با سلامت الکترونیک هزینه نماید. دستورالعمل اجرایی این بند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری کارگروه اقتصاد دیجیتال دولت، ظرف سه (۳) ماه پس از ابلاغ این قانون، تدوین و پس از تصویب، برای اجرا ابلاغ گردد.</p>		