

بسمه تعالی

دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی

برنامه تحول نظام سلامت

"ستاد کشوری اجرای برنامه تحول"

فهرست مطالب:

Contents

۲	مقدمه:
۲	مواد قانونی:
۳	تعاریف:
۴	فرایند نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه
۴	۱ - مرحله پذیرش
۴	۲ - مرحله ارائه خدمات
۴	۳ - ارائه خدمات در زنجیره تامین خدمات (زنجیره ارجاع دانشگاهی)
۵	۴- رسیدگی به اسناد (رسیدگی مرحله دوم)
۷	۵- رسیدگی حسابداری به صورتحسابهای یارانه سلامت
۷	۶ - ارائه گزارش
۱۸	برنامه دوم: برنامه ترویج زایمان طبیعی و زایمان بدون درد
۱۸	الف: اسناد مثبت(اسناد مثبت به معنی اسنادی که نشان دهنده ارائه خدمت به بیمار می باشند)
۱۸	ب: رسیدگی به اسناد
۱۸	ج: موارد خارج از پوشش برنامه
۱۹	د: حسابداری اسناد
۱۹	برنامه سوم: برنامه ارتقای کیفیت ویزیت در بیمارستانهای تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۹	الف: اسناد مثبت
۱۹	ب: رسیدگی به اسناد
۲۰	ج: موارد خارج از پوشش برنامه
۲۰	د: حسابداری اسناد
۲۰	برنامه چهارم: برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۱	الف: اسناد مثبت
۲۱	ب: رسیدگی به اسناد
۲۱	ج: موارد خارج از پوشش برنامه
۲۱	د: حسابداری اسناد
۲۱	برنامه پنجم: حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کشور
۲۱	الف: اسناد مثبت
۲۱	ب: رسیدگی به اسناد
۲۲	ج: موارد خارج از پوشش برنامه
۲۲	د: حسابداری اسناد

مقدمه:

باتوجه به تاکید سند برنامه پنجم توسعه کشور و به منظور حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت با محوریت اقشار آسیب پذیر از طریق ساماندهی تامین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه به 10% و 5% از کل هزینه های بستری و جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو و تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اجرا گردید و با تصریح مواد قانونی وظیفه رسیدگی به اسناد تنظیم شده یارانه سلامت بر عهده سازمان بیمه سلامت گذاشته شد. بنابراین در راستای ایفای این نقش قانونی نسبت به تدوین دستورالعمل رسیدگی به اسناد یاد شده در قالب مجلد فعلی اقدام گردید.

دستورالعمل حاضر مشتمل بر ضوابط و مقررات رسیدگی به اسناد پزشکی مجموعه برنامه های تحول نظام سلامت است که به ضوابط و مقررات نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی، در برنامه های تحول نظام سلامت می پردازد.

ضوابط رسیدگی به اسناد سازمانهای بیمه گر پایه در مورد سهم 90 درصدی این سازمانها در تامین منابع خدمات ارائه شده در بیمارستان کما فی السابق جاری بوده و ضوابط رسیدگی به اسناد برنامه تحول با توجه به اهداف و بسته خدمات و شرایط تعهد این بسته ها در برنامه تحول تدوین شده است.

علی رغم الزام سازمانهای بیمه گر پایه به رعایت مصوبه جلسه 49 شورای عالی بیمه، تفاوت های میزان تعهدات این سازمان ها مشمول برنامه نبوده و سازمان های بیمه گر مکلف به حفظ تعهدات قبلی خود در طول برنامه می باشند. لذا رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نیازمند رعایت کلیه دستورالعمل های 4 سازمان بیمه گر پایه می باشد.

مواد قانونی :

- بند «ب» ماده 34 قانون برنامه پنجم توسعه:

به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (30%) هزینه های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه های تحمل ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب العلاج، تقلیل و وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (10%) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق الذکر هزینه گردد.

- مفاد جزء 2 و 3 بند «ب» از ماده 3 مصوبه هیات محترم وزیران به شماره 835/ت50416 هـ مورخ 93/1/16 مبنی بر کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان در بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به میزان 5% در صندوق روستائیان سازمان بیمه سلامت ایران و 10% در سایر صندوقها در بخش بستری

- تبصره ذیل بند 11 مصوبه هیأت محترم وزیران به شماره 19584/ت50529 هـ مورخ 1393/02/27:

پنج درصد مابه التفاوت سهم بیمه شدگان روستایی و عشایر شهرهای زیر بیست هزار نفر صندوق روستائیان سازمان بیمه سلامت ایران از محل مالیات سلامت موضوع یک واحد درصد اضافه شده به نرخ مالیات بر ارزش افزوده تأمین خواهد شد.

- تفاهم نامه پیوست که مبنای تنظیم این دستورالعمل و همکاری فیما بین سازمان و وزارت بهداشت می باشد.

تعاریف :

سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

بیمارستان مشمول طرح : بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تبصره 1: بیمارستانهای غیر دولتی شهر، شهرستان (در صورت توافق قبلی با وزارت و یا سازمان) به شرط ارائه خدمت با تعرفه دولتی مصوبه دولت در بخش دولتی، مشمول برنامه می باشند.

حمایت از برنامه در این بیمارستانها، مشمول بیماران تحت پوشش سازمان متبوع بیمارستان نخواهد بود. (به عنوان مثال: بیمه شدگان تأمین اجتماعی در بیمارستانهای ملکی تأمین اجتماعی مشمول این برنامه نمی باشند)

سهم یارانه سلامت: هزینه کلیه خدمات خارج از تعهد بیمه های پایه، تکمیلی

موارد خارج از شمول برنامه: هزینه کلیه خدمات تشخیصی درمانی که مشمول پرداخت از محل یارانه سلامت نبوده و ضمناً تحت پوشش بیمه های پایه و تکمیلی نیز نمی باشد.

بیمه شدگان مشمول برنامه: کلیه بیمه شدگان بیمه های سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی، کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

اسناد پزشکی قابل رسیدگی مشمول برنامه: اسناد طبی، جراحی (غیر گلوبال - گلوبال) و تحت نظر (بستری موقت)

سهم پرداختی بیمار: 100% موارد خارج از برنامه هدفمندی + 10% یا 5% (موارد بیمه ای و مشمول یارانه سلامت)

فرایند نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه

براساس برنامه تحول و مفاد مندرج در برنامه، انجام شرح وظایف مورد نظر، طی فرایند رسیدگی و نظارت ذیل صورت می پذیرد:

۱ - مرحله پذیرش

- تعیین هویت توسط بیمارستان
- کنترل وضعیت بیمه بیماران (دفترچه بیمه و یا معرفی نامه بیمه پایه و تکمیلی)
- کنترل دستور بستری
- الزام ارائه برگ خوداظهاری در بدو پذیرش بیمار توسط واحد پذیرش

۲ - مرحله ارائه خدمات

اقدامات این مرحله از زمان پذیرش تا زمان ترخیص و یا بعد از آن متناسب با زمان تنظیمی با همکاری نماینده سازمان بیمه سلامت قابل اجرا می باشد:

- کنترل خدمات درخواستی
- کنترل خدمات ارائه شده
- کنترل دارو و تجهیزات مصرفی
- امکان دسترسی به HIS بیمارستانی به منظور رسیدگی اسناد

۳ - ارائه خدمات در زنجیره تامین خدمات (زنجیره ارجاع دانشگاهی)

اقدامات این مرحله بعد از پذیرش بیمار و تا زمان ترخیص با همکاری نماینده بیمه سلامت قابل اجرا می باشد:

- کنترل درخواست خدماتی که در بیمارستان قابل ارائه نیست
- کنترل نحوه هدایت بیمار برای دریافت خدمات در زنجیره ارجاع
- کنترل نحوه پرداخت هزینه خدمات در زنجیره ارجاع
- کنترل اسناد خدمات در زنجیره ارجاع

قبل از ترخیص (رسیدگی اولیه صرفاً تایید فرانشیز بیمار قبل از پرداخت و ترخیص - لازم به ذکر است که این مرحله با مرحله رسیدگی به اسناد منافاتی نداشته و نافی آن مرحله نمی باشد)

- کارشناس بیمه سلامت می بایست پس از صدور صورتحساب و قبل از پرداخت هر گونه وجهی توسط کلیه بیمه شدگان بیمه پایه مبلغ قابل پرداخت توسط بیمه شده بر اساس فرانشیز 5 و 10 درصد مورد تأیید قرار دهد.
- تأیید اولیه کارشناس بیمه به منظور پرداخت مبلغ سهم بیمه شده (صرفاً 10% و 5%) بوده و نافی ضوابط رسیدگی فنی اسناد مربوطه نمی باشد.

- در صورت محاسبه هر گونه وجهی مازاد در صورتحساب بیمار (5% و 10%) مورد، تأیید نشده و به واحد ترخیص جهت اصلاح صورتحساب عودت داده خواهد شد و واحد مذکور میبایست طبق نظر نماینده بیمه مبادرت به اصلاح صورتحساب نماید.
- در بیمارستانهای فاقد کارشناس بیمه و یا در صورت عدم حضور ایشان در ساعات غیر اداری، بیمارستان می بایست رسید صندوق (هزینه پرداختی بیمار) همراه نشانی و شماره تماس بیمه شده را به منظور تأیید پرداخت سهم بیمه شده (5% و 10%) توسط کارشناس، ضمیمه پرونده بیمار نماید.
- در صورت پرداخت هر گونه وجه مازاد بر میزان تعیین شده مطابق برنامه تحول نظام سلامت توسط بیمار، فرم مربوطه (فرم پرداخت مبالغ مازاد بر صورتحساب) تکمیل و حسب شرایط به دانشگاه و سازمان توسط کارشناس بیمه جهت پیگیری و اقدام مقتضی تحویل می گردد.

۴- رسیدگی به اسناد (رسیدگی مرحله دوم)

- این مرحله بعد از ترخیص بیمار و حداکثر طی مدت 30 روز بعد از تحویل اسناد به اداره کل بیمه و یا نماینده بیمه اجرا خواهد شد و بیمارستان موظف است در طول ماه امکان رسیدگی جهت رسیدگی به اسناد همان ماه از نظر مکان مناسب؛ ارائه اسناد مثبت در خواستی؛ امکانات سخت افزاری و نرم افزاری لازم؛ دسترسی به HIS را برای نماینده فراهم سازد.
- کنترل اسناد بالینی
- کنترل اسناد مثبت الصاقی
- کنترل اسناد مالی
- تهیه و تنظیم فهرست روکش صورتحساب های اسناد خدمات ارائه شده توسط واحد درآمد بیمارستانها
- تنظیم فهرست اصلاحات اسناد و کسورات بر اساس ضوابط برنامه و حسب شرایط سازمان

نکته 1- رسیدگی ستون یارانه ای اسناد سایر سازمان های بیمه گر پایه توسط کارشناسان سازمان صورت می گیرد

تبصره: الزاما دو نسخه صورتحساب برای اسناد سایر سازمان های بیمه گر صادر می شود که یکی از آنها با ضامنه مثبت در اختیار کارشناسان سازمان به جهت رسیدگی فنی ستون یارانه ای قرار می گیرد.

نکته 2 - رسیدگی به ستون یارانه بیمه سلامت بر اساس دستورالعمل تحول و ضوابط سازمان بیمه سلامت صورت می پذیرد.

نکته 3- امکان دسترسی به سیستم HIS بیمارستانی برای رسیدگی به اسناد برای کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران از سوی مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی درمانی الزامیست.

الف - فرآیند رسیدگی در بیمارستان

1- تهیه نسخه دوم روکش اسناد برای سهم یارانه سلامت توسط بیمارستان

تبصره: رونوشت دوم نسخه ی صورتحساب سهم یارانه ی سلامت بانضمام فهرست ریز خدمات و اسناد مثبت (تهیه شده برای اسناد بیمه پایه) تحویل نماینده سازمان بیمه سلامت ایران برای رسیدگی در بیمارستان می گردد.

2- تنظیم و الصاق فهرست ریز خدمات مشمول یارانه سلامت به همراه صورتحساب یارانه سلامت به صورتحساب خدمات بستری و بستری موقت «رونوشت سازمان بیمه گر پایه»

3- فهرست ریز خدمات مشمول یارانه سلامت می بایست به تفکیک هر خدمت، مبلغ، تعداد و تاریخ ارائه آیتم مشمول یارانه سلامت که ممهور به مهر و تأیید بیمارستان گردد. (بدون نیاز به مهر مسئولین فنی و داروخانه یا آزمایشگاه یا پزشک معالج)

5- در مورد اسناد سازمان بیمه سلامت صورتحسابهای تنظیم شده سهم بیمه پایه و یارانه سلامت برای رسیدگی در اختیار کارشناسان رسیدگی کننده قرار گیرد.

6- در مورد سایر سازمانهای بیمه گرسورتحساب (رونوشت سازمان بیمه گر) به همراه صورتحساب تنظیم شده جهت رسیدگی سهم یارانه سلامت و فهرست ریز خدمات مشمول یارانه جهت رسیدگی سهم یارانه سلامت در اختیار کارشناس سازمان بیمه سلامت قرار گیرد. (با رعایت بند 4 فوق)

7- پس از رسیدگی به صورتحساب یارانه سلامت هر بیمه شده لیست های تنظیم شده توسط بیمارستان برای خدمات مشمول یارانه سلامت در پایان هرماه توسط کارشناس رسیدگی کننده کنترل و مورد تأیید قرار گرفته و ممهور و توسط اداره کل بیمه سلامت تحویل بیمارستان گردد.

9- در صورت نقص مدارک الصاقی، پرونده جهت رفع نقص به حسابداری بیمارستان ارجاع می گردد.

ب - فرآیند رسیدگی در اداره کل :

رسیدگی به اسناد برنامه تحول فقط با رعایت شرایط ذیل و برای بیمارستانهایی که تعداد پرونده آنها کم می باشد با تایید معاونت درمان در ادارات کل مجاز می باشد.

ضوابط رسیدگی این اسناد نیز مانند بند الف می باشد.

1- صورتحسابهای تنظیم شده مربوط به بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت (بیمه پایه و یارانه سلامت) برای رسیدگی به اداره کل ارسال می گردد.

2- در مورد سایر سازمانهای بیمه گر، صورتحساب خدمات بستری «نسخه سازمان بیمه گر» به انضمام فهرست ریز خدمات (بیمه پایه و یارانه سلامت) به اداره کل بیمه سلامت ارسال می گردد.

5- رسیدگی حسابداری به صورتحسابهای یارانه سلامت

1) فرم درخواست هزینه یارانه سلامت (فرم پیوست) توسط هر بیمارستان بصورت ماهیانه به تفکیک سازمانهای بیمه گر تکمیل و به همراه صورتحسابهای تنظیم شده به اداره کل بیمه سلامت ارسال گردد.

2) فرم درخواست هزینه یارانه سلامت توسط بیمارستان، مورد تأیید و امضاء قرار می گیرد.

3) برگ درخواست هزینه یارانه سلامت در سه نسخه تنظیم گردد. (نسخه بیمارستان - بایگانی اداره کل - دانشگاه علوم پزشکی)

6 - ارائه گزارش

این مرحله حداکثر ظرف دو هفته پس از رسیدگی مرحله دوم و طی گزارش رسمی اداره کل بیمه سلامت برای تنظیم پرداخت های منابع برنامه به بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه در جداول مشابه ارائه گزارش رسیدگی به اسناد سازمانهای بیمه گر پایه صورت می گیرد.

در صورتی که صورتحساب های تنظیمی توسط بیمارستان به صورت الکترونیک در اختیار کارشناسان رسیدگی به اسناد قرار گیرد، ارائه گزارش بایستی به صورت الکترونیک باشد.

- تنظیم یک لیست مادر توسط اداره کل بیمه سلامت که در آن میزان قطعی قابل پرداخت یارانه سلامت به تفکیک سازمانهای بیمه گر پایه و مرکز بیمارستانی مشخص شده باشد و با امضای مدیرکل بیمه سلامت استان به رئیس دانشگاه اعلام می گردد.

نکات کلی

الف) در صورتی که بیمار فاقد بیمه تکمیلی باشد اسناد مثبت به مربوط به انجام خدمت و سایر اوراق مطابق با دستورالعمل شورا عالی بیمه در صورتحساب یارانه سلامت الصاق و توسط بیمارستان ارسال گردد.

ب) در صورتی که خدمت ارائه شده در تعهد بیمه تکمیلی باشد، صرفاً فهرست ریز خدمات مشمول یارانه سلامت (مازاد برسقف بیمه تکمیلی) به انضمام رونوشت صورتحساب خدمات بستری «رونوشت سازمان بیمه گر» توسط بیمارستان تنظیم شده برای بیمه تکمیلی، به اداره کل ارسال گردد.

الف: اسناد مثبتة

الصاق کلیه اسناد مثبتة بر اساس ضوابط رسیدگی به اسناد سازمانهای بیمه پایه برای خدمات مورد تعهد و نیز مشمول برنامه یارانه به اضافه موارد زیر الزامیست:

اسناد هویتی و کلی شامل:

1. اصل صورتحساب بیمارستان که مخصوص سازمان بیمه گر تهیه شده است با مهر و امضای بیمارستان (منطبق با صورتحساب متحد الشکل ابلاغی وزارت بهداشت)

2. برگه ارجاع: ارائه برگه ارجاع توسط بیمه شده صندوق روستایی سازمان بیمه سلامت ایران هنگام مراجعه جهت دریافت خدمات بستری بجز موارد اورژانس و بستری موقت الزامی است. در صورت عدم ارائه برگه ارجاع؛ فرانشیز پرداختی توسط ایشان معادل 10% و سهم سازمان همان 90% خواهد بود.

تبصره 1: تا تکمیل فرایند ارجاع داخل استانی و خارج استانی (که متعاقبا اعلام خواهد شد) درج مهر پزشک خانواده یا پزشک مستقر در درمانگاه های معین دفترچه بیمه بیمار به عنوان برگه ارجاع قابل قبول است.

تبصره 2: تایید رعایت نظام ارجاع برای بیماران استان های مجری برنامه پزشک خانواده با ارائه فرم ارجاع تکمیل شده توسط پزشک خانواده صورت می گیرد.

کپی کارت بیمه تکمیلی و یا اسناد تایید کننده بیمه تکمیلی

فرم تکمیل شده خود اظهاری بیمار/ همراه بیمار (در صورت پرداخت هرگونه وجه مازاد بر میزان تعیین شده مطابق برنامه تحول نظام سلامت توسط بیمه شده)

اسناد خدمات تشخیص درمانی ارائه شده شامل:

1. اسناد ارائه خدمات در خارج از بیمارستان در زنجیره ارجاع (اعزام) مانند خدمات ارائه شده در بیمارستان الزامی است.

(برگه اعزام از بیمارستان مبداء و اسناد مثبتة خدمت ارائه شده در بیمارستان مقصد)

2. الصاق اسناد بسته خدمات خارج از بیمه پایه نیز مانند خدمات تحت پوشش الزامی است.

3. الصاق اسناد و درج قیمت خدمات، داروها و ملزومات مصرفی بیمار حتی برای مواردی که خارج از بسته بیمه پایه

بوده ولی تحت پوشش برنامه می باشد، در پرونده طبق اعلام رسمی سازمان غذا و دارو الزامی است. (درمورد خدمات،

دارو و ملزومات مصرفی که هیات دولت و یا سازمان غذا و دارو قیمتی اعلام نموده است، قیمت اعلامی از سوی

هیات امنای دانشگاه که قبلا و بصورت کتبی به اداره کل اعلام شده است، ملاک عمل می باشد.)

4. تایید کمیته فنی بیمارستان مبنی بر داشتن اولویت ارائه برای خدمات گران قیمت خارج از بسته بیمه پایه
5. با توجه به این که مابه التفاوت دارو و لوازم مصرفی برای خدمات گلوبال در برنامه قابل محاسبه و پرداخت می باشد، اسناد این اقلام بایستی پیوست صورتحساب باشد.
6. در صورت ارائه خدمات خارج از بسته بدون حمایت برنامه تحول مانند تعویض مفصل به علت محدودیت سقف، برگه موافقت بیمار برای محاسبه هزینه آزاد بایستی الصاق گردد.

7. ب: رسیدگی به اسناد

1. کلیه ضوابط سازمانهای بیمه گر پایه (بیمه سلامت، کمیته امداد، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح) و تکمیلی مربوط به ارائه خدمات در این برنامه ساری و جاری می باشد مگر مواردی که در ذیل به آن اشاره خواهد شد.
2. هزینه تخت روز در این برنامه مطابق با تعرفه مصوب هیات دولت در بخش دولتی و بر اساس ارزیابی سالانه بیمارستانها قابل پرداخت می باشد.
3. مابه التقات قیمت دو تخته و سه تخته در برنامه قابل پرداخت می باشد.
4. هزینه اقامت در اتاق یک تخته و هزینه اقامت در VIP مشمول برنامه نمی باشند.
تبصره: هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق یک تختی و بر اساس درجه ارزشیابی بیمارستان در بخش دولتی قابل محاسبه و دریافت از سهم بیمه پایه می باشد.
5. هزینه همراه زیر 12 سال مشمول حمایت برنامه می باشد. هزینه همراه برای بیماران بالای 12 سال مطابق با تعرفه مصوب و ابلاغی هیات محترم دولت در سال 93 محاسبه و از بیمار دریافت می گردد.
تبصره: هزینه همراه در صورتی قابل محاسبه می باشد که بیمارستان همه امکانات مورد نیاز همراه بیمار شامل: 3 وعده غذا، مبل تختخواب شو را در اختیار همراه بیمار قرار دهد. (اطلاعیه شماره 5 و 11 دبیرخانه ستاد تحول نظام سلامت) در غیراینصورت میزان هزینه همراه متناسب با خدمات ارائه شده به همراه می باشد.
6. هزینه پک های جراحی (اتاق عمل، اورژانس) جزء هتلینگ و 50 درصد اتاق عمل بوده و مشمول یارانه نمی باشد و گرفتن هزینه این پکها از بیمار نیز ممنوع می باشد.
7. هزینه کاورتخت، روبالشتی، تشکیل پرونده، کپی پرونده، پرینت پرونده و اقلامی از این دست جزء هتلینگ بوده و گرفتن هزینه از بیمار و یا یارانه ممنوع می باشد.
8. کیف بهداشتی بیمار شامل اقلام (یک دست لباس، ترمومتر، دستمال کاغذی، شامپو و خمیر دندان یکبار مصرف، لیوان بلور، دمپایی با جنس مرغوب و ...) تا سقف مبلغ 300000 ریال برای یک بار در طول بستری بیش از 24 ساعت مشمول حمایت برنامه می باشد. (اطلاعیه شماره 5 دبیرخانه ستاد تحول نظام سلامت)

- تبصره 1: ارقام کیف بهداشتی با رعایت سقف هزینه با توجه به نوع بخش و سن و جنس بیمار قابل تغییر و جایگزینی می باشد.
- تبصره 2: 50 درصد هزینه کیف بهداشتی بیمار جزء هتلینگ بوده و 40 درصد تحت پوشش برنامه و 10 درصد از بیمار کسب می گردد.
9. اقلامی که هزینه آنها در 6% خدمات پرستاری (هتلینگ) لحاظ شده است (مصوبه جلسه چهل و نهم شورای عالی بیمه) بطور جداگانه مشمول حمایت برنامه نمی باشد و نیز نباید از بیماردر یافت گردد.
10. حق الزحمه پزشک جراح - داخلی براساس کتاب ارزش های نسبی و قوانین و مقررات جاری سازمانهای بیمه گر پایه (بیمه اصلی) قابل پرداخت می باشد.
11. هزینه اعمالی که مشمول برنامه بوده و دارای کد تعریف شده در کتاب کالیفرنیا نمی باشند بر اساس تعرفه مصوب شورای عالی بیمه و یا هیات امنای دانشگاه قابل پرداخت خواهند بود.
12. مابه التفاوت هزینه های سزارین در صورت داشتن اندیکاسیون مطابق دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده مشمول برنامه خواهد بود.
13. خدمات گران قیمت خارج از بسته بیمه پایه مانند تعویض مفصل با توجه به لزوم رعایت سقف تعداد ارائه آنها مانند سال قبل، در صورتی که مورد تایید کمیته پزشکی بیمارستان شامل رئیس بیمارستان، مدیر گروه و 3 نفر از متخصصین مرتبط در بیمارستان بوده، با توجه به اعتبار بیمارستان قابل پرداخت خواهد بود.
14. مابه التفاوت جراحی های ناشی از ضرب و جرح و یا خودکشی در صورتی که تحت پوشش بیمه پایه باشد، قابل پرداخت خواهد بود.
15. تمام جراحی های خارج از تعهد بیمه پایه به جز جراحی های زیبایی در صورت داشتن اندیکاسیون و با تایید کمیته پزشکی بیمارستان با تعرفه دولتی یا تعرفه مصوب هیات امنای دانشگاه قابل پرداخت از طریق برنامه و مطابق با شرایط بند 14 خواهد بود.
16. تعداد ویزیت و مشاوره خارج از ضوابط سازمان های بیمه ای مشمول برنامه نبوده و از بیمار نیز قابل دریافت نمی باشد.
17. لوازمی مانند کمر بند طبی و ... در صورتی که در زمان بستری بیمار مورد نیاز بوده، قابل پرداخت از طریق برنامه خواهد بود و در غیر اینصورت تحت پوشش برنامه نمی باشد.
18. هزینه خدمات تصویربرداری پرهزینه مانند (گامانایف، پت اسکن، MRI و...) با تایید اندیکاسیون توسط کمیته فنی پزشکی بیمارستان و مطابق با شرایط بند 14 قابل پرداخت و مشمول برنامه می باشد.

19. خدمات کار درمانی، گفتار درمانی و مابه التفاوت هزینه خدمات روان درمانی، شنوایی سنجی و فیزیوتراپی که در تعهد سازمان بیمه گر نمی باشد، در صورتی که برای بیمار در زمان بستری مورد نیاز تشخیص داده شود مشمول برنامه بوده و با تعرفه دولتی قابل پرداخت است.
20. در اعمال گلوبال فقط مابه التفاوت دارو و لوازم مصرفی قابل پرداخت از طریق برنامه بوده و بقیه موارد مانند: هتلینگ، حق الزحمه جراح و ... قابل پرداخت نخواهد بود.
21. مابه التفاوت دارو لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی عمل پیوند کلیه مشمول برنامه و قابل پرداخت خواهد بود.
22. هزینه کیف بهداشتی برای بیماران تحت پوشش سایر بیمه های غیر از 4 بیمه اصلی (نیروهای مسلح، کمیته امداد، خدمات درمانی و تامین اجتماعی) حداکثر تا 300,000 ریال قابل محاسبه و دریافت خواهد بود. 50 درصد از محل هتلینگ و 50 درصد از بیمه شده و یا بیمه مورد نظر دریافت می گردد.
23. مابه التفاوت خدمات مورد تعهد 4 بیمه اصلی برای بیماران سوختگی، مسمومین، روانی و سرطان طبق شرایط مندرج در دستورالعمل برنامه حمایت از بیماران صعب العلاج، مشمول حمایت این برنامه و پرداخت 10 درصدی در خدمات بستری ایشان می باشد.
24. مابه التفاوت خدمات اورژانس (بستری موقت) در صورت تشکیل پرونده، مشمول برنامه بوده و بیماران فقط 10 یا 5 درصد از هزینه را پرداخت خواهند نمود.
25. 90 درصد هزینه های نقل و انتقال بیماران (آمبولانس) در صورت نیاز به ارجاع در داخل زنجیره برای دریافت خدمت، به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می باشد.
26. مسئولیت تأمین هزینه خدمات ارائه شده به بیمار با بیمارستان ارجاع دهنده می باشد. لذا ضروری است گزارش خدمات ارائه شده در صورت حساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.
27. در صورتی که بیمار در بیمارستان مبداء شروع به درمان کرده و برای ادامه درمان به دلیل عدم ارائه خدمت مورد نیاز به بیمارستان دیگر اعزام می شود و به بیمارستان مبداء برنمی گردد می بایست از بیمارستان مبداء ترخیص و در بیمارستان مقصد پذیرش مجدد گردد که در این حالت مشمول فرایند زنجیره ارجاع نبوده و بیمارستان مبداء و مقصد هر کدام هزینه خدمت ارائه شده را مطابق با ضوابط بیمه ای و یارانه ای دریافت می نمایند. لازم به ذکر است که هزینه امبولانس با بیمارستان مبداء بوده که 90 درصد آن توسط بیمارستان و 10 درصد از بیمار (براساس تعرفه دولتی) دریافت می گردد.
28. در صورتی که بیمارستان با مراکز غیردولتی یا خصوصی و با تعرفه توافقی یا خصوصی برای انجام خدمات غیرقابل ارائه عقد قرارداد نموده است، از بیمار فقط 10 درصد تعرفه دولتی دریافت می گردد. مابه التفاوت تعرفه دولتی با خصوصی یا توافقی از محل یارانه قابل پرداخت می باشد.

29. رونوشت قرارداد بیمارستان ها با مراکز ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک بخش خصوصی و دولتی خارج از

بیمارستان (در قالب ارجاع دانشگاهی یا بخش خصوصی) به اداره کل بیمه سلامت استان ارسال گردد.

ج: موارد خارج از پوشش برنامه:

1. جراحی های زیبایی

2. حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی (بند ب ماده 37 قانون برنامه پنجم توسعه)

3. حوادث کار (بند 4 اطلاعیه شماره 11 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)

4. مابه التفاوت هزینه اقامت VIP و اتاق یک نفره (اتاق ایزوله مطابق با ضوابط اعلامی خواهد بود)

5. همراه بالای 12 سال (بند 5 اطلاعیه شماره 5 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)

6. مبلغ مزاد در مواردی که خدمت دارای تعرفه مصوب هیات وزیران یا شورای عالی بیمه می باشد در ستون یارانه

سلامت غیر قابل پرداخت بوده و نمی بایست از بیماران به عنوان فرانشیز دریافت گردد.

7. سزارین بدون اندیکاسیون (بند 7 اطلاعیه شماره 5 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)

8. خدمات سرپایی

9. ویزیت و سایر اقدامات تشخیصی درمانی سرپایی که در درمانگاه اورژانس و بدون تحت نظر قراردادن بیمار ارائه می

شود، مشمول حمایت این برنامه نمی باشد.

10. کلیه خدمات گران قیمت خارج از بسته بیمه پایه فقط تا میزان عملکرد مطابق سال گذشته مورد تعهد برنامه بوده و

بیشتر از میزان سال گذشته در تعهد برنامه قرار ندارد. اطلاع رسانی مراکز درمانی در مورد اتمام سقف اعتباری به بیمه

شدگان و هدایت ایشان به مراکز درمانی دیگر که دارای اعتبار لازم می باشد جهت دریافت خدمت مورد نظر الزامی

است.

تبصره: فهرست اعلامی و سقف اعتباری براساس اعلام ستاد اجرایی دانشگاه به ادارات کل می باشد.

11. توبکتومی و وازکتومی مشمول برنامه نمی باشد.

12. کسوراتی که براساس دستورالعمل‌های مصوب شورایعالی بیمه و یا به علت نقص مدارک، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می‌گردد، مشمول حمایت این برنامه نمی‌باشد.
13. حق فنی داروخانه درتعهد برنامه نبوده و از بیمار نیز قابل دریافت نمی‌باشد.
14. حق پذیرش و نمونه گیری آزمایشگاه بیش از موارد مورد تعهد بیمه پایه در تعهد برنامه نبوده و از بیمار نیز قابل دریافت نمی‌باشد.
15. هزینه انتقال بیماران با آمبولانس خارج از زنجیره ارجاع دانشگاه (بند 4 اطلاعیه شماره 5 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)
16. بسته لوازم مصرفی اتاق عمل (پک، لباس یا مشابه) در اتاق عمل، زایمان، آنژیوگرافی، ERCP، MRI و ... (بند 9 اطلاعیه شماره 5 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)
17. هزینه تشکیل پرونده و کپی مدارک (بند 10 اطلاعیه شماره 5 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)
18. -هزینه لوازم خارج از اقلام کیف بهداشتی (بند 3 اطلاعیه شماره 7 ستاد تحول نظام سلامت- پیوست)
19. محاسبه مابه التفاوت در اعمال جراحی گلوبال به جز مابه التفاوت هزینه دارو و لوازم پزشکی (بند 7 اطلاعیه شماره 7 ستاد تحول نظام سلامت - پیوست)

د: حسابداری اسناد:

1. اسناد به چند دسته تقسیم می‌شوند:

- اسنادی که مشمول بیمه پایه می‌باشند:

برای محاسبه این گونه اسناد در صورتی که سهم بیمار برای خدمتی بیشتر از 10 درصد هزینه خدمات باشد، مابه التفاوت سهم بیمه پایه از قیمت کل در ستون سهم یارانه قرار می‌گیرد.

برای مثال در جدول زیر قیمت محلول آمبولیزاسیون 16/000/000 ریال، مبلغ قابل قبول بیمه پایه 12/000/000 ریال می‌باشد. سهم بیمه پایه 10/800/000 ریال می‌باشد و سهم بیمار طبق ضوابط بیمه پایه برابر است با مابه التفاوت قیمت واقعی و قیمت قابل قبول بیمه پایه بعلاوه فرانشیز قابل قبول بیمه پایه به عبارتی (1/200/000 + 4/000/000 ریال) که جمع این مبالغ (5/200/000 ریال) از 10 درصد کل هزینه خدمت (1/600/000 ریال) بالاتر می‌باشد که براساس برنامه، 90 درصد مابه التفاوت این مبالغ (3/600/000 ریال) در ستون سهم یارانه قرار می‌گیرد،

در صورتی که بیمار خدمتی را دریافت کند که مشمول بیمه پایه نبوده اما درشمول برنامه قرار می‌گیرد، 90 درصد هزینه خدمت، بر اساس تعرفه مصوب هیات امناء وزارت بهداشت و یا دانشگاه؛ در ستون یارانه و 10 درصد آن سهم بیمار می‌باشد که فرمول بالا در این مورد نیز صدق می‌کند یعنی سهم پرداختی بیمار از 10 درصد کل هزینه خدمت بالاتر می‌باشد. مانند هزینه همراه زیر 12 سال

لازم به ذکر است در صورتی که بیمه شده خدمتی را که مشمول بیمه پایه و یارانه نباشد دریافت کند 100 درصد هزینه از بیمه شده دریافت می شود. مانند هزینه همراه بالای 12 سال که 100 درصد هزینه آن از بیمار دریافت می گردد.

کلیه خدمات به همین ترتیب محاسبه می گردند.

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهام بیمه پایه	سهام بیمه مکمل	سهام یارانه	خارج شمول	از سهم بیمار
محلول آمبولیزاسیون	۱۶۰۰۰۰۰۰	۱۰/۸۰۰/۰۰۰	۰	۳۶۰۰۰۰۰	۰	۱۶۰۰۰۰۰
همراه زیر ۱۲ سال	۳۸۰۰۰	۰	۰	۳۴۲۰۰	۰	۳۸۰۰
همراه بالای ۱۲ سال	۳۸۰۰۰	۰	۰	۰	۳۸۰۰۰	۳۸۰۰۰
جمع	۱۶/۰۷۶/۰۰۰	۱۰/۸۰۰/۰۰۰		۳/۶۳۴/۲۰۰	۳۸۰۰۰	۱/۶۴۱/۸۰۰

- اسنادی که مشمول بیمه پایه و تکمیلی می باشند:

این اسناد خود بر 2 نوع می باشند:

- بیمارستان با بیمه تکمیلی قرارداد دارد

برای محاسبه صورتحساب این اسناد از آنجا که بیمارستان طرف قرارداد با بیمه تکمیلی می باشد و از تعهدات بیمه تکمیلی آگاه می باشد به صورت زیر عمل می کند: بسته به نوع تعهد بیمه تکمیلی با بیمار محاسبه می گردد. ممکن است بیمه مکمل، مابه التفاوت خدمات و خدمات خارج از پوشش بیمه پایه را به کل پوشش دهد. با توجه به قرارداد بیمه مکمل در صورتی که خدمتی تحت پوشش بیمه مکمل نباشد 90 درصد در ستون سهم یارانه و 10 درصد در ستون سهم بیمار محاسبه می گردد. (مانند همراه زیر 12 سال یا هزینه آمبولانس)

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهام بیمه پایه	سهام بیمه مکمل	سهام یارانه	خارج شمول	از سهم بیمار
انژیو گرافی	۵۰۰۰۰۰	۳۶۰۰۰۰	۱۴۰۰۰۰			۰
هزینه آمبولانس	۴۰۰۰۰	۰		۳۶۰۰۰		۴۰۰۰
همراه بالای ۱۲ سال	۳۸۰۰۰	۰	۰	۰	۳۸۰۰۰	۳۸۰۰۰
جمع	۵۷۸۰۰۰	۳۶۰۰۰۰	۱۴۰۰۰۰	۳۶۰۰۰	۳۸۰۰۰	۴۲۰۰۰

- بیمارستان با بیمه تکمیلی قرارداد ندارد

در صورتی که بیمار دارای بیمه تکمیلی بوده ولی بیمارستان با بیمه تکمیلی بیمار طرف قرارداد نباشد به شرح ذیل برای بیمار محاسبه و به بیمار صورتحساب داده می شود تا به صورت هزینه متفرقه از بیمه تکمیلی هزینه خود را دریافت نماید.

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهیم بیمه پایه	سهیم بیمه مکمل	سهیم یارانه	خارج شمول	از سهم بیمار
انژیو گرافی	500000	360000				140000
هزینه آمبولانس	40000	0				40000
همراه بالای 12 سال	۳۸۰۰۰	۰	0	0	38000	38000
جمع	۵۷۸۰۰۰	۳۶۰۰۰۰			38000	218000

- اسنادی که بیمه تکمیلی و پایه ادغام می باشد؛

این گونه اسناد شامل اسناد بیمه نیروهای مسلح می باشد که مشمول این برنامه بوده و بیمه پایه و تکمیلی یکی می باشد بنابراین اسناد این گونه بیماران به شرح ذیل محاسبه می گردد. بنابراین در صورتی که بیمه شده نیروهای مسلح خدمتی را دریافت کند که دارای مابه التفاوت باشد 90 درصد از محل یارانه و 10 درصد از بیمه شده و در صورتی که مشمول بیمه پایه و مکمل نیروهای مسلح و یارانه نباشد 100 درصد از بیمار دریافت می گردد.

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهیم بیمه پایه	سهیم بیمه مکمل	سهیم یارانه	خارج شمول	از سهم بیمار
انژیو گرافی	500000	400000		90000		10000
هزینه آمبولانس	40000	40000				
همراه بالای 12 سال	۳۸۰۰۰				۳۸۰۰۰	38000
کیف بهداشتی	۳۰۰۰۰	۰		12000		3000
جمع	۶۰۸۰۰۰	۴۷۸۰۰۰		102000		51000

- اسناد بیماران مراجعه کننده در نظام ارجاع

این بیماران در صورتی که با داشتن فرم ارجاع به بیمارستان مراجعه نمایند (موارد اورژانس و بستری موقت نیاز به فرم ارجاع ندارند):

1- برای کلیه خدماتی که مشمول یارانه سلامت می شود فقط 5 درصد پرداخت خواهد نمود. یعنی به جای این که سهم 90 درصدی در ستون سهم یارانه قرار گیرد سهم 95 درصدی در ستون سهم یارانه قرار می گیرد که 90 درصد از محل یارانه و توسط وزارت بهداشت پرداخت خواهد گردید و 5 درصد باقیمانده برای بیمه شدگان صندوق روستاییان سازمان از محل 1 درصد ارزش افزوده در اختیار سازمان بیمه سلامت و برای بیماران شهری بالای بیست هزار نفر در استان های مجری از محل اعتبارات برنامه نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت پرداخت می گردد.

2- برای کلیه خدماتی که مشمول بیمه پایه می شود فقط 5 درصد پرداخت خواهد نمود. یعنی به جای این که سهم 90 درصدی در ستون سهم بیمه پایه قرار گیرد سهم 95 درصدی در این ستون قرار می گیرد که 5 درصد باقیمانده برای بیمه شدگان صندوق روستاییان سازمان از محل 1 درصد ارزش افزوده در اختیار سازمان بیمه سلامت و برای بیماران شهری بالای بیست هزار نفر در استان های مجری از محل اعتبارات برنامه نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت پرداخت می گردد.

نکته 1: اسناد بیماران بستری موقت (تحت نظر) مشمول بیماران ارجاعی بوده و بدون نیاز به ارائه برگه ارجاع فرانشیز 5 درصد پرداخت خواهند نمود برای محاسبه این اسناد با توجه به این که سازمان بیمه پایه فقط 70 درصد خدمات این گونه اسناد را پرداخت می نماید 70 درصد هزینه خدمت در ستون سهم بیمه پایه، 25 درصد در ستون سهم یارانه و 5 درصد از هزینه خدمت در ستون سهم بیمه شده یا بیمار وارد می شود. در صورتی که خدمتی وجود داشته باشد که قیمت آن با قیمت مورد توافق بیمه پایه متفاوت باشد 90 درصد مابه التفاوت را نیز یارانه پرداخت خواهد کرد. مانند مثال زیر: برای داروی a که قیمت 5000 تومانی دارد بیمه قیمت 4000 تومان را قبول دارد در نتیجه بیمه فقط 70 درصد 4000 (2800) را پرداخت می کند و یارانه 20 درصد 4000 تومان و 90 درصد مابه التفاوت 1000 تومان یعنی 1700 را پرداخت و بقیه از بیمار دریافت می گردد.

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهم بیمه پایه	سهم بیمه مکمل	سهم یارانه	خرج شمول	از سهم بیمار
ویزیت	10000	7000		2000		1000
بخیه	6000	4200		1200		600
داروی a	5000	2800		1700		500
جمع	22000	14000		4900		2100

نکته 2: برای خدماتی که به صورت گلوبال ارائه می شود فقط مابه التفاوت دارو و لوازم مصرفی مشمول یارانه می باشد.

2- هرگونه دریافت مازاد بر تعرفه دولتی مصوب هیأت وزیران یا هیات امنای (در مورد خدمات فاقد تعرفه)، مشمول حمایت این برنامه نیست و بیمارستان مجاز به دریافت این مبالغ از بیمار نیز نمی باشد.

3- روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر 20 هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت ایران) و سایر افرادی در استانهای مجری برنامه پزشکی خانواده که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان های مشمول برنامه مراجعه می کنند، 5 درصد از هزینه خدمات را پرداخت می کنند (به جزء بیمار اورژانس و یا بستری موقت).

4- در این برنامه تنها تعرفه دولتی خدمات مصوبه هیات محترم دولت ملاک عمل خواهد بود. حتی در بیمارستان های غیردولتی در شهرستان های فاقد بیمارستان دولتی نیز ارائه خدمت می بایست با تعرفه دولتی انجام پذیرد.

تبصره: در صورتی که خدمات فوق الذکر دارای تعرفه مصوب نباشند، قیمت اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات وزیران) ملاک عمل خواهد بود.

5- ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم مورد تعهد سازمانهای بیمه گر می باشد (بر اساس مصوبه 49 شورای عالی بیمه).

6- خدماتی که مشمول 2 کا هیات علمی می شوند درصدی که قبلاً مشمول تخفیف دانشگاه به بیمار بوده است طبق روال قبل بوده و قابل پرداخت از محل یارانه نمی باشد.

7- برای محاسبه خدماتی که با تعرفه توافقی یا خصوصی در زنجیره ارجاع برای بیمار خریداری و ارائه می گردد، در صورت حساب بیمار همان تعرفه دولتی درج گردیده و 10 درصد یا 5 درصد (برای بیماران دارای فرم ارجاع) تعرفه دولتی از بیمار اخذ می گردد. ولی در صورت حساب سازمان بیمه همان تعرفه خریداری شده درج گردیده و مابه التفاوت قیمت در محل ستون یارانه ثبت و دریافت می گردد. برای مثال قیمت آنژیوگرافی خریداری شده از خارج از بیمارستان که به صورت توافقی بوده است 600 هزار تومان بوده و قیمت دولتی آن 500 هزار می باشد. قیمت مورد قبول بیمه نیز 400 هزار می باشد در این حالت یارانه 90 درصد 100 هزار تومان که مابه التفاوت بیمه پایه و قیمت واقعی است به اضافه 100 هزار تومان تفاوت دولتی و توافقی را پرداخت خواهد کرد. بنابراین مابه التفاوت قیمت دولتی و خصوصی یا توافقی 100 درصد از محل یارانه پرداخت خواهد گردید.

نوع خدمات	قیمت خدمت	سهم بیمه پایه	سهم بیمه مکمل	سهم یارانه	خارج شمول	از سهم بیمار
انژیوگرافی	600000	360000		190000		50000
جمع	600000	360000		190000		50000

2. در صورتی که خدمتی مشمول 2 کا هیات علمی باشد و خارج از تعهد بیمه پایه باشد 2 کا برای خدمت محاسبه و از محل یارانه پرداخت خواهد گردید. در این حالت نیز تخفیف دانشگاه به بیمار برقرار خواهد بود.

3. فاقدین بیمه: در صورتی که بیمار بستری فاقد بیمه پایه باشد طبق فرایند بیمه نمودن افراد فاقد بیمه (سایت سازمان بیمه سلامت ایران) و نیز تفاهم نامه بیمه سلامت ایران و وزارت بهداشت، همراه بیمار جهت انجام اقدامات بیمه نمودن راهنمایی و کمک می شود و انجام محاسبات خدمات دریافت شده نیز مطابق با فرد دارای بیمه پایه انجام می پذیرد. (بیمارستان می بایست امکانات لازم جهت ثبت نام در سامانه ی امید سازمان بیمه سلامت ایران را فراهم نماید)

4. در صورتی که بیمار بستری موقت فاقد بیمه پایه باشد و بیمار زیر 6 ساعت ترخیص گردد به بیمار پیشنهاد می گردد که فرایند بیمه نمودن را طی نماید. در صورتیکه بیمار نتواند خود را بیمه نماید و یا در صورت عدم تمایل بیمار به بیمه نمودن محاسبه صورت حساب بیمار به صورت آزاد انجام می پذیرد.

برنامه دوم: برنامه ترویج زایمان طبیعی و زایمان بدون درد

برنامه ترویج زایمان طبیعی شامل دو بخش ذیل می باشد:

1- تشویق پزشک و مامای انجام دهنده زایمان

2- تخفیف فرانشیز بیمار

الف: اسناد مثبتة (اسناد مثبتة به معنی اسنادی که نشان دهنده ارائه خدمت به بیمار می باشند)

اسناد مثبتة مورد نیاز برای بخش تشویق پزشک و ماما:

- برگه گزارش زایمان توسط متخصص یا ماما تکمیل مهر و امضا شده باشد.

- در صورت انجام زایمان با بی دردی موضعی:

ü درخواست پزشک متخصص زنان برای انجام زایمان بی درد با بی حسی موضعی با مهر و امضای پزشک مسئول مادر موجود باشد.

ü گزارش انجام کار توسط متخصص بیهوشی مهر و امضا شده باشد.

اسناد مثبتة برای بخش تخفیف فرانشیز بیمار:

کلیه اسناد مورد نیاز، مطابق با دستورالعمل سازمانهای بیمه بوده و مطابق با آن ارزیابی می شود.

نکته قابل توجه اینکه تخفیف فرانشیز هم شامل 10 درصد سهم بیمار از بیمه پایه و 100 درصد مابه التفاوت خدمات خارج از پوشش بیمه پایه به بجز موارد ذکر شده در دستورالعمل که خارج از شمول برنامه می باشد.

ب: رسیدگی به اسناد

- خدمات تحت پوشش بیمه تکمیلی مشمول برنامه ترویج زایمان نمی باشد ولی مابه التفاوت پوشش زایمان بیمه تکمیلی تحت پوشش این برنامه می باشد.

ج: موارد خارج از پوشش برنامه

- زایمان های اتباع خارجی رایگان محسوب نمی شود
- پوشک بچه
- هزینه همراه
- پرداختی تشویقی مشمول انتونوکس نمی شود.

د: حسابداری اسناد

- باز پرداخت به پزشک و مامای شاغل در بیمارستان و قراردادی مطابق با رعایت شرایط اشاره شده در دستورالعمل برنامه تحول می باشد.
- با توجه به اینکه زایمان جز اعمال گلوبال می باشد و مطابق با دستورالعمل برنامه کاهش پرداختی بیمار برای اعمال گلوبال فقط مابه التفاوت دارو و تجهیزات مصرفی قابل محاسبه از محل بارانه می باشد لذا تخفیف پرداختی زائو شامل 10 درصد سهم بیمه پایه به اضافه 100 درصد مابه التفاوت دارو و لوازم مصرفی عمل زایمان و خدماتی که خارج از گلوبال بوده و مطابق با دستورالعمل برنامه کاهش پرداختی بیمار و ترویج زایمان مشمول برنامه می باشد.

برنامه سوم: برنامه ارتقای کیفیت ویزیت در بیمارستانهای تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

الف : اسناد مثبتة

1. گزارش HIS بیمارستان مبتنی بر عملکرد هریک از پزشکان مشمول طرح
2. برگه های نسخ ویزیت برای بیماران تحت پوشش بیمه ممههور به مهر و امضا و دستخط پزشک مشمول طرح (پیوست گزارش HIS عملکرد هریک از پزشکان مشمول طرح)
3. برگه های پرینت پذیرش درمانگاه برای بیماران آزاد ممههور به مهر و امضا و دستخط پزشک مشمول طرح (پیوست گزارش HIS عملکرد هریک از پزشکان مشمول طرح)

ب: رسیدگی به اسناد

1. شمارش دقیق تعداد ویزیت در هر ساعت برای پزشک مشمول طرح ضروری است.
2. اسناد (برگه) ویزیتی که به طور مستقیم، توسط پزشک مشمول طرح (مطابق با دستورالعمل برنامه تحول) در داخل فضای فیزیکی کلینیک سرپایی با رعایت استانداردهای کیفیت ویزیت (مطابق با دستورالعمل برنامه تحول شامل زمان ویزیت حداکثر 8 بیمار در ساعت برای تمام پزشکان و 6 بیمار در ساعت برای متخصصین و فوق تخصصین روانپزشکی) ارائه شود مشمول پرداخت ما به التفاوت خواهد شد.
3. ویزیت کلینیک های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک های درون بیمارستان و خارج از بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرط دارا بودن رابطه مشخص با دانشگاه و نصب تابلوی کلینیک دانشگاه در نوبت های صبح و عصر با رعایت شروط فوق مشمول برنامه خواهد بود.
4. رعایت استانداردهای ویزیت از جمله ثبت دقیق شرح حال و معاینه فیزیکی، یافته های پاراکلینیکی، برنامه درمان و داروهای تجویزی توسط بیمارستان ضروری است.
5. حق الزحمه ویزیت بیمار توسط پزشک مشمول طرح و با رعایت استانداردهای کیفیت ویزیت، در کلینیک صبح و عصر یکسان است.
6. پزشکان مشمول دریافت مابه التفاوت، تمام اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و پزشکان درمانی تمام وقت جغرافیایی در نوبت های صبح و عصر و اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی، منحصر در شیفت عصر می باشند. این پزشکان ملزم به رعایت استانداردهای ویزیت خواهند بود.

7. حضور فراگیران جهت آموزش با رعایت استانداردهای آموزشی و اخلاق حرفه ای بلامانع است.
8. ویزیت بیمار توسط دستیاران بدون حضور هم زمان پزشک عضو هیات علمی مشمول دریافت مابه التفاوت نخواهد شد.
9. هیچ گروهی از فراگیران (دستیار تخصصی، فلوشیپ، دستیار فوق تخصصی و...) مشمول دریافت مابه التفاوت ویزیت نمی شوند.
10. حق الزحمه دستیاران فلوشیپ و فوق تخصص براساس روند متداول (تعرفه مصوب) محاسبه و قابل پرداخت می باشد.
11. در مورد پزشکان تمام وقت شاغل در اورژانس فقط در صورتی که درمانگاه اورژانس کاملاً مجزا از فضای اورژانس بوده و پزشک درمانگاه همزمان مسئولیت تحت نظر اورژانس را نداشته باشد و استاندارد حداکثر هشت ویزیت در ساعت را رعایت نماید، مشمول دریافت مابه التفاوت خواهد بود. بدیهی است کنترل توسط بیمارستان صورت می گیرد.
12. در خصوص بیماران آزاد (بدون بیمه)، تعرفه دولتی مصوب هیات وزیران ملاک بوده و اخذ هرگونه مبلغ مازاد ممنوع است. ولی پرداخت مابه التفاوت ویزیت از قیمت تمام شده به پزشک مشمول توسط ستاد تحول سلامت انجام می شود.

ج: موارد خارج از پوشش برنامه

ویزیت هایی که هر یک از چهار شرط اصلی برنامه (مورد اشاره در بخش قبل) نداشته باشد، مشمول برنامه نخواهد بود. بنابراین برگ های بیمه ای که خارج از کلینیک ویژه جدا می شود، مشمول طرح نمی باشد.

د: حسابداری اسناد

1. مابه التفاوت پرداختی از سوی ستاد به ازای هرویزیت برای پزشکان آموزشی و درمانی یکسان بوده و به شرح جدول ذیل است:

پزشک عمومی	25000 ریال
پزشک متخصص	94000 ریال
پزشک متخصص روانپزشکی	123000 ریال
پزشک فلوشیپ و فوق تخصص	159000 ریال
پزشک تخصص روانپزشکی	188000 ریال

2. لازم است سهم یارانه سلامت در رسید پرداخت بیماران درج گردد و قبض رسید ویزیت سرپایی شامل این اجزا باشد:
سهم یارانه سلامت- سهم سازمان بیمه گر- سهم بیمار
3. فرانشیز اخذ شده از بیمار صرفاً مربوط به تعرفه مصوب سال 93 حق ویزیت مصوب هیات وزیران است و بابت مابه التفاوت قیمت تمام شده ویزیت پرداختی از سوی ستاد هیچگونه مبلغی از بیمار دریافت نخواهد شد و از بیماران آزاد صرفاً تعرفه مصوب هیات وزیران اخذ می شود و بابت بیماران آزاد مانند بیماران بیمه شده از سوی ستاد مابه التفاوت قیمت تمام شده به بیمارستان ها پرداخت می گردد.

برنامه چهارم: برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پرداخت برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستانها با توجه به فرصت ارتقاء کیفیت تا شهریور ماه 93، از شهریور قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

الف: اسناد مثبتة

گواهی تایید ارتقاء کیفیت بخش توسط ناظر وزارت بهداشت

ب: رسیدگی به اسناد

درجه هتلینگ به تفکیک بخش های بستری مندرج در پرونده می بایست از نقطه نظر دریافت مابه التفاوت ارتقای هتلینگ با آخرین رتبه بندی وارد شده در HIS بیمارستان مطابقت داده شود.

ج: موارد خارج از پوشش برنامه

1. بخش های یک و دو ستاره مشمول دریافت مابه التفاوت برنامه نخواهد شد.
2. بخش های بیش از سه ستاره (چهار و پنج ستاره) فعلا در این مرحله مشمول دریافت مابه التفاوت ارتقای هتلینگ نخواهند شد.

د: حسابداری اسناد

مابه التفاوت هتلینگ براساس رتبه بندی کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان به تفکیک بخش (که به سازمان بیمه سلامت متعاقبا اعلام می گردد) به شکل زیر محاسبه خواهد شد.

بیمارستان های سه ستاره 20% و بیمارستانهای سه ستاره +30% بیشتر از تعرفه هتلینگ مصوب دولتی سال 93 دریافت خواهند نمود. (برای مثال در سال جاری هزینه هتلینگ اتاق سه تخته بیمارستان های درجه یک برای هر شب 900,000 ریال برای بیمارستان های فاقد رتبه، برای سه ستاره درجه یک 1,080,000 ریال و برای سه ستاره + درجه یک 1,170,000 ریال محاسبه خواهد شد.)

برنامه پنجم: حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کشور

الف: اسناد مثبتة

اسناد مثبتة همانند روال کنونی تنظیم اسناد می باشد.

ب: رسیدگی به اسناد

1. پرداخت عملکردی پزشکان در روزهای تعطیل، نسبت به روزهای عادی یکسان است.
2. فرانشیز بیماران برای کلیه شهر/ شهرستان های مشمول این دستورالعمل به صورت آکا محاسبه می گردد و اخذ هر گونه مابه-التفاوت تشویقی از بیماران به هر شکل، ممنوع است.
3. در شهرهای مشمول، به پزشکانی که در طرح ماندگاری وارد نشوند، طبق روال گذشته پرداخت صورت می گیرد. به عبارت دیگر، کای ترجیحی و کای هیات علمی، در صورت شمول، همچنان به این افراد قابل پرداخت می باشد.
4. زایمان طبیعی در هیچ یک از نقاط کشور، مشمول برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان نخواهد بود و نحوه رسیدگی به اسناد آن، بر اساس برنامه «ترویج زایمان طبیعی» می باشد. بدیهی است سایر خدماتی که برای زایمان طبیعی توسط افرادی غیر از ماما، پزشک متخصص زنان و زایمان و پزشک متخصص بیهوشی انجام می شود، مثل خدمات آزمایشگاهی، سونوگرافی و رادیولوژی (در صورتی که در شهرهای مشمول برنامه ماندگاری انجام شوند)، مشمول تشویقی ماندگاری پزشک می گردند.
5. برای بیماران آزاد، حوادث ناشی از کار، حوادث ترافیکی و ضرب و جرح نیز مابه التفاوت کا پایه تا کا ماندگاری به عنوان تشویقی ماندگاری پرداخت می شود.

6. در خصوص خدمات پاتولوژی، سونوگرافی، رادیوگرافی، CT و MRI نیز تشویقی ماندگاری پزشک مشابه خدمات آزمایشگاه و بر اساس جدول فوق محاسبه می‌گردد.

ج: موارد خارج از پوشش برنامه

ضریب تشویقی ماندگاری برای خدمات ذیل قابل محاسبه نمیباشد.

1. زایمان طبیعی (مشمول برنامه ترویج زایمان طبیعی می‌گردد)
2. سزارین
3. توبکتومی، واکتومی و سایر خدماتی که مغایر با سیاست‌های افزایش جمعیتی باشد.
4. خدمات و اعمال زیبایی که تحت پوشش بیمه پایه نیستند.
5. ویزیت سرپایی (مشمول برنامه ارتقای کیفیت ویزیت می‌گردد)
6. خدماتی که از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پایه مشمول افزایش کای ترجیحی و کای اعضای هیات علمی نمی‌گردند.

د: حسابداری اسناد

در برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان، دو نوع پرداخت برای تشویق پزشکان صورت می‌گیرد:

1. پرداخت ثابت

پرداخت ثابت به ازای هر شب آنکالی بوده و در اسناد بیمه‌ای ثبت نمی‌گردد.

2. پرداخت عملکردی

پرداخت عملکردی به صورت افزایش ضریب کای (مشابه کای ترجیحی) می‌باشد که به آن ضریب کای ماندگاری و به مابه‌التفاوت پرداختی به پزشک از این محل، تشویقی ماندگاری پزشک می‌گویند. ضریب کای ماندگاری از نظر نحوه محاسبه و رسیدگی کاملاً مشابه تعرفه ترجیحی مناطق محروم می‌باشد و از منظر رویکرد محاسبه و پرداخت تفاوتی میان این دو وجود ندارد و در سنوات آتی جایگزین تعرفه ترجیحی در مناطق محروم می‌گردد. این ضریب به شهرهایی تعلق می‌گیرد که مشمول طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم می‌باشند. فهرست این شهرها به طور رسمی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد.

ضریب کای ماندگاری در شهرستان‌های گروه (الف) و (ب)، (3کا) در شهرستان‌های گروه (ج)، (2/5کا) و در شهرستان‌های گروه (د)، (2کا) می‌باشد. به این مفهوم که در این دسته از شهرستان‌ها مابه‌التفاوت مجموع کای پایه، کای ترجیحی و کای اعضای هیات علمی تا ضرایب فوق (کای ماندگاری) به عنوان تشویقی ماندگاری پزشک پرداخت می‌شود. به عنوان مثال در صورتی که شهری با ضریب تعرفه ترجیحی 1/3 در گروه الف (سقف این گروه 3 کا می‌باشد) قرار گیرد، 1/7 کا به عنوان تشویقی ماندگاری پزشک پرداخت می‌گردد.

نحوه محاسبه تشویقی ماندگاری پزشک

1. مابه‌التفاوت ضریب کای پیش از اجرای این طرح تا ضریب کای ماندگاری (که بر حسب گروه‌بندی شهرها، با هم تفاوت دارد)، به عنوان تشویقی ماندگاری پزشک از محل منابع طرح تحول نظام سلامت، پرداخت می‌شود. بدیهی است ضریب کای پیش از اجرای این طرح، شامل کای هیئت علمی و کای ترجیحی می‌گردد.

2. برای اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی ماندگار در شهرهای گروه (د) که پیش از اجرای این طرح کای ترجیحی داشته است، ضرایب اعشاری تعرفه ترجیحی مناطق محروم در ضریب حق الزحمه نیروی انسانی تعیین شده در جدول (کای ماندگاری)، ضرب می‌گردد. افزایش ضریب از این محل تا سقف 2/5 کا قابل پرداخت می‌باشد. به عنوان مثال، در صورتی که ضریب اعشاری تعرفه ترجیحی منطقه، 0/3 باشد، ضریب نهایی برای اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی با ضرب 0/3 در 2، 2/6 خواهد بود که 2/5 آن از محل اعتبارات دستورالعمل ماندگاری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و در صورتی که ضریب اعشاری تعرفه ترجیحی منطقه، 0/1 باشد، ضریب نهایی برای اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی با ضرب 0/1 در 2، 2/2 خواهد بود که از محل منابع این طرح قابل پرداخت است. تاکید می‌گردد این افزایش ضریب فقط شامل اعضای هیات علمی تمام وقت می‌گردد و برای سایر پزشکان در شهرهای گروه (د)، ضریب کای ماندگاری، 2 می‌باشد.
3. برای اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی ماندگار در شهرهای گروه (د) که شهر مربوطه پیش از اجرای این طرح کای ترجیحی نداشته است، از آنجا که ضریب کای ماندگاری (2) بوده و به عضو هیات علمی نیز 2 کا پرداخت می‌شده است، تشویقی ماندگاری در چنین شرایطی به وی تعلق نمی‌گیرد و پرداخت طبق روال گذشته خواهد بود. بدیهی است برای سایر پزشکان در این شهرها، ضریب کای ماندگاری، 2 می‌باشد.
4. افزایش ضرایب ماندگاری به هر سه نوع ضرایب (کا) جراحی، داخلی و بیهوشی تعلق می‌گیرد.
5. نحوه محاسبه کای پایه، کای هیات علمی و کای ترجیحی طبق روال گذشته است و تخفیف دانشگاه همچنان باقی است و از محل منابع این طرح پرداخت نمی‌گردد.
6. افزایش ضرایب ماندگاری به 50% استهلاك اتاق عمل و کمک جراح تعلق نمی‌گیرد و این دسته از خدمات همچنان براساس شیوه‌های فعلی رسیدگی می‌گردد.
7. پرداخت تشویقی به پزشکان در این برنامه، بر اساس جدول زیر صورت می‌گیرد:

خدمات رادیوگرافی ساده و رنگی، CT و MRI	خدمات سونوگرافی	خدمات پاتولوژی	خدمات آزمایشگاه تشخیصی - طبی	سقف حق الزحمه نیروی انسانی (ضریب جراحی، بیهوشی و داخلی) بر حسب میزان محرومیت	دسته بندی شهرها
درصدهای تعیین شده به تعرفه‌های دولتی مصوب هیات وزیران در سال 1393، اضافه می‌گردد				3 برابر	شهر/شهرستان‌های گروه (الف) و (ب)
13%	50%	50%	10%	2,5 برابر	شهر/شهرستان‌های گروه (ج)
6,5%	25%	25%	5%	2 برابر	شهر/شهرستان‌های گروه (د)

8. همانطور که در جدول بالا نشان داده شده است، تشویقی ماندگاری پزشک تنها شامل محاسبه خدمات مشمول کا نمی‌باشد و سایر خدمات آزمایشگاه تشخیصی-طبی، پاتولوژی، سونوگرافی و رادیوگرافی نیز که تعرفه آنها مبالغ ریالی ثابت می‌باشند نیز طبق جدول فوق از تشویقی ماندگاری پزشک بهره‌مند خواهند شد. به طور مثال، در خصوص خدمات آزمایشگاه، در شهرهای گروه (الف) و (ب)، 10% مبلغ تعرفه هر خدمت، به طور جداگانه، به عنوان تشویقی ماندگاری پزشک، مازاد بر تعرفه خدمت پرداخت می‌گردد. این 10% تشویقی در ستون تشویقی ماندگاری پزشک درج می‌گردد. تبصره: لازم به ذکر است تشویقی ماندگاری برای خدمات پاراکلینک در صورتی که توسط پزشک ماندگار تجویز گردد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

9. در خصوص خدمات پاتولوژی، سونوگرافی، رادیوگرافی، CT و MRI نیز تشویقی ماندگاری پزشک مشابه خدمات آزمایشگاه و بر اساس جدول فوق محاسبه می‌گردد.

10. تنها در خصوص خدمت سزارین که از پوشش این برنامه خارج می‌باشد، خدمات آزمایشگاه و رادیولوژی، براساس جدول فوق با در نظر گرفتن درجه محرومیت شهر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

11. محاسبه تشویقی ماندگاری برای پزشکان در سراسر کشور برای کلیه خدمات گلوبال، یکسان است. سهم خدمات آزمایشگاه، رادیولوژی و... از خدماتی که تعرفه آنها گلوبال است، براساس جدول پیوست شماره یک محاسبه و در پرونده بیمار درج می‌گردد.

12. لازم به توضیح است تشویقی ماندگاری پزشک، در شهرهای مشمول، تنها به پزشکان که تعهدنامه ماندگاری را امضا کرده باشند و در پورتال برنامه ماندگاری ثبت‌نام نموده باشند، قابل پرداخت می‌باشد و برای سایر پزشکان شاغل در بیمارستان قابل پرداخت نمی‌باشد.

بطور کلی، **ستون تشویقی ماندگاری پزشک**، تنها شامل موضوعات ذیل از صورتحساب بیمار می‌گردد و سایر موارد را شامل نمی‌شود:

ü کلیه خدماتی که تعرفه آنها با کا محاسبه می‌گردد (به غیر از خدماتی که خارج از پوشش این برنامه می‌باشند و خدماتی که از سوی سازمان‌های بیمه‌گر پایه مشمول افزایش کای ترجیحی و کای اعضای هیات علمی نمی‌گردند).

ü آزمایشگاه

ü پاتولوژی

ü سونوگرافی

ü رادیوگرافی، CT و MRI