

# امور بیمه ای و قانونی مستند سازی

( رسیدگی به اسناد )

## 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 مثبتته ( 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 تائید 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 تائید 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: اقلام 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 شورایی عالی 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 در تعهد 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 در شمول 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.

سهم بیمار	از خارج شمول	سهم یارانه	سهم بیمه مکمل	سهم بیمه پایه	قیمت خدمت	نوع خدمات
1600000	0	3600000	0	۱۰/۸۰۰/۰۰۰	۱۶۰۰۰۰۰۰	محلول آمبولیزاسیون
3800	0	34200	0	۰	۳۸۰۰۰	همراه زیر ۱۲ سال
38000	38000	0	0	۰	۳۸۰۰۰	همراه بالای 12 سال
1/641/800	38000	3/634/200		۱۰/۸۰۰/۰۰۰	۱۶/۰۷۶/۰۰۰	جمع

- 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)

سهم بیمار	از خارج شمول	سهم یارانه	سهم بیمه مکمل	سهم بیمه پایه	قیمت خدمت	نوع خدمات
0			140000	360000	500000	انژیو گرافی
4000		36000		0	40000	هزینه آمبولانس
38000	38000	0	0	۰	۳۸۰۰۰	همراه بالای 12 سال
42000	38000	36000	140000	۳۶۰۰۰۰	۵۷۸۰۰۰	جمع

- 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
<b>جمع</b>	<b>۵۷۸۰۰۰</b>	<b>۳۶۰۰۰۰</b>			<b>38000</b>	<b>218000</b>

- 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
<b>جمع</b>	<b>۶۰۸۰۰۰</b>	<b>۴۷۸۰۰۰</b>		<b>102000</b>		<b>51000</b>

## - 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 پزشک 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 مثبت (اسناد مثبت به معنی اسنادی که نشان دهنده ارائه خدمت به بیمار می باشند)

اسناد مثبت 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 مثبت 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 مابه‌التفاوت 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 مابه‌التفاوت 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 مابه‌التفاوت 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. مابه‌التفاوت 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 مابه‌التفاوت 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 مابه‌التفاوت 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% استهلاک 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

## ابلاغ «دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نظام سلامت»

### معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران

این ابلاغیه فیما بین سازمان بیمه سلامت ایران و معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای ایجاد یکپارچگی و هماهنگی های لازم در خصوص نحوه رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نظام سلامت، تنظیم گردیده است.

دستورالعمل پیوست مورد تایید و توافق فی مابین می باشد و به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و ادارات کل بیمه سلامت، ابلاغ میگردد و رسیدگی به اسنادمورد اشاره از تاریخ ۹۳/۲/۱۵ لازم الاجرا خواهد بود.

بدیهی حسن اجرای مفاد این دستورالعمل به عهده دانشگاه های علوم پزشکی و ادارات کل بیمه سلامت خواهد بود و تعامل کامل بر اساس مفاد آن بین ادارات کل بیمه سلامت و دانشگاه، مورد انتظار می باشد.

دکتر انوشیروان محسنی بندپی  
مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر محمد حاجی آقاجانی  
معاون درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ..... ۱۰۶۶۳ / ۰۰ / ۰۴۰۰  
تاریخ ..... ۱۳۹۳ / ۰۶ / ۱۱  
پوست ..... د. ایرد

## روسای محترم کلیه دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی کشور

**موضوع:** ابلاغ دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نظام سلامت

سلام علیکم

احتراما؛ پیرو ابلاغ موافقت نامه همکاری های اجرایی برنامه تحول نظام سلامت بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران، به پیوست دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه تحول نظام سلامت، جهت تنظیم و رسیدگی اسناد و ارائه گزارش عملکرد ارسال می گردد.

مقتضی است در اسرع وقت نسبت به تحویل اسناد تنظیم شده و همکاری های لازم با نمایندگان سازمان بیمه سلامت جهت رسیدگی اقدام فرمایید. رعایت مهلت های درج شده در تفاهم نامه و دستورالعمل مورد تاکید می باشد.

**دکتر محمد آقاجانی**

**معاون درمان**

**و دبیر ستاد کشوری برنامه تحول نظام سلامت**

جناب آقای سرخسی دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د تربت جام  
سرکار خانم پورهانم دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د تهران  
جناب آقای جنگجو دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د گراش  
سرکار خانم مرادی دبیرخانه م درمانی دانشکده ع پ و خ ب د آبادان  
سرکار خانم نیازی دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د شوشتر  
سرکار خانم جلالی راد دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شهید بهشتی  
جناب آقای پاکبازی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د فارس  
سرکار خانم حیدری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شاهرود  
سرکار خانم رند بلوچ دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د ایرانشهر  
سرکار خانم نقوی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مراغه  
سرکار خانم سدیدى دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د لارستان  
جناب آقای رستمی زاده دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کهکیلویه و بویر احمد  
جناب آقای گواهی دبیرخانه حوزه ریاست دانشکده ع پ و خ ب د اسفراین  
جناب آقای حسینی وفا دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د ایران  
جناب آقای زبیدی دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د ساوه  
سرکار خانم طاهری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د بم  
جناب آقای حامدی دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د بهبهان  
سرکار خانم شهرو دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د سمنان  
سرکار خانم وحدت دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د سبزوار  
جناب آقای جمشیدی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د زنجان  
جناب آقای حیدری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د زاهدان  
جناب آقای علیصوفی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د زابل  
سرکار خانم احمدزاده دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د ارومیه  
سرکار خانم یوسف نژاد دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اردبیل  
سرکار خانم قانع دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اراک  
سرکار خانم زارع دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د یزد  
سرکار خانم حمیدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د همدان  
سرکار خانم ناظمیان دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د نیشابور  
جناب آقای میرحسینی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مشهد  
جناب آقای خزائی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مازندران  
سرکار خانم کهرنگی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اصفهان  
سرکار خانم مهندس میرآخوری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د لرستان  
سرکار خانم کاظمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گیلان  
جناب آقای رحماندوست دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گناباد



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۱۰۶۶۳/۰۰/۰۴۰۰  
تاریخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۱  
پوست دارد

جناب آقای محسنی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گلستان  
جناب آقای مهدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمانشاه  
سرکار خانم ابراهیمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمان  
سرکار خانم ابن رسولی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کردستان  
جناب آقای امانوند دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د البرز



## دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری

### بیمه های پایه

تمامی حقوق این اثر متعلق دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی می باشد. هرگونه تکثیر و یا گزته برداری موقوف به اخذ مجوز از این مرجع بوده و متخلفین، بر اساس قوانین مرتبط با مالکیت معنوی تحت پیگرد قرار می گیرند.

# فصل اول:

## تعاریف

**بیمه :** واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می‌رود.

**بیمه گر :** شرکت ، سازمان یا مؤسسه ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می دهد.

**بیمه شده :** فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می تواند از مزایای خدمات سلامت بهره مند گردد .

**فرانشیز:** قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

**سهم بیمه پایه :** قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می نماید.

**درجه اعتباربخشی :** درجه ای است که گواهینامه صادره توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درج گردیده و نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز درمانی می باشد.

**تعرفه :** نرخ خدمت یا کالای خاصی است که بر اساس ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه یا تحصیل هدف مشخصی تعدیل می گردد.

**بیمه گزار :** شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، خدمات معینی را بر اساس قرارداد منعقدده با بیمه گر دریافت می نماید .

**رسیدگی :** فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط مؤسسات درمانی برای بیمار بستری بررسی شده و بعد از انطباق با ضوابط ، مقررات و تعرفه های مصوب ارزش گذاری می گردد .

**تعدیلات :** میزان هزینه ای که بعلت خدمات انجام نشده و یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات ، ضوابط و تعرفه های مصوب اعلام شده ، از مبلغ درخواستی موسسات کسر میشود.

**اسناد بستری :** کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی در بیمارستانها به بیمه شدگان بستری ، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می گردد.

# فصل دوم:

راهنمای استفاده از کتاب ارزش نسبی خدمات

و مراقبتهای سلامت جمهوری اسلامی ایران

**ماده ۱:** در این کتاب خدمات و مراقبت‌های سلامت در قالب ستون‌هایی به شرح ذیل تعریف شده اند:

#### ۱- ویژگی کد:

این ستون بر برخی از ویژگی‌های یک کد در قالب تعدادی علامت مشخص، دلالت دارد. هر کد ممکن است دارای ویژگی‌هایی به شرح ذیل باشد:

#### ۱-۱- علامت (+):

این علامت کدهای ضمیمه (add-on) را نشان می‌دهد که بر کارهای اضافی و یا مکملی دلالت دارد که در حین ارائه یک خدمت اصلی انجام میشوند و هرگز نباید به تنهایی گزارش شوند. این کدها به همراه توصیفاتمانند « هر مورد اضافه » و یا « اقدام جداگانه علاوه بر اقدام اصلی » مشخص می‌شوند و ۱۰۰ درصد ارزش نسبی مربوط به کد اصلی، اضافه می‌گردد و کد تعدیلی (۵۱-) به آن قابل تسری نخواهد بود. در کلیه خدماتی که علامت (+) دارند ارزش بیهوشی معادل صفر می‌باشد.

#### ۱-۲- علامت #:

شرح این علامت صرفاً در بخش خصوصی کاربرد داشته و دلالت بر این دارد که این دسته از خدمات اعم از اینکه در بخش سرپایی یا بستری ارائه شوند، با ارزش ریالی تعدیل شده محاسبه خواهد شد.

**تبصره:** سقف ضریب ریالی خدمات مشمول علامت # هر ساله در شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور تعیین و توسط هیات محترم وزیران مصوب و ابلاغ می‌گردد.

#### ۱-۳- علامت (\*):

این علامت بر مستثنی شدن این خدمت از پوشش بیمه پایه و یا پوشش مشروط آن توسط بیمه‌های پایه دلالت دارد.

**تبصره:** هرگونه تغییر شرایط پوشش تعهدات بیمه پایه مندرج در کتاب منوط به تائید شواری عالی بیمه خدمات درمانی و تصویب هیئت وزیران می باشد.

**تبصره ۲:** اینگونه خدمات در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشند و تحت پوشش بیمه پایه نباشند جزء حرفه ای حداکثر تا دو برابر ارزش نسبی مندرج در کتاب قابل اخذ می باشد.

## ۲- کد ملی :

کد شش رقمی و منحصر به فرد برای هر خدمت است. این کد برای سایر خدمات مشابه یا غیرمشابه ، تکرار نمی شود . به جزء کدهای موجود در این کتاب هیچ کدی قابل گزارش نیست.

## ۳- شرح کد:

این ستون کدها را توصیف میکند. این شرح خدمات معمولاً برگرفته از کتب منتشر شده Current Procedural Terminology آمریکا در طول سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۲ بوده که توسط انجمنهای علمی و تخصصی ویرایش ، ساده سازی و تجمیع شده است . حتی المقدور سعی شده است که از همان توصیف ها ، استفاده گردد.

## ۴- ارزش نسبی خدمت:

این ستون، ارزش/ ارزش های نسبی هر کد را نشان می دهد. این ارزش نسبی نشاندهنده سختی ارائه هر خدمت است که معمولاً جزء حرفه ای نامیده می شود. این جزء حرفه ای براساس شاخصهایی مانند زمان ارائه خدمت، ریسک ارائه خدمت برای پزشک و بیمار ، دانش ، تجربه و مهارت مورد نیاز ، تلاش فیزیکی ، تلاشهای ذهنی و فکری و در نهایت مخاطرات قانونی ارائه خدمت ، تعیین می شود . در برخی از موارد که برای یک خدمت ، سه ارزش نسبی ذکر شده است به ترتیب جزء کلی ، جزء حرفه ای و جزء فنی را نشان می دهند که در ادامه تشریح شده است ( به کدهای تعدیلی - (۲۵) الی (۲۷) رجوع گردد).

## ۵- واحد پایه بیهوشی یا عدد ارزش نسبی پایه بیهوشی:

ارزش پایه محاسبه حق الزحمه بیهوشی بیمار است. ارزش نسبی پایه خدمات بیهوشی برای هر یک از اعمال، در این ستون ذکر شده است. ویزیت حین و بعد از عمل جراحی، تجویز داروی بیهوشی، تجویز مایعات و یا خون به علت بیهوشی یا عمل جراحی مشمول این ارقام بوده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. ویزیت بیمار در قالب کلینیک بیهوشی قبل از انجام اعمال جراحی جهت ارزیابی و آماده‌سازی بیمار صرفاً برای اعمال جراحی در همان بیمارستان به طور جداگانه، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

## ۶- فهرست جامع کدهای تعدیلی کتاب ارزش نسبی

در شرایط خاصی ضرورت دارد که ارزش نسبی برخی از خدمات به دلایل مختلف، تعدیل شود. برای چنین مواردی می‌بایست از کد تعدیلی استفاده نمود. در این حالت می‌بایست ارزش نسبی را به صورت یک ارزش نسبی تعدیل شده، در پرونده بیماران با ذکر نوع تعدیل، درج نمود. این کدهای تعدیلی به شرح ذیل می‌باشد:

### کد ۲۰- عمل مستقل:

برخی از اعمال که در این مجموعه طبقه بندی شده اند، به عنوان جزئی از فرآیند کل بوده و ارزش جداگانه ای ندارند و تنها در صورت اجرای مستقل تحت عنوان عمل مستقل شناخته می‌شوند و جهت انجام آنها ارزش جداگانه ای تعلق می‌گیرد. در صورتی که عمل مستقل به عنوان جزئی از عمل اصلی شناخته نشود، به طور جداگانه، قابل پرداخت است.

### کد ۲۵- جزء کلی:

ارزش نسبی برخی از خدمات به ویژه در مواردی که خدمت وابسته به فناوریهای تشخیصی است، از سه جزء تشکیل شده است که جزء اول نشان دهنده ارزش نسبی کل خدمت می‌باشد. هر جزء کلی از مجموع دو جزء حرفه ای و فنی تشکیل شده است و در صورتی که جزء فنی و حرفه ای جمع شوند، جزء کلی حاصل می‌شود.

## کد ۲۶- جزء حرفه ای (Professional Component):

جزء حرفه‌ای، نشان دهنده تلاش و مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه خدمت می‌باشد. برای برخی از خدماتی که در این مجموعه طبقه‌بندی شده‌اند، تنها یک ارزش نسبی قید شده است که این ارزش نسبی نشان دهنده جزء حرفه‌ای اقدام مربوطه است. در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات یک ارزش نسبی درج شده است، عدد مربوطه نشان دهنده جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه می‌باشد. برای برخی از دیگر خدمات که سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی میانی، نشان‌دهنده جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه است.

## کد ۲۷- جزء فنی (Technical Component):

جزء فنی شامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تاسیسات، فراهم نمودن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت می‌باشد و سایر هزینه‌ها (دارو، لوازم مصرفی پزشکی و...) به صورت جداگانه، محاسبه می‌شود.

در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی سوم، نشان‌دهنده جزء فنی آن خدمات است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روش‌های زیر، محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد:

❖ در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه می‌شود، در بخش دولتی، معادل ۴۰ درصد و در بخش خصوصی، ۲۵ درصد علاوه بر ارزش نسبی نهایی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

❖ در کلیه مواردی که برای یک خدمت در ستون «واحد ارزش نسبی» هر سه جزء ارزش نسبی (جزء کلی، جزء حرفه‌ای و جزء فنی) تعیین شده است (اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج از اتاق عمل ارائه شود)، ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه و دریافت نمی‌باشد.

❖ در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل

اتاق عمل ارائه نمی‌شود، به این معنی است که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آن‌ها قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون مذکور، به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

### **کد ۳۱- بیهوشی با ارزش پایه ۳ :**

برای کلیه خدماتی که در این مجموعه، ارزش پایه بیهوشی «صفر» درج شده و یا اصلاً درج نشده است، در صورتی که به هر دلیل، نیاز به بیهوشی بیمار وجود داشته باشد، ارزش پایه بیهوشی، «۳» در نظر گرفته می‌شود. ارزش زمان بیهوشی براساس کد تعدیلی (۴۲-) به ارزش پایه «۳» اضافه می‌گردد و ارزش تام بیهوشی محاسبه می‌گردد. در این موارد تعدیل‌کننده‌های بیهوشی (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-)) و ارزش ریکاوری که در ادامه به آنها اشاره شده است، قابل اضافه شدن به ارزش پایه بیهوشی نمی‌باشد.

### **کد ۳۲- بیهوشی برای وضعیت قرارگیری بیمار:**

در صورتی که در اثر قرارگیری بیمار در وضعیت دمر یا به پهلو یا نیمه نشسته یا لیتوتومی و یا به دلیل دوری از موضع جراحی، انجام بیهوشی به سادگی انجام پذیر نباشد « ۱ » واحد بیهوشی به ارزش پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

### **کد ۳۳- انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد:**

در این موارد، « ۵ » واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

**کد ۳۴- انجام مشکل بیهوشی به دلیل استفاده از جریان خون برون پیکری (پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کمکی) :**

در این موارد، « ۱۰ » واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

### کد ۳۵ - مخاطره بیهوشی:

زمانی که بیمار غیراورژانسی به دلیل وجود زمینه‌ای مستعد و خطرناک در معرض مخاطرات جانبی تهدید کننده حیات باشد (مانند بیماری دیابت کنترل شده، فشار خون تحت کنترل، هیپوتیروئیدی و سایر موارد مشابه)، به ازای هر تعداد مخاطره با ذکر نوع مخاطره، صرفاً «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

تبصره: این کد برای هر بیمار تنها یکبار قابل گزارش می‌باشد.

### کد ۳۶ - بیهوشی بیماران در وضعیت اورژانس:

برای کسی که نیازمند اقدامات فوری و اورژانسی است که در صورت تاخیر امکان خطر مرگ بیمار را تهدید می‌کند، «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی با ذکر علت اورژانسی بودن، قابل محاسبه و گزارش می‌باشد. این کد قابل گزارش همزمان با کد تعدیلی (۳۵-) نمی‌باشد.

### کد ۳۷ - بیهوشی برای بیمار با سن ۷۰ سال و بیشتر:

در چنین مواردی، معادل «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

### کد ۳۸ - بیهوشی پیچیده به وسیله استفاده از هیپوتانسیون کنترل شده:

در چنین مواردی، معادل «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

### کد ۳۹ - بیهوشی در بخش ریکاوری:

برای مراقبت منظم و استاندارد از بیماران در بخش ریکاوری، در بیهوشی به روش جنرال، رژیونال (شبکه کمری، گردنی و بازویی)، اپیدورال یا اسپینال، به ازای هر یک ساعت عمل جراحی (مطابق گزارش جراح)، (۱) واحد ارزش نسبی به عنوان حق الزحمه بیهوشی برای ریکاوری و حداکثر تا سقف (۴) واحد (با حداقل سی دقیقه و بیشتر اقامت در ریکاوری)، به ارزش تام بیهوشی اضافه می‌گردد. این کد تعدیلی برای بیهوشی به روش استندبای و IV-Sedation قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد. همچنین، در مواردی که به هر علت پس از اتمام عمل جراحی، بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل گردد، کد تعدیلی (۳۹-)، قابل گزارش نخواهد بود. تجهیزات استاندارد در بخش ریکاوری حداقل شامل مانیتورینگ، فشارسنج،

پالس اکسی متری، ساکشن و ست احیا است و الزاماً می بایست به ازای هر دو بیمار، یک تکنسین بیهوشی یا پرستار در بخش ریکاوری وجود داشته باشد. اتاق های عملی که واجد چنین استانداردهایی نیستند، مجاز به استفاده از این کد تعدیلی در سیاهه تعدیلی خود نخواهند بود.

**تبصره ۱:** پرداخت این کد تعدیلی تنها در بیهوشی جنرال، رژیونال، اپیدورال یا اسپینال قابل پرداخت می باشد.

**تبصره ۲:** پرداخت ریکاوری منوط به احراز تجهیزات استاندارد این بخش می باشد.

**تبصره ۳:** زمان ورود و خروج بیمار به ریکاوری لازم است توسط تکنسین مربوطه در صورت وضعیت اتاق عمل درج گردد.

**تبصره ۴:** در همه موارد سی دقیقه و بیشتر برای عمل جراحی به عنوان جزء قابل توجهی از یک ساعت در نظر گرفته می شود و برای اعمال جراحی کمتر از سی دقیقه ریکاوری قابل محاسبه نمی باشد.

#### **کد ۴۰- اعمال کدهای متعدد تعدیلی بیهوشی:**

گاهی به دلایل مختلف نیاز است برای بیهوشی یک بیمار از چندین کد تعدیلی به طور همزمان استفاده گردد؛ در چنین مواردی باید علت استفاده از کدهای تعدیلی مختلف در پرونده بیماران درج گردد. در چنین شرایطی، ۱۰۰ درصد هر یک از تعدیل کننده ها به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می گردد. این تعدیل کننده ها در کدهای تعدیلی ۳۲ تا ۳۹ مشخص شده اند.

#### **کد ۴۱- ارزش تام بیهوشی:**

ارزش تام بیهوشی از جمع ارزشهای پایه بیهوشی، ارزش زمانی و ارزش ریکاروری با در نظر گرفتن تعدیل کننده های مختلف، محاسبه می گردد. همه خدمات این کتاب در صورت لزوم دارای ارزش پایه ای است که تمام خدمات بیهوشی به غیر از ارزش زمانی و تعدیل کننده ها را شامل می گردد.

اگر در جریان بیهوشی اعمال جراحی متنوعی انجام گردد، بالاترین ارزش پایه مربوط به مهمترین اعمال ارائه شده به عنوان ارزش پایه بیهوشی در نظر گرفته می شود و ارزش زمانی براساس کد تعدیلی (۴۲-) محاسبه و به ارزش پایه

بی‌هوشی اضافه می‌گردد تا ارزش تام بی‌هوشی محاسبه گردد. کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-) نیز بسته به شرایط

بی‌هوشی می‌بایست در محاسبات ارزش تام بی‌هوشی در نظر گرفته شوند:

کد عمل + کدهای تعدیلی بی‌هوشی (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-))

واحد پایه بی‌هوشی + تعدیل‌کننده‌ها + ارزش زمان + ارزش ریکاوری (با رعایت شرایط مربوطه)

ارزش تام بی‌هوشی (مجموع ارزش پایه، زمانی و تعدیل‌کننده‌ها)

در صورتی که متخصص بی‌هوشی از یکی از روش‌های بی‌هوشی IV Sedation، Stand by صرفاً کد پایه و زمان قابل محاسبه و

گزارش می‌باشد و هیچ کد تعدیلی و ریکاوری قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.

**تبصره:** برای تمام خدماتی که در ستون ارزش پایه بی‌هوشی در کتاب، ارزش تام بی‌هوشی درج گردیده است هیچ کد

تعدیلی دیگری همراه آن قابل گزارش نمی‌باشد.

#### کد ۴۲- ارزش زمانی بی‌هوشی:

ارزش زمانی برای محاسبه حق‌الزحمه بی‌هوشی به روش زیر محاسبه می‌شود:

❖ به ازای هر ۱۵ دقیقه بی‌هوشی برای ۴ ساعت اول: ۱ واحد

❖ به ازای هر ۱۰ دقیقه بی‌هوشی از ۴ ساعت اول به بعد: ۱ واحد

شروع زمان بی‌هوشی مطابق چارت جراحی از ۱۵ دقیقه قبل از شروع عمل جراحی و زمان پایان آن ۱۵ دقیقه بعد از پایان

جراحی می‌باشد و مابقی براساس کد تعدیلی (۳۹-) قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۵ دقیقه یا بیشتر به عنوان جزء قابل توجهی از ۱۰ یا ۱۵ دقیقه در نظر گرفته می‌شود. به عنوان مثال، در نمونه‌برداری

شکافی پستان (کد عمل ۱۰۰۶۵۵) (که در ظرف ۴۸ دقیقه (سه واحد زمان) انجام گرفته است، ارزش زمان «۳» در نظر

گرفته می‌شود.

**تبصره:** بی‌هوشی رژیونال که مشمول ریکاوری می‌باشد شامل ۱- بلوک شبکه بازویی ۲- بلوک شبکه کمری و خاجی

۳- بلوک شبکه گردنی می‌باشد.

#### کد ۴۳- مدیریت درد بعد از عمل یا دردهای مزمن:

مدیریت تزریق داروی مسکن برای کنترل درد حاد بعد از عمل یا دردهای مزمن (سرطانی و غیرسرطانی)، از طریق پمپ یا کاتترهای مرکزی (اپیدورال یا ساب آراکنوئید)، به صورت مداوم یا منقطع بولوس، در بیمارستان بر اساس گایدلاین ابلاغی وزارت بهداشت به طور گلوبال ۱۰ واحد و یک بار در طول دوره بستری قابل پرداخت بوده و برای تزریق‌های محیطی غیرقابل گزارش و اخذ می باشد.

#### کد ۴۴- بیهوشی همزمان بیش از دو بیمار:

متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران، به طور همزمان نمی‌تواند مسئولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد. بیهوشی بیمار سوم و به بعد ممنوع و غیرقانونی بوده و قابل محاسبه و اخذ نمی باشد. در خصوص بیماران کلاس ASA III و بیشتر متخصص بیهوشی نمی‌تواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد.

**تبصره:** در برگه شرح عمل تمامی جراحی‌ها درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جزو اسناد مثبت‌ه محسوب می‌گردد. و در صورت عدم درج زمان ضمن گزارش کتبی به مرکز مربوطه (به تفکیک شماره پرونده یا در صورت امکان نام پزشک) ۱۰ درصد حق العمل جراح به صورت غیرقابل برگشت کسر می‌گردد.

#### کد ۴۵- انجام بی‌حسی ناحیه ای (رژئونال) و نخاعی توسط پزشک معالج:

با توجه به ضرورت حضور مستمر متخصص بیهوشی در این موارد، حق الزحمه بیحسی ناحیه ای یا نخاعی به پزشک معالج مربوطه قابل پرداخت نمی باشد.

#### کد ۴۶- انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج:

در صورتی که پزشک معالج شخصاً برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می‌گردد، از بیحسی موضعی استفاده نماید، ۲۰ درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت می‌باشد. در این موارد، از ارزش پایه بیهوشی نباید استفاده نمود.

در صورتی که پزشک معالج به هر دلیل نسبت به انجام بیهوشی عمومی یا نخاعی اقدام نماید ، حق الزحمه بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد (به کد تعدیلی ۴۵ رجوع گردد).

**تبصره:** این کد تعدیلی حداکثر تا ۱۵ واحد قابل محاسبه می باشد.

**تبصره ۲:** مبنای محاسبه ۲۰ درصد فقط جزء حرفه ای خدمت می باشد و جزء فنی ( هزینه اتاق عمل) خدمت بدون احتساب کد تعدیلی ۴۶ محاسبه می گردد.

### **کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:**

در مواردی که به هر دلیل ضرورت پیدا می کند که برای یک بیمار اعمال متعدد انجام شود، نحوه محاسبه خدمات ارائه شده به شرح ذیل می باشد:

#### **الف - در همان روز، در جریان همان بیهوشی:**

۱- ناحیه و یا شکاف جراحی مشترک توسط یک یا دو جراح ( بدون اینکه به تعداد دستگاههای حیاتی درگیر توجهی شود):

\* ۱۰۰٪ بالاترین ارزش نسبی از میان خدمات ارائه شده به عنوان عمل اصلی

\* ۵۰٪ برای عمل دوم

\* ۲۵٪ برای عمل سوم

\* ۱۰٪ برای عمل چهارم

\* ۵٪ برای عمل پنجم و بیشتر.

۲- دو ناحیه یا دو شکاف جراحی: دستگاههای حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال جراحی دو طرفه توسط یک جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول ۸۰٪ برای دومین عمل و هر کدام از اعمال بعد از آن

۳- دو ناحیه با دو شکاف جراحی: دستگاههای حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال دو طرفه جراحی

توسط دو جراح: ۱۰۰٪ برای عمل اول ۱۰۰٪ برای عمل دوم

**تبصره:** در کلیه مواردی که یک عمل جراحی به صورت «یک یا دوطرفه» قابل انجام می باشد، در صورتی که در شرح کد به یک یا دو طرفه بودن عمل جراحی اشاره نشده باشد؛ ارزش نسبی درج شده برای عمل جراحی مذکور، «یک طرفه» خواهد بود.

۴-جراحی پا Foot (موارد ۱ تا ۴ در مورد اعمال جراحی بر روی پا کاربرد ندارند):

۴- الف: ناحیه و یا شکاف واحد، یا دو ناحیه و دو شکاف متفاوت روی یک پا:

۱۰۰٪ برای عملی که بیشترین ارزش را دارد ۷۵٪ برای عمل دوم ۲۵٪ برای هر کدام از اعمال بعدی

۴- ب: اعمال جراحی دو طرفه (پای چپ و راست)، یا دو عمل جراحی روی پا (یک عمل روی پای راست و دیگری روی پای چپ):

۱۰۰٪ برای عمل اول و ۸۰٪ برای عمل دوم

ب - جراحیهای متعددی در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی از بستری انجام می گردند (به استثنای مواردی که عوارض خود عمل محسوب می گردد):

۱۰۰٪ ارزش نسبی برای تمام اعمال جراحی ارائه شده قابل محاسبه می باشد.

### کد ۵۳-اعمال جراحی مجدد:

در صورتی که پس از ترخیص و انجام پیگیریهای مورد نیاز، بیمار دچار عود مجدد شود و نیاز به تکرار همان عمل جراحی روی همان ارگان یا دستگاه حیاتی قبلی باشد، این کد قابل گزارش است. این کد شامل اعمالی که به جهت عوارض عمل جراحی اولیه در همان نوبت بستری و یا با فاصله کوتاهی بعد از بستری اولیه مورد نیاز است، نمی گردد. برای اعمال جراحی مجدد مشمول این کد، برای مرتبه دوم یا بیشتر، ۳۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمات ارائه شده قابل گزارش و اخذ می باشد. اعمال جراحی که در شرح کد آنان به طور شفاف به مجدد بودن عمل اشاره شده است، مشمول این کد تعدیلی نخواهند بود.

**تبصره ۱:** منظور از فاصله کوتاه حداکثر یک ماه پس از ترخیص می باشد.

**تبصره ۲:** سزارین تکراری مشمول کد تعدیلی ۵۳ نمی باشد.

## کد ۶۰- استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق:

برای استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق در بخش دولتی ۵۰ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۲۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۲۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد. برای استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق در بخش خصوصی ۲۵ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۱۲.۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۱۲.۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد. لازم به ذکر است برای این گونه اعمال ارزش پایه، ارزش زمان، کدهای تعدیلی و کد تعدیلی ریکاوری به طور جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. **تبصره:** این کد تعدیلی مختص خدمات اینترونشنال درمانی است و مشمول خدمات اینترونشنال تشخیصی مانند آنژیوگرافی نمی‌باشد.

## کد ۶۳- اقدامات جراحی یا بیهوشی بر روی کودکان یا شیرخواران:

در صورتی که اعمال جراحی و بیهوشی بر روی شیرخواران ۶ ماهه یا کمتر و یا اطفال با سن کمتر از ۳ سال صورت پذیرد، این موارد با اضافه کردن کد تعدیلی (۶۳-) به آخر کد انجام شده، مشخص می‌گردد. در این موارد در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش، شیرخوار با سن ۶ ماه تمام یا کمتر باشد، ۵۰٪ به ارزش نسبی نهایی (خدمات جراحی و بیهوشی) ارائه شده و در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش سن بین ۶ ماه تا ۳ سال تمام داشته باشد، ۲۵٪ به ارزش نسبی نهایی (خدمات جراحی و بیهوشی) ارائه شده به بیمار، افزوده می‌شود. این کد تعدیلی برای کلیه اقداماتی که در شرح خدمت به کودکان، شیرخواران یا نوزادان زیر ۳ سال، به طور شفاف اشاره شده است و همچنین خدمات غیر تهاجمی و نیمه تهاجمی، قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد و همان ارزش های نسبی درج شده، مبنای محاسبه و پرداخت است.

## کد ۸۰- استفاده از کمک جراح:

در خصوص که جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد، کد تعدیلی (۸۰-) قابل گزارش می‌باشد. در این موارد، ۲۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمت ارائه شده به بیمار، با رعایت شرایط ذیل قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح فقط به رزیدنت‌های سال ۳ و بالاتر تعلق می‌گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط می‌تواند متخصص مرتبط باشد.

۳- در مراکز درمانی خصوصی کمک جراح براساس پیشنهاد سازمان نظام پزشکی و تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

ملاک پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه، بندهای (۱) و (۲) خواهد بود.

**تبصره:** لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام خواهد شد و تا زمان اعلام لیست، خدمات زیر ۳۰ کا مشمول این کد تعدیلی نمی‌باشند. بدیهی است جهت خدماتی که بر اساس عملکرد گذشته مراکز درمانی کمک جراح درخواست نمی‌شده است این کد قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد.

#### **کد ۸۵- استفاده از فناوری‌های نیمه‌تهاجمی برای ارائه خدمت:**

در صورت استفاده از تجهیزات نیمه‌تهاجمی در حین انجام اقدامات جراحی، از کد تعدیلی (۸۵-) استفاده می‌گردد. برای کلیه خدماتی که در این کتاب منتشر شده است، در صورتی که از تجهیزات دقیق و نیمه‌تهاجمی شامل آندوسکوپ، میکروسکوپ، لاپاراسکوپ، C-ARM، آرتروسکوپ، RF و لیزر استفاده گردد، ۲۰٪ به ارزش نسبی خدمت مربوطه (جزء فنی و حرفه‌ای)، اضافه می‌گردد. این کد تعدیلی برای کلیه خدماتی که در شرح کد به استفاده از این فناوری‌ها به طور شفاف ذکر شده است و همچنین برای اعمالی که به طور روتین و معمول می‌بایست از این تجهیزات استفاده گردد (این فناوری‌ها جزئی از فرآیند معمول ارائه آن خدمت محسوب می‌شوند)، قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد. در صورتی که به هر دلیل، بیش از یک مورد از فناوری‌های غیرتهاجمی مذکور در هنگام ارائه خدمت استفاده گردد، کد تعدیلی (۸۵-) تنها یک‌بار، قابل گزارش و اخذ می‌باشد. برای مثال در عمل جراحی با ارزش نسبی ۲۵ واحد که به روش آندوسکوپی انجام می‌گردد. ارزش نسبی برابر ۳۰ واحد و جزء فنی برای اتاق عمل برابر ۱۲ واحد در بخش دولتی و ۷.۵ واحد در بخش خصوصی محاسبه می‌گردد.

#### **کد ۸۶- استفاده از تجهیزات تصویربرداری پزشکی پرتابل:**

برای کلیه خدمات تصویربرداری پزشکی که به صورت پرتابل بر بالین بیمار انجام می‌گردد، ۸۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمت، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

در صورت ارائه خدمات تصویربرداری پزشکی در منزل این کد تعدیلی به همراه کد ۹۰۱۹۹۵ قابل گزارش و اخذ می‌باشد

#### **کد ۹۰- پرداخت به پزشکان تمام وقت جغرافیایی:**

برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پاراکلینیکی و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می‌شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر ۲ برابر ارزشهای نسبی درج شده در ستون «واحد ارزش نسبی»، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد. این مابه‌التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می‌گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تمام وقتی) می‌باشد.

پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از پزشکان اطلاق می‌شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی-درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت.

**تبصره:** در صورت احراز عدم حضور اعضای هیئت علمی و درمانی تمام وقت جغرافیایی در هنگام ارائه خدمت در مراکز ارائه خدمت و صرفاً ممهور نمودن اسناد به مهر ایشان خلاف ضوابط بوده و هیچ مبلغی بابت جزء حرفه ای قابل پرداخت نمی‌باشد.

#### **کد ۹۵- پرداخت در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور:**

برای کلیه خدمات بستری که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت در مناطق محروم ارائه می‌شوند، جزء حرفه ای خدمات تا حداکثر ۲ برابر ارزش نسبی مربوطه، حسب درجه محرومیت شهر، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. این مابه‌التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می‌گیرد و مبنای پرداخت بیمار (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تعرفه ترجیحی منطقه) می‌باشد.

اعمال کد تعدیلی (۹۰-) با کد تعدیلی (۹۵-) در صورت وجود شرایط مربوطه (اشتغال پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی در مناطق مشمول تعرفه ترجیحی مناطق محروم) ، حداکثر تا ۳ کا قابل محاسبه خواهد بود.

#### **کد ۹۹- دوره پیگیری درمان بیماران تصادفی:**

دوره پیگیری بیماران تصادفی که منجر به بستری بیمار می گردد، از زمان اولین ترخیص دو ماه می باشد و پوشش بیمه پایه منوط به اتمام دوره پیگیری خواهد بود. در طول دوره پیگیری ، کلیه هزینه ها از محل اعتبارات قانونی مربوطه ، پرداخت می گردد .

**تبصره:** دوره پیگیری از زمان ترخیص شروع می شود.

#### **ماده ۲- انواع بیمارستان ها**

**الف- مراکز بیمارستانی در سطح کشور براساس نوع وابستگی آنها به سه دسته تقسیم می شوند:**

۱- **بیمارستانهای دولتی-دانشگاهی:** وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی سطح کشور بوده و در قالب مراکز

آموزشی - درمانی علاوه بر ارائه خدمت به بیماران اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی نموده که بیشترین مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه را تشکیل می دهند. این مراکز مجاز به دریافت تعرفه دولتی از بیمه شدگان بوده و معاف از پرداخت مالیات می باشند. اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در این مراکز فعالیت نموده و از تعرفه های خاص خود برخوردار می گردند. این مراکز تحت نظر حوزه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی فعالیت نموده و دستورالعملهای صادره از سوی وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت جهت آنها لازم الاجرا می باشد.

۲- **بیمارستانهای دولتی غیردانشگاهی و عمومی غیر دولتی** شامل مراکزی می گردند که وابسته به ارگانهای

دولتی غیر از دانشگاههای علوم پزشکی از قبیل سازمان تأمین اجتماعی، بانکها، وزارت نفت، دانشگاه آزاد ، مراکز

خیریه، مراکز نظامی و ... می باشند که نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می‌گردد.

۳- **بیمارستانهای خصوصی** : وابستگی آنها به بخش خصوصی و یا ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خصوصی می باشند . براساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد ( در صورت عقد قرارداد با این مراکز)، ملاک پرداخت بیمه های پایه ، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ مابه التفاوت براساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می‌باشد.

**تبصره :** بدیهی است تعرفه در مراکز فوق بر اساس مصوبه هیئت دولت می باشد.

#### **ب- انواع خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی :**

کلیه مراکز درمانی بیمارستانی بر حسب پروانه تأسیس و مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت مجاز به ارائه خدمات و احداث بخشهای خاصی می باشند و ارائه خدمت به سه شکل به بیمه شدگان صورت می گیرد:

\* بستری

\* بستری موقت (تحت نظر)

\* خدمات سرپایی بیمارستان اعم از خدمات ارائه شده در درمانگاه تخصصی ، اورژانس و واحدهای پاراکلینیک و داروخانه

#### **ماده ۳- نحوه محاسبه فرانشیز و سهم سازمان :**

الف- اسناد بستری مورد تعهد :

۱- سهم بیمه پایه : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

۲- فرانشیز : براساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

**تبصره ۱:** در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیأت وزیران برعهده بیمه پایه نمی باشد.

**تبصره ۲:** پرداخت هزینه موارد غیر بیمه ای بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

**تبصره ۳:** فرانشیز خدمات بستری ارائه شده به بیماران خاص برابر ضوابط اعلام شده توسط شورای عالی بیمه خواهد بود.

**ب- اسناد بستری موقت (زیر ۶ ساعت) و خدمات سرپایی مورد تعهد**

۱- سهم بیمه پایه : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

۲- فرانشیز : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

**تبصره ۱:** در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیأت وزیران بر عهده بیمه پایه نمی باشد .

**تبصره ۲:** پرداخت هزینه موارد غیر بیمه ای بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

**تبصره ۳:** فرانشیز خدمات سرپایی و تحت نظر زیر ۶ ساعت ارائه شده به بیماران خاص برابر ضوابط اعلام شده توسط شورای عالی بیمه خواهد بود.

#### **ماده ۴- سند بستری بیمارستانی:**

**تعریف اسناد مثبت:** به کلیه اوراقی اطلاق میشود که می بایست طبق ضوابط شورای عالی بیمه جهت پرداخت هزینه سهم بیمه پایه به صورت حساب بستری ضمیمه گردد.

#### **الف - برگ صورت حساب یا معرفی نامه بیمارستانی**

از طرف شورای عالی بیمه یک فرمت ثابت جهت کلیه بیمه های پایه، بیمارستانها و بیمار اعلام و شامل خدمات و قیمت آنها می باشد که توسط مرکز درمانی ارائه می گردد.

**تبصره :** در بیمارستانهایی که سیستم HIS راه اندازی شده، اطلاعات برگه صورت حساب منطبق با فرمت فوق بوده و در صورت درخواست بیمه های پایه و با توافق دفتر IT وزارت بهداشت ارسال صورت حساب به صورت فایل الکترونیکی الزامی است .

## ب - اسناد مثبت‌ه عبارتند از :

- ۱- دستور بستری با تشخیص اولیه ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک بر روی برگه دفترچه بیمه بیمار تبصره : صدور دستور بستری بر روی سرنسخه بیمارستان صرفاً در بخش اورژانس بلامانع می باشد. بدیهی است در هنگام ترخیص ارائه دفترچه درمانی الزامی است.
- ۲- فتوکپی عکس دار صفحه اول دفترچه/ کارت بیمه معتبر و یا معرفی نامه بیمه پایه (برای بیمه شدگان روستایی زیر هفت سال و در سایر بیمه های پایه زیر دو سال ، نیازی به عکسدار بودن دفترچه نمی باشد.)
- ۳- برگه صورتحساب ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک معالج و مهر و امضاء بیمارستان بر روی صورتحساب که به تأیید نهائی کارشناس بیمه رسیده باشد .
- تبصره:** تأیید اولیه کارشناس ناظر در پشت برگه دستور بستری و یا فتوکپی صفحه اول دفترچه/کارت بیمه درمانی درج می گردد. ضمناً در مراکز که از سوی بیمه پایه کارشناس معرفی نشده است نیازی به تأیید ندارد.
- ۴- برگه شرح عمل ممه‌ور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح (در صورت حضور) و درج کد های مربوطه بر اساس کتاب ارزشهای نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی (فتوکپی یا نسخه دوم)
- ۵- برگه بیهوشی ممه‌ور به مهر و امضاء متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، ریکووری و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزشهای نسبی بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی (فتوکپی یا نسخه دوم)
- ۶- تصویر برابر اصل یک نسخه فاکتور خرید تجهیزات پزشکی مانند پروتز ، مش ، استنت و .... توسط بیمارستان بصورت فاکتور یکجا و با صورتحساب ماهانه
- تبصره:** کلیه تجهیزات پزشکی بایستی از شرکت های مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردد.
- ۷- الصاق برچسب تجهیزات پزشکی استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل

۸- لیست دارویی مصرف شده و قیمت گذاری شده ممهور به مهر و امضاء مسئول فنی داروخانه (یا تأیید رئیس بیمارستان)

۹- لیست آزمایشات (بالینی - پاتولوژی) که به تأیید مسئولین فنی مربوطه (یا تأیید ریاست بیمارستان) رسیده باشد.

۱۰- لیست خدمات پرتوپزشکی، خدمات تشخیصی تخصصی و فوق تخصصی نظیر سی تی اسکن، MRI که به تأیید مسئولین فنی مربوطه رسیده باشد و در صورت نیاز بنا بر درخواست کارشناس بیمه ارسال تصویر گزارش موارد فوق الزامی است.

۱۱ - لیست دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء مسئول اتاق عمل و مسئول فنی داروخانه

**تبصره ۱:** مفاد دستورالعمل فوق نافی انجام وظایف نظارتی سازمان های بیمه گر نخواهد بود .

**تبصره ۲:** در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخش های مختلف به صورت اسکن شده می باشد، پرداخت هزینه اسناد پزشکی با مهر اسکن شده و امضای اصل بلامانع است.

**تبصره ۳:** مدارک مثبت در پرونده های گلوبال شامل ردیفهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰ می باشد.

تبصره: در خصوص بند ۳ درج ریز هزینه های گلوبال ضرورتی ندارد.

## **ماده ۵- نحوه رسیدگی به صورتحساب:**

### **الف- بستری :**

به کلیه مواردی که بیمار براساس دستور پزشک، نیازمند بستری بالای ۶ ساعت به منظور درمان طبی و یا جراحی طبق شرایط این آیین نامه باشد، اطلاق می گردد. که به شرح ذیل می باشد:

#### **۱- درمان طبی**

در صورتیکه جهت بیمار دستور بستری در بخش توسط پزشک صادر و با تشکیل پرونده بستری شود بیمار بستری تلفی شده، هزینه های وی به تفکیک سرفصلها در ردیف هزینه های بستری ثبت می گردد.

## ۲- درمان جراحی

چنانچه بیمار نیاز به عمل جراحی ، اتاق عمل(غیر از اتاق عمل سرپایی) و بیهوشی داشته باشد، بیمار بستری تلقی می گردد. (حتی در صورتی عدم اقامت کمتر از ۶ ساعت)

### ب- درمان تحت نظر(بیماران زیر ۶ ساعت)

بیماران بستری موقت (تحت نظر) شامل بیمارانی می شوند که در اورژانس بیمارستان به مدت زمان کمتر از ۶ ساعت تحت نظر می باشند.

\*در صورتی که در بیمارستانها بخشی به نام بخش اورژانس با استانداردهای مصوب بخشهای بیمارستانی دایر باشد این بخش با درمانگاه و تحت نظر اورژانس متفاوت بوده و شرایط بستری در آنها تابع شرایط مربوط به سایر بخشهای بیمارستانی می باشد .

# فصل سوم :

ضوابط و نحوه رسیدگی به

پرونده های بیمارستانی

## ماده ۶- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه اقامت یا تخت روز (هتلینگ) :

- ۱- چنانچه مدت بستری بیمار در بیمارستان بیشتر از ۶ ساعت باشد (صرفاً بخش مصوب بیمارستانی) یک روز تخت قابل محاسبه می باشد.
- ۲- تبصره: هزینه هتلینگ در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه نیست.
- ۳- تعداد روزهای بستری از تفاضل تاریخ ترخیص و تاریخ بستری بدست آمده و ملاک تاریخ ترخیص، دستور پزشک معالج، رضایت شخصی و یا فوت بیمار می باشد. (با کسر تعداد روزهای مرخصی موقت)
- ۴- هزینه تخت روز براساس درجه اعتبار بخشی مندرج در پروانه اعتباربخشی بیمارستان صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مطابق تعرفه مصوب هیات وزیران که هر ساله براساس جدول ذیل ابلاغ می گردد، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

درجه ارزشیابی بیمارستان	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	نوزاد بیمار سالم دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش post C.C.U	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال PedICU NICU, RICU	BICU تخت
-------------------------	---------	---------	-----------------	----------------------	------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	-------------

- ۴- درجه اعتباربخشی - کلیه بیمارستانها براساس دستورالعمل اجرایی و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هر سال حداقل یکبار مورد اعتباربخشی قرار گرفته و براساس امتیازات مکتسبه درجه بندی و گواهینامه دریافت می نمایند که این درجه بندی شامل بیمارستانهای درجه یک عالی، یک مثبت، ۱، ۲، ۳ و زیر استاندارد می باشد. بدیهی است وجود گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان جهت احراز درجه مکتسبه در اداره نظارت الزامی می باشد و در صورت عدم دریافت گواهی نامه اجرای مصوبه شصتمین جلسه شورای عالی بیمه ضروری خواهد بود. این اعتباربخشی در تخته‌های معمولی بیمار سوختگی، نوزاد سالم، نوزاد بیمار سطح دوم، بیمار روانی و POST CCU همان درجه اعتباربخشی بیمارستان می باشد اما بخشهای ICU, CCU و NICU هرکدام باید جداگانه اعتباربخشی شده و درجه آن مشخص گردد. بیمارستانها و بخشهای درجه یک عالی و یک مثبت و یک مطابق تعرفه تخت روز درجه یک قابل محاسبه خواهد بود.

**تبصره ۱:** در صورت عدم ارائه گواهینامه ارزشیابی در مدت حداکثر چهار ماه از تاریخ انقضاء ارزشیابی قبلی کسورات اعتبار بخشی بیمارستان غیر قابل برگشت می باشد.

**تبصره ۲:** درجه اعتباربخشی هر بخش صرفاً مخصوص به همان بخش می باشد.

**تبصره ۳:** در بخش دولتی و تأمین اجتماعی، خصوصی و خیریه، درجه اعتباربخشی بیمارستانها و بخشهای ویژه جدید الاحداث در یک سال اول بهره برداری بعنوان درجه یک محسوب می گردند و دریافت و ارائه گواهینامه اعتبار بخشی برای دوره فوق (تا پایان سال اول) الزامی و ضروری می باشد.

۵- برای اقامت کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان هزینه هتلینگ قابل محاسبه نمی باشد .

۶- تخت روز بخش هایی که طبق مصوبه هیئت محترم وزیران فاقد تعرفه می باشد، مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می باشد.

۷- تعهد بیمه در مورد هتلینگ تخت عادی و تخت VIP برابر هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر در بخش دولتی می باشد.

۸- در صورتی که بیمار در یک روز در دو نوع تخت بستری گردد (بعنوان مثال تخت عادی و ICU) تخت روز گرانتر با شرط اقامت بیش از شش ساعت در تخت روز گرانتر، ملاک محاسبه هزینه نوع تخت روز خواهد بود.

۹- **تخت ایزوله :** در مورد اندیکاسیون بستری در اتاق ایزوله- طبق مصوبه شورای عالی بیمه خدمات درمانی- (مانند بیماری عفونی-درمان یا آلودگی با مواد رادیواکتیو و رادیوایزوتوپ، ضعف سیستم ایمنی بیمار یا ایزوله معکوس) با درخواست پزشک معالج، هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق یک تختی و براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان در بخش دولتی محاسبه می گردد.

۱۰- **تخت سوختگی:** در صورت بستری بیمار در بخش سوختگی ، تعرفه هتلینگ بخش سوختگی قابل محاسبه بوده و در صورتیکه ادامه درمان بیمار در سایر بخشها مانند بخش جراحی ترمیمی پیگیری شود ، هزینه هتلینگ بصورت تخت عادی محاسبه می گردد.

۱۱- روزهای مرخصی موقت از تخت روز کسر می گردد.

۱۲- **بخش روانپزشکی :** هزینه بستری بیمار در بخش روانپزشکی حداکثر ۸ هفته در سال از زمان اولین بستری بعنوان بیماری حاد براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیماری مزمن (طبق تشخیص پزشک معالج) برابر تعرفه تخت روانی درجه سه قابل محاسبه می باشد .

تبصره: بیماران روانی که جنبه نگهداری پیدا می کنند خارج از تعهد بیمه های پایه می باشند.

۱۳- هزینه اقامت همراه : در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

#### ۱۴- هزینه تخت نوزاد :

الف) هزینه نگهداری نوزاد سالم به همراه مادر، پس از زایمان طبیعی حداکثر یک روز و پس از سزارین حداکثر ۲ روز قابل محاسبه می باشد. (اسناد گلوبال مطابق بخشنامه مربوطه محاسبه می گردد)

ب) در صورتی که نوزاد بدلیل بیماری مادر در همان نوبت بستری در بیمارستان در اتاق مادر یا بخش نوزادان نگهداری شود هتلینگ تخت نوزاد سالم با تائید کارشناس ناظر قابل محاسبه می باشد .

ج) نوزاد (تا سن ۲۸روز) که بعلت بیماری بستری می گردد با تشکیل پرونده بستری و با تعرفه تخت نوزاد بیمار (سطح دوم) محاسبه می شود.

د) هزینه نوزاد در بخش (NICU) برابر تعرفه مصوب این نوع اقامت می باشد که ۷۰ درصد این مقدار بابت هزینه اقامت و ۳۰ درصد بابت برخی از خدمات پزشکی به شرح ذیل (به صورت گلوبال) می باشد :

خونگیری متناوب از نوزاد ، کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی) ، اکسیژن تراپی ، کارگذاری لوله تراشه و اتصال به بنت و تغییر SETUP آن، تنظیم مکرر دستگاه ، کلیه اقدامات برای بررسی عفونت خونی (sepsis) نظیر (LP ، کشت خون و ترشحات تنفسی) ، نمونه گیری برای گازهای خونی (ABG) ، پالس اکسیمتری ، گذاشتن لوله بینی معده (NG) ، لاواژ و گواژ ، تخلیه ترشحات ریوی، کارگذاری سونداژ ، فتوتراپی، تزریقات ، سرم درمانی ، تزریق خونی ، (انجام تزریقات توسط پمپ ) انفوزیون مداوم

تبصره : سایر خدمات نظیر کارگذاری کاتتر غیر نافی ، ویزیت پزشک معالج (بجز پزشک مقیم) ، مشاوره ، اعمال جراحی

، تزریق سورفاکتانت توسط پزشک ، chest – tube و تعویض خون و غیره جداگانه قابل محاسبه می باشد.

۱۵- در بخشهای ICU دارای ۵ تخت و بیشتر پرداخت ۳۰٪ هزینه هتلینگ منوط به حضور پزشک مقیم می باشد و در بخشهای ICU زیر ۵ تخت پرداخت ۱۰۰٪ هزینه هتلینگ در صورت عدم حضور پزشک مقیم بلامانع می باشد .

تبصره ۱: ۳۰ درصد خدمات ICU ، NICU مشمول ۲K هیئت علمی و ترجیحی مناطق محروم نمی شود .

۱۶- تخت روز بیمار تحت نظر :در بیماران تحت نظر بیش از شش ساعت در صورت تعیین تکلیف بیمار و تشکیل پرونده بستری تخت روز قابل پرداخت می باشد.

بدیهی است در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز با فرانشیز بستری محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۷- در خصوص بیمارانی که نیاز به بستری در بخشهای ویژه دارند ولی با دستور پزشک معالج در بخشی بجز بخشهای ویژه بیمارستان بستری گردیده و تحت مونیتورینگ قرار می گیرند، هزینه اقامت آنها از مجموع هزینه اقامت در بخش عادی با اضافه نمودن ارزش نسبی کد ۹۰۰۷۷۰ ( EKG مانیتورینگ یا هولتر ۲۴ ساعته فشار خون به هر روش با ثبت، تفسیر و گزارش) محاسبه می گردد.

تبصره: در محاسبه هزینه اقامت، آخرین ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان ملاک عمل می باشد

#### **ماده ۷- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات جنبی پرستاری :**

به مجموع خدماتی که توسط کادر درمان بیمارستان بجز پزشکان به بیماران بستری ارائه می گردد تعرفه ای معادل ۶٪ کل مبلغ تخت روز بیمار تعلق می گیرد. از جمله این خدمات می توان به تزریقات ، وصل سرم ، پانسمان و انما و ... اشاره نمود.

۱- هزینه خدمات پرستاری و جنبی معادل ۶٪ کل مبلغ هتلینگ (تخت روز) بیمار بستری است.

تبصره: در بیماران تحت نظر فاقد پرونده بستری و بدون تخت روز هزینه انواع تزریقات قابل محاسبه و پرداخت می باشد. بدیهی است ویزیت پزشک عمومی و متخصص معادل ویزیت سرپایی قابل پرداخت می باشد.

۲- فهرست لوازم مصرفی ۶٪ خدمات جنبی پرستاری: شامل هزینه سرنگ، گاز، باند، پنبه، الک، بتادین، چسب، آب اکسیژنه، ساولن و... می باشد که در سرفصل هزینه های ۶٪ خدمات جنبی پرستاری لحاظ، و به بیمارستان پرداخت می

گردد. بنابراین بیمارستان نباید هزینه اینگونه موارد را بطور جداگانه از بیمه های پایه درخواست و یا از بیمه شده بصورت آزاد دریافت نماید.

**تبصره :** خدمات تزریق خون و فرآورده های آن بر اساس کد مربوطه در کتاب ارزش های نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳- هزینه این وسایل دراتاق عمل، اتاق زایمان ( به جزء کلاه ، کاور کفش ولباس یکبار مصرف) قابل محاسبه است.

۴- در ICU و NICU ۶٪ تعرفه خدمات پرستاری فقط به ۷۰٪ تعرفه تخت تعلق می گیرد .

۵- در هنگام محاسبه هزینه زایمان طبیعی، هزینه خدمات پرستاری به تخت نوزاد سالم نیز تعلق می گیرد .

#### **ماده ۸- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت:**

عبارت است از خدماتی که بوسیله پزشک در مطب یا بطور سرپایی در درمانگاه، اتاق معاینه و یا در بخش بیمارستان انجام می شود.

طبق تعریف فوق ویزیت در دو قسمت سرپایی و بستری قابل ارائه می باشد .

۱- ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار و یا در اتاق درمان بیمارستان ارائه می شود و مبنای محاسبه حق الزحمه آن براساس ضریب K کتاب ارزشهای نسبی می باشد که مبلغ این ضریب هر ساله توسط هیأت محترم وزیران جهت اجرا ابلاغ می گردد .

۲- تعرفه حق ویزیت روزانه در بخشهای بستری مربوط به مجموع ویزیتهای انجام شده توسط پزشک معالج می باشد، (یک ویزیت یا بیشتر) در نتیجه بیش از یک حق ویزیت در روز قابل محاسبه نخواهد بود.

۳- ویزیتهای منجر به جراحی ، برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود ( قبل و بعد از عمل جراحی)

۴- ویزیت منجر به بیهوشی (pre med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود .

۵- ویزیت کلینیک بیهوشی بصورت سرپایی به منظور تایید عمل جراحی قابل محاسبه می باشد.

۶- ویزیت متخصصین پزشکی قانونی در بخشهای مسمومیت بر مبنای ویزیت متخصص قابل محاسبه می باشد .

۷- در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد . جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .

۸- ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ هزینه تخت روز لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹- در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش های ویژه می باشند به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیپ یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسوول فنی بخش ویژه معرفی گردیده است روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

۱۰- ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام ، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد. بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود .

**تبصره :** در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیپ ICU، پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت قابل محاسبه و گزارش می باشد

۱۱- ویزیت همراه با آنژیوگرافی در صورتی که بیمار صرفاً تحت آنژیوگرافی بایا بدون آنژیوپلاستی قرار بگیرد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

**تبصره ۱:** ویزیت در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

**تبصره ۲:** چنانچه بیمار جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد ویزیت بستری به ایشان تعلق نمیگیرد ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمت مورد اشاره باشد ویزیت روزانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

## ۱۲- انواع ویزیت بستری:

\***ویزیت روز اول :** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

\***ویزیت اولیه نوزاد متولدشده :** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

\***ویزیت روزدوم به بعد** : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

\***ویزیت روز ترخیص** : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

\***ویزیت جامع در بخش اورژانس**: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت

بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

\***ویزیت محدود** : ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح ۳ و ۴ (تریاز) ویزیت بیماران سطح ۵ تریاز در اورژانس برابر

ویزیت سرپایی می باشد ویزیت سایر گروه های تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه واخذ می باشد)

\***مراقبت بحرانی** : مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) سطح یک یا دو تریاز مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل

تروما و بدحال)

**تبصره:** تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص

می باشد . چنانچه بیمار فوت یا با رضایت شخصی ترخیص گردد ، ویزیت روز ترخیص قابل محاسبه نخواهد بود. چنانچه

احراز گردد قبل از ترخیص یا فوت، بیمار توسط متخصص ویزیت شده است ویزیت قابل محاسبه می باشد .

#### **ماده ۹- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات مشاوره :**

عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر، به صورت اظهار نظر

یا پیشنهاد به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر بیمار ارائه می گردد.

۱- پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با

مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می باشد.

۲- هزینه هر بار مشاوره برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی محاسبه می گردد .

۳- حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره برای پزشکان با تخصص های مختلف و حداکثر سه

مشاوره از یک تخصص ، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روزدوم به بعد مازاد بر ویزیت روزانه پزشک

معالج محاسبه می گردد .

۴- مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه نخواهد بود.

۵- مشاوره جراح در صورتیکه منجر به جراحی گردد قابل محاسبه می باشد .

۶- مشاوره جهت متخصصینی منجمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها بر اساس کدهای موجود در کتاب قابل پرداخت می باشد.

۷- مشاوره در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

۸- مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با شرایط زیر قابل محاسبه می باشد.

- تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد.

- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد .

- پزشک مدعو در کلینیک های بیمارستان فعالیت ننماید .

- ویزیت بربالین بیمار انجام شود .

- در مورد بیماران سرپایی نباشد .

- به رزیدنت تعلق نمی گیرد.

#### **ماده ۱۰- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات حق العمل :**

به مجموعه ای از خدمات ارائه شده به بیماران که براساس نوع خدمت ، دارای ارزشهای نسبی خدمات پزشکی می باشند، حق العمل گفته می شود .

#### **الف - پوست و ضمائم:**

در این بخش ، انواع دبریدمان ، ترمیم ، اکسیزیون ضایعات خوش خیم و بدخیم ، انواع پیوند و فلپ پوستی ، پانسمان سوختگی ، انواع ماستکتومی و سایر موارد مربوط به پوست و ضمائم پوستی ذکر گردیده است.

۱- با توجه به اختلاف زیاد کدهای عمل درخصوص برداشتن توده های خوش خیم و بدخیم ، برای افتراق آنها باید به مسائلی مانند چسبندگی توده به اطراف ، نامنظم بودن توده ، دست اندازی ، اندازه آن و نیز ارسال یا عدم ارسال نمونه جهت پاتولوژی (که اغلب ، در شرح عمل به آنها اشاره می گردد) توجه نمود .

۲- درخصوص پیوندهای پوستی بیماران سوختگی، حق الزحمه اسکارتومی ، دبیریدمان وگرافتهای انجام شده براساس کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت محاسبه می گردد .

۳-در رابطه با نحوه محاسبه ارزش نسبی خدمات سوختگی و ارزش تام بیهوشی از کدهای ارزش نسبی خدمات سلامت و آیین نامه های مربوط به کتاب استفاده می شود.

#### ۴- نحوه محاسبه درصد سوختگی بدن ( TBSA )

برای محاسبه درصد سوختگی از قانون ۹ استفاده می شود به شرح جدول زیر که بر اساس آن تمام سطح بدن به واحدهای نه درصدی تقسیم می شود که در اطفال به علت بزرگی سر این ضرایب تغییر می کند.

ردیف	عضو سوختگی	درصد سوختگی
۱	اندام تحتانی ( هر کدام)	٪۱۸
۲	تنه خلفی	٪۱۸
۳	تنه قدامی	٪۱۸
۴	اندام فوقانی (هرکدام)	٪۹
۵	سر و صورت و گردن	٪۹
۶	ناحیه تناسلی	٪۱

### جدول شماره ۱- نحوه محاسبه درصد سوختگی در بالغین

ردیف	عضو سوختگی	درصد سوختگی
۱	اندام تحتانی ( هر کدام)	٪۱۴
۲	تنه خلفی	٪۱۸
۳	تنه قدامی	٪۱۸
۴	اندام فوقانی (هر کدام)	٪۹
۵	سر و صورت و گردن	٪۱۸

### جدول شماره ۲- نحوه محاسبه درصد سوختگی در اطفال

۴.۱- سطح پوست بدن فرد بالغ معادل ۱۷۰۰۰ سانتی متر مربع (۱/۷ متر مربع) در نظر گرفته می شود.

۴.۲- هر ۱٪ سوختگی فرد بالغ معادل ۱۷۰ سانتی متر مربع می باشد.

۴.۳- فرد بالغ از نظر سنی به بالای ۱۲ سال اطلاق می گردد.

**تبصره ۱:** اسکار سوختگی : درمان اسکار سوختگی بعلت عوارضی نظیر احتمال تبدیل به بدخیمی ، محدودیت حرکتی ، تنفسی یا ایجاد حساسیت و ناراحتی پوستی در تعهد می باشد .

**تبصره ۲:** در کد ۱۰۰۳۲۵ برداشت پوست جهت گرافت بصورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد .

**تبصره ۳:** نظر به اینکه در کدهای ترمیمی سوختگی به عنوان شیرخوار و یا نوزاد تنها جهت محاسبه درصد سوختگی اشاره شده است لذا کد تعدیلی ۶۳ در این موارد قابل محاسبه خواهد بود .

**تبصره ۴:** در کد ۱۰۰۱۹۰ برای خارج نمودن تیشو اکسپنדרهای خارج بافتی حسب مورد چنانچه توأمأ از کدهای فلپ پوستی یا فلپ عضلانی - فاشیایی استفاده شود ، با رعایت اصول جراحی محاسبه و پرداخت بلامانع خواهد بود .

## ب-دستگاه استخوانی - عضلانی:

در این بخش انسیزیون آبه بافت نرم ، نمونه برداری ، رزکسیون تومور ، جا اندازی بسته و باز در شکستگی و در رفتگی، پیوند استخوان، کارگذاری و برداشتن پروتز و جسم خارجی و موارد دیگر براساس نواحی آناتومیک مختلف ذکر شده است.

۱- هزینه اکسپلوراسیون زخم بمنظور بررسی احتمال آسیب عصب و یا تاندون در مواردی که بدلیل زخمهای نافذ و احتمال آسیب عصب یا تاندون ، نیاز به بررسی عمیقتر و گسترده تر زخم وجود داشته باشد براساس گزارش و شرح عمل قابل محاسبه می باشد.( در صورتی که ترمیم صورت نپذیرد)

۲- در اعمال جا اندازی باز و فیکساسیون داخلی، در صورتیکه استئوتومی جزئی از عمل باشد جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۳- در شکستگی های بدون جا اندازی، حق الزحمه گچ گیری بطور مجزا قابل محاسبه و اخذ نمی باشد .

۴-دراعمال جراحی داخل مفصل (شکستگیها و...) خدمات کپسولوتومی جزو عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.( بعد از تغییر)

۵- بابت خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی (پروتز ، سیم ، پیچ ، میل و...) چنانچه دارای کد اختصاصی باشند با همان کد ( مانند خارج کردن پروتز هیپ) ودر غیر اینصورت از کد های خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی استفاده می شود .

۶- کد خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی (پروتز، سیم، پیچ، میل و...) بابت هر تعداد پیچ و پلاک خارج شده در یک شکاف جراحی تنها یکبار قابل گزارش و محاسبه می باشد .

۷- در خصوص کدهایی با شرح ترمیم هر تاندون ، هر مفصل، یا هر عضله در صورت نیاز به ترمیم بیشتر از یک مورد ، اصول درصد گیری اعمال جراحی ( کد تعدیلی ۵۱ - ) طبق ضوابط کتاب ارزشهای نسبی قابل تسری است .

۸- در خصوص آن دسته از شکستگیها و آسیبهای مفصل هیپ و قسمت پروگزیمال فمور که نیاز به کشش استخوانی ( pin traction ) می باشد در عمل جراحی اولیه صرفاً کد کشش استخوانی قابل گزارش و درخواست می باشد .

**تبصره :** در صورتی که شکستگی های مذکور تنها با pin traction تحت درمان نهایی قرار گیرند کدهای جاناندازی شکستگی های بسته در صورت درخواست قابل محاسبه می باشد .

۹- اعمال جراحی ستون فقرات به منظور اصلاح اسکولیوز و کیفیت در سن رشد (هجده سال) یا مشکلات ایجاد شده تنفسی قابل محاسبه می باشد.

نکته: در سایر موارد بدون در نظر گرفتن سن بیمار با تایید شورای علمی تخصصی بیمه پایه قابل پرداخت می باشد.

۱۰- در ترمیم های بدجوش خوردگی یا جوش نخوردگی قسمت های مختلف اسکلت استخوانی، فیکساسیون داخلی بصورت جداگانه قابل گزارش و محاسبه نمی باشد .

۱۱- محاسبه هزینه تعویض مفصل: هزینه تعویض مفاصل با شرایط و ضوابط تعیین شده طبق مصوبه هیئت وزیران در شمول تعهدات بیمه های پایه می باشد.

### **ج-دستگاه تنفس:**

در این بخش اعمال مربوط به بینی ، سینوس ها ، حنجره ، تراشه و برونش ، ریه ، پرده جنب و سایر موارد مربوطه ذکر شده است.

۱- انجام همزمان عمل سپتوپلاستی و رزکسیون ساب موکوزال ( SMR ) دارای کد مشترک می باشد.

در اعمال سپتورینو پلاستی ،هزینه سپتوپلاستی بر مبنای تعرفه این عمل در فهرست تعرفه گلوبال اعمال جراحی شایع با تایید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد .

۲- اعمال جراحی فک و صورت در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد با کارشناسی بیمه های پایه و تأیید قابل محاسبه می باشند .

### **د- دستگاه قلب و عروق:**

۱- جهت اعمال مجدد برای کنترل خونریزی یا ترومبوز پس از عمل، در همان نوبت بستری، حق العمل جداگانه ای برای جراح قابل محاسبه نمی باشد.

۲- در کلیه اعمال جراحی قلب باز بر روی یک یا چند رگ، کدهای برداشت شریان یا ورید بصورت مجزا قابل محاسبه نمی باشد .

۳- در صورتی که پیس میکر همراه با سایر اعمال جراحی کار گذاشته شود با اعمال کد تعدیلی (۵۱-) هزینه تعبیه پیس میکر محاسبه خواهد گردید .

**تبصره:** پیس میکر موقت همراه با اعمال جراحی CABG قابل محاسبه و اخذ نمی باشد .

۴- به همراه اعمال جراحی قلب باز خدماتی مانند Swan Ganz، مانیتورینگ، استرنوتومی که لازمه عمل اصلی می باشند قابل محاسبه نیست.

۵- در تعویض دریچه هزینه ترمیم همان دریچه قابل محاسبه نمی باشد.

۶- در آنژیوگرافی عروق کرونر توام با آنژیوگرافی عروق پریفری (محیطی) حسب مورد، ۵۰٪ تعرفه آنژیوگرافی عروق محیطی قابل محاسبه می باشد.

**تبصره:** هزینه جز حرفه ای آنژیوگرافی عروق محیطی حداکثر در ۳۰ درصد از آنژیوگرافی های عروق کرونر قابل محاسبه و اخذ می باشد (به تفکیک هر پزشک) و بدیهی است هزینه آن بطور جداگانه قابل اخذ نمی باشد.

۷- فلوروسکوپی قلبی جهت موارد مورد نیاز مثل پیس میکر، سوان گانز و یا مال فانکشن دریچه فقط یکبار قابل گزارش و محاسبه می باشد .

۸- در زمان انجام اعمال اینترونشنال قلب و عروق، حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی قلب در بیمارستان محل عمل الزامی است و در صورت عدم حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی در بیمارستان محل عمل، هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹- ویزیت قبل و بعد از اعمال Interventional و جراحی قلب قابل محاسبه نمی باشد .

۱۰- CPR (احیاء بیمار) در بخش ICU غیرقابل محاسبه و در CCU و بخش های عادی و اورژانس قابل محاسبه می باشد .

۱۱- اعمال جراحی قلب باز با دو روش صورت می گیرد :

- on pump با استفاده از پمپ اکسیژناتور صورت می گیرد و قلب در حالت « arrest » مورد عمل جراحی قرار می گیرد .

- off pump که با استفاده از شنتهای کرونری و احتیاطوس یا استارفیش (استابلایزر) صورت می گیرد . قلب در حالت Beating یا ضربان دار معلق و ثابت نگه داشته شده و مورد عمل جراحی قرار می گیرد.

#### ه- دستگاه خون و لنف :

آسپیراسیون مغز استخوان و آسپیراسیون به همراه بیوپسی سوزنی هرکدام جداگانه دارای کد می باشند .

#### و- دستگاه گوارش :

۱- **تانسیلیکتومی رادیکال :** جهت بررسی انجام نوع رادیکال ، از مواردی چون شرح عمل و ارسال نمونه برای پاتولوژی می توان استفاده نمود . قابل ذکر است که تانسیلیکتومی رادیکال بیشتر در سنین بالای ۱۵ سال انجام می گردد و در گزارش عمل جراحی به برداشتن مثلث رترومولار باید اشاره می گردد. (جواب پاتولوژی الزامی است)

۲- در ERCP علاوه بر شرایط عمومی آندوسکوپی نکات ذیل قابل ذکر است:

- تعداد تخت روز براساس تأیید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد .

- تعرفه خدمت براساس کد مربوطه در کتاب برای هر بیمار جداگانه محاسبه می شود.

- بیهوشی و Sedation تنها در صورت القاء توسط پزشک متخصص بیهوشی و حضور مستمر وی تا پایان عمل بر مبنای ارزش نسبی مندرج در کتاب قابل محاسبه می باشد.

۳- اعمال جراحی بای پس و یا بالونینگ معده در چاقیهای مرضی (Morbid Obesity) و در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد با BMI تا زمان تنظیم گایدلاین توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تایید شورای علمی- تخصصی بیمه های پایه قابل محاسبه می باشد.

#### ز- دستگاه کلیه و مجاری ادراری :

۱- سنگ مثانه: چنانچه همراه با عمل پروستاتکتومی سوپراپوبیک ، سنگ مثانه نیز خارج گردد قابل محاسبه نمی باشد.

۲- در خصوص خدمات یوردینامیک ، با توجه به شرح کدهای مربوطه ، ارائه گزارش الزامی است.

۳- در خصوص کدهای بررسی اورودینامیک در صورت نیاز به بیشتر از یک خدمت، اصول درصد گیری اعمال جراحی (کد تعدیلی ۵۱ - ) طبق ضوابط کتاب ارزشهای نسبی قابل تسری است.

۴- در اعمال جراحی TUL، برداشتن تومور مثانه با دستگاه مخصوص از راه مجرای ادرار و سایر موارد مشابه، سیستم تروستوکویی و کاتتر گذاری لازمه عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

۵- در انجام لیتوتریپسی (ESWL) ادامه درمان برای سنگ شکنی همان سنگ هر کلیه یا حالب حداکثر سه جلسه در تعهد سازمان های بیمه گر می باشد و بیش از آن بر عهده مرکز درمانی می باشد.

۶- هزینه بیهوشی در ESWL در صورت تجویز بیهوشی در موارد خاص توسط پزشک معالج و حضور مستمر متخصص بیهوشی و تکمیل برگ بیهوشی، بر اساس ارزش نسبی مندرج در کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۷- در پروستاتکتومی سوپراپوبیک خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشد.

۸- اعمال جراحی در بیماران هرمافرودیت ( دو جنسی ) با تایید پزشکی قانونی مورد تعهد بیمه پایه می باشد.

### ح- مراقبت های مامائی و زایمان :

۱- سزارین و زایمان طبیعی توسط پزشک در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی و غیر دانشگاهی براساس آیین نامه اعمال جراحی گلوبال قابل محاسبه می باشد.

۲- در خصوص مواردی که بیمار خارج از بیمارستان زایمان می نماید در صورت انجام کوراژ بعد از زایمان کد ۵۰۱۷۳۰ قابل محاسبه می باشد.

۳- حق الزحمه ایجاد بی دردی برای متخصص بیهوشی براساس شرح بیهوشی در کد زایمان مندرج در کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه می باشد. (در بخش دولتی به سرجمع گلوبال اضافه می گردد)

۴- هزینه زایمان توسط کارشناس مامایی یا کارشناس ارشد مامایی معادل ارزش نسبی زایمان طبق کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی، قابل محاسبه خواهد بود.

۵- در سزارین خارج از اندیکاسیون جز حرفه‌ای پزشک ۵۰ درصد قابل محاسبه می‌گردد و سایر موارد (جز فنی، بیهوشی هتلینگ و سایر موارد) بر اساس گلوبال سزارین قابل پرداخت می‌باشد. به عبارتی از سر جمع تعرفه گلوبال ۲۰ کا کسر می‌گردد.

۶- در زایمان طبیعی و سزارین بصورت گلوبال ، خدمت NST قابل گزارش نمی باشد .

۷- اقدامات جراحی ، طبی و تشخیصی- درمانی برای بیماریهایی که یکی از عوارض جانبی آنها ، نازائی است در تعهد بیمه پایه می باشد.

۸- هزینه های انواع لقاح مصنوعی (از جمله ZIFT-IUI-GIFT-IVF-ART-MICRO INJECTION) در تعهد بیمه پایه نمی باشد .

۹- هزینه بازکردن لوله ها برای برگشت قدرت باروری در افرادی که قبلاً عقیم شده اند قابل محاسبه می باشد .

۱۰- هزینه وازکتومی و توبکتومی(بجز مواردی که ضرورت آن به تائید مرجع قانونی مربوطه رسیده باشد) و تعبیه IUD در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

#### ی- دستگاه عصبی

۱- ترمیم پرده دورا (دوراپلاستی ) یا نشت مایع مغزی نخاعی صرفاً در صورتی قابل محاسبه می باشد که به منظور رفع رینوره یا اتوره انجام شود اما در سایر اعمال مغزی قابل محاسبه نمی باشد.

۲- ترمیم نشت دورا یا مایع مغزی نخاعی در نخاع به همراه سایر اعمال جراحی ستون فقرات قابل محاسبه نمی باشد .

#### ک- چشم و ضمائم چشمی :

۱- تخلیه چشم و کارگذاری پروتز : عمل جراحی تخلیه چشم جزو تعهدات می باشد . هیدروکسی آپاتیت و اعمال جراحی مربوط به جاگذاری و پروتز آن در تعهد بوده و هزینه shell (روکش) در تعهد بیمه پایه نمی باشد .

۲- هزینه عمل کراتوپلاستی (پیوند قرنیه)؛ به هر روش بر مبنای کد ۶۰۲۰۲۰ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت در تعهد بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۳- هزینه های تهیه، آماده سازی، نگهداری و تحویل قرنیه بر مبنای کد ۶۰۲۰۵۵ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت در شمول تعهدات بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۴- PRP (PanRetinal Photocoagulation) برای هر چشم حداکثر ۳ جلسه و بر مبنای کد ۶۰۲۳۷۰ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۵- جهت تزریق آواستین از کد ۶۰۲۲۷۵ استفاده می شود. هزینه دارو برابر ضوابط مصوب بصورت جداگانه قابل محاسبه است.

۶- جهت فتو دینامیک تراپی با Visudyne کد های ۶۰۲۳۷۵ استفاده می گردد. هزینه دارو برابر ضوابط مصوب بصورت جداگانه قابل محاسبه است.

#### ل- سایر موارد حق العمل:

۱- هزینه های درمانی مسمومیت ها در تعهد بیمه های پایه می باشد .

۲- هزینه های درمانی خودکشی قابل محاسبه می باشد .

۳- هزینه های درمانی ضرب جرح فقط در موارد ذیل قابل محاسبه می باشد:

- نزاع خانوادگی بستگان درجه یک

- ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی

- ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی

۴- هزینه های درمانی حوادث حین کار به جز مواردی که بر عهده کار فرما می باشد طبق ضوابط بیمه های پایه در تعهد می باشد.

۵- هزینه های درمانی ناشی از عوارض اعمال جراحی ، خارج از شمول تعهدات بیمه پایه می باشد.

۵- تعرفه بیهوشی در خدمات تشخیصی درمانی که در غالب موارد بدون بیهوشی انجام می گردد ولی به دلایل علمی و

پزشکی بیمار بیهوشی دریافت می نماید فقط با حضور متخصص بیهوشی قابل انجام بوده و توسط جراح و یا

متخصص مربوطه قابل گزارش نمی باشد.

## ماده ۱۱- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت کمک جراح :

الف- در مواردی که جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد ، کد تعدیلی (۸۰-) قابل گزارش می باشد. در این موارد ، ۲۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمت ارائه شده به بیمار ، با رعایت شرایط ذیل قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح فقط به رزیدنتهای سال ۳ و بالاتر تعلق می گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط میتواند متخصص مرتبط باشد.

ب- چنانچه مشخص گردد رزیدنت سال ۳ و بالاتر بعنوان کمک جراح در عمل حضور نداشته است کلیه پرداخت های کمک جراحی وی در آن ماه پرداخت نخواهد شد.

ج- لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و مطابق سر فصل ضمایم اعلام می گردد و تا زمان اعلام کمافی السابق عمل می گردد.

تبصره: در همه موارد کمک جراح باید برگه شرح عمل و صورت وضعیت اتاق عمل را مهر و امضاء نماید.

## ماده ۱۲- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت هزینه اتاق عمل ( جزء فنی ):

هزینه اتاق عمل مطابق با کد تعدیلی (۲۷-) کتاب ارزش های نسبی قابل محاسبه می باشد به طوریکه در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است ، ارزش نسبی سوم ، نشاندهنده جزء فنی آن خدمت است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روشهای زیر، قابل محاسبه می باشد:

۱- کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه میشود ، در بخش دولتی ارائه دهنده خدمت، معادل ۴۰درصد و در بخش خصوصی ارائه دهنده خدمت، معادل ۲۵ درصد از ارزش نسبی درج شده در ستون «واحد ارزش نسبی» به عنوان جزء فنی قابل محاسبه توسط مرکز ارائه دهنده خدمت میباشد. مبنای محاسبه جزء فنی توسط بیمه پایه در هر دو بخش دولتی و خصوصی معادل ۴۰٪ ارزش نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی با اعمال تعرفه بخش دولتی می باشد.

۲- کلیه مواردی که برای یک خدمت در ستون «واحد ارزش نسبی» هر سه جزء ارزش نسبی (جزء کلی، جزء حرفه ای و جزء فنی) تعیین شده است اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج از اتاق عمل ارائه شود، ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

۳- کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نمی‌شود، به این معنی است که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آنها قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون مذکور، به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

۴- هزینه  $O_2$  و  $N_2O$ ، پالس اکسیمتری و مانیتورینگ قلب با متعلقات، دستگاه TUR، انواع ست های جراحی پک جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و ...) و دستگاه ونتیلاتور جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

۶- فهرست لوازم مصرفی هزینه اطاق عمل (جزء فنی): مانند هزینه انواع تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، دستگاه ساکشن، کلیه دستگاههای سرمایه ای اتاق عمل از جمله دستگاه الکتروکوتر (قلم کوتر، پلیت کوتر و ...)، دستگاه مانیتور با متعلقات (بجز chest lead)، دستگاه TUR (پروپ، لوپ TUR و ...)، دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، دستگاه استرایکر، دستگاه ونتیلاتور (لوله های خرطومی، کانکتور و ...)، دستگاه اشعه (تلویزیون)، چراغ اشعه ماوراء بنفش، انواع ست های جراحی (ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و ...)، هزینه پگ جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و ...)، گاز  $O_2$ ، گاز  $N_2O$ ، گان، کلاه بیمار، هزینه استریل ست های جراحی، انواع محلولهای شوینده و استریل کننده مانند (آب اکسیژنه، الکل، بتادین، ساولن و ...) می‌باشد که در سرفصل جزء فنی لحاظ و به بیمارستان پرداخت می‌گردد. بنابراین بیمارستان نباید هزینه اینگونه موارد را بطور جداگانه از بیمه پایه درخواست و یا از بیمه شده دریافت نماید.

### ماده ۱۳- ضوابط و نحوه محاسبه دارو و تجهیزات مصرفی :

کلیه مراکز درمانی طبق آئین نامه های وزارت بهداشت و درمان موظف هستند که تمام داروها و تجهیزات مصرفی را تهیه و در اختیار بیماران قرارداده و از ارجاع بیمار جهت تهیه موارد فوق خودداری نمایند و همچنین مراکز باید آخرین لیست و فاکتور قیمت و یا تغییر قیمت دارو و تجهیزات مصرفی را جهت بررسی به ادارات بیمه و یا کارشناس رسیدگی کننده ارائه نمایند.

۱- کارشناس رسیدگی کننده موظف است ریز دارو و تجهیزات درخواستی در صورتحساب بستری را با برگه درخواست پزشک معالج، دستورات پرستاری و سایر مستنداتی که بابت مصرف موارد فوق در سند بستری موجود است مطابقت داده و لیست نهایی را تأیید نماید.

۲- دارو و تجهیزات مصرفی شامل دو بخش بوده، اتاق عمل و بخش بستری، که هر یک طی لیست جداگانه جهت رسیدگی ضمیمه سند بستری خواهد بود .

۳- درخصوص لوازم، مبنای تعهدات بیمه پایه، حداقل نرخهای مصوب اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و در صورت استفاده از انواع دیگر با قیمتهای بالاتر پرداخت مابه التفاوت به عهده بیمه پایه نمی باشد .

۴- هزینه chest lead در CCU , ICU قابل محاسبه نمی باشد.

۷- پروتزهایی استفاده شده در اعمال جراحی مورد تعهد در صورتی که توسط مراکز درمانی تهیه گردد پس از کنترل شرح عمل و سایر مستندات مبنی بر مورد استفاده قرار گرفتن آن براساس قیمت های مورد تعهد براساس آخرین دستورالعملهای ابلاغی قابل محاسبه خواهد بود .

### ماده ۱۴- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت رادیولوژی، سونوگرافی، پزشکی هسته ای CT Scan و MRI :

کلیه موارد فوق با کنترل وجود درخواست توسط پزشک معالج و گواهی ارائه خدمت و در صورت لزوم ضمیمه نمودن گزارش مطابق دستورالعمل مربوطه ممهور به مهر و امضاء پزشک انجام دهنده مطابق با تعهدات و تعرفه های مصوب در کلیه سرفصلها قابل رسیدگی و محاسبه خواهد بود.

**تبصره:** MRI درخواستی توسط پزشک عمومی قابل محاسبه نمی باشد.

**تبصره:** در خصوص خدمات MRI ، CT و پزشکی هسته ای و الکتروکاردیوگرافی تنها تفسیر توسط پزشک کافی است و قابل پرداخت است و پرداخت جزئی حرفه ای در تست ورزش با حضور فیزیکی پزشک مربوطه و ارائه گزارش قابل محاسبه می باشد

#### **ماده ۱۵- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت آزمایشگاه و پاتولوژی :**

تمامی درخواستهای آزمایش و پاتولوژی که به دنبال دستور پزشک معالج صورت گرفته با کنترل برگه گزارش نتایج اقدامات انجام شده قابل محاسبه خواهد بود.

**تبصره:** در خصوص خدمات آزمایشگاهی جهت اولین روز بستری یک تعرفه پذیرش (کد ۸۰۰۰۰۵) و در روزهای بعد به ازای هر بار خونگیری تعرفه یک مورد خونگیری (کد ۸۰۰۰۱۰) قابل محاسبه خواهد بود .

#### **ماده ۱۶- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت فیزیوتراپی :**

۱- در صورت انجام فیزیوتراپی تنفسی در سایر بخش ها به غیر از بخش های ویژه و تخصصی ریه و توراکس کد ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه می باشد.

۳- در صورت عدم رعایت مدت زمان تعیین شده در کد های فیزیوتراپی، هزینه ای قابل محاسبه نمی باشد.

#### **ماده ۱۷- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت شیمی درمانی :**

۱- ویزیت همزمان با شیمی درمانی قابل محاسبه نمی باشد و در صورتی که به هر دلیل بیمار نیاز به بستری داشته باشد طبق ضوابط بستری ویزیت محاسبه می گردد .

۲- کد های شیمی درمانی صرفاً در صورت حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳- کد ۹۰۱۵۵۵ شیمی درمانی به داخل حفره پلور صرفاً در صورت انجام توسط پزشک قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۴- کد ۹۰۱۵۵۰۹ انفوزیون طولانی مدت با استفاده از یک پمپ صرفاً در زمان حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه می باشد.

۵- در تزریق دسفرال ، هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی بطور جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

۶- برای شیمی درمانی بالای ۸ ساعت با یا بدون پمپ ، از کد ۹۰۱۵۵۰ استفاده می شود. در صورت استفاده از پمپ و ترخیص بیمار کد ۹۰۱۵۵۰ فقط یکبار قابل گزارش می باشد.

۷- برای شارژ مجدد پمپ شیمی درمانی در روزهای بعد کد ۹۰۱۵۶۵ قابل گزارش می باشد.

۸- تزریق داروی ATG توسط پزشک، تزریق داروهای حساس و بیولوژیک آنتی بادی های مونوکلونال برای مثال ریتوکسی ماب، ایمونوگلوبین داخل وریدی (IVIG) توسط پزشک و تزریق داروهای بی فسفوناتها ( برای مثال زومتا و پامیدرونات) و پالس متیل پردنیزولون توسط پزشک یا تحت نظارت مستقیم، در صورت انجام حین شیمی درمانی به صورت جداگانه قابل گزارش نمی باشد.

#### **ماده ۱۸- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت نوار نگاری ها :**

۱- هزینه EKG در کلیه کلینیکهای سرپایی و بخشهای بستری بیمارستانی و مراکز جراحی محدود در صورت تجویز پزشک معالج و انجام EKG استاندارد (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد و جز حرفه ای آن خدمت (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد

۲- در صورت انجام مانیتورینگ قلبی تا ۲۴ ساعت (حداقل ۸ ساعت) ، کد ۹۰۰۷۷۰ قابل محاسبه می باشد. (به جز بخش های ویژه)

## ماده ۱۹- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت دیالیز:

۱- دیالیز حاد: در نارسایی حاد کلیه به علت بیماریهای قلبی ، فشار خون ، عفونت ، نارسایی کبدی ، لوپوس ، شیمی درمانی ، مسمومیت و ..... همودیالیز اولیه تا ۶ جلسه اول با ارزش نسبی بصورت گلوبال ۱۷K برای مراکز دولتی و ۲۶ کابرای مراکز خصوصی محاسبه می گردد(۹۰۰۱۴۰).

۲- دیالیز مزمن: به صورت گلوبال در مراکز دولتی با ارزش نسبی ۱۵K و مراکز خصوصی ۲۳k محاسبه می گردد(۹۰۰۱۴۵).

بدیهی است حضور مستمر پزشک در حین دیالیز الزامی نبوده و تنها یک ارزیابی در هر جلسه کافی است.

۳- دیالیز صفاقی: در بیماران با نارسایی مزمن کلیه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۰ بصورت گلوبال با ارزش نسبی ۱۵۰K و "آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژ" در هر ماه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی ۱۲K قابل محاسبه می باشد.

۴- جهت احتساب لوازم مصرفی ، شالدون گذاری ، کاتتر گذاری و .... به شیوه نامه بسته خدمتی بیماران خاص و صعبالعلاج مراجعه گردد .

## ماده ۲۰- نحوه تقویم اسناد:

۱- قیمت ریالی هر یک از سرفصلهای اشاره شده فوق در برگه معرفی نامه یا صورتحساب بیمارستانی بیمار در مقابل عنوان مربوطه قید گردیده و کارشناس رسیدگی کننده موظف است پس از بررسی یک به یک بندهای فوق در صورت تایید مبالغ با علامت ( ) کنار هر رقم آنرا تایید نموده و در صورت اعمال تعدیلات دور رقم مربوطه را با دایره مشخص کرده و رقم صحیح را در کنار آن قید نماید و در مواردی که رقم مربوطه کاملاً غیر قابل محاسبه است با صفر مشخص گردیده و توضیح مختصری عنوان گردد.

۲- فرانشیز و سهم سازمان براساس ضوابط مربوطه از جمع کل صورتحساب محاسبه می گردد .

۳- تقویم اسناد بیمارستانی توسط کارشناس رسیدگی کننده ( فنی ) با خودکار سبز و کارشناس حسابداری با خودکار قرمز در صورتحساب درج گردد.

## ماده ۲۱- مراکز جراحی محدود و سرپایی:

۱- در مراکز جراحی محدود ملاک پذیرش و انجام اعمال جراحی بر اساس لیست اعلامی اعمال جراحی مجاز از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد خدمات خارج از لیست بر اساس تصمیمات متخذه داخلی بیمه های پایه اقدام خواهد شد می باشد.

۲- محاسبه و پرداخت هتلینگ برای مراکز جراحی محدود امکانپذیر نبوده و در این مراکز فرانشیز ۱۰٪ و سهم بیمه پایه ۹۰٪ تعرفه های دولتی می باشد.

## ماده ۲۲- آئین نامه اجرایی طرح گلوبال:

۱- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال به تفیک درجه ارزشیابی مکتسبه انواع بیمارستانها تنظیم و اعلام گردیده است و تفاوت تعرفه ها در بیمارستانها با درجات مختلف تنها ناشی از تفاوت هزینه اقامت هتلینگ می باشد.

۲- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد و در مراکز غیر طرف قرارداد (بصورت خسارت متفرقه) قابل اعمال می باشند. در مراکز جراحی محدود، هزینه هتلینگ از سرفصل تعرفه گلوبال کسر خواهد گردید.

۳- در مواردی که درمان بیمار در بیمارستان نیازمند مصرف پروتز مانند پیچ ، پلاک ، لنز و مش و ... باشد بایستی هزینه آن به قیمت سرجمع اضافه گردد.

**تبصره:** پرداخت هزینه مش فقط در هرنی انسزیونال قابل پرداخت می باشد.

۴- ارائه خدمات MRI، سی تی اسکن، آنژیوگرافی، رادیوتراپی و مشابه آن همچنین تست ورزش ، اکوکاردیوگرافی داپلرنگی و آندوسکوپی ها در تعرفه سرجمع منظور نگردیده و در صورت ارائه این خدمات باید جداگانه به هزینه سرجمع اضافه شوند.

۵- خدمات الکترو، مشاوره، سونوگرافی، پاتولوژی، آزمایش، رادیولوژی، دارو و وسایل مصرفی در سرجمع گلوبال منظور گردیده و جداگانه محاسبه نمی شود .

- ۶- چنانچه در هر نوبت بستری جهت یک بیمار دو عمل جراحی گلوبال مانند شکستگی دویل ساعد و اسپلنکتومی یا یک عمل گلوبال و یک عمل خارج از تعرفه گلوبال مانند شکستگی دویل ساعد و شکستگی مفصل ران و یا خدماتی نظیر ICU، CCU ارائه گردد پرونده از گلوبال خارج و هزینه های مربوطه با استفاده از کتاب ارزش های نسبی محاسبه گردد.
- ۷- هزینه مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال مانند خونریزیهای بعد از عمل و سایر مشکلات مرتبط با عمل به عهده مراکز درمانی و بیمارستانها است و هزینه ای بابت اینگونه موارد به هزینه سرجمع اضافه نخواهد شد.
- ۸- مراکز درمانی می بایست از اعلام هزینه اعمال گلوبال به صورت غیر گلوبال اجتناب نمایند، بدیهی است بیمه پایه هزینه اینگونه اعمال را بر طبق تعرفه گلوبال پرداخت نموده و هزینه مازاد قابل محاسبه نخواهد بود.
- ۹- چنانچه اعمال گلوبال به صورت سرپایی در بیمارستان انجام گردد، به شرط عدم کاهش کیفیت خدمات درمانی، هزینه مربوطه طبق تعرفه گلوبال با فرانشیز بستری قابل محاسبه می باشد.
- ۱۰- در اعمال گلوبال کدهای تعدیلی (۳۹-)، (۶۳-)، (۸۵-)، (۹۰-) و (۹۵-) در صورت احراز به سر جمع تعرفه خدمت اضافه می گردد. در صورتیکه هر یک از اعمال جراحی گلوبال مشمول کد تعدیلی (۵۳-) گردد عمل مربوطه از سرفصل گلوبال خارج شده و بر اساس ریز خدمات محاسبه خواهد شد.
- ۱۱- در موارد گلوبال در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمات، صرفاً بابت حق العمل جراحی، بیهوشی و ویزیت اولیه نوزاد سالم ارزش ریالی ضریب کای دوم به سر جمع هزینه گلوبال اضافه می گردد.

## ماده ۲۳- ضوابط و نحوه رسیدگی به حوادث:

### الف- حوادث ترافیکی:

۱- عبارت است از هر نوع حادثه مربوط به وسایلی که جهت حمل و نقل انسان ها یا کالاها از مکانی به مکان دیگری اتفاق می افتد.

شامل حوادث مربوط به هواپیما، فضاپیما، وسایل نقلیه آبی، وسایل نقلیه موتوری اعم از ماشین، موتور، قطار، دیگر وسایل حمل و نقل جاده ای و ...

**تبصره:** حوادث ناشی از ماشین های کشاورزی و ساختمانی و ساختمان سازی همانند تراکتورها ، جرثقیل ها ، بولدوزرها، در صورتی بعنوان حوادث ناشی از حمل و نقل محسوب می شوند که این وسایل به عنوان یک ماشین حمل و نقل درجاده های مواصلاتی، بزرگراهها و سایر معابر رسمی ترافیکی در حال تردد باشند. در غیر این صورت این وسایل به عنوان ماشین آلات یا دستگاه در نظر گرفته می شوند. و حوادث ناشی از فعالیت این ماشین آلات در خارج از معابر ترافیکی فوق الذکر، حادثه ترافیکی تلقی نمی گردد.

۲- به استناد بند «ب» ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه مراکز درمانی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد.

۳- هزینه های تشخیصی- درمانی بیماران حوادث ترافیکی تا دوماه پس از زمان ترخیص بر عهده وزارت بهداشت می باشد. (اعم از سرپایی و بستری)

#### **ب- حوادث دانش آموزی و ورزشکاران:**

هزینه های درمانی حوادث دانش آموزی و ورزشکاران مازاد بر تعهدات بیمه پایه بر عهده بیمه حوادث می باشد.

#### **ج- حوادث حین کار:**

هزینه های درمانی حوادث حین کار به جز مواردی که بر عهده کار فرما می باشد طبق ضوابط بیمه های پایه در تعهد می باشد.

#### **ماده ۲۴-ارتباطات و تعاملات :**

این دستورالعمل با "قانون برنامه پنج ساله پنجم کشور"، "مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور"، "کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت"، "آیین نامه پرداخت دوکا پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی" و "دستورالعمل رسیدگی به اسناد سرپایی، پاراکلینیک و پارامدیکال" در ارتباط می باشد.

**ماده ۲۵-** این دستورالعمل در ۲۴ ماده تنظیم گردیده و در تاریخ ۹۴/۰۴/۱۶ به تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور رسیده و از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد و از این پس کلیه ضوابط و مقررات قبلی در این خصوص کان لم یکن تلقی می گردد.