



دستور العمل رسیدگی به اسناد برنامه تحول نظام سلامت



نسخه ۰۲

فهرست مندرجات

مقدمه	۲
قوانین بالادستی تعرفه گذاری خدمات نظام سلامت	۲
ماده ۱: تعاریف	۲-۳
ماده ۲: جمعیت هدف، مراکز و بیمارستان های مشمول برنامه	۴
ماده ۳: فرایند نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه	۴-۵
ماده ۴: شمول خدمات	۶-۷
ماده ۵: نحوه رسیدگی به اسناد	۷
ماده ۶: اسناد مثبت به برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری	۸
ماده ۷: خدمات گران قیمت	۸
ماده ۸: زنجیره تامین خدمات	۸-۹
ماده ۹: نحوه تنظیم صورتحساب بیماران در زنجیره تامین خدمات	۹-۱۰
ماده ۱۰: نحوه تنظیم صورتحساب در سیستم اطلاعات بیمارستانی	۱۰
ماده ۱۱: موارد خارج از پوشش برنامه	۱۰-۱۱
ماده ۱۲: نحوه تنظیم صورتحساب بیماران دارای بیمه تکمیلی	۱۱-۱۲
ماده ۱۳: نحوه محاسبه کاهش فرانشیز (یارانه سلامت) بیماران بستری	۱۲

مقدمه

باتوجه به تاکید سند برنامه ششم 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 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.

قوانین بالادستی

۱. بند «۴» ماده ۳۹ قانون برنامه ششم توسعه:

سهم سازمان هدفمند کردن یارانه ها به منظور اختصاص به پرداخت یارانه نقدی و غیرنقدی به خانوارها، کمک به بخش سلامت و حمایت از تولید و اشتغال از طریق تأمین اعتبارات مربوط به اجرای قانون اصلاح الگوی مصرف انرژی مصوب ۱۳۸۹/۱۲/۰۴ و قانون توسعه حمل و نقل و مدیریت مصرف سوخت مصوب ۱۳۸۶/۰۹/۱۸

۲. تبصره ذیل بند ۱۱ مصوبه هیأت محترم وزیران به شماره ۱۹۵۸۴/ت/۵۰۵۲۹ هـ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۲۷:

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

ماده ۱: تعاریف

۱. **بیمارستان مشمول طرح:** مراکز و بیمارستان های دولتی و انحصاری غیر دولتی (مطابق با دستورالعمل مربوطه)
۲. **سهم یارانه سلامت (کاهش فرانشیز):** بخشی از هزینه صورتحساب بیماران که تحت پوشش حمایت برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری می گردد.
۳. **موارد خارج از تعهد برنامه:** هزینه کلیه خدمات تشخیصی درمانی که قابل پرداخت از محل یارانه سلامت و بیمه های پایه و تکمیلی نبوده و ۱۰۰ درصد توسط بیمار پرداخت میشود.
۴. **افراد مشمول برنامه:** کلیه ایرانیان دارای بیمه پایه (سازمان بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی، سازمان بیمه نیروهای مسلح).
۵. **اسناد پزشکی قابل رسیدگی مشمول برنامه:** اسناد بیماران بستری (گلوبال / غیر گلوبال) و هزینه آمبولانس بیماران تحت نظر اورژانس، قابل محاسبه و پرداخت می باشند.
۶. **خدمات گران قیمت:** به خدماتی که میانگین مبلغ صورتحساب آنها، بیش از ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (به جز جراحی های زیبایی) باشد در این برنامه، خدمت گران قیمت خوانده می شود.

۷. **زنجیره تامین خدمات:** بیمارستان موظف است تمامی خدمات مورد نیاز بیمار را در طی بستری در بیمارستان فراهم نماید در صورتی که بیمارستان امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی نسبت به تامین خدمت برای بیمار اقدام خواهد شد. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ترجیحا، ارجاع به مراکز دولتی بوده و بیماران فقط در صورت عدم وجود خدمات مورد نیاز به مراکز غیردولتی و خصوصی (ترجیحا با تعرفه دولتی) هدایت خواهند شد. انتخاب این مراکز و تعرفه مورد اعمال در آنها با مسئولیت و تایید کتبی ستاد تحول دانشگاه صورت می گیرد.
۸. **اعزام (انتقال) در زنجیره تامین:** بیمار بستری جهت دریافت خدمت توسط آمبولانس به بیرون از بیمارستان برده می شود و پس از دریافت خدمت مجدداً به بیمارستان برگردانده می شود.
۹. **اعزام (انتقال) بیمار از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر:** اعزام (انتقال) بیمار از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر جهت ادامه روند درمان وی (ترخیص از یک مرکز و پذیرش در مرکز درمانی دیگر) در خدمات بستری و بستری موقت
۱۰. **نظام ارجاع:** ارجاع بیماران از طریق سیستم پزشکی خانواده از سطح یک به سطح دو
۱۱. **کمیته تخصصی / فنی بیمارستان:** کمیته تخصصی / فنی بیمارستان که متشکل است از پزشک معالج، دو پزشک معتمد مرتبط و ریاست مرکز میباشد.
۱۲. **خدمات ستاره دار با قید IF:** خدماتی که با قید IF مشخص شده اند به معنی پوشش مشروط بوده که می بایست بر اساس استاندارد و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت جهت خدمات درمانی پوشش داده شود. لازم به ذکر است در صورت عدم وجود استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت تا زمان ابلاغ اینگونه خدمات با نظر کمیته تخصصی بیمارستانی تابعه آن دانشگاه خدمات درمانی تحت پوشش برنامه خواهد بود.
۱۳. **خدمات ستاره دار با قید C:** خدماتی با حرف C مشخص شده اند به معنی دارای پوشش حمایتی برنامه کاهش فرانشیز می باشد که می بایست مطابق با دستورالعمل های طرح تحول، محاسبات صورت پذیرد.
۱۴. **خدمات ستاره دار با قید UC:** خدماتی که با حرف UC مشخص شده اند به معنی فاقد پوشش حمایتی برنامه کاهش فرانشیز می باشد و هزینه آن در صورت ارائه توسط مرکز از بیمار دریافت می گردد.

ماده ۲: جمعیت هدف، مراکز و بیمارستان های مشمول برنامه

۱. افراد مشمول برنامه:

تمامی بیماران ایرانی واجد بیمه پایه سلامت (بیمه سلامت، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح) مشمول این برنامه می باشند.

تبصره ۱: اتباع بیگانه اعم از دارندگان بیمه پایه یا تکمیلی و یا فاقد آنها مشمول برنامه تحول نخواهند بود.

۲. مراکز مشمول برنامه:

۲.۱. **تمامی مراکز و بیمارستان های دولتی:** کلیه بیمارستانهای آموزشی - درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش پزشکی

۲.۲. **مراکز و بیمارستانهای انحصاری غیر دولتی:** در این بیمارستانها با توجه به تبصره (۴) بند "د" مصوبه هیات محترم

وزیران به شماره ۲۸۹۳/ت/۵۶۴۰۳ هامورخ ۱۳۹۸/۱/۱۹ تعرفه خدمات بستری و بستری موقت در کلیه مراکزی که

تنها مرکز ارائه دهنده خدمت بستری در شهرستان می باشند، معادل تعرفه دولتی خواهد بود.

تبصره ۲: حمایت 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)

تبصره ۳: بیمارستان ها و مراکز مشمول مکلفند تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

مورد نیاز کلیه بیماران را در همان بیمارستان و یا در زنجیره تأمین خدمات فراهم نمایند.

ماده ۳: فرایند نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی برنامه

براساس برنامه تحول و مفاد مندرج در برنامه، فرایند رسیدگی و نظارت که توسط بیمارستان و تحت نظارت دانشگاه (واحد

اقتصاد درمان) صورت می پذیرد به شرح ذیل است:

۱. پذیرش

۱.۱. کنترل دستور بستری

۲.۱. تعیین هویت بیمار (استعلام هویت بیمار)

۳.۱. دریافت کد HID در زمان پذیرش از سامانه استحقاق سنجی

۴.۱. الزام به خود اظهاری بیمار یا همراه وی در بدو پذیرش بیمار مبنی بر داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی

۲. ارائه خدمات

اقدامات این مرحله از زمان پذیرش تا زمان ترخیص و یا بعد از آن می باشد:

- کنترل خدمات درخواستی و ارائه شده مطابق با دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت
- کنترل دارو
- کنترل تجهیزات مصرفی

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

اقدامات این مرحله بعد از پذیرش بیمار و تا زمان ترخیص به شرح ذیل 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 فرانشیز بیمار قبل از پرداخت و ترخیص را بررسی و تایید می نماید) لازم به ذکر است که این مرحله با مرحله رسیدگی به اسناد منافاتی نداشته و نافی آن مرحله نمی باشد.

۴. رسیدگی به اسناد

۴.۱. رسیدگی در بیمارستان:

- کنترل اسناد مثبت الصافی در خصوص خرید خدمات زنجیره ارجاع دانشگاهی و غیر دانشگاهی و اطمینان از ثبت خدمات در صورت حساب بیمار
- کنترل اسناد بالینی و مالی منطبق بر دستورالعمل ها و ضوابط وزارت بهداشت در خصوص بسته های طرح تحول نظام سلامت در بیماران بستری با نظام ارجاع و بستری بدون نظام ارجاع
- کنترل یارانه سلامت در سیستم HIS و اطمینان از ارسال تمامی پرونده ها به سامانه سپاس از لحاظ تعداد پرونده و مبلغ ریالی یارانه سلامت

۴.۲. رسیدگی در دانشگاه: بررسی رانندوم میزان یارانه سلامت در سیستم HIS و انطباق آن با داشبورد اقتصاد درمان استخراج شده از سامانه سپاس

۴.۳. رسیدگی در وزارتخانه: بررسی رانندوم و تحلیل میزان یارانه سلامت در داشبورد اقتصاد درمان استخراج شده از سامانه سپاس

ماده ۴: شمول خدمات

۱. کلیه دستورالعمل ها و مصوبات ابلاغی شورای عالی بیمه و هیئت محترم وزیران مربوط به ارائه خدمات در این برنامه ساری و جاری می باشد.
۲. مابه التفاوت هزینه اقامت در اتاق یک تخته، دو تخته و بخش های خدمات رفاهی ویژه مشمول برنامه کاهش فرانشیز نمی باشند.
۳. هزینه همراه بیمار زیر ۱۲ سال مشمول حمایت برنامه می باشد. این هزینه مطابق با تعرفه مصوب هیات وزیران است. خاطرنشان می سازد؛ هزینه غذای مورد درخواست همراه بیمار تحت پوشش طرح تحول نمی باشد (ابلاغیه شماره ۱۳۹۸/۰۸/۱۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۱۸)
- تبصره ۴:** هزینه همراه بیمار (بدون غذا) در بیماران زایمان طبیعی فقط در بخش LDR رایگان و در صورت بستری بیمار در سایر بخشها قابل دریافت از بیمار می باشد.
- تبصره ۵:** هزینه همراه در صورتی قابل محاسبه می باشد که بیمارستان امکانات مورد نیاز همراه بیمار شامل: مبل تختخواب شو را در اختیار همراه بیمار قرار دهد. (اطلاعیه شماره ۵ و ۱۱ دبیرخانه ستاد تحول نظام سلامت)
۴. هزینه پک های جراحی جزء ۴۰ درصد اتاق عمل بوده و مشمول یارانه نمی باشد و گرفتن هزینه این پکها از بیمار ممنوع است.
۵. اقلام و خدمات ۶ درصد پرستاری و اقلام پایه هتلینگ طبق مصوبه ۱۸۵/۱۴۲ مورخه ۹۷/۷/۲۱ مشمول برنامه کاهش پرداختی نبوده و دریافت هزینه از بیمار نیز ممنوع است.
۶. سزارین خارج از اندیکاسیون و سزارین به انتخاب بیمار، مشمول یارانه سلامت نمی باشد.
۷. مابه التفاوت خدمات، دارو و لوازم مصرفی در پرونده بیماران ناشی از ضرب و جرح و یا خودکشی در صورتی که تحت پوشش بیمه پایه باشد، مشمول برنامه کاهش فرانشیز خواهد بود.
۸. هزینه دستبند بیمار بستری و ترمومتر، یکبار در طول بستری مشمول برنامه کاهش فرانشیز خواهد بود.
۹. مابه التفاوت دارو و لوازم خدمات گلوبال تا زمان ابلاغ اصلاحیه بسته های گلوبال قابل پرداخت از محل برنامه کاهش فرانشیز می باشد.
۱۰. تمام جراحی های خارج از تعهد بیمه پایه به جز جراحی های زیبایی در صورت داشتن اندیکاسیون و بودن در لیست خدمات تحت پوشش برنامه (خدمات ستاره دار ابلاغی طی نامه شماره ۱۴۲۲۸/۰۴/۲۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ است) که به تایید کمیته فنی پزشکی بیمارستان رسیده باشد؛ مشمول برنامه کاهش فرانشیز خواهد بود.
۱۱. ویزیت و مشاوره خارج از ضوابط سازمان های بیمه ای مشمول برنامه نبوده و از بیمار نیز قابل دریافت نمی باشد.
۱۲. در پرونده بیماران بستری لوازم مصرفی از جمله کمر بند طبی و ... در صورتی که به تشخیص پزشک معالج مورد نیاز بیمار باشد صرفا در زمان بستری وی، قابل پرداخت از طریق برنامه خواهد بود.
۱۳. هزینه خدمات تصویربرداری پرهزینه مانند (گاما نایف، پت اسکن و ...) با تایید اندیکاسیون توسط کمیته فنی پزشکی بیمارستان صرفا برای بیمار بستری مشمول برنامه کاهش فرانشیز می باشد.
۱۴. خدمات توانبخشی که در تعهد سازمان بیمه گر نمی باشد، در صورتی که صرفا برای بیمار بستری مورد نیاز تشخیص داده شود و در لیست خدمات ستاره دار ابلاغی طی نامه شماره ۱۴۲۲۸/۰۴/۲۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ دارای پوشش حمایتی باشد (IF & C) مشمول برنامه کاهش فرانشیز و قابل پرداخت است.

۱۵. هزینه هتلینگ، جزء فنی پاراکلینیک، دارو، لوازم مصرفی بخش، اتاق عمل پیوند و فراهم آوری قابل محاسبه از یارانه سلامت می باشد. لازم به ذکر است پرداخت جزء حرفه ای کما فی السابق از محل ردیف های پیوند پرداخت می گردد. (نامه شماره ۴۰۰/۲۱۲۷ مورخ ۱۳۹۸/۲/۹)

۱۶. کلیه بیماران خاص، صعب العلاج و سرطان در بخش بستری (مطابق با دستورالعمل خاص و صعب العلاج) مشمول این برنامه میباشند. لازم به ذکر است فرانشیز پرداختی بیماران بستری این گروه صفر خواهد بود و از منابع این برنامه تامین خواهد شد.

ماده ۵: نحوه تنظیم اسناد

۱. 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 خرید خدمت بر اساس تعرفه دولتی انجام می پذیرد. (تبصره ۴ بند "د" از ماده ۱۲ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۲۸۹۳/ت ۵۶۴۰۳ ها مورخ ۱۳۹۸/۱/۱۹)

تبصره ۶: خرید خدمت در زنجیره تامین مطابق با مرحله سوم از قسمت فرایند نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی

۲. هرگونه دریافت مازاد بر تعرفه دولتی مصوب هیأت وزیران مشمول حمایت این برنامه نبوده و بیمارستان مجاز به دریافت مبالغ از بیمار نیز نمی باشد

۳. روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت ایران) و سایر افرادی که در استانهای مجری برنامه پزشک خانواده که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان های مشمول برنامه مراجعه می کنند، فقط ۵ درصد (تشویقی نظام ارجاع) از هزینه خدمات مورد تعهد بیمه پایه و یارانه بستری را پرداخت می نمایند.

تبصره ۷: بیماران مذکور در صورتیکه به صورت اورژانسی به بیمارستان مراجعه و بستری شوند بدون داشتن مهر ارجاع مشمول ۵٪ تشویق نظام ارجاع خواهند بود.

۴. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم مورد تعهد سازمانهای بیمه گر می باشد (بر اساس مصوبه ۴۹ شورای عالی بیمه).

۵. تخفیف کا دوم تمام وقت جغرافیائی هیات علمی و درمانی و ترجیحی قابل پرداخت از محل یارانه و بیمار نمی باشد.

۶. برای محاسبه خدماتی که با تعرفه توافقی یا خصوصی در زنجیره ارجاع برای بیمار خریداری و ارائه می گردد معادل تعرفه دولتی در تعهدات سازمان بیمه گر و مابه التفاوت تعرفه دولتی با تعرفه توافقی یا خصوصی در ستون کاهش فرانشیز ثبت گردد. (ابلاغ بازنگری ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت به منظور رسیدگی اسناد بیمه ای طی نامه شماره ۱۱۰/۱۹۷۳/د مورخ ۱۳/۰۸/۹۸)

تبصره ۸: سهم بیمار صرفاً "بر اساس تعرفه دولتی مصوب هیات محترم وزیران" محاسبه می گردد.

۷. از تاریخ ابلاغ بخشنامه شماره ۴۰۰/۳۳۳ مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۸ تحویل لباس نو، جز هتلینگ محسوب می شود و محاسبه آن در صورت حساب از یارانه و یا بصورت نقدی ممنوع و خلاف محسوب می شود.

ماده ۶: اسناد مثبت به برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری

۱. مستند به نامه شماره ۴۰۰/۲۲۰ مورخ ۱۳۹۸/۱/۱۸ مبنای پرداخت یارانه سلامت سامانه سپاس است.
۲. وجود اسناد خدمات ارائه شده در خارج از بیمارستان در قالب زنجیره تامین خدمات مانند خدمات ارائه شده در بیمارستان الزامی است. (برگه خرید خدمت از بیمارستان مبداء همراه با تأیید توسط بیمارستان مقصد)
۳. وجود اسناد مثبت به خدمات خارج از پوشش بیمه و مورد تعهد برنامه کاهش فرانشیز در پرونده بیمار الزامی است.
۴. در خصوص نحوه پوشش دارو و لوازم خارج از تعهد بیمه پایه در صورتی مورد تعهد یارانه سلامت می باشد که خدمت مورد نظر طبق نامه شماره ۴۰۰/۱۴۲۲۸ د مورخ ۹۷/۰۶/۲۱ خدمات ستاره دار مورد تعهد برنامه کاهش فرانشیز قرار گرفته باشد.
۵. تایید کمیته فنی بیمارستان مبنی بر پوشش برنامه کاهش فرانشیز برای خدمات گران قیمت و خدمات مشروط (خدمات دارای قید IF مطابق نامه شماره ۴۰۰/۱۴۲۲۸ د مورخ ۹۷/۰۶/۲۱) الزامی می باشد.

ماده ۷: خدمات گران قیمت

خدمات گران قیمت فاقد پوشش بیمه پایه که میانگین مبلغ صورتحساب آن بیش از ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد (به جز جراحی های زیبایی)، در صورتی تحت پوشش برنامه کاهش فرانشیز قرار می گیرد که دارایی اندیکاسیون و جز لیست خدمات تحت پوشش برنامه (خدمات ستاره دار ابلاغی طی نامه شماره ۴۰۰/۱۴۲۲۸ د مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ است) بوده و به تایید کمیته فنی پزشکی بیمارستان رسیده باشد.

تبصره ۹: در صورتیکه تصمیم گیری توسط کمیته اجرایی ستاد تحول سلامت دانشگاه صورت می پذیرد می بایست با حضور نماینده معتمد از گروه های تخصصی مربوطه برگزار گردد.

ماده ۸: زنجیره تامین خدمات

۱. بیمارستان موظف است تمامی خدمات مورد نیاز بیمار را در بیمارستان فراهم نماید.
۲. در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره تامین خدمات بین بیمارستانی مصوب ستاد اجرایی دانشگاه، عمل خواهد نمود.
۳. در صورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه دانشگاه وجود نداشته باشد بر اساس زنجیره تامین خدمات بین دانشگاههای قطب، عمل خواهد شد.
۴. هزینه نقل و انتقال بیمار جهت دریافت خدمات در زنجیره تامین به عهده بیمارستان می باشد و قابل دریافت از بیمار و برنامه کاهش فرانشیز نمی باشد. (ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۸۳۸۸ د مورخ ۱۳۹۸/۸/۱)

۵. هزینه اعزام از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر در خدمات بستری و بستری موقت با در نظر گرفتن شرایط ذیل، قابل تامین از محل یارانه برنامه کاهش فرانشیز است. (ابلاغیه شماره ۱۸۳۸۸/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۸/۸/۱)

تبصره ۱۰: شرایط اعزام بیمار:

- در نظر گرفتن شرایط بیمار (ادامه درمان در مرکز مبدأ امکان پذیر نباشد)
- عدم وجود متخصص ارائه دهنده خدمت در مرکز
- عدم وجود امکانات لازم در بیمارستان

تبصره ۱۱: در صورتی که بیمار شخصا تقاضای اعزام از بیمارستان مبدأ به سایر بیمارستانها را داشته باشد هزینه به عهده بیمار می باشد.

۶. در صورتی که بیمار در بیمارستان مبدأ شروع به درمان کرده و برای ادامه درمان به دلیل عدم ارائه خدمت مورد نیاز به بیمارستان دیگری اعزام شود و به بیمارستان مبدأ برگردد می بایست از بیمارستان مبدأ ترخیص و در بیمارستان مقصد پذیرش مجدد گردد که در این حالت مشمول فرایند زنجیره ارجاع نبوده و بیمارستان مبدأ و مقصد هر کدام هزینه خدمت ارائه شده را مطابق با ضوابط بیمه ای و یارانه ای درخواست و دریافت می نمایند.
۷. بیمارستان مقصد مجاز به ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان جهت تهیه دارو و لوازم مورد نیاز خدمت نمی باشد.

ماده ۹: نحوه تنظیم صورتحساب بیماران در زنجیره تامین خدمات :

❖ ارجاع به مراکز دولتی دانشگاهی :

۱. برای خدمات زنجیره تامین می بایست محاسبات در مرکز ارائه دهنده خدمت مبدأ انجام شود (بر اساس شرایط مقصد) و در مبدأ، شناسه مرکز ارائه دهنده خدمت مقصد در ویژگی ExtraLocation (محل خارجی) وارد شود. (ماده ۳۳ ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد، ابلاغی طی نامه شماره ۱۳۹۸/۸/۱۳ د مورخ ۱۳۹۸/۸/۱۳)
۲. برای خدمات زنجیره تامین در مرکز ارائه دهنده خدمت مقصد، کد HID جدید اخذ نگردد. (ماده ۳۴ دستورالعمل فوق اشاره)
۳. خدمات زنجیره تامین که در سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مقصد ثبت شده است، نمی بایست به سپاس ارسال گردد. (ماده ۳۵ دستورالعمل فوق اشاره)
۴. رونوشت قرارداد های زنجیره تامین خدمات در بیمارستان می بایست به معاونت درمان ستاد دانشگاه ارسال گردد.

تبصره ۱۲: بیمارستان مقصد موظف می باشد تا زمان استقرار ارسال الکترونیک اسناد، مستندات درمانی خدمت انجام شده را جهت ادامه درمان به بیمارستان مبدأ ارسال نماید.

تبصره ۱۳: بیمارستان مقصد می بایست تنظیم صورتحساب را بر اساس استعلام نوع بیمه بیمار توسط سامانه استحقاق سنجی انجام دهد.

❖ ارجاع به بخش غیر دولتی / خصوصی :

- در صورتی که بیمار از بیمارستان مبدا به مراکز غیر دولتی / خصوصی جهت دریافت خدمت ارجاع و پس از دریافت خدمت به بیمارستان مبدا بازگردد، تنظیم صورتحساب و دریافت سهم بیمار، سهم سازمان بیمه گر و یارانه سلامت جهت انجام خدمت، توسط بیمارستان مبدا محاسبه و دریافت می گردد .

تبصره ۱۴ : کل مابه التفاوت تعرفه دولتی با غیردولتی / خصوصی توسط برنامه کاهش فرانشیز پرداخت خواهد شد و سهم بیمار برابر تعرفه بخش دولتی می باشد .

❖ قرارداد مراکز انحصاری :

- معاونت درمان دانشگاه مکلف است لیست بیمارستان های انحصاری (ابلاغیه شماره ۴۰۰/۲۷۶۱۳ مورخ ۱۳۹۳/۱۷۱۲) طرف قرارداد در برنامه تحول سلامت را در ابتدای سال به معاونت درمان وزارت بهداشت ارایه نماید و به صورت ماهیانه کارکرد مراکز را بر اساس دستورالعمل برنامه تحول سلامت، مورد بررسی قرارداده و به صورت مکتوب به ستاد معاونت درمان وزارت بهداشت اعلام نماید. در صورت عدم ارسال تاییدیه دانشگاه، تخصیص برنامه به بیمارستانهای انحصاری انجام نخواهد گردید.
- در خصوص بیمارستانهای غیر انحصاری، دانشگاه در صورتی مجاز به عقد قرارداد با مرکز و پرداخت یارانه سلامت برنامه کاهش فرانشیز به این بیمارستانها می باشد که نسبت به اخذ مجوز لازم از وزارت بهداشت اقدام و آن را دریافت نموده باشد.

ماده ۱۰: نحوه تنظیم صورتحساب در سیستم اطلاعات بیمارستانی

- صورتحساب بیماران در سیستم های ثبت اطلاعات بیمار در بیمارستان و متعاقب آن در سامانه سپاس بر اساس قوانین مندرج در مکاتبات ذیل لازمست صورت پذیرد:
- نامه شماره ۱۱۰/۱۶۷/د مورخ ۱۳۹۳/۲/۳۰، بخشنامه نحوه تهیه صورتحساب متحدالشکل توسط سیستم های اطلاعات بیمارستانی
- نامه شماره ۱۱۰/۱۹۷۳/د مورخ ۱۳۹۸/۸/۱۳- ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

ماده ۱۱: موارد خارج از پوشش برنامه

۱. جراحی های زیبایی
۲. حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی (بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه)
۳. هزینه خدمات ارائه شده به مصدومین ناشی از حوادث کار بایستی طبق قانون توسط کارفرما یا بیمه نامه ای که توسط کارفرما تهیه شده پرداخت شود. (بند ۴ اطلاعیه شماره ۱۱ ستاد تحول نظام سلامت)

۴. مابه التفاوت هزینه اقامت خدمات رفاهی ویژه، اتاق یک و دو تخته (نامه شماره ۳۳۳ / ۴۰۰ د مورخ ۹۸/۰۱/۱۸ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)
 ۵. همراه بالای ۱۲ سال (بند ۵ اطلاعیه شماره ۵ ستاد تحول نظام سلامت)
 ۶. سزارین خارج از اندیکاسیون و سزارین به انتخاب بیمار (بند ۷ اطلاعیه شماره ۵ ستاد تحول نظام سلامت)
 ۷. خدمات سرپایی و بستری موقت (بجز هزینه اعزام بیمار از یک مرکز به مرکز دیگر)
 ۸. توبکتومی و وازکتومی خارج از اندیکاسیون
 ۹. کسوراتی که براساس دستورالعمل‌های مصوب شورایعالی بیمه و یا به علت نقص مدارک، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می‌گردد.
 ۱۰. هزینه تشکیل پرونده قابل اخذ از بیمار و یارانه نمیباشد (بند ۱۰ اطلاعیه شماره ۵ ستاد تحول نظام سلامت)
 ۱۱. کلیه بیماران دارای بیمه تکمیلی
- تبصره ۱۵:** بیماران مستمری بگیر و بازنشسته کشوری دارای بیمه تکمیلی با شرایط ذیل مشمول بسته کاهش فرانشیز می باشند:
- کلیه اطلاعات هویتی و بیمه ای بیمه شدگان مذکور می بایست در سامانه استحقاق سنجی اعمال گردد و بیمارستان قابلیت استعلام از سامانه مذکور در این خصوص را داشته باشد.
 - سقف تعهد بیمه تکمیلی بیمه شدگان مذکور می بایست به صورت وب سرویس آنلاین در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد .
 - کلیه مراجعات بیمار به مراکز دولتی بوده باشد.
 - یارانه سلامت برای این بیماران صرفا شامل خدمات بالاتر از سقف مورد تعهد بیمه تکمیلی و با رعایت موارد فوق الذکر بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی طرح تحول سلامت مشمول می باشد .
 - کلیه تعهدات بیمه های تکمیلی شامل پرداخت فرانشیز خدمات مورد تعهد بیمه پایه و موارد خارج از تعهد بیمه پایه طبق روال قبل می بایست محاسبه و پرداخت گردد و در صورت کاهش تعهدات کلیه شرایط فوق قابلیت اجرایی نخواهد داشت (مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۹۵۸۴/ت/۵۰۵۲۹ هـ مورخ ۱۳۹۳/۲/۲۷)
 - بازنشستگان لشگری سازمان نیروهای مسلح مشمول تبصره ۱ نمی باشند.

ماده ۱۲: نحوه تنظیم صورتحساب بیماران دارای بیمه تکمیلی

- در صورت احراز نشدن وضعیت بیمه تکمیلی بیمار و درخواست بیمار به دریافت صورتحساب و مستندات بیمارستان موظف به حذف مبالغ یارانه سلامت در صورتحساب بیمار می باشد.
- بیمارستان دارای قرارداد با بیمه تکمیلی
- بیمارستان دارای قرارداد با بیمه های تکمیلی، متناسب با نوع تعهد بیمه تکمیلی، هزینه خدمات را محاسبه و درخواست می نماید.

• بیمارستان فاقد قرارداد با بیمه تکمیلی

۱. بیمارستان مکلف است نسبت به استعلام برخورداری بیمار از بیمه تکمیلی از سامانه استحقاق سنجی و یا سایر سامانه های مرتبط با بیمه تکمیلی اقدام نماید.
۲. در صورتیکه وضعیت بیمه تکمیلی بیمار نامشخص باشد و بیمار اظهار به داشتن بیمه تکمیلی نماید یارانه سلامت حذف و صورتحساب مطابق با ضوابط تنظیم و به بیمار ارائه گردد.
۳. بدیهی است یارانه سلامت به بیماران دارای بیمه تکمیلی فاقد قرارداد با بیمارستان تعلق نمی گیرد.

ماده ۱۳: نحوه محاسبه کاهش فرانشیز (یارانه سلامت) بیماران بستری

۱. هزینه بیماران بستری برای کلیه خدماتی که پوشش بیمه ای ندارد و مشمول یارانه سلامت می شود (خدمات دارای قید C و یا IF / با در نظر گرفتن تایید کمیته فنی بیمارستان) بر اساس جدول شماره دو از محل یارانه سلامت و توسط وزارت بهداشت پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۶: سهم پرداختی بیمار (فرانشیز) در خدمات سرپایی و بستری موقت ۳۰ درصد خواهد بود و این خدمات مشمول یارانه

- سلامت نمی باشند) بند "الف" از ماده ۲ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۲۸۹۳/ت ۵۶۴۰۳/هـ مورخ ۱۳۹۸/۱/۱۹ هر گونه ابلاغ از طرف سازمانهای بیمه گر در خصوص نحوه استفاده از یارانه فاقد اعتبار بوده و بیمارستان مجاز به تغییر در برنامه و نرم افزارهای مدیریت اطلاعات بیمارستان نخواهد بود
۲. بیماران مشمول نظام ارجاع سهم ۵٪ تشویقی (سهم کاهش فرانشیز از خدمات مورد تعهد بیمه پایه) از محل یارانه سلامت و توسط وزارت بهداشت پرداخت خواهد شد.
 ۳. پوشش حمایتی برنامه کاهش پرداختی صرفاً برای اعزام در سطح دو و سه ارائه خدمت بوده و مشمول اعزام های سطح یک به سطوح بالاتر نمیگردد. (ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۹۸۳۷ مورخ ۱۳۹۸/۸/۱۹)
 ۴. هر گونه محاسبه خارج از جدول شماره دو جز تخلفات دانشگاه محاسبه میگردد.

جدول شماره یک – نحوه محاسبه کاهش فرانشیز (یارانه سلامت) بیماران بستری

عنوان سازمان بیمه گر	سهم سازمان (از خدمات در تعهد)	سهم بیمار از خدمات مورد تعهد بیمه	سهم کاهش فرانشیز از خدمات مورد تعهد بیمه پایه (تشویقی نظام ارجاع)	سهم کاهش فرانشیز از ماهه التفاوت موارد تحت پوشش بیمه و خارج از پوشش بیمه پایه	سهم بیمار از ماهه التفاوت موارد تحت پوشش بیمه و خارج از پوشش بیمه پایه	سهم کاهش فرانشیز در خدمت (بجز آمبولانس) زنجیره تامین (ماهه التفاوت تعرفه دولتی با غیر دولتی)	سهم بیمار از زنجیره تامین (ماهه التفاوت تعرفه دولتی با غیر دولتی)
بیماران با نظام ارجاع	سهم سازمان	۵۰٪ سهم بیمه شده	۵۰٪ سهم بیمه شده	۹۵٪	۵٪	۱۰۰٪	۰٪
روستایی بدون نظام ارجاع/ سایر صندوق های بیمه سلامت / تامین اجتماعی عادی	سهم سازمان	سهم بیمه شده	۰٪	۹۰٪	۱۰٪	۱۰۰٪	۰٪
تامین اجتماعی ۱۰۰ درصد (ارجاعی سازمان / فوتی / خاص / بستری انواع بخشهای ICU)	سهم سازمان + سهم بیمه شده	۰٪	۰٪	۹۰٪	۱۰٪	۱۰۰٪	۰٪
تامین اجتماعی (مستمری بگیر)	سهم سازمان + ۵۰٪ سهم بیمه شده	۵۰٪ سهم بیمه شده	۰٪	۹۰٪	۱۰٪	۱۰۰٪	۰٪
نیروهای مسلح	سهم سازمان + سهم بیمه شده	۰٪	۰٪	۹۰٪	۱۰٪	۱۰۰٪	۰٪
مصدومین حوادث ترافیکی	سهم سازمان + سهم بیمه شده	۰٪	۰٪	۰٪	بر اساس دستورالعمل	۰٪	۰٪
سایر سازمانها طرف قرارداد	بر اساس متن قرارداد	بر اساس متن قرارداد	بر اساس متن قرارداد	۰٪	بر اساس متن قرارداد	۰٪	بر اساس متن قرارداد
آزاد (فاقد دفترچه بیمه پایه)	۰٪	سهم سازمان + سهم بیمه شده	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪	۰٪

