



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 شورای 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، رژئونال، 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 می گردد. 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 می گردد.

کد ۴۵- انجام بی‌حسی ناحیه ای (رژ یونال) 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 می گردد، از بیحسی موضعی استفاده نماید، ۲۰ درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت می باشد. 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 شورایی 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 تلقی 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 می‌باشد . 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 نمی‌باشد.

۹- در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش‌های ویژه می‌باشند 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 می‌باشد.

۱۰- ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام ، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می‌باشد. 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 می‌باشد

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

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

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 می‌باشد.

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- در اعمال 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) و در 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 احتیپوس 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 تروستوکوپي 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 هرmafrodیت (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 نمی‌باشد .

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

۷- پروتزه‌های 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 مب، 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 انسیونال 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.