



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

بسمه تعالی



همه با هم نه به اعتیاد

پارینگر - هم - باشتیم

تاریخ: ۱۴۰۱/۱۰/۰۳

شماره: ۱۴۰۱/۱۱/۵۵/۱۰۸۸۷

پیوست: دارد

ساعت: ۱۰:۳۲

رئیس محترم بیمارستان...

موضوع: ابلاغ مصوبات نود و یکمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور

با سلام و احترام

پیرو نامه ۴۰۰/۲۳۰۸۷ د مورخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۷ معاون محترم درمان وزارت متبوع، به پیوست نامه شماره ۱۰۰/۱۱۴۳ مورخ ۱۴۰۱/۰۹/۰۱ وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور در خصوص ابلاغ مجموعه مصوبات نود و یکمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۱۷ با موضوع وحدت رویه و یکپارچه سازی ضوابط و دستورالعمل های یکسان بیمه های پایه و تکمیلی جهت استحضار و بهره برداری ارسال می گردد. مفاد اصلی این تصویب نامه حول محورهای زیر می باشد:

۱. وحدت رویه در اجرای دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه

- نحوه پرداخت همزمان ویزیت سرپایی با ویزیت روز اول در پرونده های بستری طبی: در صورتی که بیمار با دستور بستری (در پرونده های طبی) از درمانگاه یا مطب در همان روز انجام ویزیت سرپایی در یکی از بخش های بیمارستان بستری گردد، ویزیت روز اول بستری (در صورت انجام و وجود اسناد مثبت برای انجام ویزیت روز اول بستری) علاوه بر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت است.
- نحوه پرداخت همزمان مشاوره بستری و مشاوره های منجر به پروسیجر: در صورتی که پزشک معالج درخواست مشاوره از پزشک سرویس دیگر نماید و مشاوره منجر به اقدام تشخیصی و درمانی (پروسیجر) گردد، هر دو خدمت مشاوره و پروسیجر، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در صورتی که پزشک معالج از پزشک مشاوره درخواست انجام پروسیجر مشخصی را نماید، صرفا هزینه پروسیجر مربوطه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. در صورتی که پزشک مشاور تصمیم مبنی بر عدم انجام پروسیجر اتخاذ نماید، هزینه مشاوره قابل پرداخت است.
- نحوه محاسبه و پرداخت ویزیت بستری در پرونده های طبی منجر به تغییر سرویس به جراحی: در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از سرویس طبی به سرویس جراحی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه سرویس طبی مربوطه تا زمان انتقال به سرویس جراحی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- نحوه محاسبه و پرداخت ویزیت بستری در پرونده های جراحی منجر به تغییر سرویس به طبی: در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از جراحی به طبی، به شرط انتقال به سرویس طبی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه سرویس طبی مربوطه قابل محاسبه و پرداخت خواهد داد.



- ارائه خدمات به نوزادان تا ۲۸ روز متناسب با جنسیت با شناسنامه والدین: ارائه خدمات تحت پوشش بیمه به نوزادان (تا ۲۸ روز)، با دفترچه پدر یا مادر قابل انجام است. در این بازه ی سنی (تا ۲۸ روز)، ارائه خدمات بدون توجه به محدودیت جنسیتی مندرج در دفترچه (پدر یا مادر) قابل انجام است.
 - تعمیم استحقاق پوشش بیمه به کل دوره بستری برای بیماران بیمه شده در طول دوره بستری: در صورتی که بیمار تا پایان زمان ترخیص از طریق سیستم استحقاق سنجی نسبت به ارائه بیمه نامه معتبر از یکی از سازمان های بیمه گر پایه اقدام نماید، کل پرونده بستری به صورت بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت است (این مصوبه توسط نمایندگان سازمان بیمه سلامت تأیید شده است. در مورد بیمه نیروهای مسلح نیز اشاره گردیده است که برای بیمه شدگان غیر قطعی پوشش هزینه ها از زمان دریافت استحقاق بیمه ای می باشد)
۲. وحدت رویه در رسیدگی به اسناد تصویر برداری پزشکی
- هزینه لوازم مصرفی اختصاصی خدمات تصویر برداری با کنتراست: هزینه ماده کنتراست و هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر رابط انژکتور و آنژیوکت جداگانه یکبار به ازای هر بیمار قابل محاسبه و پرداخت می باشد، سرنگ انژکتور به ازای هر ۵ بیمار یکبار (معادل ۲۰ درصد قیمت برای هر بیمار) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
 - استاندارد تجویز پاراکلینیک توسط متخصصین پزشکی هسته ای: برای بیمارانی که خدمت درمان متاستاز با مواد رادیواکتیو به صورت مرحله ای دریافت می کنند. جهت پیگیری درمان به متخصصین پزشکی هسته ای اجازه تجویز خدمات پاراکلینیک داده شود.
 - تعداد کلیشه دندانپزشکی قابل پرداخت جهت دندانهای ۶-۷-۸: با تأیید ناظر سازمان های بیمه گر برای دندانهای خلفی ۴ و ۵، و دندانهای ۶، ۷، و ۸ در صورت بزرگ بودن اندازه یا انحراف (یا زاویه دار بودن) دندان می توان به ازای هر دندان، کلیشه را به صورت جداگانه گزارش کرد.
۳. وحدت رویه در رسیدگی به اسناد بیماران خاص و صعب العلاج: اصلاحاتی به شرح ذیل در دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج مورد تصویب قرار گرفت:
- خودپرداخت (فرانشیز) داروهای دی متیل فومارات، تریفلونامید و فامپریدین برای بیماران مبتلا به ام اس از ۳۰ به ۱۰ درصد از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه کاهش یافت.
 - داروهای IVIG، Cap-Tap Tacrolimus 3 mg، everolimus 0.75mg و everolimus 0.25mg به لیست داروهای تخصصی وابسته به پیوند کلیه با حذف فرانشیز از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه اضافه گردید.
 - خود پرداخت (فرانشیز) تزریق داروهای آنتی بادی مونوکلونال ضد سرطان و بیس فسفونات ها در بیماران مبتلا به سرطان (مطابق با آخرین گایدلاین ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) از ۳۰ به صفر درصد از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تغییر یافت.



همه با هم نه به اعتیاد

پارینگر - هم - باشیم

- خدمت MRI T2 برای بیماران تالاسمی به طور رایگان از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تحت پوشش قرار گرفت.
- محافظه پمپ تزریق در بیماران شیمی درمانی به طور رایگان از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تحت پوشش قرار گرفت.
- خدمات خون برای بیماران خاص به طور رایگان از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تحت پوشش قرار گرفت.
- کیسه کولستومی برای کلیه بیماران سرطانی با سابقه جراحی روده به طور رایگان از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تحت پوشش قرار گرفت.
- در بسته گلوبال پیوند کلیه، پرداخت حق الزحمه نفرولوژیست با رعایت آیین نامه تمام وقتی با ضریب ریالی تمام وقتی توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.
- ۴. وحدت رویه در دستورالعمل رسیدگی به اسناد دندانپزشکی: خدمات فیشور سیلانت دندانهای شماره ۶ و ۷، تا سن ۱۴ سالگی صرفاً یکبار برای هر دندان توسط سازمان های بیمه گر پایه با سهم سازمان معادل ۷۰ درصد تعرفه دولتی پرداخت گردد.
- ۵. بازنگری دستورالعمل پرداخت اسناد بیماران اعزامی به خارج از کشور:
 - پوشش هزینه بیماران اعزام به خارج از کشور برای بیماران دارای تأییدیه شورای عالی پزشکی، بر اساس حمایت های فعلی (معادل ریالی تا سقف ۴۲۰۰ دلار بر اساس نرخ رسمی بانک مرکزی) توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد. برای بیمارانی که تأییدیه شورای عالی پزشکی را ندارند پرونده با روال جاری تعرفه های دولتی و بر اساس هتلینگ درجه یک محاسبه و پرداخت می گردد.
 - بار مالی مربوطه برای بیماران دارای تأییدیه شورای عالی پزشکی از محل منابع سازمان های بیمه گر پایه تأمین خواهد شد.
 - در خصوص هزینه بیماران اعزام به خارج از کشور برای بیماران فاقد تأییدیه شورای عالی پزشکی مشابه پرونده های داخلی از محل منابع سازمان های بیمه گر پرداخت می گردد.
- ۶. ارائه پوشش بیمه ای رایگان به بیماران نادر و ایرانی فاقد بیمه:
 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست بیماری های نادر، خاص و صعب العلاج را به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام نماید.




● در خصوص بیماران نادر ایرانی فاقد بیمه، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است بیماران نادر را به طور رایگان تحت پوشش قرار دهد. (تبصره: وزارت بهداشت مکلف است فهرست مشخصات این بیماران را به سازمان بیمه سلامت ایران ارائه نماید).

۷. وحدت رویه در محاسبه و پرداخت ویزیت و مشاوره ارائه شده به بیماران دچار مسمومیت:

● در مواردی که بیمار توسط Ph.D سم شناسی با پایه پزشکی عمومی (M.D) به عنوان پزشک معالج بیمار را بستری نماید، ویزیت روزانه مشابه سایر گروه های تخصصی توسط سازمان های بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.

- تبصره ۱: هزینه ویزیت سرپایی در درمانگاه و مطب تحت پوشش بیمه های پایه نمی باشد.
- تبصره ۲: در خصوص انجام مشاوره دارویی برای بیماران دچار مسمومیت رشته های صاحب صلاحیت بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد.


دکتر امیر نافسی
معاون درمان دانشگاه