



ضوابط و دستورالعمل های یکسان بیمه های پایه

تابستان ۹۴
ویرایش اول



سرفصل‌های:

۱. سربانی

۱-۱- افنیزوترایبی

۱-۲- آزمایشگاه ژنتیک

۱-۳- آزمایشگاه

۱-۴- پزشکیان

۱-۵- پروتوزسکی

۱-۶- اسناد دارویی

۱-۷- قیمت‌گذاری دارویی

۱-۸- تجهیزات پزشکی

۲. نظارت

۳. قراردادها

۴. بستری



ضوابط و دستورالعمل های سرپایی

ضوابط لازم الاجراء توسط مؤسسه طرف قرارداد فیزیوتراپی

- ۱- کلیه آئین‌نامه‌ها، تعرفه‌ها و بخشنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای بیمه‌گر در مورد فیزیوتراپی‌ها که از سوی سازمان به مؤسسات ابلاغ می‌گردد، لازم‌الاجراء می‌باشد.
 - ۲- تاریخ اعتبار کلیه دفترچه‌ها کنترل گردد.
 - ۳- در هنگام ارائه خدمت مشخصات فردی مندرج در دفترچه‌ها و عکس الصافی با مراجعه کننده تطبیق داده شود.
 - ۴- در صورت وجود هرگونه خدشه در قسمتهای مختلف نسخه، مورد صحیح باید در پشت نسخه به وسیله پزشک معالج ذکر شده و مهر و امضاء گردد.
 - تبصره: دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه بلامانع می‌باشد.
 - ۵- در صورتیکه در حین جداکردن نسخه از دفترچه مشخصات سربرگ پاره گردد، می‌بایست قسمت مربوطه چسبانیده و در پشت نسخه توسط مسئول فنی مرکز توضیح داده شود و مهر و امضاء گردد.
 - ۶- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی از زمان درخواست توسط پزشک می‌بایستی بیش از یکماه نباشد.
 - ۷- در سازمان بیمه سلامت تا راه‌اندازی سیستمهای مکانیزه، تاریخ خدمات فیزیوتراپی از شروع اولین جلسه، می‌بایستی بیش از دو ماه ادامه نیابد و در سایر سازمانها محدودیتی در رابطه با خاتمه جلسات موجود نیست.
- توضیح ۱: ملاک زمان ارسال نسخ توسط مؤسسه آخرین جلسه مراجعه بیمه شده برای دریافت خدمات می‌باشد.

توضیح ۲: در صورت عدم درج تعداد جلسات توسط پزشک معالج تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

- ۸- نسخ بدون تاریخ قابل پذیرش نمی‌باشند و حتماً باید پزشک معالج تاریخ نسخه را درج نماید.
 - ۹- نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، سایر سازمانها، مؤسسات دیگر و ماههای گذشته و آینده کپی نسخ، برگ مخصوص بیمار و برگ مخصوص پزشک جزء تعدیلات محسوب خواهد گردید.
 - ۱۰- کلیه لیستها و نسخ ارسالی باید دارای مهر یا پرینت مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد.
 - ۱۱- لیستهای ارسالی فیزیوتراپی‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاه‌های خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر یا پرینت مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.
- توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر مؤسسه یا مسئول فنی درج گردیده باشد، ممهور نمودن به مهر مرکز درمانی موضوعیت ندارد.
- ۱۲- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد اسناد خود را تا تاریخ ۱۵ ماه بعد بایستی تحویل دهند، در غیراینصورت سازمانهای بیمه گر تعهدی در قبال دیرکرد پرداخت نخواهند داشت.
 - ۱۳- عدم ارسال نسخ بیش از سه ماه متوالی در صورت عدم اعلام قبلی به منزله انصراف مؤسسه از ادامه همکاری می‌باشد و باعث تعلیق قرارداد خواهد شد.
 - ۱۴- در صورت هرگونه تغییر آدرس، تعطیلی موقت و یا دائم، مراتب بایستی بصورت کتبی به اداره نظارت و قرارداد ابلاغ داده شود؛ در غیراینصورت در مقطع زمان مورد نظر اسناد قابل پذیرش و پرداخت نبوده و از طریق اداره نظارت و قرارداد قابل پیگیری می‌باشد.
 - ۱۵- در صورت دریافت گزارش از اداره نظارت و قرارداد مبنی بر عدم حضور مسئول فنی مؤسسه، اسناد مربوط به تاریخ عدم حضور مسئول فنی مشمول تعدیل سهم سازمان واقع خواهد شد.

- ۱۶- در صورت تغییر مسئول فنی و یا جانشین موقت مسئول فنی (بیش از ۳ روز)، مؤسسه مربوطه باید موضوع را کتباً به اداره نظارت و ارزشیابی اداره کل استان اعلام نماید و در کمتر از مدت یادشده موضوع به نحو مقتضی به سازمانهای بیمه گر اعلام گردد.
- ۱۷- قائم مقام موظف به مهور نمودن نسخ در زمان قائم مقامی خود می باشد و در صورت عدم رعایت این موضوع خدمات ارائه شده در همان روز مشمول تعدیلات می گردد.
- ۱۸- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد حداکثر تا ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورت حساب، می توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند.
- ۱۹- سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی و سازمان بیمه سلامت با ۱۰ جلسه و یک اندام برای پزشک عمومی موافقت نمودند.
- ۲۰- برای پزشکان متخصص حداکثر ۱۵ جلسه و دو اندام قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۲۱- برای پزشکان متخصص در صورتیکه بیمار مبتلا به یکی از بیماریهای ام اس، میاستنی گراو، دوشن، گیلن باره و فلج مغزی باشد، حداکثر ۱۵ جلسه و حداکثر ۴ اندام قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۲۲- ذکر تشخیص اولیه در کلیه نسخ فیزیوتراپی اجباری است.
- ۲۳- اگر طرح درمان از سوی پزشک معالج در نسخه ذکر شده باشد، کد ۹۰۱۶۲۰ برای مرکز فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۲۴- در سازمانهایی که تأیید نسخ به شکل مکانیزه انجام نمی گیرد، تکمیل فرم گزارش فیزیوتراپی در هر جلسه الزامی است.
- ۲۵- نسخ ارسالی می بایستی طبق لیست ارسالی شماره گذاری شوند.
- ۲۶- فیزیوتراپی در منزل در تعهد نمی باشد.
- ۲۷- فیزیوتراپی به منظور زیبایی در تعهد این سازمان نمی باشد.
- ۲۸- درخواست فیزیوتراپی متخصصین می بایست متناسب با تخصص مربوطه باشد.
- ۲۹- در کلیه جلسات ارائه خدمات، بایستی دفترچه بیمار همراه وی باشد.



۳۰- حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در روز یکبار می باشد.

۳۱- برای یک ناحیه از بدن فقط یکی از درمانهای حرارتی سطحی (مانند اینفرارد (IR) یا هات پک (HP)

یا کلدپگ یا حمام پارافین) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

دستورالعمل و ضوابط رسیدگی به اسناد آزمایشگاهی (مولکولی)

ضوابط PCR و چگونگی تأیید نسخ PCR کمی:

در راستای مدیریت بهینه هزینه ها و ایجاد زمینه نظارت علمی و به منظور ارتقا سطح دسترسی بیمه شدگان به خدمات پاراکلینیک متناسب با نیازهای درمانی و سلامت دستورالعمل چگونگی تأیید نسخ و پرداخت هزینه آزمایش PCR کمی در هیپاتیت B و C و سایر بیماریها بر اساس بسته خدمات بیمه پایه اعلام می گردد:

۱- کلیه نسخ آزمایش PCR کمی لازم است در اداره کل بررسی و در صورت تطبیق با شرایط دستورالعمل مورد تأیید قرار می گیرد.

۲- در نخستین مراجعه بیمه شده جهت تأیید نسخ آزمایش PCR کمی اخذ جواب آزمایشات مربوط به هیپاتیت B و یا C (مثبت بودن Anti HCV.Ab یا مثبت بودن HBS.Ag)، تستهای فعالیت کبدی (SGOT – SGPT) و مدارک پزشکی مربوطه برای سایر بیماریها و همچنین درخواست آزمایش PCR توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص مرتبط در مراجعات بعدی بیمه شدگان جهت تأیید PCR کمی؛

نتایج آزمایشات انجام شده قبلی به همراه تصویر آن جهت بررسی به کارشناس تأیید کننده نسخ ارائه گردیده و در صورت انطباق با ضوابط و اندیکاسیونهای قابل قبول؛ نسخه تأیید و تصویر آزمایشات یاد شده به پرونده بیمار الحاق می گردد.

آزمایشگاه های طرف قرارداد که واجد شرایط استاندارد انجام آزمایش PCR بوده و در خصوص این آزمایش با سازمان قرارداد همکاری دارند می بایست تصویر گزارش آزمایش انجام شده را به همراه نسخه پاراکلینیک به شکل مکتوب یا الکترونیک به اداره رسیدگی به اسناد پزشکی تحویل نمایند.

مهمترین اندیکاسیونهای مورد قبول سازمان جهت تأیید نسخ آزمایشات PCR کمی در هیپاتیت B و C به قرار ذیل می باشد:

۱- تشخیص عفونت فعال هیپاتیت C در بیماران با Anti HCV.Ab مثبت و هیپاتیت B در مبتلایان به HBS.Ag یا HBE.Ag و HBC.Ab و یا PCR کیفی مثبت.

۲- ارزیابی امکان انتقال ویروس از مادر HCV-Positive به نوزاد متولد شده.

۳- ارزیابی Viral Load جهت ارزیابی پاسخ به درمانهای انجام یافته و در صورت لزوم تغییر پروتکل درمان. کدهای پذیرش آزمایشات مولکولی و سیتوژنتیک:

کد ملی (۸۰۴۶۰۰) تحت عنوان پذیرش سیتوژنتیک جهت آزمایشات مولکولی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. و جهت این قبیل آزمایشات بسته به نوع نمونه از کدهای پذیرش خون و سایر مایعات بدن (کد ملی ۸۰۰۰۰۵) و یا پذیرش سیتوپاتولوژی (کد ملی ۸۰۷۰۰۰) استفاده می گردد.

ماده (۱): ضوابط لازم جهت تأیید PCR کمی:

۱- در بیماریهای ویروسی:

- بیماران با عفونت HCV در سال اول، حداکثر ۴ نوبت PCR کمی قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می باشد. تبصره: در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام PCR کمی بیش از ۴ نوبت، منوط به اخذ تأییدیه از کمیته های علمی تخصصی سازمانهای بیمه گر می باشد و درمان تا سه سال نیز می تواند به طول بیانجامد. هر سال یک PCR قابل تأیید است.

- در بیماران با عفونت HBV در سال اول حداکثر ۳ نوبت PCR کمی قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می‌باشد.

- در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام PCR کمی بیش از ۳ نوبت منوط به اخذ تأییدیه از کمیته‌های علمی تخصصی سازمانهای بیمه‌گر می‌باشد. درمان تا سه سال نیز می‌تواند به طول بیانجامد هر سال یک PCR قابل تأیید می‌باشد.

- پرداخت همزمان PCR کمی و کیفی در یک نسخه برای تشخیص یک عامل عفونی قابل محاسبه نمی‌باشد. در صورتیکه بیمار از قبل دارای سابقه بیماری باشد، فقط هزینه PCR کمی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود و اگر عدم سابقه بیماری، هزینه PCR کیفی پرداخت می‌گردد.

- در بیماران پیوندی بعد از تشخیص عفونت (با علائم کلینیکی و پاراکلینیکی تب، اوره و کراتینین بالا و آنزیمهای کبدی بالا) مشکوک به CMV، انجام PCR کمی بلامانع و در صورت مثبت شدن آزمایش جهت کنترل پاسخ به درمان در سال اول بعد از پیوند حداکثر ۵ نوبت قابل پرداخت خواهد بود.

۲- در انواع بدخیمی‌ها و بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی هزینه PCR کمی حداکثر ۲ بار در سال قابل پرداخت می‌باشد.

تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR کمی RNA ویروس‌ها "Viral load" (از قبیل HCV و ...)
ماحصل مجموع ردیفهای ذیل:

۱- تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

۲- استخراج RNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۵)

۳- تعرفه RT-PCR کمی

ب) تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR کمی DNA ویروس‌ها "Viral load" (از قبیل HBV

CMV و ...) ماحصل مجموع ردیفهای ذیل:

تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

استخراج DNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۰)

استفاده از PCR کمی برای تعیین بار سایر عوامل بیماری زا (کد ملی ۸۰۷۰۵۹)

تعرفه PCR کیفی:

* تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR ژنوتایپ RNA ویروس‌ها (از قبیل HCV) ماحصل مجموع

ردیف‌های ذیل:

۱. پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

۲. استخراج RNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۵)

۳. RT-PCR کیفی (۸۰۵۰۷۵)

۴. تعیین جهش با روش PCR (۸۰۵۰۵۵) یا PCR/RFLP (۸۰۵۰۱۰)

* تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR ژنوتایپ DNA ویروس‌ها (از قبیل HBV) ماحصل مجموع

ردیف‌های ذیل:

۱. تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

۲. استخراج DNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۰)

۳. تعیین جهش با روش PCR (۸۰۵۰۵۵) یا PCR/RFLP (۸۰۵۰۱۰)

نکاتی در خصوص سیتوژنتیک:

انجام خدمت کاربوتایپ در موارد زیر قابل تأیید می باشد :

- ۱- تعیین وضعیت کروموزومی در افرادی که از نظر بالینی مبتلا به سندرومهای مشخص کروموزومی مثل سندرم داون و سندرم ترنر هستند و یا والدین آنها .
- ۲- در بررسی لوسمی ها و برخی تومورهای سرطانی .
- ۳- در خانم هایی که سابقه سقط مکرر داشته و سایر آزمایشات دیگر طبیعی باشد .
- ۴- در موارد ابهام جنسی برای تعیین جنسیت .
- ۵- وجود حداقل سه تظاهر آناتومیکی غیر طبیعی .
- ۶- عقب مانده ذهنی مشروط بر اینکه دلایل شایع و بیماری های متابولیک رد شده باشد .

کدهای کاربوتایپ :

جهت نمونه خون محیطی:

- ۱- کد ۸۰۴۶۰۰- پذیرش سیتوژنتیک
- ۲- کد ۸۰۴۶۰۵- کشت لئوسیت های خون محیطی برای ناهنجاری های کروموزومی حداقل دو کشت
- ۳- کد ۸۰۴۸۱۵- بررسی ۱۰-۱۵ سلول دوکاربوتایپ (سیتوژنتیک روتین)

روش رنگ‌آمیزی برای بررسی سیتوژنتیک روتین، روش نواری GTG banding است. در صورتی که علاوه بر

روش نواری GTG banding روش نواری اختصاصی دیگری (مثل C-banding یا R-banding) نیز به کار

رفته باشد با قید آن در گزارش آزمایش، کد ۸۰۴۸۳۵ نیز اضافه می‌شود.

لازم به ذکر است که کدهای جایگزین کد ۸۰۴۸۱۵:

- کد ۸۰۴۸۲۰ (بررسی کلی ۵۰ سلول برای موزائیسیم) یا کد ۸۰۴۸۴۵ (بررسی سلول‌های اضافی بیش از ۱۵

سلول) بصورت روتین (درخواست این کدها در کلیه نسخ کاربوتیپ) قابل پرداخت نبوده صرفاً بر حسب

مورد با درج در گزارش آزمایش مبنی بر انجام آنها قابل جایگزینی با کد ۸۰۴۸۱۵ می‌باشد.

جهت بررسی مایع آمنیون:

۱- کد ۸۰۴۶۰۰ - پذیرش سیتوژنتیک

۲- کد ۸۰۴۶۳۰ - کشت سلول‌های مایع آمنیون

۳- کد ۸۰۴۸۲۵ - بررسی سلول‌های مایع آمنیون

جهت بررسی مغز استخوان:

۱- کد ۸۰۴۶۰۰ - پذیرش سیتوژنتیک

۲- کد ۸۰۴۶۳۵ - کشت سلول‌های مغز استخوان

۳- ۸۰۴۸۵۰ کاربوتیب High Resolution

تبصره: در صورت انجام بیوپسی توسط مرکز، هزینه بطور جداگانه قابل پرداخت می باشد.

کد HLA۱ شامل ۸۰۵۱۰۶ و کلاس ۲ شامل ۸۰۵۱۰۷ و ۸۰۵۱۰۸ می باشد.

به منظور پیوند مغز استخوان:

کد پذیرش خون و سایر مایعات بدن: (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

استخراج DNA: (کد ملی ۸۰۵۰۰۰)

HLA۱: (کد ملی ۸۰۵۱۰۶)

آزمایشات PKU و اتوزومال مغلوب واجد مجوز سقط قانونی:

۱- در صورتیکه زوجین دارای فرزند مبتلا هستند PKU مرحله اول و مرحله دوم قبل از اتمام ماه چهارم

بارداری قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می باشد (به این شکل که در صورت نیاز به سقط قانونی تا قبل از

هفته ۲۰ بارداری قابل انجام باشد)

۲- در صورتیکه زوجین مدارک معتبر دال بر احتمال ناقل بودن برای بیماری PKU و سایر بیماریهای اتوزومال

مغلوب مذکور در بند ۱ تحت پوشش بیمه پایه را داشته باشند، آزمایش مرحله اول و در صورت مثبت بودن

جواب برای زوجین مرحله دوم قابل پرداخت است.

۳- در صورت وجود مدارک معتبر مبنی بر احتمال ناقل بودن مادر برای بیماریهای وابسته به X تحت پوشش

بیمه پایه، مرحله اول پس از ازدواج و در صورت مثبت بودن، مراحل بعدی قابل پرداخت است.

برخی آزمایشات و کدهای قابل پرداخت :

۱- Her2 به روش FISH :

انجام FISH برای HER2 (Neu.erbB2.CD340) با استفاده از نمونه بافت پستان برای بیماران با تومور پستان، به منظور تعیین پاسخ به درمان با داروی Herceptin (Trastuzumab) یا داروهای Tyrosine Kinase Inhibitors (Lapatinib) و Doxorubicin براساس تعداد پروپهای بکار رفته در گزارش آزمایش قابل پرداخت است. باید توجه داشت که FISH در مواردی قابل پرداخت است که آزمایش هیستوشیمی یا ایمونوهیستوشیمی (IHC) 2+ باشد و در صورتیکه 3+ یا 1+ یا منفی باشد قابل پرداخت نمی‌باشد.

کدهای قابل پرداخت به شرح ذیل می‌باشد :

الف) پذیرش (۸۰۴۶۰۰)

ب) FISH به ازاء هر پروپ (۸۰۴۸۴۰) - تعداد پروپ براساس گزارش مرکز قابل پرداخت است.

۷- HER2 به روش ملکولی :

الف) کد پذیرش خون و سایر مایعات بدن (کدملی ۸۰۰۰۰۵) یا پذیرش سیتوپاتولوژی (کد ملی ۸۰۷۰۰۰)

بر حسب مورد

ب) استخراج DNA (۸۰۵۰۰)

ج) انجام PCR برای ژنتیک پزشکی (۸۰۵۰۵۷)

۸- N-MYC

الف) کدهای پذیرش خون و سایر مایعات بدن (کدملی ۸۰۰۰۰۵) یا پذیرش سیتوپاتولوژی (کد

ملی ۸۰۷۰۰۰) بر حسب مورد

ب) استخراج DNA (۸۰۵۰۰۰)

ج) انجام PCR برای ژنتیک پزشکی (۸۰۵۰۵۷)

۹- JAK2 :

الف) کدهای پذیرش خون و سایر مایعات بدن (کدملی ۸۰۰۰۰۵)

ب) استخراج DNA (۸۰۵۰۰۰)

ج) شناسایی کروموزوم حامل جهش از طریق PCR/RFLP (۸۰۵۰۱۰) و یا تعیین جهش از طریق PCR (۸۰۵۰۵۵)

۱۲- ایمنوفنوتایپینگ بیماریها بر اساس تعرفه مصوب به روش ایمنوهیستوشیمی به ازاء هر مارکر قابل پرداخت می باشد .

- آزمایش Connexin بررسی ناشنوبی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۳- آزمایشات K-Ras و B-Raf/DPYD برای بیمار مبتلا به کانسر سیگموئید متاستاز داده با استفاده از نمونه پاتولوژی همین ضایعه برای بررسی آزمایشات مذکور و درخواست ردیف های بدین شرح توسط آزمایشگاه : پذیرش ، استخراج DNA ، تفسیر و گزارش ۲ ردیف PCR-RFLP برای K-Ras ، دو ردیف PCR-RFLP برای B-Raf و یک ردیف از این کد برای DPYD مورد تایید می باشد و بشرح ذیل می باشد :

الف : برای K-Ras به منظور بررسی جهش های کدون ۱۳، ۱۲ و یا ۶ به منظور تجویز داروی Cetuximab یا

Panitumumab با استفاده از نمونه کانسر حداکثر تا ۳ ردیف PCR-RFLP بر اساس رپورت .

ب: برای B-Raf به منظور تجویز داروی Capecitabine یا ۵-Fluorouracil تعداد PCR-RFLP بر اساس گزارش با استفاده از نمونه کانسر

ج : برای (Dihydropyrimidine dehydrogenase) DPYD یا همان NADP+ که نقص این آنزیم به صورت اتوزومال مغلوب از نظر ژنتیکی است و در پاسخ به درمان بیمار مبتلا به کانسر تعیین کننده است (بررسی Toxicity Poor Metabolisers Severe)، شکسته شدن بازوراسیل و تیمین ، تعداد PCR-

RFLP بر اساس رپورت با استفاده از نمونه کانسر یا خون .

۱۴- بررسی انواع Translocation در لوسمی :

- در نمونه مغز استخوان

الف) پذیرش سیتوژنتیک (کد ملی ۸۰۴۶۰۰)

ب) کشت مغز استخوان (کد ملی ۸۰۴۶۳۵)

ج) مطالعه با قدرت تفکیک بالا فقط برای سرطان خون

(کد ملی ۸۰۴۸۵۰)

- نمونه خون محیطی

الف) پذیرش سیتوژنتیک (کد ملی ۸۰۴۶۰۰)

ب) کشت لنفوسیت های خون محیطی برای ناهنجاری های کروموزومی حداقل دو کشت

ج) بررسی ۱۰-۱۵ سلول دوکاریوتایپ با روش نواری (سیتوژنتیک روتین) (کد ملی ۸۰۴۸۱۵)

بررسی انواع Translocation در لوسمی به روش مولکولی :

الف) پذیرش سیتوژنتیک

ب) استخراج RNA

ج) RT-PCR کیفی

* در صورت درخواست و گزارش BCR/ABL بصورت کمی، RT-PCR کمی جایگزین RT-PCR کیفی خواهد شد.

* Ber-ABL/T(۹;۲۲)P۲۱۰ و Ber-ABL/T(۹;۲۲)P۱۹۰ هر کدام جداگانه قابل پرداخت می باشد (استخراج یکبار محاسبه می شود)

۱۵- بررسی ژن مقاوم به دارو در هیپاتیت B

الف) پذیرش سیتوژنتیک

ب) استخراج DNA

ج) PCR-RFLP یا تعیین توالی

۱۶- بررسی ژن مقاوم به دارو در هیپاتیت C / HCVCOR۷۰

الف) پذیرش سیتوژنتیک

ب) استخراج RNA

ج) RT-PCR کیفی

د) تعیین توالی نوکلئوئید (یک بار قابل پرداخت است)

- ارسال گزارش خدمات ژنتیک به دفاتر اسناد پزشکی است، الزامی است.

ضوابط و نحوه رسیدگی به اسناد آزمایشگاهی

دامنه عملکرد: اداره رسیدگی به اسناد پزشکی

مدارک مرتبط:

- ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (تبصره ۲ ماده ۱۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی)
- مواد قانونی مربوط به بیمه سلامت از قانون برنامه پنجم توسعه
- کتاب بیمه پایه خدمات درمانی کشور
- کتاب راهنمای تعرفه‌های تشخیصی درمانی

تعاریف و مقررات:

- آزمایشگاه تشخیص پزشکی، موسسه پزشکی است که طبق ضوابط قانونی ایجاد می‌گردد و در آن نمونه‌های مختلف حاصل از بدن انسان برای تشخیص و مراقبت از بیماری‌ها و تاثیر روش درمانی مورد آزمایش قرار می‌گیرد
- هر آزمایشگاه تشخیص پزشکی نسبت به نوع تخصص و یا صلاحیت علمی مسئول یا مسئولین فنی و نیز براساس مجوزهای صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای یک یا چند بخش از بخشهای زیر می‌تواند باشد:

الف) بیوشیمی

ب) خون شناسی

ج) بانک خون و ایمونوهماٹولوژی

د) میکروب شناسی (باکتری شناسی، انگل شناسی، ویروس شناسی، قارچ شناسی)

ه) ایمنی شناسی و سرم شناسی

و) آسیب شناسی تشریحی (سیتوپاتولوژی و پاتولوژی)

ز) ژنتیک پزشکی

ح) سیتوژنتیک پزشکی

- آزمایشگاه صرفاً آزمایشاتی را می‌تواند انجام دهد که در پروانه ثبت شده و مسئول فنی مربوطه را داشته باشد.

- موسس یا موسسین به شرط دارا بودن شرایط مسئول فنی می‌توانند به عنوان مسئول فنی معرفی شوند.

- هر مسئول فنی صرفاً می‌تواند مسئولیت فنی یک موسسه (اعم از آزمایشگاههای خصوصی، دولتی، خیریه، شرکتهای تعاونی و نهادها و شرکتهای فراورده های تشخیصی) را در یک نوبت کاری دارا باشد و شاغلین مذکور مجاز به اشتغال همزمان در سایر مراکز نمی‌باشند.

- مسئول فنی در هر حال نباید بیش از دو نوبت کاری در هر شبانه روز شاغل باشد (اعم از مراکز خصوصی و یا دولتی)

- در زمان عدم حضور مسئول فنی پذیرش و انجام آزمایشها توسط افراد ذیصلاح قابل انجام بوده ولی صرفاً جواب آزمایشهای اورژانس با قید " این جواب گزارش اولیه بوده و گزارش نهائی پس از تأیید مسئول فنی ارائه خواهد شد " قابل ارائه به بیمار است.

- پذیرش و انجام نمونه‌های پاتولوژی و پاپ اسمیر در آزمایشگاههای تشخیص طبی فقط با مسئول فنی پاتولوژیست بلامانع می‌باشد.

- پذیرش و ارسال پاپ اسمیر در آزمایشگاههای تشخیص طبی در صورت قرارداد با مرکز پاتولوژی دیگر (ارائه قرارداد به سازمان بیمه‌گر) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

فصل اول: ضوابط لازم‌الاجرا در آزمایشگاههای تشخیص پزشکی و آسیب شناسی تشریحی

- آزمایشگاه موظف به داشتن گزارش رایانه ای جهت ثبت نام بیماران و مشخصات کامل آنها و نام پزشک درخواست کننده، نوع آزمایش درخواستی، قیمت، شماره سریال قبض، نوع بیمه و تاریخ می باشد.
- کلیه سوابق آزمایشگاهی مراجعین باید حداقل به مدت یکسال بصورت رایانه ای در آزمایشگاه بایگانی شود و آزمایشگاه بایستی بطور جداگانه سوابق و نتایج آزمایش بیماران را داشته باشد.
- نمونه برداری در آزمایشگاه باید طبق ضوابط علمی و استانداردهای مصوب آزمایشگاهی صورت پذیرد.

- آزمایشگاه موظف است به تناسب امکانات علمی و فنی خود آزمایش انجام دهد. و در غیر اینصورت می تواند با رعایت استانداردها پذیرش و به آزمایشگاه همکار که تخصص و توان علمی و مجوز لازم را داشته باشد، ارسال نماید.

تبصره- نمونه برداری در خارج از آزمایشگاه پس از پذیرش در آزمایشگاه و توسط فرد ذیصلاح امکانپذیر می باشد، بدیهی است مسئولیت صحیح بودن نحوه نمونه برداری بعهدہ مسئول فنی خواهد بود.

- در صورتی که موسسه ای جهت انجام بعضی از آزمایشگاههای تخصصی با آزمایشگاه دیگری طرف قرارداد باشد، لازم است یک نسخه از تصویر قرارداد فیما بین را همراه با پروانه تأسیس، بهره برداری و پروانه های مربوط به مسئول یا مسئولین فنی آزمایشگاه دوم را به اداره کل بیمه استان تحویل نماید.

- کلیه نسوج و مایعات برداشته شده از بدن باید جهت پذیرش و انجام آزمایش های هیستوپاتولوژی و سیتوپاتولوژی به آزمایشگاه های آسیب شناسی تحویل گردد.

- در صورت هرگونه تغییر آدرس، تعطیلی موقت و یا دائم آزمایشگاه، مراتب بایستی بصورت کتبی به اطلاع اداره کل استان رسانیده شود. در غیر اینصورت از انعقاد قرارداد همکاری مجدد با آزمایشگاه ممانعت به عمل خواهد آمد.

- در صورت تغییر مسئول فنی و یا معرفی قائم مقام مسئول فنی مراتب بایستی کتباً به اطلاع ادارات کل استانی اعلام گردد.

- حضور مسئول فنی آزمایشگاه در کلیه آزمایشگاههای خصوصی و دولتی طرف قرارداد سازمان الزامی می باشد و مسئولین فنی باید به سازمانهای بیمه گر معرفی شوند. در صورت عدم حضور مسئول فنی ضمن ارجاع موضوع به کمیته فنی استان، سهم سازمان نسخ کسر و مطابق آئین نامه نظارت برخورد خواهد شد.

- آزمایشگاههای خصوصی و آزمایشگاههای مستقر در درمانگاهها در زمان عدم حضور مسئول فنی فقط مجاز به نمونه گیری و گزارش آزمایشات اورژانس (حسب درخواست پزشک معالج) می باشند.

- آزمایشگاههای طرف قرارداد حداکثر تا ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورتحساب بصورت کتبی یا اینترنتی می توانند مراتب اعتراض خود را به سازمانهای بیمه گر ارائه نمایند.

ضوابط فنی :

- کنترل تاریخ اعتبار دفاتر بیمه

- تطبیق مشخصات فردی مندرج در دفترچه با فرد مراجعه کننده

- در صورت وجود هرگونه خدشه در قسمتهای مختلف نسخه، موارد صحیح در پشت نسخه توسط پزشک معالج ذکر و مهر و امضاء گردد.
- توضیح: برخی از مصادیق خدشه عبارتند از: خط خوردگی، دو خط بودن متن نسخه، پانچ شدگی، پارگی قسمتی از نسخه که موجب از بین رفتن اطلاعات نسخه گردد و
تبصره: دو خط بودن و دو رنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه بلامانع است.
- در صورت جدا شدن بخش مشخصات دفترچه ناشی از پارگی دفترچه در حین جدا نمودن برگ مورد نظر، ضمن چسباندن قسمت پاره شده لازم است مسئول فنی پشت صفحه را مهر و امضاء نماید.
- نسخ فاقد تاریخ شامل تعدیلات می گردد.
- نسخ مربوط به تاریخ قبل از انعقاد قرارداد، نسخ سایر سازمانهای بیمه گر، نسخ با تاریخ ماههای گذشته و آینده جزء کسورات محسوب می گردد.
- نسخ بیماران از زمان تجویز توسط پزشک معالج تا پایان ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه می باشد.
- پرداخت فرانشیز هزینه نسخ، مابه التفاوت تعرفه بخش دولتی و خصوصی، همچنین هزینه آزمایشات خارج از تعهد بیمه پایه، آزمایشات غربالگری برعهده بیمه شده می باشد.
- در صندوق روستائیان (سازمان بیمه سلامت) و در موارد سرپایی، هزینه آزمایشات درخواستی منحصراً در آزمایشگاههای تشخیص طبی طرف قرارداد صندوق روستائیان و مشروط به رعایت سیستم ارجاع قابل محاسبه می باشد.
- تبصره: کلیه اورژانس مشمول قوانین بیماران اورژانسی می باشند.
- نسخ و لیستهای ارسالی آزمایشگاههای مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر آزمایشگاه، مهر و امضاء مسئول فنی، باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.
- لیست و دیسکت ارسالی مربوط به یک ماه باید برای هر صندوق بیمه ای (از جمله کارکنان دولت، صندوق ایرانیان، سایر اقشار، روستائیان) جداگانه تنظیم و نسخ برگ شماری شده به ترتیب تاریخ پذیرش همان ماه لیست گردند.
- آزمایشگاههای طرف قرارداد موظفند صورتحسابها و نسخ خود را حداکثر تا پانزدهم ماه بعد تحویل واحد پذیرش اسناد پزشکی نمایند.
- با توجه به تعطیلات نوروز اسفندماه لغایت پایان فروردین ماه سال بعد قابل پذیرش می باشد.

- در صورت عدم ارسال نسخ به مدت بیش از سه ماه متوالی قرارداد موسسه تعلیق می‌گردد. رفع تعلیق صرفاً با نظر کمیته فنی استان امکان‌پذیر و نسخ مربوط به زمان تعلیق به عنوان مطالبه معوقه قابل رسیدگی و محاسبه نمی‌باشند.
 - کلیه مندرجات متن نسخه می‌بایستی با یک خط نوشته شده و دارای مهر و امضاء پزشک باشد، در غیر این صورت مشمول تعدیل می‌گردد.
 - وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک در ذیل نسخ ارسالی الزامی است. در غیر این صورت مشمول تعدیل می‌گردد.
 - نسخ باید علاوه بر امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک، دارای مهر آزمایشگاه و مهر و امضاء مسئول فنی نیز باشد.
 - آزمایشات درخواستی باید تک تک قیمت گذاری شده تا قابل محاسبه باشند.
- توضیح: در ردیف و محل قیمت گذاری نسخ اگر قیمت بعضی از آزمایشات نوشته نشده ولی در سرجمع کل نسخه لحاظ شده باشد، مشروط به آنکه جمع کلی هزینه منطبق با تعرفه مصوب باشد، مشمول تعدیل نمی‌گردد.
- نسخ مربوط به انترنها (با مهر انترنی و مهر مرکز آموزشی درمانی دانشگاهی) فقط از طریق آزمایشگاههای مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه قابل پذیرش و رسیدگی می‌باشد.
 - چنانچه نحوه تنظیم صورتحساب یا دیسکت دارای اشکال باشد لازم است کلیه نسخ و صورتحساب و دیسکت پذیرش شده جهت اصلاح به موسسه طرف قرارداد عودت شود.
 - در صورتیکه آزمایشگاه در صورتحساب درخواستی مبلغی کمتر از تعرفه مصوب را درخواست نموده باشد بایستی صورتحساب به منظور تصحیح هزینه بر مبنای تعرفه مصوب، تحویل واحد پذیرش اسناد پزشکی و سپس آزمایشگاه گردد.
 - آزمایشاتی که با جنسیت بیمار مغایر باشد (مانند تست حاملگی و پاپ اسمیر در نسخ آقایان و اسپرموگرام در نسخ بانوان) مشمول تعدیل می‌گردد و موضوع از طریق اداره نظارت پیگیری خواهد گردید.
 - سهم سازمان نسخ مربوط به روزهایی که طبق گزارش اداره نظارت، آزمایشگاه فاقد مسئول فنی بوده، از سرجمع صورتحساب موسسه کسر می‌گردد.

نکات مهم از ضوابط لازم الاجراء توسط موسسه طرف قرارداد

- هزینه بابت آزمایشات محاسباتی مانند FTI و یا LDL، VLDL در صورتیکه از روش محاسبه‌ای استفاده گردد قابل پرداخت نمی‌باشد.

- آزمایشاتی که بصورت کلی درخواست می گردند مانند LFT، یونوگرام، TFT، سیتوباکتریولوژی، سگمنت کالچر، HI، ایمنوگلوبولین ها و ... قابل محاسبه و پرداخت نیست.
- توضیح: در مورد درخواست ایمنوالکتروفورز فقط کد بین المللی ۸۰۰۷۶۰ قابل محاسبه و پرداخت است.
- در مواردی که نوع آنتی بادی (مانند IGA - IGM - IgG) توسط پزشک درخواست نگردد، تنها یک ردیف قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- آزمایش FBS به همراه درخواست GTT قابل محاسبه و پرداخت نیست و هزینه انجام FBS در آزمایش GTT لحاظ شده است.
- آزمایشاتی که توسط کارشناسان مامایی درخواست می گردد و در تعهد سازمان می باشد عبارتند از:
Hct - Hb - CBC (diff) - FBS - BHCG - HBS.Ag - VDRL - Blood Group & RH - پاپ اسمیر،
کشت ادرار، کامل ادرار
- باتوجه به بی ارزش بودن استفاده از نوارهای غربالگری جهت بعضی از تست های آزمایشگاهی (مانند HBS.Ag - BHCG و ...) هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- آزمایشات به روش Electrochemi Luminescence فقط در صورتی قابل پرداخت است که جهت بررسی تومور مارکرها درخواست شده باشد.

دستورالعمل و ضوابط رسیدگی به اسناد پزشکان

کلیه آیین نامه ها، تعرفه ها و بخشنامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های بیمه گر پایه درخصوص مطب پزشکان طرف قرارداد لازم الاجرا می باشد.

ضوابط لازم الاجرا توسط پزشکان :

- ۱- کنترل تاریخ اعتبار دفاتر بیمه شدگان سازمان در زمان ویزیت .
- ۲- تطبیق مشخصات مراجعه کننده و دفترچه بیمه با یکدیگر.
- ۳- هرگونه اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه می بایست در رو یا پشت نسخه مخصوص پزشک قید گردیده و مهر و امضاء گردد.
- ۴- پس از نوشتن نسخه، حتماً برگ مخصوص بیمار را به عنوان سابقه پزشکی مهر نمایند .
- ۵- تعیین جانشین پزشک باید در اسرع وقت و حداکثر تا ۳ روز به سازمان های بیمه گر اطلاع داده شود . پزشک جانشین به هیچ عنوان حق استفاده از مهر یا سر نسخه های صاحب مطب را ندارد.
- ۶- تغییر محل مطب لازم است حداقل از یک ماه قبل به سازمان های بیمه گر اطلاع داده شود .
- ۷- پزشکان طرف قرارداد می بایست هرگونه تغییر در آدرس مطب، ساعت کار و یا تعطیلی موقت (بمدت بیش از سه ماه) را برای جلوگیری از تعلیق قرارداد خود و یا تعدیلات احتمالی بصورت کتبی به اداره کل بیمه سلامت استان اعلام نمایند .



توضیح : تعطیلی بیش از ۳ ماه مطب مشمول تعلیق قرارداد خواهد شد .

- ۸- با توجه به مسئولیت پزشک در خصوص مهر نمودن نسخ ، متفاوت بودن خط و امضاء بلامانع است
- ۹- در صورت باقی ماندن دفترچه بیماران در مطب لازم است به نحو مقتضی حداکثر تا پایان ماه به بیمه شده و در صورت عدم مراجعه ایشان به همراه نسخ ازسالی ، به سازمان بیمه گر تحویل داده شود.
- ۱۰- خدمات قابل انجام در مطب باید مطابق با ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، تجهیزات کافی در مطب، و قرارداد فی مابین مرکز و سازمانهای بیمه گر پایه باشد همچنین لازم است تا در زمان تمدید قرارداد خدمات قابل انجام در مطب ذکر گردد .
- ۱۱- نسخه و ویزیت مربوط به نوزاد فقط در یک ماه اول تولد با دفترچه مادر امکانپذیر است .

موارد ذیل جزو تعدیلات محسوب خواهد شد:

- ✓ نسخ فاقد اعتبار
- ✓ نسخ تاریخ مخدوش
- ✓ نسخ فاقد تاریخ
- ✓ نسخ تاریخ آینده
- ✓ نسخ تاریخ گذشته
- ✓ نسخ بدون مهر و امضاء
- ✓ نسخ سفید
- ✓ نسخی که تاریخ آنها به پیش از عقد قرارداد و یا زمان تعلیق همکاری مربوط می باشد
- ✓ نسخی که بخش های مهمی از اطلاعات آنها کنده شده باشد (مثل حذف نام بیمار، کد دفترچه، تاریخ، تاریخ اعتبار و مهر یا امضاء پزشک معالج)
- ✓ نسخی که بخشی از اطلاعات آن توسط پزشک تصحیح گردد و مورد تأیید پزشک واقع نشده است

- ✓ نسخ کاربن گذاری شده
- ✓ عدم تطابق امضاء نسخ مطابق با نمونه امضاء پزشک در فرم قرارداد
- ✓ امضاء نسخ باید بدون استفاده از مهر امضاء باشد
- ✓ نسخی که در برگي بغير از برگ دوم (برگ اول و سوم که به داروخانه - پاراکلینیک و بیمار مربوط است) ارسال شده باشد
- ✓ نسخ مربوط به سایر سازمان های بیمه گر
- ✓ عدم ارسال گزارش خدماتی چون آندوسکوپی، الکترومیوگرافی، دانسیتومتری، اکو، تست ورزش، اسپرومتری و مواردی که طی بخشنامه و ضوابط به پزشکان اعلام گشته است موجب کسور نسخه خواهد شد
- ✓ برگ مخصوص پزشک که تاریخ و امضاء آنها مستقیماً با خودکار نوشته شده و یا ممهور به مهر تاریخ شده باشد. (برگ دوم حتماً باید کاربني نوشته شده باشد
- تبصره : چنانچه تاریخ و امضاء برگ مخصوص پزشک کمرنگ و غیر قابل وضوح باشد لازم است تا تاریخ، امضاء و مهر در پشت یا روی نسخ توسط پزشک تکرار گردد.
- ✓ نسخی که خارج از مطب تجویز شده مانند نسخی که ممهور به مهر مراکز درمانی (بیمارستانی، درمانگاهی) و ویزیت در منزل و غیره باشند و از طریق مطب ارسال گردند.
- ✓ نسخ تکراری بیمار طی یک روز (ویزیت دوم و یا بعد از آن جزو تعدیلات هستند).
- ✓ نسخی که تعرفه خدمات در آنها توسط پزشک اشتباه درج گردیده باشد، بشرح زیر تعدیل می شود:
- الف : در صورت درخواست مبلغ کمتر از تعرفه همان مبلغ درخواستی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ب: در صورتیکه کد ملی مربوط به ارزش نسبی خدمات درخواست نشده باشد قابل پرداخت نمی باشد.

توضیح: درخصوص نسخ ویزیت درج کد ملی ارزش نسبی در فایل ارسالی کفایت می کند .

✓ نسخه دوبرگی بیمه‌شدگان روستایی در سازمان بیمه سلامت که خارج از نظام ارجاع نوشته و ارسال شده است.

پذیرش و رسیدگی

۱- پزشک طرف قرارداد مکلف است نسخ ماهانه خود را اعم از ویزیت و خدمات براساس صندوق های بیمه ای موجود (در سازمان هایی که دارای صندوق های بیمه ای متعدد هستند)، تاریخ ویزیت، تفکیک، لیست و جهت پذیرش هر ماهه ارائه نمایند

۲- نسخ مربوط به ویزیت های انجام شده هر ماه حداکثر تا پانزدهم ماه بعد قابل پذیرش است. در صورت تحویل نسخ بعد از پانزدهم و در ماه آتی، بررسی و پرداخت آن نیز با نسخ ماه بعد صورت می گیرد و در صورتیکه بیش از سه ماه متوالی نسخ تحویل نگردد قرارداد بصورت تعلیق در خواهد آمد. مهلت پذیرفتن نسخ انتهایی هر سال (اسفندماه) حداکثر تا پایان فروردین ماه سال بعد خواهد بود.

۳- با توجه به تفاوت در گسترش مکانیزاسیون سازمانهای بیمه گر نحوه پذیرش و رسیدگی به ضوابط رسیدگی هر سازمان بستگی دارد.

دستورالعمل و ضوابط رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی

مقدمه:

خدمات پرتو پزشکی: منظور خدماتی هستند که در آنها از انرژی پرتوی جهت تشخیص و یا درمان بیماریها استفاده می گردد و با توجه به سرفصلهای مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران شامل خدمات رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (Intervention) می باشد.

خدمات پر هزینه پرتو پزشکی: مهمترین خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (intervention) می باشند.

موسسات پرتو پزشکی: به محلی اطلاق می شود که برای انجام خدمات پرتوپزشکی به طور مستقل ایجاد گردد و چنانچه در یکی از مراکز درمانی و بهداشتی مستقر گردد بخش پرتوپزشکی نامیده می شود.

پس از عقد قرارداد با مؤسسه پرتوپزشکی، لازم است «ضوابط لازم الاجرا توسط موسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد» به همراه یک نسخه از قرارداد همکاری در اختیار مؤسسه قرار داده شود.

ضوابط لازم الاجرا توسط مؤسسات پرتو پزشکی طرف قرارداد

۱. کلیه دستورالعمل ها، تعرفه ها و بخشنامه های مرتبط با امور پرتو پزشکی که از سوی سازمان های بیمه گر به مؤسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می باشد.
 ۲. تاریخ اعتبار کلیه دفترچه ها کنترل گردد به عبارت دیگر در هنگام پذیرش نسخه و ارائه خدمت پرتو پزشکی، نسخه باید دارای اعتبار باشد.
 ۳. در هنگام ارائه خدمت، مشخصات فردی مندرج در دفترچه و عکس الصاقی با مراجعه کننده تطبیق داده شود.
 ۴. نسخ دارای تاریخ، امضاء، مهر نظام پزشکی همراه با متن بدون خدشه و با یک دست خط قابل پذیرش بوده و در صورت وجود هرگونه خدشه در تاریخ یا متن نسخه، مورد صحیح باید در پشت یا روی نسخه به وسیله پزشک معالج ذکر و مهر و امضاء گردد.
- توضیح: موارد ذیل خدشه محسوب می شوند:
- خط خوردگی، کاربنی، لاک گیری، دوخط بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتیکه تاریخ، مشخصات بیمه شده و مندرجات نسخه مخدوش گردد)
 - تبصره ۱: دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه بلامانع می باشد.
 - تبصره ۲: در صورت ایجاد خدشه در قیمت گذاری علاوه بر تصحیح قیمت در روی نسخه، مورد صحیح باید در پشت نسخه به وسیله مسئول فنی ذکر و مهر و امضاء گردد.
۵. نام، نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی و در صورت لزوم تخصص پزشک معالج می بایست بطور کامل در روی نسخه مشخص باشد.

۶. در صورتیکه در حین جدا کردن نسخه از دفترچه، مشخصات مربوطه پاره گردد، می بایست قسمت مربوطه چسبانیده و در پشت نسخه توسط مسئول فنی توضیح داده شده و مهر و امضاء گردد.

۷. نسخ بدون تاریخ قابل پذیرش نمی باشد.

۸. هرگونه دستکاری نسخه توسط مؤسسه پرتوپزشکی (در صورت احراز) جزء تعدیلات محسوب شده و موضوع از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری است.

۹. نسخ پرتوپزشکی تجویز شده از زمان تجویز تا آخر ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه می باشد.

۱۰. نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، زمان تعلیق، سایر سازمانها، مؤسسات دیگر، ماههای گذشته (به

استثنای موارد مشمول بند ۹) و آینده، کپی نسخ، برگ مخصوص بیمار و یا پزشک جزء تعدیلات محسوب خواهد شد.

تبصره ۱: در صورتیکه نسخه مربوط به دیگر سازمانهای بیمه گر باشد، ضمن کسر از صورت حساب، در صورت امکان به مؤسسه عودت شود.

تبصره ۲: در صورتیکه نسخه مربوط به (ممهور به مهر) دیگر مؤسسات پرتوپزشکی باشد علاوه بر غیر قابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتوپزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلامانع می باشد)

۱۰. نسخ مؤسسات پرتوپزشکی فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۱. نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

۱۲. در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پرتویزشکی انترنها با مهر انترن به همراه مهر مرکز بیمارستانی- دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل پذیرش و پرداخت می باشد. (تا پیاده سازی طرح مکانیزه ورود نام و مشخصات انترن)

۱۳. در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتویزشکی رزیدنتها با مهر رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی- دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۴. ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرتویزشکی توسط پزشک معالج از تاریخ ۹۵/۱/۱ الزامی می باشد و از آن تاریخ به بعد پذیرش اینگونه نسخ بدون درج تشخیص مشمول تعدیلات خواهد شد

۱۵. نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتویزشکی (آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (intervention)) قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

۱۶. تبصره: در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۷. نسخ خدمات پرتویزشکی در صورتیکه جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد (به استثنای موارد ابلاغی) در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

توضیح: آزمون های غربالگری عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند. برای مثال آزمون های

پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

۱۸. ثبت بهای نسخ و یا خدمات انجام شده توسط موسسه پرتوپزشکی می بایست در حضور بیمار برای هر یک از خدمات انجام شده به تفکیک (براساس تعرفه بخش دولتی) صورت گرفته و جمع کل، سهم بیمه شده (فرانشیز) و سهم سازمان در نسخه مشخص گردد. همچنین نسخه پذیرش شده بلافاصله ممهور به مهر موسسه گردد (یا بر روی نسخه پرینت نام و مشخصات مرکز درج گردد).

تبصره: مؤسسات خصوصی می بایست علاوه بر این نسبت به درج مبلغ کل دریافتی (فرانشیز + مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی) در برگ سوم (مخصوص بیمار) همراه با مهر موسسه اقدام نمایند. (در صورت ارائه قبض توسط موسسه، درج مبلغ کل دریافتی الزامی نمی باشد)

۱۹. مسئول فنی و پرسنل صاحب صلاحیت موسسه موظفند طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج، خدمات پرتوپزشکی را برای بیماران انجام دهند.

تبصره ۱: مسئول فنی و پرسنل موسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را ندارند.

تبصره ۲: عدم تطابق خدمات پرتوپزشکی با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوی چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوی راست)، مغایرت سن یا جنس بیمار با خدمت پرتوپزشکی (مثلاً تجویز رادیوگرافی آدنوتید برای بزرگسالان و یا سونوگرافی پروستات برای خانمها) و دیگر موارد مبهم باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت و موضوع به اطلاع اداره نظارت و ارزشیابی رسانده خواهد شد.

تبصره ۳: درخصوص خدمات پرهزینه پرتوپزشکی مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتوپزشکی با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالیوم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی)، مغایرت سن یا جنس بیمار با تخصص

پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن) باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد مؤسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

تبصره ۴: در صورت نیاز به بیهوشی در انجام خدمات پرتو پزشکی نظیر سی تی اسکن یا MRI، رادیولوژیست به عنوان تجویز کننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام دهنده (با تکمیل برگه القاء بیهوشی و مهپور به مهر وی) می باشد.

۲۰. برگ درخواست هزینه و صورتحساب و همچنین نسخ ارسالی باید دارای مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد.

۲۱. کلیه برگهای درخواست هزینه و صورتحساب و همچنین نسخ ارسالی بخشهای پرتو پزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر بخش مذکور و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.

توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی باشد.

۲۲. الصاق تصویر گزارش (Report) خدمات پرهزینه پرتو پزشکی (مهپور به مهر و امضاء مسئول فنی) به نسخ ارسالی (یا از طریق مکانیزه) الزامی می باشد و ارسال اینگونه نسخ بدون الصاق تصویر گزارش (یا از طریق مکانیزه) مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۳. در سازمان هایی که صندوق های متعدد بیمه ای دارند برگ درخواست هزینه و صورتحساب ماهانه باید برای هر صندوق بیمه (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) بطور جداگانه تنظیم شده و نسخ مربوطه به ترتیب تاریخ تجویز نسخه (یا تاریخ دریافت خدمت) برگ شماری و بسته بندی گردند. در صورت

عدم تفکیک صندوقها (بیشتر از سقف تعیین شده)، نسخ مربوطه رسیدگی نشده و با نظر رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی (با توجه به سوابق اسنادی و نظارتی مؤسسه) جهت اصلاح به مؤسسه عودت داده شده و یا تعدیل می گردد.

تبصره ۱: در سازمان بیمه سلامت ایران ارسال نسخ بیمه شدگان روستایی فقط از طریق موسساتی قابل پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند.

تبصره ۲: در سازمان بیمه سلامت ایران نسخ بیمه روستایی بایستی از طریق نماینده بیمه از بیمارستانها یا اداره کل به مؤسسه پرتوپزشکی طرف قرارداد ارجاع گردیده باشد که طبعاً باید عدم امکان ارائه آن خدمت پرتوپزشکی توسط بیمارستانها در ظهر نسخه قید شده باشد.

تبصره ۳: در موسساتی که چند نوع خدمت پرتوپزشکی ارائه می گردد علاوه بر تفکیک صندوقها، نسخ باید به تفکیک نوع خدمت (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) در برگ درخواست هزینه و صورتحساب به صورت مجزا قرار گیرند.

۲۴. مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد بایستی کلیه برگ های درخواست هزینه و صورتحساب و نسخ ماهانه خود را حداکثر تا تاریخ پانزدهم ماه بعد براساس برنامه ریزی سازمان بیمه گر استان تحویل دهند.

۲۵. تبصره: مهلت تحویل نسخ اسفندماه هر سال مراکز درمانی حداکثر تا پایان فروردین ماه سال بعد خواهد بود.

۲۶. در موارد ذیل، اسناد در مقطع زمانی مورد نظر قابل پذیرش و پرداخت نبوده و از طریق اداره نظارت و

ارزشیابی قابل پیگیری می باشد:

الف) تعطیلی موقت و یا دائم مؤسسه

ب) عدم اطلاع تغییر آدرس مؤسسه

ج) عدم اطلاع تغییر مسئول فنی

(د) عدم معرفی قائم مقام مسئول فنی

۲۷. در صورت گزارش اداره نظارت مبنی بر غیبت مسئول فنی موسسه، اسناد ارسالی در تاریخ عدم حضور، مشمول تعديلات خواهد شد.

۲۸. مؤسسات پرتویزشکی طرف قرارداد حداکثر ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورتحساب می توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند و از آن پس اعتراضی پذیرفته نخواهد بود.

۲۹. لیست خدمات پرتویزشکی مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات پرتویزشکی، آخرین فهرست کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورایعالی بیمه) اعلام می گردد.

۳۰. در نسخ خدمات پرتویزشکی، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت پرتویزشکی، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید بطور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثلاً درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

۳۱. پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی، مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی (هنگام مراجعه به مراکز پرتویزشکی خصوصی) براساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار است.

توضیح: خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان شامل خدماتی است که برای آنها از سوی شورایعالی بیمه سلامت تعرفه ای تعیین نشده است (از قبیل خدمات جدید و خدمات ستاره دار)، خدماتی که درخواست آن با

شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)، خدماتی که به منظور Check up انجام می شود و همچنین خدماتی که انجام آن جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد.

۳۲. خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در مؤسسه مطابقت داشته باشد.

۳۳. نسخی که نیاز به تأیید واحد ذیربط دارند عبارتند از:

الف) نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد.

ب) خدمات پرتو پزشکی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تأیید دارند

تبصره: هر گونه تغییرات در ضوابط سازمان های بیمه گر یک ماه قبل به ارائه کننده خدمت اطلاع رسانی شود.

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی:

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی شامل ضوابط رسیدگی فنی و حسابداری می باشد.

۱- ضوابط رسیدگی فنی

ضوابط رسیدگی فنی اسناد پرتو پزشکی شامل ضوابط عمومی و اختصاصی می باشد.

۱-۱- ضوابط عمومی رسیدگی فنی به اسناد پرتو پزشکی

عدم رعایت موارد ذیل باعث تعدیلات می گردد:

۱- اعتبار دفترچه: در صورت عدم اعتبار دفترچه در تاریخ تجویز و مراجعه جهت دریافت خدمت، نسخه

پرتو پزشکی مشمول تعدیلات می گردد.

۲- تاریخ نسخه: تاریخ نسخه بایستی دقیقاً مورد توجه قرار گرفته و در صورت وجود موارد ذیل نسخه بطور کامل

جزء تعدیلات منظور می گردد:

۱-۲- تاریخ گذشته (نسخ مربوط به ماههای گذشته به جز موارد مندرج در بند ۹ ضوابط لازم الاجرا):

۲-۲- تاریخ آینده (نسخ مربوط به روزها و ماههای بعدی)

۲-۳- فاقد تاریخ: در صورتیکه به تایید ادارات کل استان نرسیده باشد.

۲-۴- تاریخ مخدوش: در صورتیکه نسخه توسط پزشک معالج و یا ادارات کل استان تایید نشده باشد.

توضیح: نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد نیاز به تایید ادارات کل استان دارد.

کلیه مندرجات متن نسخه باید بدون خدشه و با یک دست خط باشد.

۳- وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک تجویز کننده خدمت پرتوپزشکی الزامی است.

۴- کلیه نسخ ارسالی بایستی دارای مهر یا پرینت مشخصات مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد.

تبصره: در مواردی که نسخ ارسالی مؤسسه فاقد مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد اعمال تعدیلات یا ارجاع آن به مؤسسه برحسب نظر مدیران استانی سازمان ها خواهد بود.

کلیه نسخ ارسالی بخشهای پرتوپزشکی مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاههای خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر بخش و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.

توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی باشد.

۵- نسخ متفرقه (نظیر نسخ مخصوص پزشک، مخصوص بیمار، سایر سازمانها و همچنین مؤسسات دیگر)، کپی نسخ و نسخ کاربن گذاری شده قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره ۱: در صورتیکه نسخ مربوط (ممهور به مهر) به دیگر مؤسسات پرتوپزشکی باشد علاوه بر غیرقابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتوپزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلامانع می باشد).

- ۶- نسخ مربوط به روزهایی که طبق گزارش اداره نظارت، موسسه پرتوپزشکی فاقد مسئول فنی بوده است مشمول تعدیلات می گردد.
- ۷- در سازمان هایی که دارای صندوق های متعدد بیمه ای هستند در صورتیکه نسخ صندوقهای مختلف جایجا شده باشد آن نسخ جزء تعدیلات محسوب می گردند.
- ۸- نسخی که بایستی قبلاً به تایید واحد ذیربط در اداره کل بیمه سلامت رسانیده شوند شامل:
- ۱۰-۱- نسخ فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد.
- ۱۰-۲- خدمات پرتوپزشکی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تایید دارند
- ۱۰-۳- در صورت وجود خدمت خارج از تعهد در نسخه، آن قلم جزء تعدیلات محسوب می گردد.
- ۹- نسخ مؤسسات پرتوپزشکی فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می باشد به استثنای خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی (Intervention).
- ۱۰- نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.
- ۱۱- در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی انترنها (با مهر انترن به همراه مهر مرکز بیمارستانی - دانشگاهی) بعنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل پذیرش و پرداخت می باشد.
- ۱۲- در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنت ها با مهر رزیدنت به همراه مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.
- ۱۷- نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه پرتوپزشکی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.
- تبصره: در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۱۸- نسخ خدمات پرتویزشکی در صورتیکه جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد. در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع توسط اداره کل استان، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

توضیح: آزمون های غربالگری عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند. برای مثال آزمون های پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

۱۹- محاسبه تعرفه خدمات پرتویزشکی طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج قابل انجام می باشد.

تبصره ۱: عدم تطابق خدمات پرتویزشکی با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوی چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوی راست)، مغایرت سن یا جنس بیمار با خدمت پرتویزشکی (مثلاً تجویز رادیوگرافی آدنوئید برای بزرگسالان و یا سونوگرافی پروستات برای خانمها) و دیگر موارد مبهم باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ به اداره کل بیمه خدمات درمانی، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

تبصره ۲: درخصوص خدمات پرهزینه پرتویزشکی مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتویزشکی با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالیوم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی)، مغایرت سن یا جنس بیمار با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن)، باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ به اداره کل بیمه خدمات درمانی، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

۲۰- ارسال تصویر گزارش (Report) خدمات پرهزینه پرتوپزشکی (ممه‌ور به مهر و امضاء مسؤل فنی) به همراه نسخ یا به صورت مکانیزه الزامی می باشد و ارسال اینگونه نسخ بدون تصویر گزارش یا به صورت مکانیزه مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۱- در سازمان هایی که دارای صندوق های متعهد بیمه ای هستند لوح فشرده ارسالی ماهانه باید برای هر صندوق بیمه (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) بطور جداگانه تنظیم شده و نسخ مربوطه به ترتیب تاریخ تجویز یا ارائه خدمت نسخه برگ شماری و بسته بندی گردند. در صورت عدم تفکیک صندوقها یا ارسال نسخ بیشتر از سقف تعیین شده نسخ مربوطه رسیدگی نشده و با نظر رئیس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی (با توجه به سوابق اسنادی و نظارتی مؤسسه) جهت اصلاح به مؤسسه عودت داده شده و یا تعدیل می گردد.

تبصره ۱: در سازمان بیمه سلامت ارسال نسخ بیمه شدگان روستایی فقط از طریق موسساتی قابل پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند

تبصره ۲: در سازمان بیمه سلامت نسخ بیمه روستایی بایستی از طریق نماینده بیمه از بیمارستانها یا اداره کل به مؤسسه پرتوپزشکی طرف قرارداد ارجاع گردیده باشد که طبعاً باید عدم امکان ارائه آن خدمت پرتوپزشکی توسط بیمارستانها در نسخه قید شده باشد.

تبصره ۳: در موسساتی که چند نوع خدمت پرتوپزشکی ارائه می گردد علاوه بر تفکیک صندوقها، نسخ باید به تفکیک نوع خدمت (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) در لوح فشرده بطور مجزا قرار گیرند.

۲۲- لیست خدمات پرتوپزشکی مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات پرتوپزشکی، آخرین فهرست کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورایعالی بیمه) اعلام می گردد.

۲۳- در نسخ خدمات پرتویزشکی، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت پرتویزشکی، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید بطور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثل درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود

۲۴- پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی، مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی (هنگام مراجعه به مراکز پرتویزشکی خصوصی) براساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار است.

توضیح: خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان شامل خدماتی است که برای آنها از سوی شورایعالی بیمه تعرفه ای تعیین نشده است (از قبیل خدمات جدید)، خدماتی که درخواست آن با شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)،

خدماتی که به منظور Check up انجام می شود و همچنین خدماتی که انجام آن جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد.

۲۵- هرگونه خدشه در تاریخ و متن نسخه در صورتی که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد جزء تعدیلات محسوب می گردد. در صورتیکه خدشه در قیمت نسخه توسط مسئول فنی در ظهر آن توضیح داده نشده باشد آن ردیف حذف شده و جزء تعدیلات محسوب می گردد.

توضیح: موارد ذیل خدشه محسوب می شوند:

خط خوردگی، کاربنی، لاک گیری، دوخط بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتیکه تاریخ، مشخصات بیمه شده و مندرجات نسخه مخدوش گردد)

تبصره ۱: دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه و همچنین درج تاریخ با دستگاه تاریخ زن بلامانع می باشد.

۲۶- اضافه قیمت خدمات پرتوپزشکی: اعمال تعدیلات در موارد اضافه قیمت، به نسبت سهم سازمان از اضافه دریافتی کسر خواهد شد.

توضیح: در مواردی که بنا به تشخیص کارشناس رسیدگی کننده و تایید رئیس اداره اسناد پزشکی وقوع تخلف احتمال داده شود، موارد جهت بررسی و اعلام نظر به اداره نظارت ارسال گردد.

۲۷- کسر قیمت خدمات پرتوپزشکی: در صورتیکه موسسه تصویر برداری در برگ درخواستی و یا در لوح فشرده ارسالی کسر قیمت زده باشد اعمال آن و یا ارجاع آن به موسسه جهت اصلاح برحسب نظر اداره کل استان خواهد بود.

۲۸- نسخ پس از بررسی باید به وسیله پانچ و یا خودکار باطل گردند.

۱-۲- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد پرتوپزشکی

ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی شامل ضوابطی است که به صورت اختصاصی در رسیدگی فنی به اسناد پرتوپزشکی (شامل رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی و خدمات Intervention) بکار می رود.

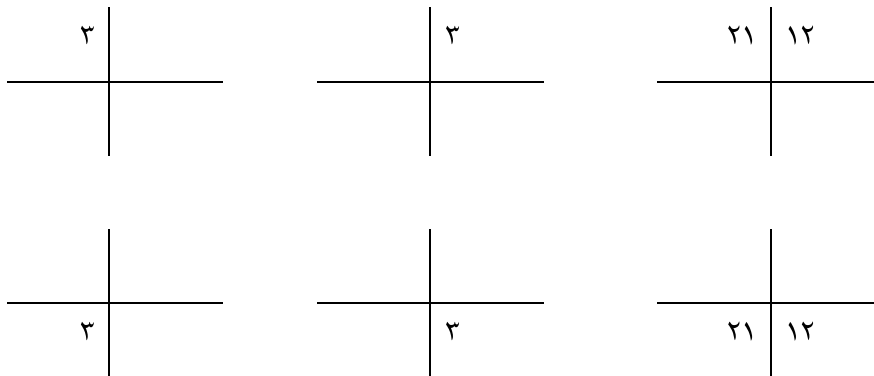
۱-۲-۱- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیولوژی

۱- با توجه به اینکه در رادیوگرافی از مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی (مثل آرنج، زانو) بطور استاندارد باید انتهای دیستال و پروگزیمال استخوان های طرفین مفصل در کلیشه قابل رؤیت باشد لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی یک مفصل و انتهای دیستال یا پروگزیمال استخوان های دو طرف آن (مثل رادیوگرافی آرنج و انتهای پروگزیمال ساعد) فقط تعرفه رادیوگرافی از مفصل (بدون احتساب تعرفه رادیوگرافی استخوان های طرفین مفصل) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

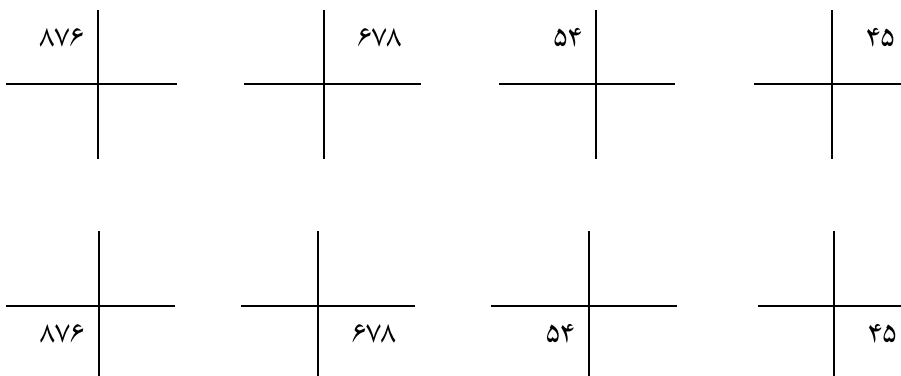
۲- تعرفه رادیوگرافی بایت وینگ ($B.W$) معادل پری اپیکال ($P.A$) می باشد. (PA حین درمان ریشه مورد محاسبه و پرداخت نخواهد بود)

۳- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی دندان محاسبه می گردد:

الف : دندانهای قدامی:



ب : دندانهای خلفی:



۴- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده کد ۷۰۰۲۴۵ قابل محاسبه می باشد.

۵- با توجه به اینکه قبل از انجام آزمونهای رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک

کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می گردد که هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی

با ماده حاجب لحاظ شده است لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده و با ماده حاجب (خوراکی یا

تزریقی) از یک عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (مثلاً در صورت

درخواست همزمان *KUB* و *IVP* توسط پزشک معالج، تعرفه *KUB* قابل پرداخت نخواهد بود)

۶- خدمت رادیوگرافی پرتابل مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد.

۷- تعرفه های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در موارد آنالوگ و دیجیتال (*CR* و *DR* و *DDR*) یکسان می باشد.

۸- در کلیه خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست) به غیر از هزینه ماده کنتراست، کلیه هزینه ها از جمله هزینه حق الزحمه تزریق داخل وریدی و کلیه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر سرنگ انژکتور، رابط انژکتور، چسب، آنژیوکت و ... در تعرفه مربوطه لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۹- در انجام خدمت با کد ۷۰۰۳۰۵ (*ERCP*) حداکثر ۴ فیلم قابل محاسبه و پرداخت می یابد.

۱۰- انجام انواع خدمات اینترونشن رادیولوژی علاوه بر رادیولوژیست توسط فوق تخصص و فلوشیپ مرتبط در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

«نحوه ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) از مراکز طرف قرارداد»

ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) فقط به روش دگزا (DEXA) از مراکز طرف قرارداد به دو صورت قابل انجام می باشد:

۱ - دانسیتومتری (با اولویت موسسات رادیولوژی) در مطب (انجام خدمت توسط پزشک متخصص زنان و زایمان، ارتوپدی و فوق تخصص روماتولوژی و داخلی که دارای مجوزهای قانونی هستند) فقط به روش دگزا (DEXA) (با کد ۷۰۰۹۲۰ و ۷۰۰۹۲۵)، می توانند این خدمت را فقط برای بیماران خود تجویز نموده و انجام دهند. در این حالت نسخ مربوطه بصورت دو برگی (نسخه پاراکلینیک و نسخه پزشک) باید ارسال گردد که در این صورت خدمت دانسیتومتری (بدون محاسبه ویزیت) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.



۲ - دانسیتومتری در مؤسسه (رادیولوژی و پزشکی هسته ای) که مسئول فنی، این خدمت را فقط برای بیماران ارجاعی (که توسط پزشک معالج ویزیت و دانسیتومتری تجویز شده است) می تواند انجام دهد. در این حالت، در صورت ارسال نسخ مربوطه بصورت تک برگی (نسخه پاراکلینیک) ، خدمت دانسیتومتری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

لازم به ذکر است که در هر دو حالت فوق، الصاق تصویر گزارش دانسیتومتری به نسخ الزامی می باشد.

۱-۲-۲- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سونوگرافی

- ۱- در سونوگرافی ناحیه لگن کد ۷۰۱۶۱۱ شامل مشاهده مثانه پر و خالی، سایر احشاء داخل لگن (شامل مثانه، پروستات، وزیکول سمینال و یا رحم، تخمدانها)، با کد های ۷۰۱۶۳۵، ۷۰۱۶۳۰، ۷۰۱۶۴۰، ۷۰۱۶۴۵ و ۷۰۱۶۵۰ قابل محاسبه و گزارش نمی باشد و فقط در صورتی که بنا به درخواست پزشک هر یک از کدهای فوق بصورت جداگانه درخواست گردد صرفا کد مربوطه قابل گزارش و محاسبه می باشد.
- ۲- تعرفه سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی معادل تعرفه سونوگرافی تعیین حاملگی کد ۷۰۱۷۱۵ قابل محاسبه می باشد. (کد ۷۰۱۶۱۱ با کد ۷۰۱۷۱۵ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی باشد)
- ۳- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی بررسی حاملگی و سونوگرافی رشد جنین و IUGR فقط بررسی رشد جنین و IUGR قابل گزارش می باشد. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۳۶ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی باشد).
- ۴- در صورت تجویز هم زمان سونوگرافی حاملگی و تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنینی، فقط سونوگرافی تشخیصی مالفورماسیون های مادرزادی جنین قابل محاسبه و پرداخت است. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۲۵ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی باشد).
- ۵- در صورت درخواست سونوگرافی NT و یا NB کد ۷۰۱۷۳۰ به همراه سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی کد ۷۰۱۷۲۵ در سه ماه اول بارداری کد ۷۰۱۷۳۱ (که شامل مجموع شرح دو کد می باشد) و بعد از سه ماه اول فقط کد ۷۰۱۷۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشند.
- ۶- در صورت درخواست سونوگرافی NT به همراه NB فقط کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT و یا NB) قابل پرداخت می باشد.

۷- در صورت درخواست سونوگرافی چندقلویی، برای قل اول کد ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی حاملگی) و برای هر یک از قل های بعدی کد ۷۰۱۷۳۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل (کد ۷۰۱۷۲۰) هر دو قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۹- خدمت «سونوگرافی سه بعدی جنین» فاقد تعرفه مصوب بوده و در شمول تعهدات سازمان نمی باشد.

۱۰- سونوگرافی مغز در نوزادان (در سازمان های بیمه گر با دفترچه مادرتا یک ماه پس از تولد به وسیله متخصصین مرتبط نیز قابل محاسبه و پرداخت است

۱۱- در صورت درخواست سونوگرافی ناحیه شکم چنانچه تقاضا «سونوگرافی شکم» بدون ذکر مشخص احشاء داخل شکمی باشد و یا احشاء داخل شکمی به تفکیک (شامل کبد، کیسه صفرا، طحال، کلیه ها و پانکراس) و به صورت همزمان درخواست شده باشند، صرفاً کد ۷۰۱۵۵۵ قابل گزارش می باشد. اما در صورت درخواست هر یک از احشاء داخل شکمی به تنهایی صرفاً کد مربوطه قابل گزارش و اخذ می باشد.

تبصره: چنانچه مجموع تعرفه درخواستی بابت سونوگرافی احشاء داخل شکمی از تعرفه سونوگرافی شکم تجاوز نماید حداکثر، تعرفه سونوگرافی شکم قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲- در صورت درخواست سونوگرافی غدد پارائورتیک به تنهایی معادل تعرفه سونوگرافی رتروپریتونئال کد ۷۰۱۵۸۰ قابل محاسبه می باشد.

۱۳- در موارد درخواست سونوگرافی پستان به همراه ناحیه آگزیلاری و یا نسج نرم صرفاً سونوگرافی پستان (برای یک طرفه کد ۷۰۱۵۴۰ و برای دوطرفه کد ۷۰۱۵۴۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۴- در موارد درخواست سونوگرافی تیروئید به همراه غدد لنفاوی گردن (نسج نرم گردن)، صرفاً سونوگرافی تیروئید (کد ۷۰۱۵۲۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.



۱۵- تعرفه خدمت فیبرواسکن در صورت پوشش بیمه ای بر اساس کدهای ۴۰۱۷۳۵ و ۴۰۱۷۴۰ (الاستوگرافی کبد) با تجویز توسط فوق تخصص گوارش و کبد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

« شرایط پذیرش اسناد مربوط به سونوگرافی ترانس کرانیال داپلر (TCD) و TCCS »

۱- رادیولوژیست ها به صورت ارجاعی از سوی متخصصین مرتبط و نورولوژیست ها در صورت دارا بودن شرایط لازم صرفاً جهت بیماران خود می توانند نسبت به انجام TCD و TCCS اقدام نمایند.

۲- مهمترین اندیکاسیونهای آن عبارتند از:

الف) Stroke

ب) TIA

ج) مواردی از سرگیجه (برای رد ضایعات عروقی (Vertebro-Basilar)

د) تشخیص افتراقی سرگیجه های ناشی از TIA , epilepsy

۳- درج تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخه و همچنین الصاق تصویر گزارش انجام TCD به نسخ ارسالی الزامیست.

۵- تعرفه TCD (Transcranial Doppler sonography) شامل بررسی کلیه عروق داخلی جمجمه ای و عروق ناحیه گردن (کاروتید و ورتبرال دو طرفه) می باشد.

لازم به ذکر است که عروق مورد بررسی در داپلر ترانس کرانیال شامل موارد زیر می باشد:

الف) شریان اینترنال کاروتید در محل ورود به حفره جمجمه سگمان C ۵ و C ۴ دو طرف.

ب) سیفون کاروتید شامل سگمان خلفی C ۴ و C ۳ و C ۲ و C ۱ دو طرف.

پ) شریان افتالمیک دو طرف.

ت) شریان مغزی قدامی سگمان Precommonal دو طرف.

ث) شریان مغزی قدامی سگمان Postcommonal دو طرف.

ج) محل دوشاخه شدن شریان مغزی میانی دو طرف.

چ) تنه شریانی مغزی میانی سگمان M_1 و M_2 دو طرف.

ح) شریان رابط قدامی.

خ) شریان رابط خلفی دو طرف.

د) شریان مغزی خلفی در دو سگمان P_1 و P_2 از دو زاویه دید «Approach» ترانس تمپورال و ترانس فورامینال.

ذ) شریان قاعده ای مغز.

ر) شریان ورتبرال در سگمان V_3 و V_4 .

۶- با توجه به اینکه در انجام این خدمت بررسی همزمان عروق اینتراکرانیال و اکستراکرانیال الزامیست می بایست از وجود تجهیزات با قابلیت انجام سونوگرافی در هر دو ناحیه مطمئن گردید

۷- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) صرفاً سونوگرافی ترانس کرانیال (کد ۷۰۱۸۶۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- سونوگرافی TCCS (Transcranial color coded duplex sonography) (اسکن دوبلکس شریان های خارج مغزی شامل کاروتید و ورتبرال دوطرفه و وریدهای گردنی و همراه با رویت پارنشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D) مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.

۹- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.

۱۰- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱-۲-۳- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سی تی اسکن

۱- مراکز تصویر برداری حق اطلاع رسانی به پزشکان متخصص به منظور ذکر «روش اسپیرال» در نسخ تجویزی را ندارند و پزشکان متخصص می توانند با توجه به تشخیص خود و در صورت نیاز روش اسپیرال را تجویز نمایند.

۲- نسخ سی تی اسکن فقط در صورت درخواست توسط پزشک متخصص معالج با ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار قابل پذیرش می باشد.

تبصره ۱: در موارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق توسط پزشک عمومی با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

۳- انجام خدمات سی تی اسکن زیر منحصراً با دستگاههای مولتی اسلایس (MSCT) حداقل ۴ اسلایس و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف-انواع خدمات سی تی آنژیوگرافی ها

ب-سی تی اسکن اسپیرال فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان

ج- سی تی اسکن اسپیرال سری کامل TMJ

د-سی تی اندوسکوپی مجازی

ه-سی تی اسکن سه بعدی (۳D)

و-بازسازی متال آرتیفکت و باز سازی هر ناحیه

ز-سی تی اسکن جهت بررسی پرفیوژن بافتی با گاز گزنون

۴- *HRCT* در صورت تجویز توسط متخصص داخلی، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

- ۵- در صورت درخواست سی تی اسکن سه بعدی هر ناحیه به همراه سی تی اسکن معمولی همان ناحیه یا با بازسازی، صرفاً سی تی اسکن سه بعدی همان ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۶- در سی تی اسکن بیماران ترومایی درخواست کلیشه *Bone window* در تعرفه خدمت لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۷- با توجه باینکه در تکنیک اسپیرال، مقاطع مختلف یک ناحیه (برای مثال فقرات سرویکال، توراسیک یا لومبار) پشت سر هم و بدون وقفه گرفته میشود در مورد درخواستهای سی تی اسکن اسپیرال مهره‌های متعدد به ازای هر تعداد مهره یک ناحیه سرویکال (مهره های C۱-C۷)، توراسیک (مهره های T۱-T۱۲) یا لومبار (مهره های L۱-L۵) تعرفه سی تی اسکن فقرات همان ناحیه محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱-۲-۴- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد MRI

۱- هزینه انجام MRI از سوی سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت است مشروط به اینکه درخواست منحصرأ توسط متخصص جراحی ارتوپدی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، متخصص بیماریهای مغز و اعصاب، متخصص گوش و حلق و بینی و سایر فوق تخصص ها انجام شود.

تبصره ۱: محاسبه و پرداخت MRI تجویزی سایر متخصصین در حوزه تخصصی مرتبط بلامانع است.

تبصره ۲: کلیه درخواستهای MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر دارد. (مگر در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه).

۲- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت - MRI مغز و گوش - MRI مغز و هیپوفیز - MRI مچ و کف پا ، در صورتی که در خواست با فوکوس بر روی ناحیه اختصاصی باشد به عنوان مثال اگر درخواست بررسی مغز با فوکوس بر روی اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز باشد فقط ناحیه اختصاصی مربوطه (اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز) قابل محاسبه و پرداخت میباشد و در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا به صورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره: در صورت عدم انجام موارد فوق بصورت جداگانه و در خواست دو ناحیه از سوی مراکز، موضوع از طریق نظارت قابل پیگیری میباشد.

۳- در مورد درخواست MRI مچ و کف دست، با توجه به انجام دو ناحیه با یک پروتوکل و در یک مرحله فقط یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۴- در موارد درخواست MRI سرویکو توراسیک - MRI توراکو لومبار و یا MRI لومبوساکرال منحصرأ تعرفه یک ناحیه آناتومیک قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- با توجه به اینکه MR ماموگرافی با تزریق صرفاً به روش دینامیک دارای ارزش تشخیصی می باشد در صورت درخواست MR ماموگرافی دینامیک ، فقط تعرفه MR ماموگرافی با تزریق قابل محاسبه و پرداخت می باشد

۱-۲-۵- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد پزشکی هسته ای

براساس ماده یک آئین نامه تأسیس مراکز پزشکی هسته ای، تعریف پزشکی هسته ای عبارت از کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی است که به وسیله مواد رادیواکتیو (چشمه های باز رادیواکتیو) انجام می گردد و شامل موارد ذیل می باشد:

۱- آزمایشات IN VIVO یا طرح برداری از اعضا و تعیین میزان جذب مواد رادیواکتیو در اعضای بدن.

۲- درمان با مواد رادیواکتیو (به استثناء استفاده از منابع تشعشع بسته)

لیست اقدامات فوق الذکر مشتمل بر ردیف های مندرج در بخش پزشکی هسته ای " کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران" می باشد.

۳- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو که عمدتاً شامل سنجش هورمونها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونواسی (RIA) قابل انجام بوده و بر اساس ردیف های مربوطه در بخش خدمات آزمایشگاهی " کتاب ارزش نسبی و خدمات مراقبتی سلامت جمهوری اسلامی ایران " قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (بر اساس لیست پیوست)

۱-۲-۶- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیوتراپی

نسخ حاوی خدمات رادیوتراپی فقط در صورت الصاق درخواست اولیه و ارجاع از سوی متخصصین و فوق تخصص بالینی مربوطه (غیر از رادیو تراپیست) به مرکز رادیوتراپی ارائه دهنده خدمت قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره : افرادی که سابقه رادیوتراپی دارند از این قاعده مستثنی می باشند و می توانند مستقیماً به مراکز رادیوتراپی مراجعه نمایند .

(بارسال سوابق رادیوتراپی برای سازمان های بیمه گر)

خدمات قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با رادیوتراپی (به روش درمان از راه دور یا تله تراپی شامل درمان با دستگاه شتابدهنده خطی یا کبالت) عبارتند از:

۱- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیت‌ها های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

۲- مدیریت درمان رادیوتراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند. ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تذکر: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع فقط یکبار و در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه رادیوتراپی یکبار در صورت انجام برای کلیه بیماران اعم از سرپایی و بستری قابل پرداخت است. در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۳- سیمولاتور با گرافی ساده برای دوره کامل رادیوتراپی با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۰ و ۷۰۵۳۳۵) (تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه میباشد) یا سیمولاتور با سایر روشهای تصویربرداری (سی تی اسکن، ام آر آی، سونوگرافی و پت اسکن) برای دوره درمان رادیوتراپی با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۵ و ۷۰۵۳۴۰) تذکر: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۴- طراحی درمان برای یک ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده با ارزش نسبی ۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۱۵) و یا فیلد پیچیده با ارزش نسبی ۴۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. تذکر: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک طراحی درمان برای هر ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده و یا پیچیده قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۵- مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی غیر Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۱.۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۰ و ۷۰۵۳۷۵) (Conformal یا غیر Conformal) و Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۸۰). تذکر: در یک جلسه رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی (Conformal یا غیر Conformal) قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۶- محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک) شامل دوزیمتری و دوزیمتری اختصاصی ارزیابی پارامترهای درمان، تضمین کیفیت انتقال دوز، دوز عمقی محور مرکزی، NSD، TDF، محاسبات $off\ axis\ factor, gap$ ، فاکتور غیریکنواختی بافت، محاسبات دوز سطحی و عمقی پرتوهای غیر یونیزان در نوع ساده با ارزش نسبی ۱۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۵) و در نوع پیچیده با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۰) برای دوره کامل رادیوتراپی.

تذکر: در هر فاز درمانی فقط یک محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک ساده یا پیچیده) به ازای هر ناحیه درمانی قابل محاسبه و پرداخت میباشد (حداکثر تعداد فازها به ازای هر ناحیه درمانی مطابق جدول پیوست)

۷- طراحی و ساخت شیلد: برای طراحی و ساخت شیلدهای متعدد، استنت، شیلد $bite$ یا بولوس در صورت انجام با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۵) و برای طراحی و ساخت شیلد های بی قاعده، شیلدهای خاص، جبران کننده، وج، قالب گیری ($mold$) یا $casts$ در صورت انجام با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۶۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. (در مراکز دولتی با تأیید ناظر و در مراکز خصوصی با ارسال تصویر شیلد)

تذکر ۱: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تذکر ۲: در صورت استفاده صرف از شیلدهای پیش ساخته تعرفه طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۸- کانتورینگ تومور با ارزش نسبی ۱۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۷۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۹- کانتورینگ ارگان در معرض خطر با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. برای دوره کامل رادیوتراپی. در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۱۰- استفاده از پورتال فیلم رادیولوژیک برای تایید (وریفیکاسیون) درمان با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۵) به ازای هر بار انجام در یک دوره کامل رادیوتراپی.

۱۱- درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی (مربوط به دستگاهی که پورتال فیلم و مولتی لیف نداشته نباشند) به ازای تعداد فیلدهای درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی شامل :

الف- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۴ مطابق کد ملی ۷۰۵۳۳۰

ب- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۵

ج- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۰

د- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۷ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۰

ه- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۶ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۵

و- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۸/۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۵

تذکره ۱: ملاک محاسبه در شتاب دهنده ها ، انرژی فیلد درمانی مورد استفاده برای هر بیمار می باشد لذا ذکر انرژی فیلدهای درمانی ضروری می باشد. در غیر اینصورت فیلد درمانی با حداقل تعرفه محاسبه خواهد شد.

تذکره ۲: ملاک تشخیص فیلد درمانی ساده و پیچیده بدین صورت است که در مواردیکه از وسایل مخصوص (Shielding) جهت حالت دادن به ستون اشعه استفاده نگردد و به هد دستگاه زاویه داده نشود (زاویه هد دستگاه صفر باشد) بعنوان فیلد درمانی ساده و در غیر اینصورت تحت عنوان فیلد درمانی پیچیده در نظر گرفته می شود.

تذکره ۳: هزینه فیلدهای درمانی قابل محاسبه برای هر بیمار عبارتست از مجموع تعرفه فیلدهای درمانی ساده و پیچیده در هر گروه انرژی ضربدر تعداد فیلدهای درمانی مورد استفاده برای بیمار در گروه انرژی مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت تجهیز و راه اندازی دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف و پرتابل فیلم، هر کدام ۱۰٪ و مجموعاً ۲۰٪ به تعرفه درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی با در نظر گرفتن تعداد فیلدهای درمانی، اضافه گردد.

۱۲- درمان رادیوتراپی بیمار با دستگاه کبالت شامل درمان ساده با ارزش نسبی ۱ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۰) و یا درمان پیچیده با ارزش نسبی ۱/۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۵)

تذکره ۱: محاسبه تعداد فیلدهای درمانی در رادیوتراپی به عوامل مختلفی از جمله نحوه تقطیع دوز (Fraction)، دوز توتال، سطح شان، میزان شیلدینگ، استفاده از فیلترهای مختلف و غیره وابسته است. بدیهی است پزشکان معالج براساس تکنیک انتخابی، تعداد فیلد درمانی را منطبق با تعداد فیلد ثبت شده در پرونده بیمار اعلام خواهند کرد. در هر صورت متوسط تعداد فیلدهای درمانی در هر ناحیه آناتومیک درخواستی از سوی مراکز رادیوتراپی طرف قرارداد نباید از حداکثر تعداد فیلدهای درمانی مندرج در جدول ذیل بیشتر باشد.

تذکره ۲: کارشناسان محترم رسیدگی ضمن در نظر گرفتن ارقام یاد شده در مواقع لزوم (به ویژه مواردی که یک مرکز برای اکثر درمانهای خود حداکثر تعداد فیلد مندرج در جدول مذکور را اعلام می نماید) با مراجعه به برگ پرتو درمانی بیماران که ممهور به مهر و امضاء متخصص رادیوتراپی و فیزیست می باشد رسیدگی دقیق را اعمال نمایند.

موارد قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با براکی تراپی (به روش درمان از راه نزدیک) عبارتند از:

۱- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیت‌های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- مدیریت درمان رادیوتراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند . ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تذکر: مدیریت درمان رادیوتراپی در صورت انجام برای کلیه بیماران سرپایی و بستری به شرح زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان، یکبار برای اولین جلسه براکی تراپی (۵k)

ب: مدیریت درمان رادیوتراپی حین درمان هر ۵ جلسه براکی تراپی (۳k) (در صورتیکه درمان از جلسه دوم به بعد متوقف گردد k ۳کماکان قابل پرداخت است).

در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۳- انجام براکی تراپی هر ناحیه شامل قراردادن اپلیکاتور یا سوزن، طراحی درمان سه بعدی (کونتورینگ و تأیید پلان)، محاسبات فیزیک براکی تراپی و دوزیمتری وصل به دستگاه براکی تراپی بابت هر جلسه مطابق یکی از کدهای ملی ۷۰۵۵۲۰، ۷۰۵۵۱۵، ۷۰۵۵۱۰، ۷۰۵۵۵۵، ۷۰۵۵۵۰، ۷۰۵۵۴۵، ۷۰۵۵۴۰، ۷۰۵۵۳۵، ۷۰۵۵۳۰، ۷۰۵۵۲۵،

تبصره ۱: برای براکی تراپی چشم کد ملی ۶۰۲۳۶۵ (تخریب ضایعه موضع رتین یا رتینوپاتی پیشرفته با رادیوسیون بوسیله کارگذاری منبع) باید به کد ۷۰۵۵۴۵ اضافه گردد.

تبصره ۲: برای براکی تراپی سایر ارگان ها از جمله پستان علاوه بر کدهای فوق کدهای مربوطه نیز قابل گزارش و اخذ می باشد.

۴- درمان براکی تراپی بیمار بر روی دستگاه HDR (دوز بالا) به ازای هر جلسه با ارزش نسبی ۱۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۵۰۵)

تذکر ۱: برای دستگاه MDR، ۷۰٪ تعرفه کد ملی ۷۰۵۵۰۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

یادآوری مهم: بر اساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج، هزینه خدمت رادیوتراپی در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی در موارد سرپایی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، بصورت رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل

محاسبه می باشد. (ما به التفاوت بخش دولتی و خصوصی به عهده بیمار است). بر این اساس مواردی از خدمات رادیوتراپی که مشمول حذف فرانشیز می گردد عبارتند از:

الف- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان و در حین درمان از کد ملی ۹۰۱۹۵۰ تا ۹۰۱۹۵۵

ب- خدمات رادیوتراپی با شتابدهنده خطی و کبالت از کد ملی ۷۰۵۳۰۰ تا ۷۰۵۴۳۶

ج- خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا ۷۰۵۵۵۵

د- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی شامل مارکرها، شیلدهای اختصاصی، چسب های رادیوتراپی و ماسک های رادیوتراپی که اغلب برای رادیوتراپی ناحیه سر و گردن استفاده می شود بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

ه- هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیاال براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

تعداد کل شانها	تعداد جلسات	تعداد شانهای فاز دوم	تعداد جلسات	تعداد شانهای فاز اول	منطقه آناتومیك	
					سطح بدن	
۸۵	۵	۲	۲۵	۳	پوست	
۷۴	۸	۲	۲۵	۲	تومورهای اولیه جمجمه	سر
۱۳۵	۰	۰	۲۷	۵	هیپوفیز	
۹۴	۷	۲	۲۰	۴	نخاع	
۸۱	۰	۰	۲۷	۳	چشم و کره چشم	
۹۰	۰	۰	۳۰	۳	گوش	
۱۱۵	۱۰	۴	۲۵	۳	نازوفارنکس*	گردن
۹۰	۱۰	۴	۲۵	۲	حفره دهان	
۹۰	۰	۰	۳۰	۳	سینوسهای پاراناژال	
۸۰	۱۰	۳	۲۵	۲	غدد بزاقی	
۹۱	۸	۲	۲۵	۳	حلق	
۹۹	۸	۳	۲۵	۳	حنجره*	
۸۲	۸	۴	۲۵	۲	تیروئید	
۶۵	۵	۳	۲۵	۲	ریه (لنفومها)	قفسه سینه
۷۰	۵	۴	۲۵	۲	مدیاستن و نای	
۷۰	۵	۴	۲۵	۲	مری	
۱۰۰	۰	۰	۲۵	۴	قلب و عروق	
۱۶۰	۵	۲	۲۵	۶	پستان	
۹۵	۵	۴	۲۵	۳	معدده	گوارش
۱۲۰	۵	۴	۲۵	۴	پانکراس	
۶۰	۰	۰	۲۰	۳	کبد	
۱۱۲	۳	۴	۲۵	۴	کولون و رکتوم	
۱۱۵	۵	۳	۲۵	۴	آنال	
۷۵	۰	۰	۲۵	۳	کلیه ها و میزنای	سیستم ادراری
۱۳۲	۸	۴	۲۵	۴	مثانه	
۲۰۰	۱۵	۵	۲۵	۵	پروستات*	سیستم تناسلی ادراری مردان
۱۲۰	۱۰	۴	۲۰	۴	بیضه	
۹۰	۰	۰	۳۰	۳	آلت تناسلی	
۱۲۰	۵	۴	۲۵	۴	سرویکس	ژنیکولوژی (زنان)
۱۲۰	۵	۴	۲۵	۴	آندومتر	
۶۴	۷	۴	۱۸	۲	تخمدان و لوله فالوپ	
۱۲۰	۵	۴	۲۵	۴	واژن	
۶۰	۵	۲	۲۵	۲	مجرای ادرار	
۶۰	۵	۲	۲۵	۲	اندام تناسلی خارجی	
۷۰	۵	۴	۲۵	۲	رتروپریتوان	آدرنال و تومورهای حفره شکم
۷۰	۵	۴	۲۵	۲	غده آدرنال(فوق کلیوی)	
۹۱	۸	۲	۲۵	۳	دست و پا*	اندام ها

تعداد شانها و جلسات و تعداد کل شانهای درمانی برای تکنیکهای معمولی محاسبه شده اند. محاسبه تکنیکهای پیچیده برای هر منطقه آناتومیك ممكن است با توجه



به شرایط بیمار و نظر پزشک تغییر کرده و تا مقدار زیادی افزایش یا کاهش یابد. همچنین برای درمانهای با روشهای پیچیده مانند IMRT و استریوتاکتیک تعداد شانها ممکن است تا ۱۰۰٪ افزایش یابد. درمان بعضی از مناطق آناتومیک (مانند پروستات) که با علامت ستاره مشخص شده ممکن است به یک فاز درمانی بیشتر احتیاج داشته باشد.

پیوست ۱:

فهرست برخی از خدمات پرتویزشکی دارای اسامی متعدد یا علائم اختصاری

ردیف	عنوان خدمت	سایر اسامی یا علائم اختصاری خدمت
۱.	رادیوگرافی قاعده جمجمه (نمای هیرتز)	SMV
۲.	رادیوگرافی پری اپیکال	PA
۳.	رادیوگرافی بایت وینگ	BW
۴.	رادیوگرافی پانورکس	OPG
۵.	داکریوسیستوگرافی	DCG
۶.	رادیوگرافی ساده شکم خوابیده	KUB
۷.	رادیوگرافی مری با بلع ماده حاجب	Barium Swallow
۸.	رادیوگرافی معده و اثنی عشر	Barium meal GI Series
۹.	رادیوگرافی مری، معده و اثنی عشر	UGI Series
۱۰.	رادیوگرافی روده های کوچک	Transit
۱۱.	رادیوگرافی روده های بزرگ	Barium Enema
۱۲.	کله سیستوگرافی خوراکی	OCG
۱۳.	کلانژیوگرافی بعد از عمل جراحی	T-Tube کلانژیوگرافی
۱۴.	کلانژیوگرافی از راه پوست	PTC
۱۵.	کلانژیوپانکراتوگرافی رتروگراد از طریق اندوسکوپی	ERCP
۱۶.	اوروگرافی (پیلوگرافی) ترشعی	IVP , IVU اوروگرافی (پیلوگرافی) نزولی
۱۷.	اوروگرافی سریع برای فشار خون	Rapid Sequence IVP
۱۸.	اوروگرافی (پیلوگرافی) رتروگراد	اوروگرافی (پیلوگرافی) صعودی
۱۹.	اوروگرافی (پیلوگرافی) آنتی گراد	اوروگرافی (پیلوگرافی) از راه پوست نفروستوگرافی
۲۰.	یورتروسیستوگرافی در حال ادرار کردن	VCUG
۲۱.	هیستروسالپنگوگرافی	HSG
۲۲.	رادیوگرافی تله متریک	Alignment View
۲۳.	کلانژیوپانکراتوگرافی به وسیله MRI	MRCF MR کلانژیوگرافی

خدمات آزمایشگاهی

ردیف	عنوان
۱	ACTH
۲	AFP
۳	BETA HCG
۴	CORTISOL
۵	CYCLOSPORINE
۶	DHEA
۷	DIGOXIN
۸	ESTRADIOL
۹	FERRITIN
۱۰	FREE T _۴
۱۱	FREE T _۳
۱۲	GH
۱۳	FSH
۱۴	LH
۱۵	PROLACTIN
۱۶	۱۷OH-PROGESTRON
۱۷	PSA
۱۸	PTH
۱۹	CEA
۲۰	TESTOSTERONE
۲۱	TG
۲۲	TSH
۲۳	T _۴
۲۴	T _۳
۲۵	T _۳ UP

ضوابط رسیدگی به اسناد دارویی

- نحوه اعمال تعدیلات به این ترتیب است که مبلغ سهم سازمان مشمول تعدیل، از مبلغ درخواستی مؤسسه کسر می‌گردد.
 - تاریخ نسخه باید دقیقاً مورد توجه قرار گرفته و در صورت وجود موارد زیر تمام مبلغ سهم سازمان در آن نسخه جزء تعدیلات منظور گردد:
 - در صورتیکه دفترچه بیمه در تاریخ تجویز نسخه اعتبار نداشته باشد، تمام مبلغ سهم سازمان نسخه دارویی جزء تعدیلات خواهد بود.
 - تاریخ گذشته (نسخ مربوط به ماههای گذشته)
تبصره ۱: نسخ دارویی در کلیه داروخانه‌ها تا ۳۰ روز دارای اعتبار می‌باشد.
 - تاریخ آینده (نسخ مربوط به ماههای بعدی)
 - تاریخ مخدوش: هر گونه خط خوردگی تاریخ چنانچه توسط پزشک معالج (مجدداً و ترجیحاً پشت نسخه) مورد تأیید قرار نگرفته باشد، جزء تعدیلات محسوب می‌شود.
 - عدم انطباق بین شماره بیمه ثبت شده در دیسکت ارسالی توسط مؤسسه با شماره بیمه شده در نسخه کاغذی، در بار اول و دوم منجر به تذکر و در صورت تکرار سهم سازمان نسخ مذکور جزو تعدیلات محاسبه خواهد شد.
 - تمامی مندرجات متن نسخ باید به یک خط نوشته شده و دارای امضاء و مهر پزشک معالج باشد، در غیر اینصورت تمام مبلغ سهم سازمان نسخه از مبلغ درخواستی کسر می‌گردد.
- تبصره ۱: دو رنگ بودن تاریخ تجویز و تاریخ اعتبار با متن نسخه مشمول تعدیلات نمی‌گردد.
- تبصره ۲: دورنگ بودن متن نسخه در صورت تشابه خطی مشمول تعدیلات نمی‌گردد.

- هر گونه دستکاری و مخدوش نمودن مشخصات بیمه شده و تاریخ اعتبار دفترچه علاوه بر اعمال تعدیلات، مشمول پیگیری نظارتی نیز خواهد بود .
- تبصره ۱: در صورتیکه مشخص شود سهواً اعتبار دفترچه به هنگام پانچ نسخ مخدوش شده است، موضوع بصورت موردی بررسی و پس از استعلام از اداره بیمه گری و درآمد قابل پرداخت خواهد بود .
- تبصره ۲: به هنگام تائید نسخ دارویی در ادارات بیمه یا تائید اینترنتی نسخ در داروخانه ها ، تعداد دارو فقط به میزان مصرف تا پایان تاریخ اعتبار دفترچه (بر اساس دستور مصرف پزشک) قابل تائید می باشد. بدیهی است نسخی که مبلغ ریالی آنها زیر سقف تائید می باشد مشمول این موضوع نمی گردند .
- وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک تجویز کننده دارو در نسخه الزامی است . در غیر این صورت سهم سازمان نسخه مشمول تعدیلات می گردد.
- در صورت وجود دو مهر از دو پزشک متفاوت در نسخه سهم سازمان نسخه مشمول تعدیلات می شود.
- نسخ می بایست دارای مهر داروخانه یا پرینت مشخصات داروخانه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد . در غیر این صورت سهم سازمان نسخه مشمول تعدیلات می گردد.
- تبصره : در مراکز بهداشتی درمانی (شهری ، روستایی و شهری روستایی) که مسئول فنی ندارند رئیس مرکز به عنوان مسئول فنی شناخته می شود .
- در صورت وجود دو مهر از دو داروخانه مختلف در یک نسخه، بدون تائید ادارات بیمه، سهم سازمان نسخه مشمول تعدیل خواهد بود.
- نسخ متفرقه نظیر نسخ مخصوص پزشک، مخصوص بیمار، نسخ کاربنی و یا نسخ سایر سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت نمی باشد.

- در سازمانهای بیمه‌گر که دارای صندوقهای متفاوت بیمه‌ای هستند در صورتیکه نسخ صندوقهای مختلف جابجا شده باشد و تعداد یا مبلغ آن قابل توجه باشد، با نظر رئیس اداره اسناد پزشکی، اسناد را می‌توان جهت تصحیح به داروخانه عودت داد. در غیر اینصورت جزو تعدیلات منظور نگردد.
- تبصره: موارد جابجایی صندوق‌ها می‌بایست جهت حفظ سابقه در نرم افزار اسناد پزشکی پیغام گذاری شود.
- در صورتیکه اطلاعات نسخه‌ای در دیسکت ثبت شده باشد ولی نسخه ارائه نگردیده است، تعداد و سهم سازمان آن نسخه مشمول تعدیلات می‌گردد و از طریق اداره نظارت قابل پیگیری است.
- نسخی که می‌بایست به تایید ادارات کل رسانده شده و یا از طریق نرم افزار تأیید شده باشند، در صورت عدم تأیید سهم سازمان نسخه مشمول تعدیلات می‌شود، این نسخ شامل موارد ذیل می‌باشد:
- جمع کل نسخه بیش از آخرین سقف ریالی اعلامی باشد (منظور از سقف تعیین شده برای تأیید نسخ، ۱۰۰ درصد بهاء داروهای مورد تعهد سازمان می‌باشد)
- تبصره: در صورت عدم تأییدنسخه مابه التفاوت مبلغ بالای سقف تأیید از مبلغ سقف تأیید بصورت سهم سازمان کسر می‌شود.
- نسخ تاریخ مخدوش
- ج- داروها و نسخی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تأیید دارد و قبلاً توسط ادارات کل استانی اعلام و ابلاغ شده است.
- د- داروهایی که دارای شروط تجویز به خصوصی می‌باشند.
- داروهایی که پرونده ای اعلام گردیده اند.
- غیرمعمول بودن فرم دفترچه
- نامشخص بودن مشخصات بیمه شده
- مبهم بودن مشخصات پزشک

- در صورت قیمت گذاری داروی خارج از تعهد در نسخه، آن قلم جزء تعدیلات محسوب می گردد و مبلغ سهم سازمان آن دارو از مبلغ درخواستی کسر می شود .
- تبصره : لیست تمام داروهای مورد تعهد، به همراه شرط تعهد ، قیمت و درصد مورد تعهد در " سامانه های سازمانهای بیمه گر ذکر شده است و در صورت تغییر تعهدات، قیمت و... توسط آنها بروزرسانی شده و در اختیار استانها و موسسات طرف قرارداد ، قرار می گیرد و ملاک عمل می باشد .
- مبنای محاسبه بهای داروها، بر اساس مندرجات نسخه می باشد. زمانی بیمه شده می تواند نوع برند دارو را بافرانشیز و قیمت اعلامی دریافت نماید که نام آن برند خاص در نسخه ذکر شده باشد. اگر برند مورد نظر در پورتال نباشد، قیمت نوع ژنریک آن قابل محاسبه می باشد. در صورت ذکر نام ژنریک دارو در نسخه و درخواست نوع برند آن توسط بیمه شده ، پرداخت مابه التفاوت نوع ژنریک و برند دارو بعهده بیمه شده است.
- اگر واحد وزنی یا حجمی مختلف از یک نوع دارو در بازار دارویی با قیمتهای مختلف موجود باشد و پزشک معالج واحد را قید نکرده باشد، پایین ترین واحد و کمترین قیمت ملاک محاسبه خواهد بود.
- در نسخ دارویی به ازای تجویز هر سرم ، یک عدد ست سرم (به استثنای سرم شستشو که نیاز به ست ندارد) و به ازای هر ویال تزریقی که نیاز به آب مقطر دارد یک عدد آب مقطر ۵ سی سی بر اساس نرخ اعلامی قابل پرداخت خواهد بود .
- تبصره : در مورد ویال های تزریقی که نیاز به حلال دارند در صورت درخواست تزریق وریدی در نسخه توسط پزشک ، تا دو عدد آب مقطر ۵ سی سی قابل پرداخت می باشد .
- نسخ مربوط به رزیدنتها که دارای مهر مرکز آموزشی - درمانی دانشگاهی باشد، معادل پزشک متخصص و در غیر این صورت معادل پزشک عمومی می باشد.

- نسخ دارویی کارشناسان و کارشناسان ارشد مامایی باید دارای امضاء و مهر با شماره نظام مامایی بوده و فقط داروهای اعلام شده در تعهد خواهد بود.
- در صورتیکه نسخ دارویی با مهر انترن به همراه مهر بیمارستان آموزشی دانشگاهی باشد فقط از طریق داروخانه همان بیمارستان آموزشی قابل پذیرش و پرداخت است.
- در صورتیکه قلم خوردگی در قیمت، لاک گیری، استفاده از برجسب و غیره، دورنگ بودن قیمت نسخ، توسط مسئول فنی توضیح داده نشده باشد آن ردیف جزء تعدیلات محسوب میگردد. (سهم سازمان مبلغ دارو از مبلغ درخواستی موسسه کسر می گردد).
- در صورتی که داروخانه در برگ درخواستی خود کسر قیمت زده باشد، ارجاع به داروخانه بر حسب صلاحدید صورت می گیرد.
- نسخی که شامل گچ و ویبریل باشد در صورتیکه توسط ارتوپد و جراح عمومی تجویز شده باشد قابل پرداخت است. در خصوص سایر پزشکان متخصص و پزشکان عمومی در صورتی که به همراه مهر بیمارستان، دی کلینیک یا درمانگاه تجویز شده باشد در کلیه داروخانه های طرف قرارداد قابل تحویل به بیمار بوده و بر مبنای قیمت اعلامی در سامانه بر اساس سانتی متر قابل محاسبه می باشد.
- تعرفه داروهای مورد تعهد بیمه پایه که برای درمان ناباروری و نازایی توسط متخصصین مربوطه تجویز می گردد از سوی سازمان برابر شرط تعهد و قیمت های موجود در سامانه قابل پرداخت خواهد بود.
- پرداخت فرانشیز، حق فنی مصوب هیئت وزیران و بهای داروهای خارج از تعهد بر عهده بیمار است.

ضوابط یکسان قیمت گذاری دارویی سازمان های بیمه گر

۱- پذیرش بهای داروهای تولید داخل (ژنریک) با اعلام قیمت سه گانه از سوی سازمان غذا و دارو و حداکثر بعد از ۲ روز کاری پس از احراز قیمت در سایت سازمان های بیمه گر اعمال می شود.

تبصره: چنانچه بهای دارویی کاهش یافته باشد، تاریخ اعلام از ساعت ۰۱:۰۰:۰۰ روز کاری بعد می باشد.

۲- در خصوص داروهای در تعهد (با شرط تولید داخل) که تولید نوع ژنریک آن به هر دلیل انجام نمی شود، مبنای پرداخت سازمان های بیمه گر حداقل قیمت نوع برند ژنریک تا زمان تولید دوباره داروی ژنریک می باشد.

تبصره: سازمان های بیمه گر با انجام سازوکار نرم افزاری این چنین موارد را پیگیری می نمایند تا در زمان ورود نوع ایرانی و راه اندازی دوباره خط تولید، قیمت خود را اصلاح نماید.

۳- چنانچه دارویی شرط تولید داخل نداشته باشد اما توسط شرکت ایرانی تولید گردد، ملاک پذیرش بهای، قیمت داروی ایرانی می باشد. اما اگر تولید داروی ایرانی به هر دلیلی قطع شده و در بازار دارویی کشور وجود نداشته باشد، شرط قیمت مورد قبول سازمانهای بیمه گر حداقل قیمت نوع وارداتی به شرط امکان پخش در سطح کل کشور می باشد.

۴- داروهای در تعهد (که در سازمان غذا و دارو به آن داروی مکمل گفته می شود) به هر دلیل از سوی کمیسیون قیمت گذاری قیمت آن تعیین نمی گردد و بهای آن از سوی شرکت تولید یا پخش اعلام می شود حداقل قیمت موجود در بازار، مورد پذیرش سازمان های بیمه گر می باشد.

۵- بهای داروهای ترکیبی"، پس از استعلام از شرکت های معتبر از جمله سپیداژ و عماددرمان و...، بر اساس حداقل قیمت موجود در کل کشور تعیین می گردد.

۶- در خصوص داروهای وارداتی، ملاک عمل، بهای اعلامی از سوی کمیسیون قیمت گذاری و پخش دارو در سطح کل کشور می باشد.

تبصره: در صورت کاهش بهای داروهای وارداتی، چنانچه پخش آن دارو در کل کشور انجام پذیرفته باشد، قیمت کاهش یافته به صورت حداقل قیمت در کنار قیمت پیشین (بالا تر) در سایت اعلام بهای داروی

سازمان های بیمه گر به صورت دو قیمتی (و یا رنج قیمتی با درج حداقل و حداکثر قیمت) اعمال می گردد، قیمت حداکثر نیز بر اساس سیاستهای داخلی هر سازمان تعیین می گردد.

تبصره ۲: بهای داروهای وارداتی نیز به مانند داروهای ژنریک تولید داخل، در صورت افزایش (برای برند مشخص و در رابطه با همان برند) قابل پذیرش و انجام تغییرات در سامانه می باشد.

تبصره ۳: داروهای وارداتی که دارای قیمت های متفاوتی می باشند و توزیع آنها در سطح کشور کافی نمی باشد سازمان های بیمه گر می توانند چند قیمت اعلام نمایند.

۷- به هنگام افزایش قیمت داروها ملاک عمل داروخانه در محاسبات بیمه ای قیمت اعلام شده در سایت سازمان های بیمه گر می باشد و وجود فاکتور در داروخانه برای دریافت مابه التفاوت (از نظر سازمان های بیمه گر) ضروری نیست.

۸- در صورت عدم اعلام قیمت رسمی از سوی سازمان غذا و دارو بهای اقلام تک نسخه ای که در تعهد سازمان های بیمه گر می باشد بر اساس سیاست های درونی هر سازمان انجام می گردد.

۹- در خصوص بهای داروهای تفاهم نامه، قیمت اعلامی از سوی سازمان غذا و دارو و تایید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مورد پذیرش می باشد و چنانچه بهای پایین تر به شکل گسترده در بازار دارویی کشور موجود باشد در قیمت حداقل پورتال سازمان های بیمه گر پایه لحاظ گردد.

دستورالعمل نظارت بر مراکز تشخیصی و درمانی

طرف قرارداد بیمه های پایه



فهرست مطالب

کلیات و تعاریف

فصل اول

➤ مواد قانونی مرتبط با نظارت

فصل دوم

➤ کلیات نظارت

➤ انواع نظارت

➤ حجم نظارت

➤ تیم نظارت - مستندات بازدید - مراجع ارزیابی - موارد مغایر با ضوابط

➤ برخورد نظارتی

فصل سوم

➤ موارد مغایر با ضوابط سازمان و نوع تصمیم اتخاذ شده

فصل چهارم

➤ سوء استفاده از دفاتر بیمه سلامت و کارت هوشمند

ضمائم

➤ فهرست فرم های مرتبط

کلیات و تعاریف

۱. هدف: تدوین دستورالعمل نظارت بر مراکز طرف قرارداد و بیمه شدگان، جهت ارتقاء کیفیت و اثر بخشی هزینه خدمات مورد نیاز و ایجاد وحدت رویه در بیمه های پایه میباشد.
۲. دامنه عملکرد: بیمه های پایه (اعم از ستاد مرکزی و استان)
۳. تعاریف و اصطلاحات:
 - مرکز تشخیصی درمانی: واحدی است که به استناد پروانه های معتبر صادره از مراجع ذیصلاح (مطب، موسس، مسئول فنی) یا مجوز ریاست دانشگاه علوم پزشکی در مورد مراکز درمانی دولتی وابسته به دانشگاه (بیمارستانها، مراکز آموزشی درمانی، واحدهای پاراکلینیک و درمانگاه و کلینیک های ویژه) مجاز به ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیمه شدگان می باشد.
 - مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد: مرکز تشخیصی درمانی است که به استناد قراردادنامه معتبر، طرف قرارداد بیمه های پایه می باشد.
 - نظارت بر عملکرد مراکز طرف قرارداد: به مفهوم ارزیابی پیوسته فعالیت های مراکز طرف قرارداد به منظور تعیین میزان انطباق عملکرد آنها با ضوابط و مقررات و مفاد قرارداد و الحاقیه های آن است تا در صورت لزوم و حسب مورد اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه در راستای صیانت از حقوق بیمه های پایه و بیمه شدگان انجام پذیرد.
 - نظارت حضوری: به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی اطلاق می گردد که مستقیماً با حضور تیم بازدیدکننده در محل مراکز تشخیصی - درمانی صورت می گیرد.
 - نظارت غیر حضوری: به مجموعه ارزیابی و بررسی اسناد و صورتحسابهای مراکز تشخیصی درمانی و با روشهایی غیر از بازدید حضوری و از طریق اطلاعات حاصل از سایر منابع اطلاعاتی انجام می گیرد. (در صورت لزوم بازدید حضوری صورت می گیرد)
 - برخورد نظارتی: عبارت است از اقدامی بازدارنده/ تنبیهی/ تشویقی متناسب با نوع عملکرد مراکز تشخیصی درمانی/ بیمه شدگان در رعایت ضوابط و دستورالعمل های بیمه های پایه
 - تعلیق قرارداد: عبارت است از قطع موقت همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه برای مدت زمان معین (تا ۱۲ ماه) با پیشنهاد اداره نظارت/ درمان/ بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

- لغو قرارداد: عبارت است از قطع کامل همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

فصل اول :

مواد قانونی

• سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی توسط مقام معظم رهبری

ماده ۲:

۲-۶: اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی

ماده ۵:

ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست گذاری و نظارت کار آمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیتنی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات

ماده ۸:

۸-۲: افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها

ماده ۹:

۹-۲: پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۹-۷: اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد. افزایش کارایی ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه کنندگان خدمات و توجه به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیگیری در مناطق محروم

• قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

فصل سوم (تشکیلات): ماده ۱۱

تبصره ۱: هرگونه استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه ها در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی برای دستگاههای اجرایی دولتی، عمومی، صندوقها و نهادهای غیر دولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منطقه ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است.

• قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور

ماده ۱۷ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

آیین نامه اجرایی ماده ۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۷۴/۳/۱۷

ماده ۶: کلیه سازمانها و شرکتهای بیمه گر و پزشکان و مؤسسات دولتی موظفند سقف فرانشیز مصوب هیأت وزیران و ضوابط ارائه خدمات و تعرفه های مصوب را رعایت کنند.

دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۰۴/۱۱ بنا به پیشنهاد شماره ۳۰۷۸ مورخ ۱۳۷۴/۰۴/۰۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد تبصره ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور- مصوب ۱۳۷۳- دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را به شرح زیر تصویب نمود:

دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی»

ماده ۱ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه ها و پزشکان کشور- که از این پس مشمولان این دستورالعمل نامیده می شوند - مکلفند در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور نسبت به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه خدمات و مراقبتهای پزشکی اقدام کنند و در صورت درخواست سازمانها و شرکتهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف به انعقاد قرارداد لازم هستند.

ماده ۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای لازم را به مشمولان این دستورالعمل اعلام و با همکاری سازمان نظام پزشکی و با رعایت آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته - مصوب ۱۳۷۳/۵/۹ هیات وزیران - بر حفظ و رعایت استانداردها نظارت مستمر می کند.

ماده ۴ - کلیه مشمولان این دستورالعمل مکلفند تعرفه ها، ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، اصول اخلاق پزشکی و آیین نامه های انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

ماده ۹ - سازمانهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) می توانند به منظور اطمینان از حسن اجرای مفاد قراردادهای منعقد شده، نظارت لازم را بر نحوه ارائه خدمات تعهد شده مؤسسات طرف قرارداد، اعمال نمایند.

ماده ۱۰ - نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافذ نظارت شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و آیین نامه های مربوط نیست. دبیر شورای یادشده موظف است هر شش ماه گزارش نظارتهای انجام شده را به این شورا ارائه کند.

• مصوبه هیئت وزیران به شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ به استناد بنده

ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

۴- به منظور رعایت سقف تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی و ارزش نسبی مصوب، دستورالعمل اجرایی

بسته نظارتی به شرح پیوست شماره (۲) که تایید شده به مهر دفتر هیئت دولت می باشد ، برای ارایه دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی ، عمومی غیر دولتی ، خصوصی و سازمان بیمه گر پایه و تکمیلی سلامت لازم الاجرا می باشد .

• قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

در دو فصل خدمات تشخیصی درمانی و دارو و ملزومات پزشکی ، دندانپزشکی و..... مشتمل بر ۲۰ ماده و ۵ تبصره که با بیان مصادیق جرائمی از قبیل تاسیس موسسه بدون اخذ مجوزهای قانونی لازم ، بکار گیری اشخاص فاقد صلاحیت ، خودداری از پذیرش و ارائه خدمات به بیماران اورژانس ، ارائه خدمات مزاد بر احتیاج ، عدم حضور و ترک موسسه پزشکی توسط مسئول فنی ، پزشک کشیک و یا سایر کادر تخصصی در ساعات مقرر ، عرضه و فروش داروها و کیت های آزمایشگاهی تاریخ گذشته یا فاقد پروانه ساخت ، گرانفروشی و عدم رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و.....، به تبیین مجازاتهای متناسب از قبیل توبیخ کتبی، قطع سهمیه دارو، تعطیلی موسسه ، جرائم نقدی ، ابطال پروانه و مجوز، زندان و..... می پردازد.

فصل دوم

کلیات نظارت

ماده ۱: اهداف نظارتی بیمه های پایه :

- الف - نظارت بر حسن اجرای مفاد قرارداد فی مابین بیمه های پایه و مراکز طرف قرارداد از نظر کمی و کیفی
- ب - نظارت بر حسن اجرای مفاد بیمه نامه فی مابین بیمه های پایه و بیمه شدگان
- ج - ایجاد و افزایش رضایتمندی بیمه شدگان، مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد در چارچوب مقررات بیمه های پایه.
- د - تلاش در جهت بهینه سازی استفاده از منابع مالی بیمه های پایه
- هـ - تلاش در جهت پیشگیری از وارد آمدن خسارات مالی به بیمه های پایه و بیمه شدگان.

ماده ۲: ادارات استانی جهت نیل به اهداف فوق اقدامات ذیل را انجام خواهند داد:

- الف - بازدید و نظارت مستمر بر عملکرد مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد در طول مدت قرارداد
- ب - پاسخگویی به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و بیمه شدگان و رسیدگی به شکایات واصله
- ج - همکاری و هماهنگی ادارات با ستاد
- د - ابلاغ آخرین دستورالعمل ها و مقررات بیمه های پایه به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و موارد مرتبط به بیمه شدگان
- ه - برگزاری دوره های آموزشی بصورت حضوری یا غیر حضوری برای مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و بیمه شدگان در راستای ارتقاء کیفیت ارائه یا دریافت خدمات و آشنائی آنها با اهداف، ضوابط و مقررات بیمه های پایه
- و) نظارت بر عملکرد بیمه شدگان جهت جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی و برخورد نظارتی با بیمه شدگان متخلف.

ماده ۳: نظارت شوندگان:

- ۱ - مراکز تشخیصی درمانی
- ۲ - بیمه شدگان بیمه های پایه

ماده ۴: انواع نظارت:

نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی بصورت حضوری و غیر حضوری و به صورت کمی و کیفی به شرح ذیل انجام می پذیرد:

۴-۱- روش نظارت حضوری

به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی اطلاق می گردد که مستقیماً با حضور تیم بازدیدکننده در محل مراکز تشخیصی درمانی به صورت کمی و کیفی انجام می گیرد. و به دو روش ادواری و موردی انجام می گیرد و این دو روش می تواند به شکل محسوس یا نامحسوس انجام گیرد.

تبصره ۱: توصیه میشود پس از احراز مغایرت در بازدید نا محسوس، مورد به رویت پزشک / موسس یا مسئول فنی مراکز تشخیصی درمانی رسانده شود و توسط ایشان فرم مربوطه ممهور به مهر و امضاء شود.

تبصره ۲: همچنین در مورد تخلفات احتمالی بیمه شدگان در خصوص نحوه استفاده از دفترچه/کارت درمانی و نیز استفاده غیر، دفاتر ضبط و جهت بررسی در اختیار اداره نظارت/درمان / بازرسی قرار گیرد. (بنا به تشخیص تیم بازدید کننده ، دفترچه / کارت درمانی یا نسخه ضبط و یا مشخصات صاحب دفترچه/ کارت درمانی به نحو مقتضی به اداره مذکور ارائه گردد.)

۴-۱-۱ نظارت ادواری (دوره ای)

به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی گفته میشود که مطابق برنامه زمانبندی شده بازدید تیم نظارتی (ترجیحاً با کارشناسان مرتبط) و با پیشنهاد رئیس اداره نظارت/درمان/بازرسی و تأیید مدیر مربوطه انجام می گیرد.

۴-۱-۲ نظارت موردی :

به مجموعه بررسی و ارزیابی اطلاق میشود که براساس گزارشات دریافتی و یا به ضرورت نظارت با پیشنهاد رئیس اداره نظارت/درمان/بازرسی و تأیید مدیر مربوطه انجام می گیرد. و به شکل بازدید حضوری و خارج از برنامه ریزی مستمر از محل فعالیت مراکز تشخیصی درمانی انجام می گیرد.

گزارشات میتواند از مراجع ذیل باشد :

- سازمان های نظارتی کشور

- سایر مؤسسات یا ارگانهای ذیربط (سایر بیمه های پایه ، دانشگاه علوم پزشکی ، نظام پزشکی و...)

- اطلاعات واصله از حوزه فنی (شامل مغایرت های مشاهده شده حین رسیدگی، نتایج تحلیل هزینه ها، گزارشات و خروجی های نرم افزار، اسناد پزشکی و جداول آماری، گزارشات واحد تائید دارو و خدمات و گزارشات ارسال از سایر واحدها)
- گزارشات حاصله از بررسی دفاتر بیمه شدگان و بازدیدهای نامحسوس و نظارت های غیر حضوری توسط کارشناسان نظارت
- اطلاعات واصله از ستاد مرکزی
- شکایات بیمه شدگان و مراکز تشخیصی درمانی
- اطلاعات حاصل از تحلیل آماری مراکز تشخیصی درمانی بر مبنای شاخصهای متوسط هزینه و بار مراجعه ماهانه/مقطعی و مقایسه رشد هزینه با متوسط رشد هزینه تمام مؤسسات مشابه در استان/کشوری
- نتایج حاصل از بررسی نسخ توسط شورای علمی تخصصی/کمسیون پزشکی

تبصره: در صورت دریافت گزارشات بازرسی از سایر بیمه های پایه چنانچه با مدارک و مستندات، مغایرت عملکرد ضوابط و مقررات بیمه های پایه احراز گردد؛ موارد میتواند مبنای تصمیم گیری اداره نظارت/درمان/بازرسی قرارگیرد و یا گزارش درپرونده نگهداری شده و مبنایی برای بازرسی های بعدی خواهد بود.

۴-۲- روش نظارت غیر حضوری:

روش اجرایی نظارت غیر حضوری: به مجموعه ارزیابی و بررسی اسناد و صورتحساب های مراکز تشخیصی درمانی و با روشهایی غیر از بازدید حضوری و بصورت کمی و کیفی از طریق اخذ اطلاعات حاصل از منابع ذیل انجام می گیرد:

- بررسی وضعیت آماری اسناد مراکز تشخیصی درمانی در نرم افزار جامع بیمه های پایه
- بررسی وضعیت مراکز تشخیصی درمانی در شورای ارزیابی/علمی تخصصی
- بررسی شاخص های آماری و مقایسه رشد آن
- بررسی عملکرد مراکز تشخیصی درمانی و بیمه شدگان به وسیله نرم افزار جامع

ماده ۵: حجم نظارت های حضوری و غیر حضوری

الف - نظارت بر عملکرد مراکز تشخیصی درمانی (غیر از پزشکان) به شکل نظارت حضوری حداقل یکبار در سال صورت میگیرد به نحوی که صد درصد موارد شامل بازدیدهای حضوری باشد. بر اساس نتایج حاصل از عملکرد/نکینگ مراکز، در صورت لزوم نظارت بیش از یکبار توسط اداره مربوطه تعیین می گردد.

ب - نظارت بر عملکرد پزشکان حداقل یکبار در سال صورت میگیرد به نحوی که حداقل سی درصد نظارت بر عملکرد پزشکان (پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشکان) شامل بازدید حضوری باشد و هفتاد درصد به شکل نظارت غیر حضوری انجام می گیرد.

تبصره ۱: کلیه مستندات (نظارت حضوری و غیر حضوری) می بایست قابل دسترسی باشد.

تبصره ۲: در خصوص بیمه های پایه متولی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، بازدید حضوری و غیر حضوری بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه صورت می پذیرد.

تبصره ۳: نماینده بیمه های پایه (ناظر بیمارستانی) مکلف به بازرسی از تمام قسمت های بیمارستان بوده و اهم وظایف نظارتی ایشان به شرح ذیل می باشد:

۱. احراز هویت بیمه شدگان

۲. تطابق پرونده بالینی با صورتحساب بیمارستانی

۳. کنترل انجام خدمات توسط پزشک ۲K (سرپایی، ویزیت و...)

۴. نظارت، بازرسی از بخش ریکاوری مبنی بر رعایت استانداردهای تعریف شده

۵. بازرسی از بخش اورژانس و کنترل نحوه ارائه خدمات توسط پزشکان طب اورژانس

۶. بازرسی از واحدهای رادیولوژی، سونوگرافی، داروخانه و... در خصوص حضور یا عدم حضور مسئول فنی

۷. کنترل حضور پزشک ۲K در بخش شیمی درمانی و دیالیز

۸. نظارت و کنترل همزمان (پوشش همزمان) دو بیمار در اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی

۹. کنترل بخش های ویژه و نظارت بر تعداد تخت بخش های مذکور طبق مجوز صادره از دانشگاه

۱۰. کنترل برگ مخصوص دستورات پزشک و مطابقت آن با گزارش پرستاری در خصوص ارائه خدمات

کلینیک و پاراکلینیک به بیمار مطابق درخواست بیمارستان

۱۱. کنترل و نظارت بر میزان مصرف دارو و لوازم مصرفی در پرونده با درخواست پزشک/بیمارستان/گزارش

پرستاری

۱۲. بازرسی دوره ای از بخش های بیمارستان به عنوان مثال بخش کت لب (Cat lab) در خصوص مصرف

لوازم (یکبار یا چند بار مصرف بودن)

۱۳. تعیین نوع تعدیلی درخواستی بیهوشی با توجه به نوع بیهوشی از سوی پزشکان متخصص بیهوشی و نظارت و کنترل آن در پرونده بالینی بیمار توسط ناظر

۱۴. نظارت و کنترل حضور پزشک مقیم و ویزیت بیماران در بخش ICU و NICU

۱۵. کنترل درخواست بیمارستان جهت پزشکان مدعو برای مشاوره مبنی بر عدم وجود تخصص مربوطه در بیمارستان

۱۶. کنترل کدهای جراحی و بیهوشی

۱۷. کنترل تخت روز اعم از تخت عمومی و ویژه

۱۸. کنترل K ترجیحی مناطق محروم

۱۹. سایر موارد نظارتی

تبصره ۴: نظارت غیر حضوری برای مراکز تشخیصی درمانی حسب صلاحدید، در طول سال انجام می گردد.

ماده ۶: ترکیب تیم بازرسی:

- در هر تیم بازرسی حضوری حداقل ۲ نفر حضور داشته که یکی از آنان حتی الامکان از کارشناسان مرتبط با امور درمان/ بیمه خواهد بود. حسب پیشنهاد اداره نظارت/درمان/ بازرسی و با تایید رییس/مدیرمربوطه استان از کارشناسان سایر ادارات (اسناد پزشکی یا بیمه گری که قبلاً آموزشهای لازم را گذرانده اند) میتوان در تیم بازرسی استفاده نمود.

تبصره: جهت انجام امور نظارت، کارشناسان می توانند در صورت لزوم ضمن همکاری با تیم بازرسی دانشگاهها از نظریات علمی و کارشناسی ایشان استفاده نمایند.

ماده ۷: مستندات بازدید

کلیه گزارشات بازرسی در دو نسخه تهیه شده و یک نسخه آن به موسس / مسئول فنی یا پزشک طرف قرارداد تحویل داده میشود. نسخه دوم در پرونده مراکز تشخیصی درمانی نگهداری خواهد شد.

تبصره ۱: اداره / نظارت/درمان/ بازرسی به منظور جلوگیری از افزایش حجم اوراق پرونده قراردادی میتوانند فرم های بازدید فاقد مورد نظارتی را پس از ثبت مشخصات در فرم خلاصه پرونده و ثبت در سیستم در زونکن های جداگانه ای بایگانی نمایند.

تبصره ۲: کلیه گزارشات بازرسی می بایست در نرم افزار مربوطه (پس از امکان ثبت گزارش) ورود اطلاعات شده و بایگانی گردد.

ماده ۸: مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده

مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده عملکردهای مغایر با ضوابط و مقررات بیمه های پایه از نظر کمی و کیفی شامل موارد ذیل می باشد:

۱. شورای فنی/علمی تخصصی/تخلفات
۲. نظارت و ارزشیابی/ارزیابی ستاد مرکزی
۳. ادارات نظارت/درمان/بازرسی استان ها
۴. شورای هماهنگی بیمه های پایه

ضمناً ادارات مربوطه می توانند جهت افزایش اطلاعات و اشراف بیشتر بر کمیت و یا کیفیت عملکرد پزشک یا مراکز تشخیصی درمانی از نظرات علمی و مشورتی مراجع زیر استفاده نمایند. این مشورت ها نافی تصمیم گیری مستقل مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده نخواهد بود.

۱. شورای علمی تخصصی/ارزیابی عملکرد تخصصی مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد
۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
۳. سازمان نظام پزشکی استان

ادارات مربوطه استان در صورت لزوم و با رأی یکی از مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده میتوانند پس از اتخاذ مستقل رأی و انجام اقدامات نظارتی، موارد عملکرد مغایر طرف قرارداد را به ۳ مرجع زیر نیز انعکاس دهند:

۱. مراجع قضائی ذیصلاح (در صورت لزوم با هماهنگی دفتر حقوقی بیمه های پایه)
۲. کمیسیون ماده ۱۱ تغزیرات حکومتی استانها (مستقر در دانشگاههای علوم پزشکی)
۳. شورای هماهنگی بیمه پایه
۴. کمیته های استانی نظارت بر تعرفه ها

ماده ۹: تعلیق قرارداد: عبارت است از قطع موقت همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه برای مدت زمان معین (تا ۱۲ ماه) با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

ماده ۱۰: لغو قرارداد: عبارت است از قطع کامل همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

تبصره: تمدید/عقد مجدد منوط به درخواست مرکز لغو/تعليق شده و بررسی و تأیید مجدد بیمه پایه می باشد.

ماده ۱۱: موارد مغایر با ضوابط:

عملکرد مغایر با ضوابط بیمه های پایه عبارت است از انجام هرگونه فعالیت خارج از چارچوب ضوابط و دستورالعمل های مربوطه از نظر کمی و کیفی، مفاد قرارداد فی ما بین و الحاقیه های آن، ضوابط و دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا کلیه مواردی که به هر نحو ممکن موجب خدشه دار نمودن حرف و ابسته و یا وارد نمودن خسارت مالی، جانی و اعتباری به بیمه شده و بیمه های پایه گردد.

ماده ۱۲: برخورد نظارتی:

۱- دعوت و ارائه توضیح و در صورت لزوم اخذ تعهد

الف) فرم دعوت پس از حضور پزشک و یا موسس یا مسئول فنی حسب نیاز تکمیل شده و در پرونده و بصورت مکانیزه ثبت می گردد .

ب) دعوت از پزشک یا موسس یا مسئول فنی بصورت کتبی، تلفنی، ارسال نامه از طریق پست الکترونیک یا پیامک می باشد و علت دعوت به نحو مقتضی اطلاع رسانی گردد

۲- تذکر کتبی و درج در پرونده

تذکر کتبی با نام و امضاء مدیر /رئیس مربوطه استان و با قید علت به صورت مستقیم و یا محرمانه به طرف قرار داد ارسال شده و یک نسخه از آن نیز در پرونده قرارداد بایگانی گردد (طبق فرم مربوطه)

۳- در صورت تخلف مالی و وارد آوردن خسارت به بیمه پایه یا بیمه شده :

کسر تا سقف دو برابر مبلغ مورد تخلف از مطالبات مرکز طرف قرارداد

۴- اعلام به مراجع ذیصلاح مندرج در مفاد ماده ۸ این دستورالعمل

۵- اعمال سقف (تعداد/ مبلغ) مرکز طرف قرارداد با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی استان و تأیید مدیر/ رئیس مربوطه استان

۶- قطع همکاری با مرکز طرف قرارداد :

الف) تعلیق قرارداد

ب) لغو قرارداد

تبصره ۱: تشویق مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد براساس ضوابط و مقررات داخلی بیمه های پایه صورت می پذیرد.

تبصره ۲: تصمیم در مورد اجرای بند ۱ و ۲ (ماده ۱۲) بر عهده اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۳: تصمیم در مورد اجرای بند ۳ و ۴ و ۵ و ۶ (ماده ۱۲) با پیشنهاد اداره نظارت و ارزشیابی/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۴: در مواردی که خسارت مالی وارد آمده به بیمه پایه از سوی مراکز تشخیصی درمانی و بیمه شده بطور توأم صورت گیرد با توجه به میزان دخالت طرفین در تخلف صورت گرفته، سهم هر یک در خسارت وارده بصورت مجزا با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان محاسبه و دریافت می گردد.

تبصره ۵: در یک بازدید چنانچه بیش از یک مورد مغایر با ضوابط بیمه پایه محرز گردد بر اساس جدول محدودیت های انضباطی برخورد بر اساس نوع تخلف و مجزا صورت می گیرد.

تبصره ۶: چنانچه فراوانی یک تخلف در منطقه ای شایع باشد، میتوان جهت کنترل سریع و به موقع تخلف، نظارت شدیدتر با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان (بدون در نظر گرفتن دفعات انجام تخلف) مطرح و تصمیم گیری و اجراء گردد. با اینحال بررسی سریع علت شیوع آن تخلف و رفع عوامل بر انگیزاننده آن ضروری است.

تبصره ۷: در خصوص بند ۶ (الف) ماده ۱۲ به مرکز تشخیصی درمانی اعلام گردد که حد اکثر از یک ماه قبل از اتمام مدت زمان تعلیق قرارداد جهت ارزیابی و بررسی نحوه ادامه همکاری به اداره مربوطه مراجعه نماید.

تبصره ۸: ضروری است برخوردهای نظارتی اشاره شده در این دستورالعمل بصورت مقتضی به کلیه مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد، اطلاع رسانی گردد.

تبصره ۹: حضور مسئول فنی یا جانشین معرفی شده ذی صلاح از دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در زمان ارائه خدمت در مراکز تشخیصی درمانی الزامی است.

تبصره ۱۰: در صورت انجام بررسی در زمان تعلیق و رویت مجدد مواردی که به دلیل آن، مرکز تشخیصی درمانی مشمول برخوردهای نظارتی گردیده، با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان، میتواند مدت تعلیق اضافه شود. و یا اقدامات نظارتی متناسب اتخاذ گردد چنانچه پس از سپری شدن دوران تعلیق، قرارداد نیز همزمان به پایان برسد میتوان با استناد به گزارش بازرسی و یا بررسی که در زمان رفع تعلیق صورت گرفته با درخواست مرکز تشخیصی درمانی برای تمدید قرارداد مخالفت نماید. از طرف دیگر در صورتیکه بنا به

درخواست و طی بررسیهای بعمل آمده محرز شود برخوردهای نظارتی اعمال شده موثر بوده و عملکرد با ضوابط و مقررات مطابقت یافته ، بنا به پیشنهاد اداره مذکور و تایید مدیر/ رئیس مربوطه مدت زمان تعلیق قرارداد میتواند کاهش یابد.

تبصره ۱۱: در صورت رفع تعلیق، اخذ تعهد مبنی بر رعایت ضوابط و مقررات بیمه های پایه الزامی است. در صورت تکرار تخلف در (۵ سال اخیر در تمامی موارد) از همان نوع قبلی یا تخلفات جدید برخوردها یک مرحله شدیدتر خواهد شد.

تبصره ۱۲: در صورت انتقال سرمایه و انعقاد قرارداد جدید ، سوابق نظارتی موسس قبلی به موسس جدید منتقل نخواهد شد. به عبارت دیگر با موسس جدید همانند یک موسسه طرف قرارداد جدید برخورد خواهد شد. (چنانچه مسئول فنی نیز به موسسه جدید منتقل گردد و دارای سابقه تخلف باشد سوابق وی منتقل خواهد شد)

تبصره ۱۳: برای عملکردهای مغایر ضوابط بیمه های پایه می بایست قبلاً توسط اداره مربوطه گزارش کارشناسی تهیه و فرم احضار که توضیحات طرف قرارداد در آن قید شده ضمیمه گزارش کارشناسی گردد. بدیهی است در خصوص اقدامات نظارتی بند ۱ یا ۲ نیازی به تهیه گزارش کارشناسی نبوده و تکمیل فرم احضار کافی خواهد بود. (الزامات گزارش کارشناسی در ذیل ذکر گردیده است)

تبصره ۱۴: اداره نظارت/ بازرسی/ درمان استان می توانند موارد مغایرت های مشاهده شده در مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد را در شورای هماهنگی بیمه های پایه استان، جهت اطلاع رسانی و تبادل نظر مطرح نمایند و ادارات فوق اشاره موظفند در هر صورت مطابق این دستور العمل و رأساً نسبت به انجام بررسی های نظارتی، کشف و احراز موارد مغایر و تصمیم گیری و انجام اقدامات نظارتی حسب مورد اقدام نمایند.

تبصره ۱۵: برخوردهای نظارتی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مطابق دستورالعمل های داخلی بیمه های پایه می باشد.

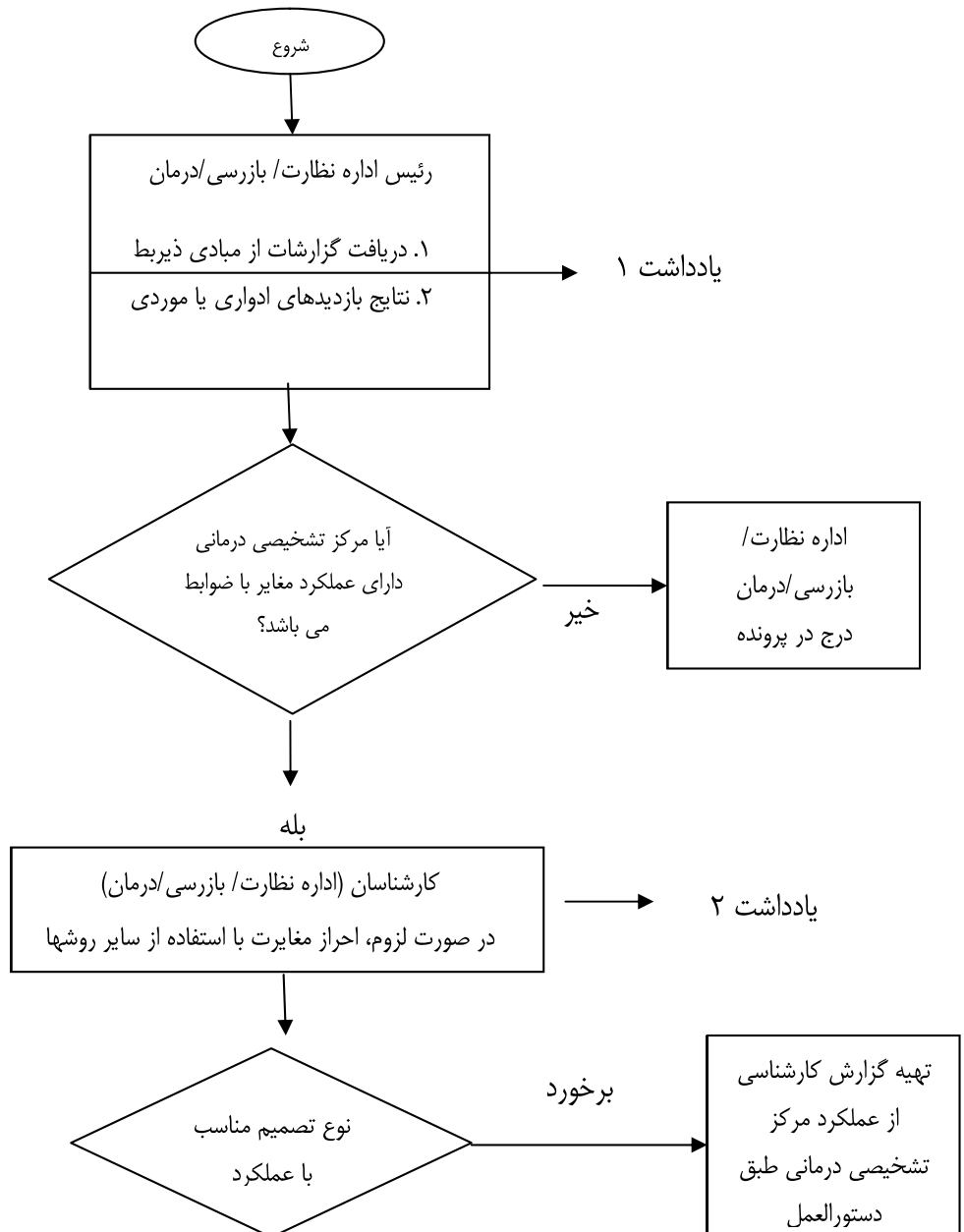
تبصره ۱۶: کارشناسان ناظر بیمارستانی مکلف به رسیدگی کلیه موارد مربوط به اسناد بستری و سرپایی می باشند که اهم موارد به شرح جدول پیوست بازرسی بیمارستانی و مراکز جراحی محدود می باشد.

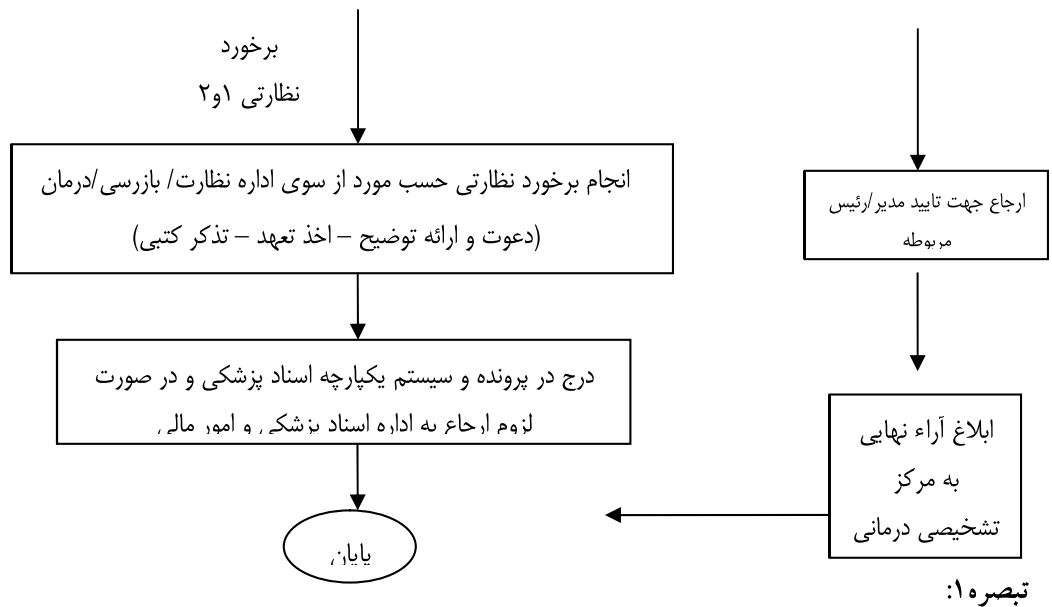
ماده ۱۳: الزامات گزارش کارشناسی تهیه شده برای مراکز تشخیصی درمانی

۱. سابقه همکاری مراکز تشخیصی درمانی با بیمه های پایه
۲. متوسط تعداد نسخ یا اسناد ماهانه ارسالی و نیز میانگین هزینه درخواستی ماهانه
۳. سوابق نظارتی و اقدامات نظارتی انجام یافته در سالهای قبل
۴. نتیجه آخرین بازدید یا نظارت غیر حضوری که منجر به کشف مورد نظارتی اخیر شده است
۵. نتایج دعوت مراکز تشخیصی درمانی و توضیحات ارائه شده طرفین

۶. انطباق عملکرد مراکز تشخیصی درمانی با دستورالعمل و ضوابط و مقررات بیمه های پایه
۷. تعیین میزان خسارت وارده
۸. تعیین اقدام نظارتی بر اساس دستورالعمل (جدول موارد مغایر با ضوابط بیمه های پایه)
۹. نام و نام خانوادگی تهیه کننده گزارش و تأیید رئیس اداره نظارت/ بازرسی / درمان استان ---- تاریخ

شکل ۱: فلوجارت فرآیند اجرای نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی





تبصره ۱:

الف- دریافت گزارشات از مبادی ذی ربط به روشهای زیر صورت می پذیرد :

- ۱- گزارشات حاصل از نظارت غیرحضوری از جمله گزارشات ارسالی از اداره /واحد رسیدگی به اسناد پزشکی، مغایرتهای مشاهده شده حین رسیدگی ، نتایج تحلیل هزینه ها ، جداول آماری و یا بر اساس گزارشات و خروجی های نرم افزار های اسناد پزشکی ، تایید دارو و خدمات و
- ۲- شکایات واصله از بیمه شدگان و سایر مراجع
- ۳- گزارشات ارسالی از شورای علمی تخصصی/ ارزیابی
- ۴- احراز تخلفات در نتیجه بررسی دفترچه بیمه درمانی/ نسخ (دفاتر ارسالی از بیمارستانها توسط ناظرین ، دفاتر ضبط شده از مراکز تشخیصی درمانی ، دفاتر بررسی شده در واحدهای مختلف و
- ۵- گزارشات ارسالی از واحد تایید دارو و خدمات نیازمند تایید
- ۶- گزارش مغایرت های مشاهده شده در فرایند امور قراردادها
- ۷- گزارشات حاصله از بازدیدهای نامحسوس
- ۸- گزارشات ارسالی از سایر مبادی ذیربط (مانند سایر سازمانهای بیمه گر ، دانشگاههای علوم پزشکی ، بیمه شدگان ، موسسات ، سایر نهاد ها و ارگانهای ذیربط و شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر

تبصره ۲:

سایر روشهای احراز مغایرت عبارتند از :

الف - دعوت حضوری/مکاتبه جهت ارائه توضیحات مراکز تشخیصی درمانی

- تبصره ۱- در صورت دعوت از مراکز تشخیصی درمانی و عدم حضور در تاریخ مقرر ، در رایانه پیغام عدم پذیرش اسناد ثبت و تا زمان حضور در اداره از پذیرش اسناد جلوگیری بعمل می آید .

- تبصره ۲- در صورت درخواست ارائه توضیحات کتبی و عدم ارائه پاسخ تا موعد مقرر، پیغام در رایانه ثبت و پذیرش اسناد منوط به ارائه توضیحات کتبی توسط پزشک یا موسسه مراکز تشخیصی درمانی خواهد بود.
- ب- مذاکره با بیمه شده بر اساس گزارشات یا شکایات واصله (در صورت نیاز، درج پیغام نظارتی در سیستم جامع بیمه های پایه و سیستم تایید داروی اینترنتی و یا ایجاد محدودیت در ارائه خدمات بیمه ای به ایشان تا زمان حضور در اداره بیمه پایه)
- ج- بررسی اسناد ماههای قبل و بعد مراکز تشخیصی درمانی
- د- بررسی سایر مستندات مانند پرونده بیمار، دفترچه بیمه و
- ه- مکاتبه و بررسی به صورت مشترک با سایر مراجع ذیصلاح (مانند سایر سازمانهای بیمه گر، دانشگاههای علوم پزشکی، نظام پزشکی و)

فصل سوم

موارد معاینه یا ضوابط بیمه های پایه و نوع تصمیم اتخاذ شده

ماده ۱: کلیه سوابق و تصمیمات اتخاذ شده در مورد مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد بر اساس جدول ۱ و رای صادره ضروریست در سیستم یکپارچه اسناد پزشکی ثبت گردد.

جدول ۱: موارد مغایر با ضوابط و مقررات بیمه های پایه مربوط به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و تصمیم اتخاذ شده

ردیف	نوع تصمیم		
	بار اول	بار دوم	بار سوم
۱	۱،۲	۴	۴،۶
۲	۱،۲،۳	۳،۴	۳،۴،۶
۳	۱،۲،۳	۳،۵	۳،۴،۶
۴	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۵	۱،۲	۳،۴،۶	-
۶	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۷	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۸	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۹	۳،۴،۵	۶،۳	-

بار سوم	بار دوم	بار اول	نوع تصمیم	ردیف
			نوع تخلف	
۴,۳,۶	۴,۳	۱,۲,۳	انجام خدمات در زمان عدم حضور مسئول فنی بدون معرفی جانشین براساس مندرجات پروانه مربوطه	*۱۰
۳,۴,۶	۳,۴,۵	۱,۲,۳,۴	کیت، دارو یا وسایل مصرفی تاریخ گذشته	**۱۱
-	-	۳,۴,۶	دستکاری در مندرجات مدارک مرتبط با عقد قرارداد و پروانه های قانونی	۱۲
-	۳,۴,۶	۱,۳,۴,۵	اخذ نسخ مراکز غیرطرف قرارداد و ارسال آنها	۱۳
۶ یا ۵	۲	۱	عدم اعلام کتبی هرگونه تغییر آدرس، مسئولین فنی، زمان فعالیت، تعطیلی موقت بیش از سه ماه	***۱۴
۳,۴,۶	۳,۴,۵	۱,۲,۳,۴	عدم تطبیق امکانات موجود با خدمات ارائه شده	۱۵
۲,۴	۲,۴	۱,۲	عدم اطلاع رسانی مراکز به بیمه شدگان در خصوص شرایط، تعهدات و هزینه ارایه خدمات	۱۶
-	۴,۶	۱,۲,۴,۶	عدم همکاری با بازرسی یا کارشناسان ناظر بیمه های پایه	****۱۷
		۶,۲,۳,۴	استفاده از عنوان علمی و یا تخصصی غیر واقعی	۱۸
۶	۳,۴,۶	۱,۲,۳,۴	جدا نمودن بیش از یک برگ در یک ویزیت با و بدون درج تاریخ متفاوت	۱۹
۲,۴,۵	۲,۴	۱,۲,۴	ویزیت گروهی بیماران در مطب	۲۰
با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه			تبانای پزشک و یا / مراکز تشخیصی درمانی (با بیمه شده و مؤسسات دیگر) در جهت استفاده سوء از دفترچه / کارت بیمه	۲۱
با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان و تایید مدیر / رئیس مربوطه			عدم رعایت مفاد قرارداد فی مابین، آیین نامه ها و دستورالعمل های بیمه های پایه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا نظام پزشکی (غیر از موارد ذکر شده در بندهای فوق)	۲۲

* تبصره ۱: در مورد مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد که در زمان عدم حضور مسئول فنی (در ساعات قید شده در پروانه) اقدام به ارائه خدمت نموده اند و در بازدید کارشناسان موضوع محرز شده است. نسخ همان شیفت در آن روز قابل پرداخت نخواهد بود.

** تبصره ۲: در صورت وجود کیت یا دارو و لوازم مصرفی تاریخ گذشته در محل مرکز تشخیصی درمانی که در مکانی جمع آوری شده باشد برخورد نظارتی صورت نمیگیرد، در غیر اینصورت از تاریخ اتمام اعتبار کیت یا دارو یا لوازم مصرفی تاریخ گذشته در صورت احراز مصرف آنها پرداختی بابت موارد مذکور انجام نخواهد شد و پرداختهای قبلی، از انقضای تاریخ اعتبار به عنوان خسارت محاسبه خواهد شد.

***** تبصره ۳:** بند ۶ ذکر شده به معنای تعلیق می باشد.

****** تبصره ۴:** در مورد عدم همکاری با بازرسان بر اساس شدت و حدت موضوع، با پیشنهاد اداره نظارت/ بازرسی / درمان استان و تایید مدیر /رئیس مربوطه در انتخاب قطع همکاری برای بار اول یا دوم مخیر خواهد بود.

تبصره ۵: حسب درخواست و صلاحدید یکی از بیمه های پایه نسبت به برخورد با تخلف مرکز تشخیصی درمانی و لزوم هماهنگی سایر بیمه های پایه، موضوع در شورای هماهنگی مطرح و تصمیم گیری لازم اتخاذ گردد.

تبصره ۶: در صورت وجود شرایط ذیل (موضوع بند ۲ و ۳) یا حسب مورد، اداره نظارت/ بازرسی/ درمان استان می تواند از بند ۶ برخوردهای نظارتی صرف نظر نموده و به شرح برخورد نظارتی ذیل اقدام نماید:

۱. انحصاری بودن خدمت قابل ارائه در مرکز تشخیصی درمانی

۲. کاهش سطح دسترسی بیمه شدگان به خدمت مورد نظر براساس شرایط جغرافیایی و بومی منطقه

۳. درمانگاه ها و بیمارستان های غیر خصوصی

ماده ۲: شرح برخورد نظارتی: در صورت تخلف مراکزی که امکان تعلیق/ لغو وجود ندارد (موارد فوق الذکر) نسبت به کسر ۱۰ درصد از مطالبات همان ماه (ماه بازرسی) بخش/موسسه مربوطه (علاوه بر اعمال موارد مورد اشاره در جدول فوق الذکر اقدام گردد و در صورت تکرار تخلف، بیمه های پایه مکلف به کسر ۵۰٪ از مطالبات همان ماه (ماه بازرسی)، بخش/ موسسه مربوطه می باشند. (مورد فوق با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه اقدام گردد).

ماده ۳: نحوه رسیدگی به اعتراض بیمه شده یا مراکزطرف قرارداد

۱ - در آرای صادره ابلاغی می بایست به نوع تخلف طرف قرارداد استناد و تصمیم یا تصمیمات متخذه به صورت شفاف اعلام گردد.

۲- در مورد آرای صادره ابلاغی، بیمه شده یا مراکز طرف قرارداد میتواند حداکثر ظرف مدت بیست روز کاری از تاریخ ابلاغ رأی، اعتراض خود را به دبیرخانه اداره تسلیم نماید، در غیر اینصورت رای قطعی تلقی خواهد شد. (ابلاغ رأی از طریق پست سفارشی و با اخذ رسید و یا هر روش دیگر به نوعی انجام گیرد که اداره از دریافت و وصول نامه توسط مرکز طرف قرارداد اطمینان حاصل نماید)



۳- اداره نظارت/بازرسی/ درمان استان موظف است تقاضای بررسی مجدد و اعتراضات کتبی مشمولین این

دستورالعمل را دریافت و برای بررسی بیشتر جهت طرح مجدد به گروه های کارشناسی ذیربط ارجاع نماید .

۴- آرای صادره تجدید نظر شده باید حداکثر ظرف مدت بیست روز کاری پس از وصول اعتراضیه کتبی ابلاغ گردد

۵- مدیر/ رییس بیمه های پایه استان مسئول نظارت برحسب اجرای مفاد این دستورالعمل میباشد.



فصل چهارم

سوء استفاده از دفترچه یا کارت بیمه درمانی

ماده ۱: سوء استفاده از دفاتر/ کارت درمانی بیمه های پایه

۱- هرگونه سوء استفاده از دفترچه و یا کارت درمانی به نحوی که منجر به ضرر و زیان مالی بیمه های پایه گردد شامل:

(الف) تبانی با پزشکان و مراکز تشخیصی و درمانی با در اختیار قراردادن نسخ سفید دفترچه

(ب) تبانی با داروخانه ها جهت تبدیل نسخ دارویی به کالای غیردارویی (مانند شامپو، خمیردندان و موارد عدم تعهد دارویی) بدون داشتن ضرورت پزشکی

(ج) تبانی با پزشک و مراکز تشخیصی درمانی با مراجعات متعدد به آنها جهت تجویز دارو به انگیزه سودجویی

(د) استفاده از دفترچه/کارت درمانی برای کلیه افرادی که به هر دلیل از تحت تکفل بیمه شده اصلی خارج شده باشند.

تبصره ۱: بدیهی است در موارد فوت بیمه شده و سوء استفاده از دفترچه یا کارت درمانی برخورد های نظارتی مطابق این دستورالعمل صورت میگیرد.

(و) هرگونه دخل و تصرف در مندرجات نسخه

(ز) جعل مهر و امضاء پزشک

(ح) تبانی با پزشک و درخواست غیر واقعی تجویز دارو یا خدمات پاراکلینیک توسط بیمه شده جهت سوء استفاده از مزایای بیمه مکمل/صندوق های حمایتی.

تبصره ۲: در صورتیکه صاحب دفترچه زودتر از مهلت مقرر (طبق ضوابط بیمه های پایه) تمام دفترچه خود را مورد استفاده قرار داده باشد یا دفترچه مفقود شده باشد صدور دفترچه مجدد بعد از بررسی توسط کارشناس مربوطه امکانپذیر است در ضمن در مورد دفترچه های مفقود شده طبق ضوابط بیمه های پایه اقدام گردد.

۲- در اختیار قراردادن دفترچه/کارت درمان خود یا افراد تحت تکفل به فرد دیگر، بنحوی که موجب هرگونه ضرر و زیان و خسارت مالی به بیمه های پایه گردد.

۳- هرگونه تغییر در اطلاعات ثابت دفاتر/کارت بیمه های پایه (تغییر عکس، دستکاری تاریخ اعتبار، سایر مشخصات دفترچه و ...)

ماده ۲: برخوردهای نظارتی سوء استفاده از دفاتر/کارت بیمه های پایه
الف) بیمه شدگان

۱- اخذ تعهد

۲- اخذ خسارت وارده تا سقف ۲ برابر مبلغ

۳- صدور دفترچه با تعداد برگه های محدود

۴- معرفی به مراجع ذیصلاح حسب مورد

تبصره ۱:

الف) تصمیم بند ۱ برعهده اداره نظارت/بازرسی/درمان استان می باشد.

ب) تصمیم بند ۲ الی ۴ با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان و تایید مدیر/رییس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۲: لازم است سوابق افرادی که به هر نحو در سوء استفاده از دفترچه بیمه مشارکت دارند در بایگانی اداره مربوطه نگهداری شود تا در صورت لزوم از آن اطلاعات استفاده گردد. (بصورت کاغذی یا الکترونیک)

تبصره ۳: اداره نظارت/بازرسی/درمان در صورت مراجعه بیمه شده اقدامات نظارتی را حسب این دستور العمل انجام داده و نسبت به تحویل دفترچه به بیمه شده اقدام می نمایند. لذا از نگهداری دفترچه و عدم تحویل آن به بیمه شده به عنوان یک اقدام نظارتی اکیداً خودداری نمایند.

تبصره ۴: در شرایطی که بیمه شده جهت تحویل دفترچه (و یا رفع پیغام گذاشته شده در سیستم جامع بیمه های پایه) مراجعه نکند حداکثر مهلت نگهداری ۶ ماه می باشد و بعد از مدت مذکور طبق ضوابط بیمه های پایه اقدام خواهد شد.

تبصره ۵: با توجه به برخوردهای نظارتی فوق، مراحل درمانی بیمار نمی بایست تحت هیچ شرایطی متوقف و مختل گردد و طبق نظر پزشک معالج بیمار انجام گردد.

ب) مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد نحوه برخورد با تخلفات این مراکز طبق جدول برخورد با موارد مغایر با ضوابط مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد انجام می شود

ج) مراکز تشخیصی درمانی غیر طرف قرارداد و افراد غیر بیمه :

در صورت احراز سوء استفاده از دفاتر/کارت بیمه توسط افراد غیر و یا مراکز تشخیصی درمانی غیر طرف قرارداد ارجاع به مراجع ذی صلاح حقوقی، انتظامی و قضایی.

ماده ۳: نحوه دستیابی به تخلفات

اداره نظارت/بازرسی/ درمان مسئول پیگیری، اثبات تخلفات مراکز تشخیصی و درمانی و بیمه شدگان استان می باشد .

- اطلاعات مورد لزوم از منابع زیر تأمین میگردد:

الف) بازدید های دوره ای یا موردی کارشناسان نظارت

ب) گزارش کارشناسان ناظر بیمارستانی

ج) شکایات مردمی و بیمه شدگان

د) گزارشات واصله از حوزه نظارت اداره مربوطه (نظارت غیر حضوری)

ه) گزارشات سیستم جامع بیمه های پایه

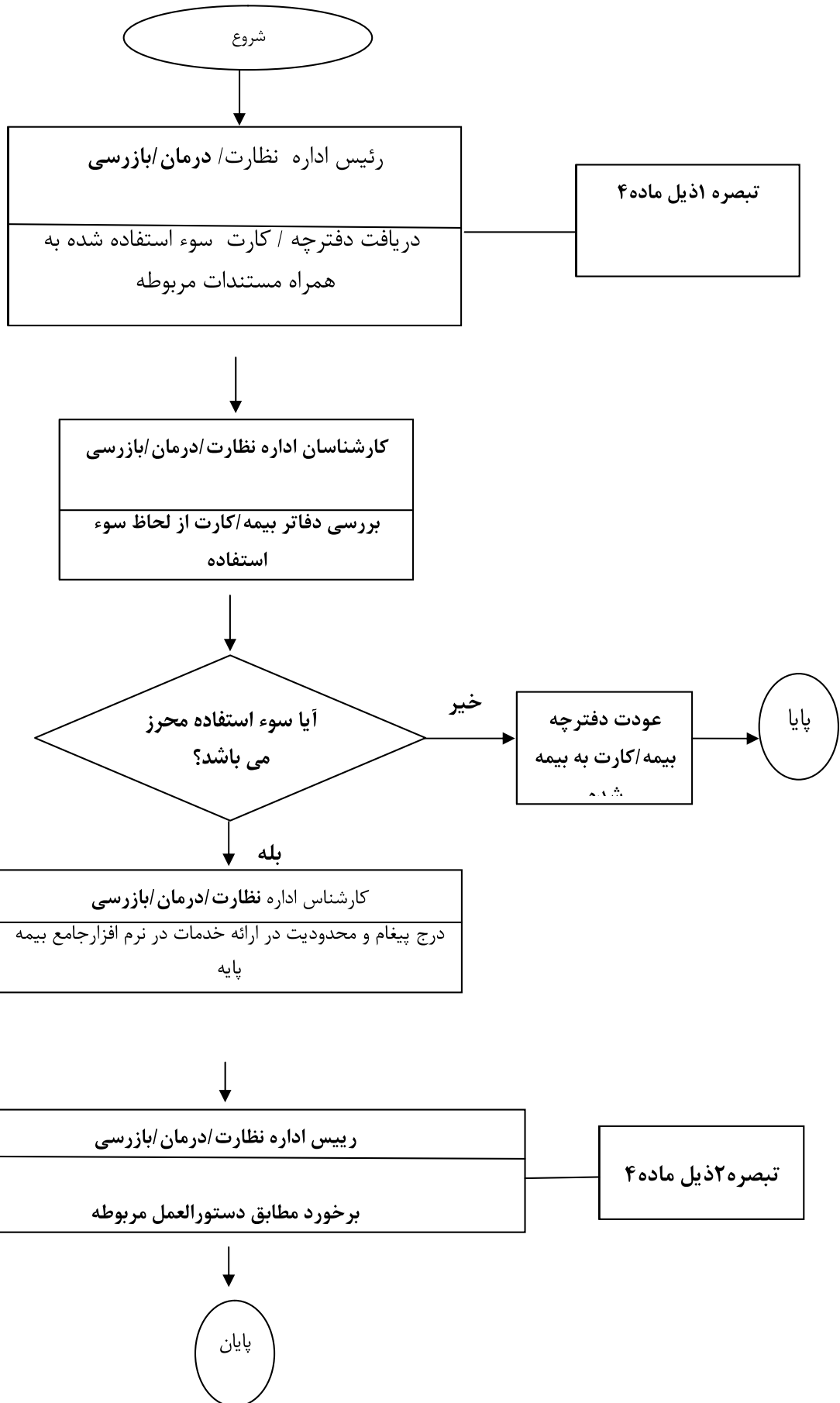
و) سایر مراجع ذیصلاح

تبصره ۱: اداره نظارت/بازرسی/ درمان می تواند پس از بررسی، نتیجه موضوع را به مرجع ارائه گزارش منعکس گردد.

ماده ۴: گردش کار رسیدگی به تخلفات و سوء استفاده از دفترچه یا کارت بیمه درمانی :

بدنبال دریافت گزارشات نظارتی مرتبط از منابع ذکر شده و انجام کارشناسی لازم در صورت نیاز و با پیشنهاد اداره نظارت /بازرسی / درمان و تایید مدیر /رییس مربوطه اقدام می گردد.

شکل ۲: فلوچارت فرایند بررسی تخلفات بیمه شدگان



تبصره ۱:

ارسال دفاتر بیمه تخلفی ضبط شده به روشهای ذیل می باشد:

- ۱- گزارش کارشناس ناظر بیمارستان
- ۲- در حین بازدید دوره ای یا موردی کارشناسان نظارت از مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد
- ۳- اطلاع رسانی از سوی پزشکان یا مراکز تشخیصی درمانی در خصوص بیمه شدگان متخلف
- ۴- گزارشات واصله از اداره/ واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی/ خسارات متفرقه و شعب روز پرداخت
- ۵- گزارشات واصله از سایر مبادی ذیربط (مانند سایر سازمانهای بیمه گر، بیمه تکمیلی و
- ۶- سایر گزارشات حاصله از اظهارات بیمه شدگان یا مراکز تشخیصی درمانی
- ۷- گزارشات حاصل از بررسی دفاتر به جا مانده .

تبصره ۲:

الف - نحوه برخورد با فرد خاطی به شرح ذیل می باشد:

- ۱- در صورت عدم تحمیل هزینه به بیمه های پایه، اخذ تعهد کتبی از بیمه شده کافی می باشد.
 - ۲- در صورت تحمیل هزینه به بیمه های پایه، مطابق با دستورالعمل اقدام خواهد شد.
- ب - پس از برخورد مطابق دستورالعمل سوابق تخلف بیمه شده بصورت کاغذی و یا الکترونیک بایستی نگهداری شوند.
- ج - رونوشت فیش پرداختی بیمه شده بابت جریمه، به اداره امور مالی ارسال می گردد.
- ه - تحویل دفترچه مورد سوء استفاده بایستی به بیمه شده اصلی صورت پذیرد. در صورتیکه بیمه شده اصلی در دسترس نبوده و صاحب دفترچه به سن قانونی (بالای ۱۸ سال) رسیده باشد تحویل دفترچه با نظر رئیس اداره نظارت/ بازرسی / درمان به ایشان بلامانع است .

ضمائم:

جدول ۲: فهرست فرم های مرتبط

ردیف	نام فرم
۱	دعوت از پزشک یا موسسه طرف قرارداد
۲	نتیجه مذاکره با پزشک یا موسسه طرف قرارداد
۳	ارائه تعهد به رعایت ضوابط و مقررات
۴	بازدید مستمر از درمانگاهها
۵	بازدید مستمر از موسسات پرتو پزشکی
۶	بازدید مستمر از آزمایشگاهها
۷	بازدید مستمر از پزشکان و دندانپزشکان
۸	بازدید مستمر از مراکز و موسسات توانبخشی
۹	بازدید مستمر از داروخانه ها
۱۰	بازدید مستمر از مراکز جراحی محدود
۱۱	فرم بازدید مستمر از بیمارستان
۱۲	فرم تذکر کتبی برای پزشکان و مؤسسات طرف قرارداد

گزارش بازرسی از بیمارستان و مرکز جراحی محدود طرف قرارداد

نام بیمارستان/مرکز جراحی محدود:.....نام موسس بیمارستان/مرکز جراحی محدود:.....کد بیمارستان/مرکز جراحی محدود:.....
نشانی:..... ۱- نام و نام خانوادگی:..... ۲- شماره نظام پزشکی :..... ۳- تخصص :.....
فوق تخصص..... فلوشیپ.....
۵- نشانی:.....
۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی..... بیمه سلامت..... نیروهای مسلح..... کمیته امداد امام (ره).....
تعداد کل بخش های بستری:.....

موارد نظارتی و فنی:		بلی	خیر
۱. آیا در زمان بازدید مسئول فنی یا جانشین او در بیمارستان /مرکز جراحی محدود حضور دارد؟ علت عدم حضور قید گردد:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲. آیا بیمه شدگان در کلیه بخش های بیمارستان/مرکز جراحی محدود بدون محدودیت پذیرش می شوند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳. آیا بیمارستان/مرکز جراحی محدود تعرفه ها و فرانشیز مصوب هیات وزیران را رعایت می نماید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴. آیا در زمان پذیرش تطابق مشخصات صاحب دفترچه/کارت با مراجعه کننده صورت می گیرد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵. آیا تذکرات و پیشنهادات نماینده ناظر بیمارستانی توسط مرکز رعایت می شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶. آیا خدمات ارائه شده با امکانات موجود همخوانی دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷. آیا با بازرسین همکاری می شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸. آیا همکاری بیمارستان /مرکز جراحی محدود با ناظر بیمارستانی وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹. آیا با توجه به بخشهای مختلف، وسایل مورد نیاز جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰. آیا لوازم مصرفی در اتاق عمل و بخش ها جهت بیمه شدگان توسط بیمارستان/مرکز جراحی محدود تامین می گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱. آیا بیمارستان/مرکز جراحی محدود اتاق و محل مناسب با امکانات لازم در اختیار نماینده بیمه پایه (ناظر بیمارستانی) قرار داده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲. آیا بیمارستان/مرکز جراحی محدود هنگام ترخیص به بیمه شدگان صورتحساب تفکیکی ارائه می نماید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳. آیا بیمارستان/مرکز جراحی محدود به شکایت بیمه شدگان از نحوه ارائه خدمات و دریافت هزینه ها ترتیب اثر می دهد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴. آیا بیمه شدگان از نحوه عملکرد بیمارستان /مرکز جراحی محدود رضایت دارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵. آیا همکاری بیمارستان /مرکز جراحی محدود با بیمه های پایه در تابلو یا مکان مناسب قید شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶. آیا بیمارستان /مرکز جراحی محدود بیمه شده را جهت تهیه لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی، دارو، خدمات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		پاراکلینیکی به بیرون از بیمارستان/مرکزجراحی محدود هدایت می نماید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷. آیا بیمارستان/مرکزجراحی محدود/پزشک معالج وجهی خارج از تعرفه ها از بیمه شده بطور مستقیم (زیرمیزی) دریافت می نماید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸. آیا بیمارستان /مرکزجراحی محدود مفاد قرارداد منعقدہ با بیمه پایه و موارد مندرج در شرح پیوست را رعایت می نماید؟

درخصوص سایر قسمتهای بیمارستان از قبیل داروخانه، آزمایشگاه، پرتوپزشکی و ... فرم بازدید مربوطه نیز تکمیل گردد.

توضیحات:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) بیمارستان :

مهر و امضاء

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ :

گزارش بازرسی از پزشکان و دندانپزشکان طرف قرارداد

- ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره نظام پزشکی : ۳- تخصص : فوق تخصص فلوشیپ
- ۵- نشانی:
- ۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی..... بیمه سلامت نیروهای مسلح کمیته امداد امام (ره)

موارد نظارتی و فنی:		بلی	خیر
۱- آیا مشخصات بیمه شدگان مراجعه کننده در هر روز ثبت (دستی یا مکانیزه) می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا وجهی اضافه از بیمه شدگان علاوه بر وجوه قانونی دریافت می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا محدودیت در پذیرش بیمه شدگان وجود دارد؟ (علت قید شود)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا تطبیق مشخصات صاحب دفترچه/کارت با مراجعه کننده صورت می گیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا جهت درمان بیماران در هر ویزیت بیش از یک برگ جدا و ارسال می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- آیا برگ سفید جدا شده از دفترچه در محدوده مطب وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا بیمار توسط پزشک طرف قرارداد ویزیت می گردد؟ (جایگزینی)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا خدمات ارائه شده با امکانات موجود مطابقت دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- آیا با بازرسین بیمه های پایه همکاری بعمل آمده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا عنوان تابلو در محل مناسب نصب شده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا در اطاق، معاینه، بیمارارن به صورت گروهی ویزیت و معاینه می شوند؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- آیا پروانه معتبر پزشک در مرکز نصب گردیده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فضای فیزیکی و تجهیزات :			
۱- آیا با توجه به نوع خدمات جانبی قابل ارائه در مطب امکانات و تجهیزات مورد نیاز سالم و مرتبط موجود می باشد؟ (دستگاه EKG، وسیله استریلیزاسیون مناسب از قبیل اتوکلاو و کپسول اکسیژن، ست های پانسمان و بخیه)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- داروهای اورژانس مورد نیاز مطب (به تاریخ روز) لیست پیوست وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا عنوان همکاری با بیمه در تابلو یا مکان مناسب قید شده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا وضعیت مطب از نظر نظافت و مسائل بهداشتی مناسب است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا فضای فیزیکی در نظر گرفته شده جهت معاینه بیماران مناسب می باشد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*در خصوص مطب دندانپزشکی موارد ذیل تکمیل گردد:			
۶- آیا دستگاه فور در مطب وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا دستگاه اتوکلاو در مطب وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- آیا از لوازم یکبار مصرف استفاده می گردد؟ پیشبند <input type="checkbox"/> سرساکشن <input type="checkbox"/> دستکش استریل <input type="checkbox"/> سرنگ <input type="checkbox"/> سرسوزن <input type="checkbox"/> و ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- آیا شرایط استریلیزاسیون و شستشو در کلیه موارد ضروری رعایت می شود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- آیا رادیوگرافی داخل دهانی در مطب دندانپزشکی وجود دارد؟

توضیحات:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بازرسین:

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ :

گزارش بازرسی از درمانگاه طرف قرارداد

۱- نام درمانگاه: ۲- کد درمانگاه: ۳- نام و نام خانوادگی

موسس /مسئول فنی:

۴- مسئول فنی: صبح عصر شب

۵- نشانی:

۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی..... بیمه سلامت نیروهای مسلح
..... کمیته امداد امام (ره).

*در زمان بازدید در خصوص سایر قسمت های درمانگاه از قبیل داروخانه، آزمایشگاه و ... فرم بازدید مربوطه تکمیل گردد.

موارد نظارتی و فنی:		بلی	خیر
۱- آیا مسئول فنی یا جانشین در درمانگاه حضور دارد؟ (نام جانشین) توضیحات		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا مشخصات بیمه شدگان مراجعه کننده در هر روز ثبت (دستی یا مکانیزه) می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا کلیه بیمه شدگان با توجه به امکانات درمانگاه پذیرش می شوند؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا آخرین تعرفه و فرانشیز مصوب اعلامی رعایت می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا نسخ مخصوص بیمار قیمت گذاری/ یا رسید ارایه به بیمار (به تفکیک مبلغ کل، سهم بیمه پایه، فرانشیز و مابه التفاوت)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- آیا نسخ سفید دفترچه وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا در زمان پذیرش تطابق مشخصات صاحب دفترچه با مراجعه کننده صورت می گیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا همکاری خوبی با بازرسین سازمان بعمل آمد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- آیا خدمات انجام شده در بخش های مختلف از قبیل آزمایشگاه، رادیولوژی و ... با امکانات موجود همخوانی دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا جهت درمان بیماران در هر ویزیت بیش از یک برگه جدا و ارسال می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا تابلو درمانگاه در محل مناسب نصب شده است ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲- آیا عنوان همکاری با سازمان های بیمه گر در تابلو یا مکان مناسب قید گردیده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳- آیا وضعیت مرکز از نظر نظافت و مسائل بهداشتی مناسب است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴ - آیا بیمه شدگان از نوع خدمات و عملکرد ارایه شده رضایت دارند؟

توضیحات::

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بازرسین:

امضاء

فرم دعوت از مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد

همکار ارجمند سرکار خانم/جناب آقای دکتر

با سلام

احتراماً ، پیرو بررسی انجام شده درخصوص نحوه ارائه خدمات سلامت در واحد تحت نظارت شما به بیمه شدگان بیمه پایهخواهشمند است در تاریخ ساعت جهت انجام تبادل نظر پیرامون مسائل و مشکلات فیما بین به این اداره مراجعه فرمائید
« لطفاً به هنگام مراجعه این برگه را همراه داشته باشید »

امضاء مدیر/رئیس

در تاریخ آقای/خانم دکتر به بیمه پایه.....مراجعه نموده و درخصوص نحوه ارائه خدمات سلامت به بیمه شدگان با ایشان مذاکره گردید

*در قسمت توضیحات، مسائل و مشکلات مطرح شده قید گردد.

**دعوت می تواند از طریق پست الکترونیک یا پیامک نیز صورت گیرد.

* توضیحات:

مسئول مرکز طرف قرارداد:

امضاء

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ :

گزارش بازرسی از آزمایشگاه طرف قرارداد

- ۱- نام آزمایشگاه: ۲- کد آزمایشگاه: ۳- نام و نام خانوادگی
موسس / موسسین:
- ۴- مسئول فنی: صبح عصر شب
- ۵- نشانی:
- ۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی بیمه سلامت نیروهای
مسلح کمیته امداد امام (ره)

خیر	بلی	موارد نظارتی و فنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- آیا آخرین تعرفه و فرانشیز مصوب هیات وزیران رعایت می شود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- آیا در زمان پذیرش و ارائه خدمت تطابق مشخصات صاحب دفترچه/کارت با مراجعه کننده صورت می گیرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- آیا نسخ مخصوص بیمار قیمت گذاری/ یا رسید ارایه به بیمار(به تفکیک مبلغ کل، سهم بیمه پایه، فرانشیز و مابه التفاوت ممهور به مهر مؤسسه میگردد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- آیا کیت های موجود در آزمایشگاه واجد تاریخ معتبر می باشند؟(کیت های جمع آوری شده مشمول این بند نمی باشند)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- آیا کیت LDL مورد استفاده قرار می گیرد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- آیا لیست تجهیزات آزمایشگاه در زمان عقد قرارداد با امکانات موجود مطابقت دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- آیا آزمایشگاه های طرف قرارداد با آزمایشگاه مورد بازدید، تایید شده و دارای اعتبار هستند و فرم قرارداد امضاء شده بین طرفین وجود دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- آیا نسخ سفید جدا شده در آزمایشگاه وجود دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- آیا تعداد ارقام آزمایشگاهی انجام شده با مندرجات نسخه مطابقت دارد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- آیا مسئول فنی یا جانشین (دارای معرفی نامه معتبر) در زمان بازدید حضور دارد؟(طبق ساعت مندرج در پروانه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱- آیا با بازرسی بیمه های پایه همکاری بعمل آمده است ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲- آیا عنوان همکاری با سازمان های بیمه های پایه در تابلو یا مکان مناسب قید گردیده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳- آیا تابلو آزمایشگاه در محل مناسب نصب شده است ؟



توضیحات:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی، بازرسین:

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ :

گزارش بازرسی از مؤسسات پرتویزشکی طرف قرارداد

- ۱- نام مؤسسه: ۲- کد مؤسسه: ۳- نام و نام خانوادگی مؤسس / مسئول فنی
.....
- ۴- مسئول فنی: صبح عصر شب
- ۵- نشانی:
- ۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی بیمه سلامت نیروهای مسلح
..... کمرته امداد امام (ره)

*در زمان بازدید در خصوص سایر قسمت های درمانگاه از قبیل داروخانه، آزمایشگاه و ... فرم بازدید مربوطه تکمیل گردد.

موارد نظارتی و فنی:		بلی	خیر
۱- آیا مسئول فنی یا جانشین در مؤسسه حضور دارد؟ (نام جانشین)؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا کلیه بیمه شدگان با توجه به امکانات مؤسسه پذیرش می شوند؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا آخرین تعرفه و فرانشیز مصوب اعلامی رعایت می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا نسخ مخصوص بیمار قیمت گذاری/ یا رسید ارایه به بیمار(به تفکیک مبلغ کل، سهم بیمه پایه، فرانشیز ومابه التفاوت) ومهور به مهر مؤسسه میگردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا نسخ سفید جدا شده در مؤسسه وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- آیا خدمات انجام شده مطابق با دستور پزشک معالج می باشد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا در زمان پذیرش و ارائه خدمت تطابق مشخصات صاحب دفترچه/کارت با مراجعه کننده صورت می گیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا خدمات انجام نشده قیمت گذاری می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- آیا با بازرسین بیمه های پایه همکاری بعمل آمده است ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا تابلو مؤسسه در محل مناسب نصب شده است ؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا عنوان همکاری با بیمه های پایه در تابلو یا مکان مناسب قید گردیده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- آیا ثبت نام بیماران در دفتر پذیرش یا سیستم مکانیزه انجام می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- آیا وضعیت مؤسسه از نظر نظافت و مسائل بهداشتی مناسب است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

توضیحات::

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بازرسین:

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ :

گزارش بازرسی از داروخانه طرف قرارداد

- ۱- نام داروخانه: ۲- کد داروخانه: ۳- نام و نام خانوادگی موسس / موسسین:
- ۴- مسئول فنی: صبح عصر شب
- ۵- نشانی:
- ۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی بیمه سلامت نیروهای مسلح کمیته امداد امام (ره).

موارد نظارتی و فنی:		بلی	خیر
۱- وضعیت حضور مسئول فنی؟ مسئول فنی □ قائم مقام □ جانشین موقت □ نامه معرفی جانشین □ هیچکدام □		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*در صورت عدم حضور مسئول فنی تابلوی عدم نسخه پیچی رویت گردید؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا نسخه پیچی در غیاب مسئول فنی انجام می پذیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا کنترل نسخ و نظارت در تحویل دارو به بیمار توسط مسئول فنی یا جانشین صورت می گیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا درج و توضیح دستور مصرف دارو بر اساس دستور پزشک، توسط مسئول فنی یا جانشین انجام می پذیرد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا تحویل دارو با مندرجات نسخه یا موجودی دارو همخوانی دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- آیا نسخ مخصوص بیمار قیمت گذاری (به تفکیک مبلغ کل، سهم بیمه پایه، فرانشیز) و مهور به مهر مؤسسه میگردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا مبالغی اضافه از بیمار دریافت شده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا مبلغی بابت حق فنی دریافت می شود؟ مبلغ دریافتی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- آیا نسخ سفید جدا شده از دفترچه در داروخانه وجود دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا داروی تاریخ گذشته در قفسه داروخانه یا یخچال وجود دارد؟ (داروهای جمع آوری شده مشمول این بند نمی باشند)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا داروی تاریخ گذشته تحویل بیمار می شود؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- آیا تحویل اقلام بهداشتی-آرایشی-داروهای خارج از تعهد در ازای گرفتن نسخه دارویی مشاهده می گردد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- آیا با بازرسی بیمه های پایه همکاری بعمل آمده است؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴- آیا عنوان همکاری با بیمه های پایه روی تابلو یا مکان مناسب دیگر در معرض دید بیمه شدگان قرار دارد؟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵- آیا تابلو داروخانه در محل مناسب نصب شده است؟ عنوان تابلو:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

توضیحات:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بازرسی:

فرم تذکر کتبی به مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد

همکار ارجمند سرکار خانم/جناب آقای دکتر

با سلام

احتراماً، با استناد به بازدید/دعوت و توضیحات ارائه شده گزارش.....مورخ.....موارد ذیل در آن مرکز احراز شده است.

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.

با عنایت به مغایرت موارد مذکور با ضوابط و مقررات همکاری فیما بین، ضمن درج تذکر کتبی در پرونده آن مرکز، انتظار دارد نسبت به رفع نواقص و رعایت ضوابط در اسرع وقت اقدام گردد.

امضاء

مدیر/رئیس

روز بازدید :

ساعت بازدید:

تاریخ:

گزارش بازرسی از مرکز توانبخشی طرف قرارداد

۱- نام موسسه: ۲- کد موسسه: ۳- نام و نام خانوادگی موسس / مسئول فنی
.....:

۴- مسئول فنی: صبح عصر شب

۵- نشانی:

۶- میانگین تعداد نسخ ارسالی: تامین اجتماعی بیمه سلامت نیروهای مسلح
..... کمیته امداد امام (ره)

موارد نظارتی و فنی:	بلی	خیر
۱- آیا مسئول فنی (جانشین) در موسسه حضور دارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا کلیه بیمه شدگان با توجه به امکانات موسسه پذیرش می شوند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا آخرین تعرفه و فرانشیز مصوب رعایت می شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا مبلغ قابل پرداخت توسط بیمه شده در برگ رسید یا برگ سوم دفترچه به تعداد جلسات ارائه خدمت درج و ممهور به مهر موسسه می گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا نسخ سفید جدا شده از دفترچه در موسسه وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶- آیا خدمات انجام شده مطابق با دستور پزشک معالج می باشد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا در زمان پذیرش و ارائه خدمت تطابق مشخصات صاحب دفترچه با مراجعه کننده صورت می گیرد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا خدمات انجام نشده قیمت گذاری می گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- آیا پس از انجام هر جلسه فیزیوتراپی از بیمار جهت آن جلسه امضاء اخذ می گردد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا همکاری خوبی با بازرسین سازمان بعمل آمده است ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا خدمات ارائه شده با امکانات موجود همخوانی دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- آیا حداقل امکانات (دستگاه) فیزیوتراپی نظیر : Hp-S.W.D-U.S-TENS-فریم وجود دارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- آیا فرانشیز دریافتی از بیماران به صورت یکجا دریافت می شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴- آیا برای هر بیمار پرونده تشکیل می شود؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵- آیا تابلو داروخانه در محل مناسب نصب شده است ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶- آیا عنوان همکاری با سازمان های بیمه گر در تابلو یا مکان مناسب قید گردیده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷- آیا پروانه معتبر مسول فنی در مرکز نصب گردیده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸- آیا ثبت نام بیماران در دفتر پذیرش یا سیستم مکانیزه انجام می شود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹- آیا وضعیت موسسه از نظر نظافت و مسائل بهداشتی مناسب است؟

توضیحات:

نام و امضاء بازرس

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (جانشین) :

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی بازرسین:

امضاء

فرم ارائه تعهد مبنی بر رعایت ضوابط و مقررات بیمه های پایه

مدیر/رئیس محترم بیمه استان

- | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | مرکز سنگ شکن | <input type="checkbox"/> | پزشک عمومی |
| <input type="checkbox"/> | مرکز جراحی محدود | <input type="checkbox"/> | متخصص |
| <input type="checkbox"/> | درمانگاه | <input type="checkbox"/> | دندانپزشک |
| <input type="checkbox"/> | آزمایشگاه | | |
| <input type="checkbox"/> | پرتو پزشکی | | |
| دارای <input type="checkbox"/> | توانبخشی | مسئول فنی | |
| <input type="checkbox"/> | داروخانه | | |
| <input type="checkbox"/> | بیمارستان | | |

شماره نظام پزشکی عطف به نامه شماره مورخ ضمن اعلام تعهد به رعایت و اجرای قوانین و مقررات بیمه پایه.....، نهایت تلاش خود را برای اصلاح موارد مغایر و ارائه صحیح خدمات سلامت به بیمه شدگان بکار خواهم برد و اعلام می نمایم بیمه پایه.....، مجاز خواهد بود در صورت ادامه موارد به تشخیص خود و طبق مقررات، اتخاذ تصمیم و برخورد نماید .

لازم به ذکر است کلیه مغایرتهای احراز شده براساس مستندات به رؤیت اینجانب رسیده و آنها را به شرح ذیل می پذیرم.

.....-۱

.....-۲

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء مؤسس یا مسئول فنی

تاریخ.....

این فرم در ۲ نسخه تهیه و یک نسخه آن به مؤسسه تحویل می گردد.

"اهم شرح وظایف نظارتی کارشناس ناظر بیمارستانی"

کارشناسان ناظر بیمارستانی مکلف به رسیدگی کلیه موارد مربوط به اسناد بستری و سرپایی می باشند که اهم موارد به شرح ذیل جدول پیوست بازرسی بیمارستانی و مراکز جراحی محدود می باشد.

۱. احراز هویت بیمه شدگان
۲. تطابق پرونده بالینی با صورتحساب بیمارستانی
۳. کنترل انجام خدمات توسط پزشک ۲K (سرپایی، ویزیت و...)
۴. نظارت، بازرسی از بخش ریکآوری مبنی بر رعایت استانداردهای تعریف شده
۵. بازرسی از بخش اورژانس و کنترل نحوه ارائه خدمات توسط پزشکان طب اورژانس
۶. بازرسی از واحدهای رادیولوژی، سونوگرافی، داروخانه و... در خصوص حضور یا عدم حضور مسئول فنی
۷. کنترل حضور پزشک ۲K در بخش شیمی درمانی و دیالیز
۸. نظارت و کنترل همزمان (پوشش همزمان) دو بیمار در اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی
۹. کنترل بخش های ویژه و نظارت بر تعداد تخت بخش های مذکور طبق مجوز صادره از دانشگاه
۱۰. کنترل برگ مخصوص دستورات پزشک و مطابقت آن با گزارش پرستاری در خصوص ارائه خدمات کلینیک و پاراکلینیک به بیمار مطابق درخواست بیمارستان
۱۱. کنترل و نظارت بر میزان مصرف دارو و لوازم مصرفی در پرونده با درخواست پزشک/بیمارستان/گزارش پرستاری
۱۲. بازرسی دوره ای از بخش های بیمارستان به عنوان مثال بخش کت لب (Cat lab) در خصوص مصرف لوازم (یکبار یا چند بار مصرف بودن)
۱۳. تعیین نوع تعدیلی درخواستی بیهوشی با توجه به نوع بیهوشی از سوی پزشکان متخصص بیهوشی و نظارت و کنترل آن در پرونده بالینی بیمار توسط ناظر
۱۴. نظارت و کنترل حضور پزشک مقیم و ویزیت بیماران در بخش ICU و NICU
۱۵. کنترل درخواست بیمارستان جهت پزشکان مدعو برای مشاوره مبنی بر عدم وجود تخصص مربوطه در بیمارستان
۱۶. کنترل کدهای جراحی و بیهوشی
۱۷. کنترل تخت روز اعم از تخت عمومی و ویژه
۱۸. کنترل K ترجیحی مناطق محروم
۱۹. سایر موارد نظارتی

لیست داروهای بسته اورژانس (Emergency Box) مطب پزشکان و دندانپزشکان

ردیف	دارو	تعداد
۱	آمپول اپی نفرین	۵ عدد
۲	آمپول آتروپین	۵ عدد
۳	آمپول لیدوکائین ۲٪	۵ عدد
۴	آمپول دیازپام	۵ عدد
۵	آمپول هیدروکورتیزون ۱۰۰ میلی گرم	۲ عدد
۶	آمپول دکزامتازون	۳ عدد
۷	آمپول متوکلوپرامید	۲ عدد
۸	آمپول آنتی هیستامین (کلروفنیرامین یا کلماستین)	۵ عدد
۹	محلولهای وریدی قابل تزریق ۱۰۰۰ سی سی یا ۵۰۰ سی سی نرمال سالین یا رینگر	حداکثر ۲ عدد
۱۰	پرل TNG یا اسپری TNG	۵ عدد-۱ عدد
۱۱	ویال گلوکز ۲۰٪ یا ویال گلوکز ۵۰٪	۵ عدد-۲ عدد
۱۲	آب مقطر	۵ عدد

لیست تجهیزات ضروری در مطب پزشکان و دندانپزشکان

ردیف	دارو	مطب پزشکان و دندانپزشکان	مطب پزشکان اطفال
۱	لارنگوسکوپ همراه تیغه	یک سایز اطفال (میلر) دو سایز بزرگ (خمیده)	میلر سایز ۱ و خمیده سایز ۱، هر کدام ۱ عدد
۲	یک تهویه با فشار مثبت و ماسک	۱ عدد	۱ عدد با ماسک اطفال
۳	لوله تراشه	۳ سایز (سایز اطفال ۳/۵ بزرگسال ۷ و ۷/۵)	۲ سایز ۳ و ۵ هر کدام ۱ عدد
۴	Air Way دهانی-حلقی	۲ سایز ۸ و ۱۰	۲ اندازه، هر کدام ۱ عدد
۵	سوند نلاتون	سایز ۱۶ و ۱۸، هر کدام ۱ عدد	اندازه اطفال، ۲ عدد
۶	آنژیوکت	۲ عدد صورتی، ۲ عدد آبی	۲ عدد صورتی، ۲ عدد آبی
۷	دستگاه ساکشن	دستی یا برقی	دستی یا برقی
۸	کپسول اکسیژن	همراه با رابط اکسیژن ماسک صورت با مانومتر	همراه با رابط ماسک مناسب با مانومتر
۹	سرنگ ۲ و ۵ سی سی	۱۰ عدد، سرسوزن ۵ عدد	۱۰ عدد، سرسوزن ۵ عدد
۱۰	چسب لکوپلاست یا CM، قیچی، ست سرم، باند نخي هر کدام یک عدد، پنبه الکل، دستکش لاتکس دو عدد		



تجهیزات پزشکی

تعاریف کلی

وسیله پزشکی

وسیله پزشکی در مجموعه ضوابط و مقررات تجهیزات پزشکی ایران به شکل زیر تعریف می شود:

هرگونه وسایل، تجهیزات، ابزار، لوازم، ماشین آلات، وسایل کاشتنی، مواد، معرف ها یا کالیبراتورهای آزمایشگاهی و نرم افزارها که توسط سازنده برای انسان (به تنهایی یا در تلفیق با سایر وسایل) جهت حداقل یکی از اهداف زیر ارائه می گردد:

- تشخیص، پیشگیری، پایش، درمان یا کاهش بیماری
- تشخیص، پایش، درمان، تسکین، جبران یا به تعویق انداختن صدمه یا معلولیت
- تحقیق و بررسی، جایگزینی، اصلاح آناتومی یا یک فرایند فیزیولوژیک
- حمایت کننده یا پشتیبانی کننده حیات
- کنترل بارداری
- تمیز یا ضد عفونی کننده و یا استریل کننده وسایل یا محیط برای اهداف پزشکی
- فراهم کردن اطلاعات برای اهداف پزشکی و تشخیصی به کمک آزمایشات (in vitro) بر روی نمونه های گرفته شده از بدن انسان

ابزار جراحی چند بار مصرف:

وسایلی که برای کاربردهای جراحی مثل بریدن، سوراخ کردن، اره کردن، خراش دادن، تکه تکه کردن، نگه داشتن، جمع کردن، برش دادن و یا موارد مشابه بدون اتصال به وسایل پزشکی فعال استفاده می شوند و توسط سازنده بیان شده است که می توان آنها را دوباره بعد از شستشو یا استریلیزاسیون استفاده کرد.

وسیله تشخیصی فعال:

هرگونه وسیله پزشکی فعال که به تنهایی و یا همراه دیگر وسایل پزشکی برای فراهم آوردن اطلاعات جهت آشکارسازی، تشخیص، پایش یا حمایت از شرایط درمانی فیزیولوژیکی یا حالات سلامتی، بیماری یا ناهنجاری های ظاهری ارثی استفاده می شود.

وسيله تنهاجمی:

وسيله ای که بصورت کامل و یا قسمتی از آن از طریق سطح یا یکی از منافذ بدن به داخل بدن نفوذ می کند.

وسيله کاشتنی:

هرگونه وسیله، شامل وسایلی که به صورت کامل یا قسمتی از آن جذب می شود و کاربردهای زیر را دارد:

- به صورت کامل داخل بدن انسان قرار می گیرند .
- جایگزین سطح مخاطی یا سطح چشم،
- به واسطه عمل جراحی کاشته می شود و بعد از عمل باقی می ماند.

هرگونه وسیله ای که قسمتی از آن از طریق عملهای جراحی در بدن قرار گرفته و بعد از عمل حداقل برای مدت ۳۰ روز باقی می ماند نیز به عنوان وسیله کاشتنی در نظر گرفته می شود.

وسيله پزشکی کاشتنی فعال:

هرگونه وسیله پزشکی فعال و لوازم جانبی همراه آن که عملکرد آن از طریق وارد کردن بخشی از یا تمام آن وسیله از طریق عمل جراحی یا شیوه های پزشکی در بدن یا یک منفذ طبیعی بدن انسان حاصل می شود و بعد از عمل در داخل بدن باقی می ماند.

وسيله پزشکی فعال:

هرگونه وسیله پزشکی که توسط برق یا منبع انرژی دیگری غیر از انرژی هایی که مستقیماً توسط بدن انسان یا جاذبه ایجاد می شود کار می کند. وسایل پزشکی انتقال دهنده انرژی، موارد و دیگر عناصر مابین یک وسیله پزشکی فعال و بیمار که تغییرات اساسی ایجاد نمی کنند، در این تعریف قرار نمی گیرند. (مانند رابط ابلیشن، سیم رابط کوتر، و...)

وسيله درمانی فعال:

هر وسیله پزشکی فعال که به تنهایی یا همراه دیگر وسایل پزشکی برای حمایت، تغییر، جایگزینی و یا بازیافت ساختارها یا عملکردهای فیزیولوژیکی به منظور درمان یا تخفیف یک بیماری، آسیب یا معلولیت بکار برده شود.

لوازم مصرفی:

عبارت است از فرآورده های یکبارمصرف یا چندبار مصرف پزشکی که به منظور دارورسانی به بیمار، تشخیص و یا کمک در سیر بهبودی بیماری بکارگرفته می شود.

ملزومات مصرفی:

عبارت است از مواد و فراورده هایی که عمدتاً به منظور انجام خدماتی همچون پانسمان، ضد عفونی پوست، دستگاهها و سطوح استفاده می شود و یک بسته بندی از آنها همزمان برای یک یا چند بیمار می باشد.

لیست لوازم مصرفی ۶٪ خدمات جنبی پرستاری:

بابت هزینه های ملزومات مصرفی استفاده شده در بخش های بستری که برای کلیه بیماران استفاده می شود .

ردیف	لوازم مصرفی
۱	انواع سرنگها
۲	انواع گازهای طبی
۳	باند
۴	پنبه
۵	چسب

۶	دروشیت
۷	کاور کفش
۸	انواع دستکش های معاینه غیر استریل
۹	انواع مواد شوینده و ضد عفونی کننده مانند (آب اکسیژنه ، الکل ، بتادین ، ساولون و ...
۱۰	لباس یکبار مصرف بیمار

۴۰٪ هزینه اطاق عمل:

بابت استهلاک تجهیزات ثابت اطاق عمل که به طریق معمول در همه اعمال جراحی استفاده می شوند.

۱- تجهیزات ثابت:

ردیف	لوازم مصرفی
۱	انواع تخت اتاق عمل
۲	چراغ سیالتیک
۳	دستگاه ساکشن
۴	کلیه دستگاههای سرمایه ای اتاق عمل از جمله دستگاه الکتروکوتر(قلم کوتر ، پلیت کوتر و...)، دستگاه مانیتور با متعلقات، دستگاه TUR (پروپ ، لوپ TUR و ...)، دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، دستگاه استرایکر، دستگاه آرتروسکوپ، دستگاه لاپاروسکوپ، دستگاه ونتیلاتور (لوله های خرطومی ، کانکتور و ...)، دستگاه اشعه (تلویزیون)
۵	چراغ اشعه ماوراء بنفش
۶	انواع ست های جراحی (ست ارتوپدی ، ست جنرال ، ست پرپ ، ست لامینکتومی و ...)
۷	پگ جنرال (گان ، شان ، کلاه ، ماسک و ...)
۸	گاز ۰۲

گاز N ₂ O	۹
گان	۱۰
کلاه بیمار	۱۱
هزینه استریل ست های جراحی	۱۲

۲- انواع محلولهای شوینده و ضد عفونی کننده مانند: (آب اکسیژنه ، الکل ، بتادین ، ساولون و ...)

ضوابط کلی تجهیزات پزشکی

در راستای اجرای سیاستهای کلی سلامت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و در راستای کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان، افزایش دسترسی و تسهیل ارائه خدمات به بیمه شدگان و در راستای یکسان سازی عملکرد سازمانهای بیمه گر پایه:

۱- مبنای محاسبه هزینه تجهیزات پزشکی مورد تعهد بیمه پایه سلامت کشور در کلیه بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نرخ های اعلامی توسط اداره کل تجهیزات پزشکی آن وزارت می باشد. لازم بذکر است نرخ های یاد شده در پایگاه اطلاع رسانی اداره کل قابل دسترسی می باشد.

۲- مبنای محاسبه هزینه تجهیزات پزشکی مورد تعهد بیمه پایه سلامت کشور در سایر بیمارستانهای طرف قرارداد و اقلامی که در طرح تحول اعلام قیمت نشده اند حداکثر سقف پرداختی سازمان های بیمه گر به شرح پیوست خواهد بود.

تبصره ۱: دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی مکلف است نسبت به بروز رسانی حداکثر سقف پرداختی اعلامی به صورت ماهانه و مستمر اقدام و به نحو مقتضی به سازمان های بیمه گر پایه اعلام نماید.

تبصره ۲: در صورت تغییر قیمت لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی مورد تعهد بدون قیمت مصوب (بالاتر از سقف اعلام شده)، سازمانهای بیمه گر می توانند راساً نسبت به تغییر آن در فهرست اقدام نمایند و به منظور یکسان سازی تعهدات سازمانهای بیمه گر، ملزم به اعلام آن به دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات (در اسرع وقت) می باشند.

۳- لیست تجهیزات پزشکی مصرفی لحاظ گردیده در بسته خدمتی پایه، براساس عناوین کلی بوده و موارد مصوب، شامل کلیه سایزها، Brand های مختلف و زیر مجموعه آنها می باشد.

۴- کلیه تجهیزات پزشکی مصرفی به شرطی در تعهد پرداخت سازمانهای بیمه گر قرار می گیرند که خدمت انجام شده در تعهد بیمه پایه باشد.

تبصره: چنانچه خدمتی در تعهد بیمه پایه قرار گیرد، تجهیزات پزشکی آن در صورتی در تعهد سازمانهای بیمه گر قرار خواهد گرفت که مراحل بررسی آن به همراه گاید لاین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شورای عالی بیمه تایید شده باشد. (روال کنونی)

۵- در خصوص نخ های جراحی مقرر گردید قیمت های مندرج در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی مبنای پرداخت سازمانها قرار گیرد.

تبصره: در خصوص مراکز غیر دولتی (مراکز درمانی خارج از طرح تحول نظام سلامت)، در صورتی که قیمت برخی از برندهای نخ های جراحی در سایت موجود نباشد مبنای پرداختی هزینه های نخ های جراحی، حداکثر تا سقف اعلامی اداره کل تجهیزات پزشکی و با در نظر گرفتن کیفیت و بررسی کارشناسی، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۶- در خصوص ایمپلنت های ارتوپدی (تروما-اسپاین و آرتروپلاستی و...) مقرر گردید قیمت های مندرج در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی، مبنای پرداخت سازمانها در مراکز دولتی قرار گیرد.

و تمامی مراکز درمانی دولتی از تاریخ ۹۴/۴/۱ موظف به ارائه فاکتور رسمی از شرکتهای ثبت شده در اداره کل تجهیزات پزشکی جهت دریافت هزینه های اقلام ارتوپدی می باشند.

تبصره ۱: در خصوص مراکز غیر دولتی (مراکز درمانی خارج از طرح تحول نظام سلامت)، در صورتی که قیمت برخی از برندهای اقلام ارتوپدی در سایت موجود نباشد مبنای پرداختی هزینه های اقلام ارتوپدی حداکثر تا سقف اعلامی اداره کل تجهیزات پزشکی و با در نظر گرفتن کیفیت و کارشناسی، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: فاکتور مورد تائید سازمان های بیمه گر پایه می بایست دارای شرایط ذیل باشد:

سربرگ شرکت به همراه مهر و امضا - شماره و تاریخ فاکتور - نام کامل کالا به همراه قیمت lot no-کمپانی سازنده-کد ۱۲رقمی ثبت (در صورت داشتن کد ثبت)-آدرس کامل شرکت

۷- در مورد تجهیزات مصرفی، چنانچه از وسایل یکبار مصرف به هر علت بیش از یکبار استفاده گردد، لازم است ضمن توافق مراکز درمانی با سازمانهای بیمه گر موضوع پس از بررسی کارشناسی و تنظیم توافق نامه مکتوب کسری از قیمت وسیله ملاک محاسبه و پرداخت قرار گیرد.

۸- نحوه پرداخت تجهیزات پزشکی بیماران خاص، مطابق با دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج خواهد بود .

۹- سقف تعداد ملزومات استومی قابل تعهد سازمان های بیمه گر پایه، حداکثر تعداد پرداختی کیسه های استومی یک تکه ۳۰ عدد یا دو تکه ۱۵ عدد به همراه ۱۵ عدد چسب پایه ماهانه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود .
تبصره : باتوجه به مشکلات خاص برخی از بیماران ، مازاد سهمیه اعلامی با نظر سازمان های بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود .

۱۰- در خصوص پرداخت سرنگ انسولین در نسخ سرپایی بیماران دیابتیک، حداکثر تعداد ۶۰ عدد ماهانه قابل پرداخت خواهد بود .



قرارداد

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با داروخانه

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس / مؤسسين داروخانه با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس داروخانه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) استان به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات دارویی بر اساس فارماکوپه دارویی در تعهد سازمان / نهاد توسط داروخانه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد مطابق لیست دارویی شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیئت وزیران رسیده یا می رسد، دستورالعمل مصوب و ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ضوابط و مقررات داخلی سازمان / نهاد

ماده (۲) مدت قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس معتبر، تمدید می گردد .
تبصره : مؤسس / مؤسسين داروخانه یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد، قیمت های اعلامی در پورتال سازمان / نهاد و فرانشیز پرداختی بیمه شدگان بر اساس مصوبه سالانه هیئت محترم وزیران و ضوابط سازمان / نهاد می باشد .

ماده ۴) تعهدات داروخانه

۴-۱) داروخانه موظف به ارائه خدمات دارویی حسب ضوابط و مقررات شورایی عالی بیمه خدمات درمانی کشور منطبق با دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص شرح وظایف داروسازان از جمله حضور مسئول فنی معرفی شده به سازمان / نهاد جهت ارائه خدمات مربوطه به بیمه شدگان دارای دفترچه درمانی / کارت معتبر لازم الاجرا می باشد .

۴-۲) داروخانه موظف به محاسبه بهای دارو بر اساس قیمت های اعلامی پورتال و ضوابط ابلاغی سازمان / نهاد می باشد همچنین داروخانه موظف به رعایت تعرفه های دارویی و فرانشیز مصوب هیئت محترم وزیران بر اساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می باشد.

۴-۳) داروخانه موظف است هرگونه تغییر آدرس، مسئول یا مسئولین فنی و تعطیلی موقت یا دائم را با رعایت ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پس از موافقت دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و حداکثر طی مدت یک ماه به سازمان / نهاد اعلام نماید.

۴-۴) داروخانه موظف است با نمایندگان و بازرسین سازمان / نهاد همکاری نموده و در صورت تخطی از آن، طبق آیین نامه نظارت بر موسسات برخورد خواهد شد.

۴-۵) داروخانه موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم کاری ماه بعد به شکل اسناد کاغذی و فایل الکترونیکی به سازمان / نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوط به آن ماه از اولویت پرداخت خارج و در نوبت بعدی قرار میگیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهد داروخانه میباشد.

تبصره : حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه ، پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۶) رعایت کلیه ضوابط و مقررات حین قرارداد و آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورایی عالی سازمان نظام پزشکی جزء لاینفک این قرارداد می باشد.

۴-۷) محاسبه و پرداخت هزینه های مربوط به داروهای ترکیبی منوط به تأیید شرایط مصوب ساخت اینگونه داروها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۵) تعهدات سازمان / نهاد

۱-۵) سازمان/ نهاد متعهد می شود هرگونه تغییر در تعرفه مصوب، فارماکوپه دارویی و تعهدات سازمان/ نهاد نسبت به بیمه‌شدگان را به نحو مقتضی (پورتال، پیامک، پست الکترونیکی، نامه نگاری) به اطلاع داروخانه برساند.

۲-۵) سازمان/ نهاد متعهد می شود هزینه اسناد ارسالی از سوی داروخانه را بر اساس قیمت های اعلامی پورتال و ضوابط ابلاغی سازمان / نهاد پرداخت و به نحو مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) به داروخانه اعلام نماید. تبصره : ریاست سازمان / نهاد استان می تواند نسبت به محاسبه و پرداخت اسناد تحویل شده داروخانه پیش از پرداخت به سایر داروخانه ها حسب درخواست داروخانه و با رعایت صرفه و صلاح سازمان/ نهاد و حسن سابقه داروخانه مذکور و با رعایت سایر مقررات و ضوابط اقدام نماید.

۳-۵) سازمان/ نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات (پیوست ۲) همزمان با پرداخت قطعی به داروخانه اعلام نماید و چنانچه مؤسس/ مؤسسین به وجوه واریزی و یا کسورات اعمال شده اعتراضی داشته باشد، بایستی مراتب را کتباً حداکثر طی مدت یک ماه از زمان اعلام به اطلاع سازمان/ نهاد برساند و در صورت لزوم، عملکرد داروخانه مجدداً با حضور مؤسس/ مؤسسین بررسی شده و در صورت صحت اعتراض، مطالبات مربوطه را به وی مسترد نماید.

۴-۵) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورت حساب واقعی به حساب داروخانه منظور گردد، به سازمان/ نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات آتی داروخانه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه درخواست داروخانه مبالغ کمتر از صورت حساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظریس از اصلاح درخواست توسط داروخانه، از سوی سازمان / نهاد محاسبه و پرداخت می شود.

۵-۵) پرداخت های سازمان / نهاد صرفاً در وجه شخص یا اشخاص حقیقی یا حقوقی که به عنوان موسس یا موسسین معرفی شده اند صورت می پذیرد. سازمان/ نهاد موظف است در صورت تامین اعتبار تسویه صورت حساب طرف قرارداد را بعد از بررسی اسناد حداکثر ظرف مدت سه ماه پرداخت نماید.

۶-۵) سازمان/ نهاد تعهدی در خصوص حق فنی مسئول فنی داروخانه نداشته و در این خصوص می بایست بر اساس آخرین ضوابط ابلاغی اقدام گردد.

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد داروخانه به سازمان/ نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است به میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق کمیته فنی

سازمان / نهاد محاسبه و از مطالبات داروخانه، کسر نماید. بدیهی است چنانچه عملکرد داروخانه مغایر با ضوابط سازمان / نهاد باشد، سازمان / نهاد می بایست بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

ماده ۷) حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف بین سازمان / نهاد و داروخانه صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی سازمان / نهاد می باشد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشکل از نمایندگان سازمان بیمه گر مربوطه، دانشگاه علوم پزشکی، انجمن داروسازان تشکیل خواهد شد و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء می باشد.

این قرارداد در ۷ ماده، ۳ تبصره، ۱۳ بند و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

امضاء و مهر نماینده مجاز سازمان / نهاد

امضاء و مهر مؤسس / موسسین داروخانه

ضوابط و مقررات مربوط به داروخانه:

۱. پذیرش نسخه بیمه شده سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد
 ۲. قیمت گذاری نسخه به میزان داروی تحویلی در هنگام نسخه پیچی و تحویل دارو در حضور مسئول فنی و ممهور نمودن نسخه به مهر و امضا مسئول فنی / قائم مقام مسئول فنی همزمان با تحویل دارو به بیمار
 ۳. رعایت و دریافت فرانشیز و حق فنی براساس آخرین مصوبات
 ۴. تحویل داروی مشابه با نظر پزشک معالج و قیمت گذاری براساس بهای مورد قبول سازمان / نهاد
 ۵. تنظیم صورتحساب، اصل نسخه به همراه فایل الکترونیک و ارسال آن به سازمان / نهاد
 ۶. تحویل دفترچه های جامانده در داروخانه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
 ۷. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد داروخانه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می گردد .
 ۸. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
 ۹. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می گردد.
 ۱۰. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
 ۱۱. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
 ۱۲. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران در خصوص داروخانه ها
 ۱۳. عدم تحویل دارو به دفترچه های فاقد اعتبار
 ۱۴. عدم تحویل دارو به نسخه بدون وجود دفترچه
 ۱۵. عدم پذیرش نسخه تاریخ آینده و تاریخ گذشته بر اساس ضوابط اعلامی
 ۱۶. جدا نکردن نسخه سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
 ۱۷. مواردی که نسخه داروخانه مشمول کسورات می گردند ، عبارتند از :
- ۱-۱۷- نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان های

دیگر

۱۷-۲- نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار

۱۷-۳- نسخ با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی / قائم مقام مسئول فنی نرسیده باشد

۱۷-۴- اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل .

۱۷-۴- نسخ فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضا مسئول فنی / قائم مقام مسئول

فنی داروخانه و مهر داروخانه (در صورت چاپ مشخصات داروخانه در پشت نسخ نیازی به درج مهر داروخانه نمی باشد).

۱۷-۵- نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.

۱۷-۶- تحویل داروی خارج از لیست داروهای مورد تعهد سازمان / نهاد و یا تحویل داروهای غیر مجاز هر یک از رشته های پزشکی به بیمار بر اساس مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و هیئت محترم وزیران و محاسبه آن در نسخ بیمار

۱۷-۷- داروهای وارد شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.

۱۷-۸- رعایت مفاد قرارداد فی ما بین، آیین نامه ها، دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد و رعایت شرایط تعهد داروها طبق سایت اعلام نرخ دارو

۱۷-۹- درج کد نظام پزشکی مغایر با مهر مندرج در نسخه بیمار

۱۷-۱۰- اخذ نسخ مراکز غیر طرف قرارداد و ارسال آن با نسخ داروخانه

۱۷-۱۱- نسخ مربوط به زمان قبل از عقد قرارداد با داروخانه

در مواردی که بهای کل نسخه بیش از سقف تعیین شده جهت تایید بوده باشد و داروخانه بدون تایید اقدام به تحویل دارو نماید، مبلغ مازاد بر سقف مجاز جزء کسورات منظور می گردد.

۱۸. مهلت پذیرش نسخ بیمه شدگان توسط داروخانه تا سی روز پس از تاریخ تجویز دارو می باشد.

۱۹. در صورت ارائه خدمات در زمان عدم حضور مسئول فنی / قائم مقام مسئول فنی، صرفاً نسخ مربوط به آن شیفت کاری جزو کسورات منظور شده و از مطالبات درمانگاه کسر می گردد و مطابق آیین نامه نظارتی اقدام خواهد شد.

۲۰. ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید

۲۱. حضور جانشین به همراه معرفی نامه از سوی مسئول فنی داروخانه



۲۱. پانچ یا شماره گذاری نسخ جهت بسته بندی نسخ، بنحوی باشد که به تاریخ اعتبار و تاریخ نسخه خدشه ای وارد نشود.

۲۲. عدم تحویل دارو به دفاتر فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند

۲۳. عدم تحویل اقلام آرایشی، بهداشتی بجای دارو یا فرانشیز نسخه و یا تحویل وجه نقد در ازای دریافت نسخه

۲۴. درمورد داروهای ترکیبی بایستی قیمت هریک از اجزاء فرمولاسیون در ستون مربوطه قید شود

۲۵. تعهدات و سقف تأیید نسخ دارویی رزیدنت ها با شماره نظام پزشکی و مهر بیمارستان آموزشی، همانند پزشکان متخصص می باشد.

۲۶. تعهدات و سقف تأیید نسخ دارویی انترن ها با شماره انترنی و مهر بیمارستان آموزشی، همانند پزشکان عمومی بوده و صرفاً در داروخانه های مرکز آموزشی درمانی دانشگاه قابل نسخه پیچی می باشد.

پیوست ۱

مشخصات موسس / موسسین داروخانه

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
آدرس پست الکترونیک :	شماره حساب موسس / موسسین :
کد اقتصادی :	شماره شبا موسس / موسسین :
نشانی / تلفن / دورنگار داروخانه :	

نوع مالکیت داروخانه :

خصوصی دولتی / دانشگاهی نظامی خیریه

عمومی غیردولتی

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بیمه سلامت ایران کمیته
امداد امام خمینی (ره)



سایر توضیح:

مدرک تحصیلی (موسس اول) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس دوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس سوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان فعالیت
.....

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و
امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان فعالیت
.....

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و
امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان فعالیت
.....

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر و
امضا :

مشخصات سازمان / نهاد :

آدرس پست الکترونیک :

نشانی / تلفن / دورنگار :

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با بیمارستان های خصوصی/عمومی غیردولتی / خیریه

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشورمبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس/ مؤسسين بیمارستان با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان/ کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان/ نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان/ نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت محترم وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان / نهاد

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس و مسئولین فنی و دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد .
تبصره : مؤسس یا سازمان/ نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران و مقررات داخلی سازمان / نهاد می باشد.

ماده ۴) تعهدات موسسه

۴-۱) موسسه با عنایت به آشنایی با خدمات تشخیصی درمانی مورد تعهد سازمان / نهاد موظف به پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی معتبر می باشد.
۴-۲) موسسه موظف به رعایت کلیه تعرفه های تشخیصی - درمانی و دارویی و فرانشیز مصوب هیات محترم وزیران براساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی و مقررات داخلی سازمان / نهاد می باشد.
۴-۳) در صورت تامین لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیمه شدگان سازمان / نهاد توسط موسسه ملاک محاسبه و پرداخت، قیمت های مندرج در پورتال سازمان / نهاد می باشد.
۴-۴) موسسه مجاز به دریافت مابه التفاوت بهای بخش خصوصی ودولتی که بعهده بیمه شدگان است براساس تعرفه های مصوب و مقررات داخلی سازمان / نهاد می باشد
۴-۵) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان از جانب موسسه، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
۴-۶) موسسه ملزم به همکاری لازم با ناظرین و بازرسین سازمان / نهاد در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در کلیه واحدهای موسسه بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.

۴-۷) موسسه می تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان/ نهاد اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب را کتبا " حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان مربوطه رسانده و در غیر اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه، ندارد.

۴-۸) موسسه مکلف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل دستی / فایل الکترونیکی به سازمان/ نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار می گیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهده موسسه می باشد

۴-۹) موسسه مکلف است اسناد مربوط به پرونده های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان / نهاد در بیمارستان را در اختیار ناظرین بیمارستانی و بازرسان اعزامی سازمان / نهاد قرار دهد.

۴-۱۰) موسسه مکلف است فضا و مکان مناسب را به منظور رسیدگی به صورتحسابها، در اختیار ناظرین بیمارستانی قرار دهد.

۴-۱۱) موسسه موظف است نسبت به ارائه آخرین گواهی اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت نحوه محاسبه و پرداخت هزینه تخت روز بیمارستان به سازمان / نهاد اقدام نماید.

۴-۱۲) موسسه مجاز است ما به التفاوت هزینه تخت روز اتاق های کمتر از سه تختی را براساس تعرفه های مصوب هیات محترم وزیران و مقررات داخلی سازمان / نهاد از بیمه شدگان سازمان / نهاد دریافت نماید ضمناً سازمان در زمینه هزینه همراه تعهدی ندارد.

۴-۱۳) موسسه مکلف است صورتحسابهای تنظیم شده را به تفکیک خدمات بستری ارائه شده در فرم های بیمارستانی مربوطه تنظیم و مدارک مربوطه را در پرونده بالینی بیمه شدگان سازمان / نهاد منعکس نماید. فرم های مذکور می بایست مهمور به مهر و امضای رئیس و مسئول امور مالی موسسه گردد. ضمناً نوع خدمت ارائه شده توسط پزشکان ارائه دهنده خدمت درج و امضاء گردد.

۴-۱۴) موسسه مکلف است کلیه اوراق خدمات سرپایی شامل ویزیت، دارو و آزمایشات، رادیوگرافی و فیزیوتراپی و غیره را پس از امضای پزشک معالج به مهر مسئول فنی بخش مربوطه و بیمارستان مهمور و به تفکیک تنظیم نماید.

۴-۱۵) موسسه موظف است در صورت لغو قرارداد، تعهدات خود در مورد بیماران بستری موجود را تا بهبودی کامل طبق ضوابط و مقررات جاری سازمان و مفاد این قرارداد اجراء نماید. بدیهی است در مورد اینگونه بیماران، سازمان / نهاد خود را ملزم به پرداخت صورتحساب نهایی براساس ضوابط و مقررات ذکر شده می داند.

۴-۱۶) موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان/ نهاد برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداقل ظرف مدت یک ماه به سازمان/ نهاد اعلام و موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد. ضمناً کلیه بخشهای فعال و پزشکان شاغل می باید دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات، که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأیید شده است، باشند. ۴-۱۷) موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل دو هفته قبل به سازمان/ نهاد کتبا اعلام نماید. در صورت هرگونه تغییری در موارد مذکور سازمان در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

ماده ۵) تعهدات سازمان

۵-۱) سازمان/ نهاد متعهد می شود وجه صورتحساب ارسالی موسسه را در صورت تامین اعتبار حداکثر ظرف مدت سه ماه از زمان پذیرش اسناد پرداخت نماید.

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسس/ موسسین منظور گردد، به سازمان/ نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسس/ موسسین اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسس/ موسسین درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسس/ موسسین، از سوی سازمان/ نهاد پرداخت می شود.

۵-۳) هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان/ نهاد نسبت به بیمه شدگان به موسسات طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۵-۴) سازمان/ نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به موسسه اعلام نماید

۵-۵) سازمان/ نهاد می تواند در هر زمان و به هر ترتیب که لازم بداند بر نحوه ارائه خدمات در خصوص موضوع قرارداد نظارت نماید.

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

موسسه موافقت می نماید که سازمان رأساً مرجع تشخیص وقوع تخلف از مفاد قرارداد بوده و در صورتیکه خسارتی ناشی از عملکرد بیمارستان به سازمان وارد آید سازمان محق است طبق نظر کارشناسان خود یا مراجع علمی داخل یا خارج سازمان، به میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده از مطالبات طرف قرارداد کسر نماید. بدیهی است این اقدام نافی اقدامات دیگر براساس دستورالعمل های سازمان نخواهد بود.

ماده ۷) حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف بین سازمان/ نهاد و موسس / موسسین صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی توسط سازمان/ نهاد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر حسب مورد، دانشگاه علوم پزشکی تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

این قرارداد در ۷ ماده، ۲۲ بند، ۱ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

مهر و امضاء نماینده مجاز سازمان / نهاد

مهر و امضاء رئیس بیمارستان

پیوست ۲

ضوابط و مقررات مربوط به بیمارستان :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد بدون محدودیت در چارچوب مفاد قرارداد
۲. رعایت تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. عدم دریافت و تحمیل هرگونه وجه اضافی از بیمه شدگان خارج از ضوابط و مفاد قرارداد فی مابین
۴. تنظیم صورتحساب بر اساس اسناد مثبت مصوب در دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمارستانی به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن مطابق ضوابط سازمان/ نهاد
۵. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۶. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد موسسه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می گردد .
۷. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۸. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می گردد.
۹. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۰. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۱. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۱۲. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۱۳. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۴. پزشک معالج موسسه می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از تجویز خدمات درخواستی بیمار خودداری نماید.
۱۵. هرگونه تغییر در محتوای اسناد بیمارستانی می بایست توسط واحد مربوطه تصحیح و مهر و امضاء گردد .

۱۶. نسخ و اسناد تشخیصی و درمانی می بایست صرفاً از طریق موسسه به سازمان / نهاد ارسال گردد.
۱۷. عدم تجویز خدمات توسط پزشک در نسخ جدا شده از دفترچه
۱۸. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه
۱۹. الزام حضور و رعایت کلیه موازین قانونی مرتبط با مسئول فنی در واحد های مربوطه
۲۰. مرکز درمانی در صورت دارا بودن قرارداد واحدهای زیر مجموعه خود مانند داروخانه، آزمایشگاه و با سازمان / نهاد ، ملزم به عایت کلیه ضوابط و مقررات مربوط به اینگونه واحده که از سوی سازمان / نهاد ابلاغ شده است می باشد.
۲۱. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استاندارد فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.
۲۲. ترخیص به موقع بیمه شدگان (عدم بستری طولانی مدت غیر ضروری)
۲۳. بستری نمودن بیمار مطابق با اندیکاسیون های علمی
۲۴. عدم مغایرت شرایط موسسه با درجه اعتبار بخشی تعیین شده از سوی مراجع ذیصلاح
۲۵. موسسه می بایست نسبت به تهیه و ارائه کلیه داروها و لوازم مصرفی مورد نیاز بیمه شدگان سازمان / نهاد اقدام نماید.
۲۶. رعایت مفاد اطلاعیه های مراقبت های مدیریت شده (MCO) از سوی موسسه
۲۷. رعایت ضوابط و مقررات مربوط به ارائه خدمات تشخیصی - درمانی بیماران بستری ، براساس مفاد دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری مصوب شورایعالی بیمه

پیوست ۱

مشخصات رئیس بیمارستان خصوصی / عمومی غیردولتی / خیریه

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام بیمارستان : مؤسس / موسسین تاریخ و

شماره پروانه تأسیس :

تاریخ اعتبار پروانه تأسیس :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بیمارستان : آخرین مدرک

تحصیلی :

شماره نظام پزشکی : شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :

تاریخ اعتبار :

بخش های فعال بیمارستان

:

.....
.....

.....
.....

درمانگاه های فعال :

.....
.....

.....

بخش های پیراپزشکی فعال:

.....
.....

.....
.....

امکانات پاراکلینیک موجود :

.....
.....



.....
.....
تعداد تخت مصوب بیمارستان :
تعداد تخت فعال بیمارستان :
آخرین تاریخ اعتبار بخشی بیمارستان :
نتیجه اعتباربخشی :

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی :

- تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت خدمات درمانی نیروهای مسلح کمیته امداد
 سایر توضیح:

نام و نشانی دقیق محل کار مؤسس / موسسین و مسئول یا مسئولین فنی (خارج از بیمارستان):

.....
.....
.....

نشانی بیمارستان :

.....
.....
.....

کد پستی :

آدرس پست الکترونیک :

دورنگار:

شماره همراه رییس بیمارستان :
دانشگاه تحت پوشش :



شماره حساب مرکز :

کد اقتصادی موسسه :

.....

شماره شبا مرکز :

مشخصات سازمان / نهاد :

نشانی / تلفن / دورنگار :

آدرس پست الکترونیک

.....

.....

.....

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با موسسات پاراکلینیک

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس / مؤسسين پاراکلینیک با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی- درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان / نهاد

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس و مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد .
تبصره : مؤسس یا سازمان/ نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات مؤسسه

۴-۱) مؤسسه با عنایت به آشنایی با خدمات تشخیصی درمانی مورد تعهد سازمان / نهاد موظف به پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی معتبر می باشد.
۴-۲) مؤسسه موظف به رعایت تعرفه های پاراکلینیکی و فرانشیز مصوب هیات محترم وزیران براساس موارد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می باشد.
۴-۳) مؤسسه خصوصی مجاز به دریافت ما به التفاوت بهای بخش خصوصی و دولتی که بعهده بیمه شدگان است براساس تعرفه های مصوب می باشد.
۴-۴) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد که جزء لاینفک این قرارداد می باشد الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان از جانب مؤسسه، محدودیت های انضباطی بر اساس آیین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
۴-۵) مؤسسه موظف است هرگونه تغییر آدرس و یا تغییر مسئول یا مسئولین فنی را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نماید.
۴-۶) مؤسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نموده و در صورت هرگونه تغییری در موارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.
۴-۷) مؤسسه موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم کاری ماه بعد به شکل دستی و فایل الکترونیکی به سازمان/ نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحساب ها تا تاریخ

تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار می‌گیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهدہ موسسه میباشد.

تبصره: حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۸) رعایت همکاری با نمایندگان و بازرسین سازمان / نهاد الزامی بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.

۴-۹) موسسه می‌تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان / نهاد اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب را کتبا "حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان مربوطه رسانده و در غیر اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه را ندارد.

۴-۱۰) موسسه متعهد میگردد کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید.

ماده ۵) تعهدات سازمان / نهاد

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می‌شود وجه صورتحساب ارسالی موسسه را در صورت تامین اعتبار حداکثر ظرف مدت سه ماه از زمان پذیرش اسناد پرداخت نماید.

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسس / موسسین منظور گردد، به سازمان / نهاد وکالت داده می‌شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسس / موسسین اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسس / موسسین درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسس / موسسین، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می‌شود.

۵-۳) هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به موسسات طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می‌گردد.

۵-۴) سازمان / نهاد متعهد می‌شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به موسسه اعلام نماید.

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد موسس / موسسین به سازمان / نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است به میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق

کمیته فنی سازمان / نهاد محاسبه و از مطالبات موسسه کسر نماید . بدیهی است چنانچه عملکرد موسسه مغایر با ضوابط سازمان / نهاد بوده ، سازمان/ نهاد می تواند بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

ماده (۷) حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف بین سازمان/ نهاد و موسس / موسسین صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی توسط سازمان/ نهاد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی ، سازمان بیمه گر حسب مورد ، دانشگاه علوم پزشکی ، انجمن مربوطه (بدون حق رای) تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود. این قرارداد در ۷ ماده ، ۱۴ بند ، ۲ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد .

امضا و مهر نماینده مجاز سازمان /

مهر و امضاء موسس یا موسسین پاراکلینیک

نهاد

ضوابط و مقررات مربوط به پاراکلینیک :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
۲. عدم انجام هرگونه دخل و تصرف در نسخ پزشکان
۳. عدم پذیرش دفترچه / کارت فاقد اعتبار، اعتبار گذشته ، فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش
۴. عدم درج قیمت جهت خدمات انجام نشده در نسخ
۵. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیز های مصوب
۶. تنظیم صورتحساب مطابق با خدمات ارائه شده و ارسال به موقع آن به دفتر اسناد پزشکی / اداره کل در چارچوب مفاد قرارداد
۷. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب
۸. امضا و ممهور نمودن ظهر نسخ توسط مسئول فنی
۹. جدا نمودن نسخ سفید (فاقد درخواست)
۱۰. قیمت گذاری نسخ در هنگام پذیرش بیماران و در حضور بیمه شده
۱۱. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر تابلوی موسسه و یا مکان مناسب دیگر
۱۲. هماهنگی با سازمان / نهاد و ارسال رونوشت قرارداد فی مابین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری ارجاع داده می شود (مربوط به آزمایشگاه های تشخیصی طبی) ضمناً هرگونه تغییر موسسه ارجاع شونده می باید در اسرع به اطلاع سازمان / نهاد رسانده شود.
۱۳. رعایت کلیه ضوابط و دستورالعمل های اجرائی ابلاغی سازمان / نهاد
۱۴. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مربوط به موسسات پاراکلینیکی
۱۵. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استانداردهای فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.
۱۶. مهلت پذیرش نسخ بیمه شدگان توسط مراکز پاراکلینیک حداکثر تا پایان ماه بعد می باشد.
۱۷. تنظیم و ارسال صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک آن به سازمان / نهاد

۱۸. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد موسسه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می‌گردد.
۱۹. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می‌گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۲۰. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می‌گردد.
۲۱. مواردی که نسخ موسسه مشمول کسورات می‌گردند، عبارتند از:
 - ۱-۲۱ نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان‌های دیگر
 - ۲-۲۱ نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار
 - ۳-۲۱ نسخ با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی نرسیده باشد.
 - ۴-۲۱ اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل
 - ۵-۲۱ نسخ فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضا مسئول فنی / قائم مقام مسئول فنی
 - ۶-۲۱ عدم درج مهر مسئول فنی موسسه و مهر موسسه (در صورت چاپ مشخصات موسسه در پشت نسخ نیازی به درج مهر موسسه نمی‌باشد).
 - ۷-۲۱ نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.
- ۲۲- خدمات ارائه شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می‌گردد.
- ۲۳- عدم رعایت ضوابط مربوط به تائید نسخ دارای سقف‌ریالی و تعدادی ابلاغی از طرف سازمان / نهاد
- ۲۴- ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید
- ۲۵- عدم ارائه خدمات به دفاتر/کارت بیمه فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند.
- ۲۶- نحوه محاسبه و پرداخت نسخ تجویز شده توسط انترن‌ها با شماره انترنی و مهر بیمارستان آموزشی، همانند پزشکان عمومی بوده و صرفاً در مراکز آزمایشگاهی و تصویربرداری همان مرکز آموزشی درمانی دانشگاه با درج مهر مرکز قابل محاسبه و پرداخت است.

پیوست ۱

مشخصات موسس / نماینده حقوقی پاراکلینیک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
آدرس پست الکترونیک:	شماره حساب موسس / موسسین:
کد اقتصادی :	شماره شبا موسس / موسسین :
نشانی / تلفن / دورنگار موسسه :	

نوع مالکیت موسسه :

خصوصی دولتی / دانشگاهی نظامی خیریه

عمومی غیردولتی

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بیمه سلامت ایران

کمیته امداد امام خمینی (ره)



سایر توضیح:

مدرک تحصیلی (موسس اول) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس دوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس سوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

مشخصات سازمان / نهاد

آدرس پست الکترونیک

نشانی / تلفن / دورنگار :

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با درمانگاه / پلی کلینیک

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس/ مؤسسين درمانگاه / پلی کلینیک با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان/ کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان/ نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان/ نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان/ نهاد

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد .
تبصره : مؤسس یا سازمان/ نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات موسسه

۴-۱) ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی مورد تعهد سازمان / نهاد به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت معتبر درمانی سازمان.

۴-۲) رعایت کلیه تعرفه های تشخیصی، درمانی و دارویی و فرانشیز مصوب هیات محترم وزیران براساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی.

۴-۳) موسسه خصوصی مجاز به دریافت مابه التفاوت بهای بخش خصوصی و دولتی که بعهدده بیمه شدگان است براساس تعرفه های مصوب می باشد.

۴-۴) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعملهای اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد جزء لاینفک این قرارداد می باشد، الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان / نهاد از جانب موسسه، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.

۴-۵) همکاری لازم با نمایندگان و بازرسی اعزامی از طرف سازمان / نهاد در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در واحدهای موسسه که در صورت تخطی از آن، منجر به برخورد طبق آئین نامه نظارت بر موسسات خواهد شد.

۴-۶) در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب کتبا " حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان مربوطه رسیده و در غیراینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده نخواهد داشت.

۴-۷) موسسه مکلف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم کاری ماه بعد به شکل دستی / فایل الکترونیکی به سازمان / نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار می گیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهدده موسسه می باشد

تبصره : حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۸) موسسه موظف است نسخ و صورتحساب های مربوطه را پس از امضای پزشک معالج به مهر موسسه ممهور و به تفکیک تنظیم نماید.

۴-۹) موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نموده و در صورت هر گونه تغییری در موارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

۴-۱۰) موسسه تعهد مینماید فقط نسخ و خدمات انجام شده توسط پزشکان شاغل و بخشهای موجود در موسسه را که به تأیید سازمان / نهاد رسیده و مدارک آن را قبلاً "تحويل داده ارسال نماید. در غیر این صورت سازمان / نهاد هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت صورتحسابهای ارسالی پزشکان و یا بخشهایی که تأیید ننموده است ندارد.

۴-۱۱) موسسه موظف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان / نهاد برساند. بدیهی است هرگونه تغییر پزشکان / مسئول یا مسئولین فنی می یابد قبلاً به سازمان / نهاد اعلام و موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد.

۴-۱۲) کلیه بخشهای فعال می بایست دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات تایید شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پزشکان شاغل واجد پروانه مطب معتبر باشند.

۴-۱۳) موسسه متعهد می گردد کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید .

ماده ۵) تعهدات سازمان / نهاد

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می شود وجه صورتحساب ارسالی موسسه را در صورت تامین اعتبار حداکثر ظرف مدت سه ماه از زمان پذیرش اسناد پرداخت نماید.

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسس / موسسین منظور گردد، به سازمان / نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسس / موسسین اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسس / موسسین درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسس / موسسین ، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می شود.

۵-۳) هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به موسسات طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۵-۴) سازمان / نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به موسسه اعلام نماید

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

موسسه موافقت می نماید، سازمان بیمه گر مجاز است در صورت هرگونه تخلف ناشی از عملکرد موسسه ضمن اعلام و تحویل مستندات لازم به موسسه و کمیته حل اختلاف و تایید این کمیته، نسبت به دریافت خسارت وارده تا ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

ماده (۷) موارد حل اختلاف

در صورت بروز هرگونه اختلاف بین سازمان/ نهاد و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان/ نهاد با حضور نماینده موسسه و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای استانی متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر مربوطه و دانشگاه علوم پزشکی، تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

این قرارداد در ۷ ماده، ۱۸ بند، ۲ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

امضاء و مهر نماینده مجاز سازمان / نهاد

امضاء و مهر مؤسس / موسسین درمانگاه / پلی کلینیک

ضوابط و مقررات مربوط به درمانگاه / پلی کلینیک :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
۲. رعایت تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. تنظیم صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن مطابق ضوابط سازمان / نهاد
۴. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۵. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد موسسه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می گردد .
۶. در صورتیکه پزشک شاغل در موسسه، حسب صلاحدید در یک یا چند نوبت ویزیت در یک روز تجویزهای مختلف اعم از دارو یا پاراکلینیک را بنماید، صرفا بعنوان یک ویزیت محاسبه و پرداخت می گردد.
۷. در مواردی که پزشک معالج شاغل در موسسه همزمان ویزیت و خدمت / خدمات جنبی به بیمه شده ارائه نماید، چنانچه تعرفه ویزیت بالاتر از خدمت جنبی باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه ویزیت بوده و در صورتی که تعرفه خدمت جنبی بالاتر از تعرفه ویزیت باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه خدمت جنبی خواهد بود.
۸. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۹. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملها ی اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۰. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۱. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان

۱۲. نسخ و لیست های ارسالی پزشک / دندانپزشک شاغل در موسسه می بایست ممهور به مهر و امضا پزشک / دندانپزشک و موسسه باشد .

۱۳. نسخ و لیست های ارسالی واحدهای داروخانه و پاراکلینیک می بایست ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و نیز ظهر نسخ واحدهای مذکور ممهور به مهر و امضای مسئول فنی واحد مربوطه و موسسه گردد.

۱۴. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۵. در صورتیکه پزشک / دندانپزشک موسسه پس از ویزیت بیمار، تجویزی را صلاح نبیند می بایست برگه مخصوص داروخانه یا پاراکلینیک به همراه برگه مخصوص پزشک / دندانپزشک با قید " ویزیت شد " بعنوان یک ویزیت به دفتر اسناد پزشکی / اداره ارسال نماید.

۱۶. پزشک / دندانپزشک موسسه می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از نوشتن داروهای درخواستی بیمار خودداری نماید.

۱۷. هرگونه قلم خوردگی در نسخه تجویزی و یا مشخصات بیمه شده می بایست توسط پزشک / دندانپزشک تصحیح و مهر و امضاء گردد .

۱۸. پزشک / دندانپزشک مجاز به تجویز در تاریخ های آینده، گذشته و بدون تاریخ نمی باشد.

۱۹. تجدید نمودن نسخ مخصوص پیراپزشکان یا پزشکان دیگر

۲۰. عدم ارسال نسخ مخصوص بیمار و داروخانه

۲۱. ارسال نسخ صرفاً از طریق محل هایی که در قرارداد فی مابین مشخص شده است

۲۲. عدم ارسال نسخ ویزیت شده مخصوص پزشک که با خودکار یا مداد نوشته شده است

۲۳. ننوشتن نسخ جدا شده از دفترچه

۲۴. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیزهای مصوب

۲۵. جدا نمودن نسخ مخصوص پزشک توسط پزشک جانشین غیر طرف قرارداد

۲۶. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه مربوطه

۲۷. حضور مسئول فنی در درمانگاه

۲۸. مرکز درمانی در صورت دارا بودن قراردادهای واحدهای زیر مجموعه خود مانند داروخانه، آزمایشگاه و با سازمان / نهاد ، ملزم به رعایت کلیه ضوابط و مقررات مربوط به اینگونه واحدها که از سوی سازمان / نهاد ابلاغ شده است می باشد.

۲۹. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استانداردهای فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.

ضوابط مربوط به داروخانه درمانگاه :

۱. پذیرش نسخ بیمه شده سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد
۲. قیمت گذاری نسخ به میزان داروی تحویلی در هنگام نسخه پیچی و تحویل دارو در حضور مسئول فنی و ممهور نمودن نسخ به مهر و امضا مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی همزمان با تحویل دارو به بیمار
۳. رعایت و دریافت فرانشیز و حق فنی براساس آخرین مصوبات
- تحویل داروی مشابه با نظر پزشک معالج و قیمت گذاری براساس بهای مورد قبول سازمان/نهاد
۴. عدم تحویل دارو به دفترچه های فاقد اعتبار
۵. عدم تحویل دارو به نسخ بدون وجود دفترچه
۶. عدم پذیرش نسخ تاریخ آینده و تاریخ گذشته بر اساس ضوابط اعلامی
۷. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۸. مواردی که نسخ داروخانه درمانگاه / پلی کلینیک مشمول کسورات می گردند ، عبارتند از :

۸-۱- نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط

به سازمان های دیگر

۸-۲- نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار

۸-۳- نسخ با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی نرسیده باشد

۸-۴- اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل .

۸-۵- نسخ فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضا مسئول فنی/قائم مقام مسئول

فنی داروخانه و مهر داروخانه(در صورت چاپ مشخصات داروخانه در پشت نسخ نیازی به درج مهر داروخانه نمی باشد).

۸-۶- نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.

۸-۷- تحویل داروی خارج از لیست داروهای مورد تعهد سازمان / نهاد و یا تحویل داروهای غیر مجاز هر یک از رشته های پزشکی به بیمار بر اساس مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و هیئت محترم وزیران و محاسبه آن در نسخ بیمار

۸-۸- داروهای وارد شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.

۸-۹- رعایت مفاد قرارداد فی ما بین ، آیین نامه ها ، دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد و رعایت شرایط تعهد داروها طبق سایت اعلام نرخ دارو

۸-۱۰- درج کد نظام پزشکی مغایر با مهر مندرج در نسخه بیمار

۸-۱۱- اخذ نسخ مراکز غیر طرف قرارداد و ارسال آن با نسخ داروخانه درمانگاه

۸-۱۲- نسخ مربوط به زمان قبل از عقد قرارداد با درمانگاه

۸-۱۳- در مواردی که بهای کل نسخه بیش از سقف تعیین شده جهت تایید بوده باشد و داروخانه بدون تایید اقدام به تحویل دارو نماید، مبلغ مازاد بر سقف مجاز جزء کسورات منظور می گردد.

۸-۱۴- در صورت ارائه خدمات در زمان عدم حضور مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی، صرفاً نسخ مربوط به آن شیفت کاری جزو کسورات منظور شده و از مطالبات درمانگاه کسر می گردد و مطابق آیین نامه نظارتی اقدام خواهد شد.

۹. ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید

۱۰. حضور جانشین به همراه معرفی نامه از سوی مسئول فنی داروخانه

۱۱. پانچ یا شماره گذاری نسخ جهت بسته بندی نسخ، بنحوی باشد که به تاریخ اعتبار و تاریخ نسخه خدشه ای وارد نشود.

۱۲. - عدم تحویل دارو به دفاتر فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند

۱۳. عدم تحویل اقلام آرایشی ، بهداشتی بجای دارو یا فرانشیز نسخه و یا تحویل وجه نقد در ازای دریافت نسخه

۱۴. درمورد داروهای ترکیبی بایستی قیمت هریک از اجزاء فرمولاسیون در ستون مربوطه قید شود
۱۵. تعهدات و سقف تائید نسخ دارویی رزیدنت ها با شماره نظام پزشکی و مهر بیمارستان آموزشی ، همانند پزشکان متخصص می باشد.

ضوابط مربوط به پاراکلینیک درمانگاه :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با

دفترچه/ کارت درمانی معتبر

۲. عدم انجام هرگونه دخل و تصرف در نسخ پزشکان

۳. عدم پذیرش دفترچه / کارت فاقد اعتبار، اعتبار گذشته ، فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش

۴. عدم درج قیمت جهت خدمات انجام نشده در نسخ

۵. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیز های مصوب

۶. جدا نمودن نسخ سفید (فاقد درخواست)

۷. قیمت گذاری نسخ در هنگام پذیرش بیماران و در حضور بیمه شده

۸. هماهنگی با سازمان / نهاد و ارسال رونوشت قرارداد فی مابین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری ارجاع داده می شود (مربوط به آزمایشگاه های تشخیصی طبی) ضمناً هرگونه تغییر موسسه ارجاع شونده می باید در اسرع به اطلاع سازمان / نهاد رسانده شود.

۹. مواردی که نسخ پاراکلینیک موسسه مشمول کسورات می گردند ، عبارتند از :

۹-۱- نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان های دیگر

۹-۲- نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار

۹-۳- نسخ با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی نرسیده باشد

۹-۴- اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل .

۹-۵- نسخ فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضا مسئول فنی / قائم مقام مسئول

فنی موسسه و مهر موسسه (در صورت چاپ مشخصات موسسه در پشت نسخ نیازی به درج مهر موسسه نمی باشد).

۹-۶- نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.

۹-۷- خدمات ارائه شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.

۹-۸- عدم رعایت ضوابط مربوط به تائید نسخ دارای سقف ریالی و تعدادی ابلاغی از طرف سازمان / نهاد

۱۰- ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید

۱۱- عدم ارائه خدمات به دفاتر / کارت بیمه فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند.

پیوست ۱

مشخصات موسس / نماینده حقوقی درمانگاه / پلی کلینیک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
آدرس پست الکترونیک:	شماره حساب موسس / موسسین:
کد اقتصادی :	شماره شبا موسس / موسسین :
نشانی / تلفن / دورنگار موسسه :	

نوع مالکیت موسسه :

خصوصی دولتی / دانشگاهی نظامی خیریه

عمومی غیردولتی

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بیمه سلامت ایران

کمیته امداد امام خمینی (ره)

سایر توضیح:

مدرک تحصیلی (موسس اول) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :
مدرک تحصیلی (موسس دوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :
مدرک تحصیلی (موسس سوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :
نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :
نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

مشخصات سازمان / نهاد

آدرس پست الکترونیک

نشانی / تلفن / دورنگار :

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با بیمارستان های دولتی / دانشگاه

مقدمه:

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین رییس / سرپرست بیمارستان با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت محترم وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان / نهاد

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس و مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد.
تبصره: مؤسس یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات موسسه

۴-۱) موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی مورد تعهد سازمان / نهاد به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی / معرفی نامه معتبر صادره از سوی سازمان / نهاد می باشد.

۴-۲) موسسه متعهد به تطبیق مشخصات بیمار با مندرجات دفترچه / کارت درمانی / معرفی نامه صادره از سوی سازمان / نهاد، از بدو ارائه خدمات تا پایان آن می باشد.

۴-۳) موسسه موظف به تهیه و ارائه کلیه لوازم مصرفی، داروها و تجهیزات مورد نیاز بیمه شدگان سازمان / نهاد در طول مدت بستری آنان می باشد.

۴-۴) موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعملهای اجرایی جدید سازمان / نهاد که یک ماه قبل از اجرا، اعلام و در صورت عدم توافق طرفین قرارداد، پس از طرح در کمیته حل اختلاف کشوری مندرج در ماده (۶) این قرارداد اعلام خواهد شد، می باشد.

۴-۵) موسسه مکلف است از طریق دسترسی به سیستم HIS و یا سایر روش های موجود اسناد مربوط به پرونده های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان / نهاد را در اختیار ناظرین بیمارستانی و بازرسان اعزامی سازمان / نهاد قرار دهد.

۴-۶) موسسه مکلف است فضا و مکان مناسب بمنظور رسیدگی به صورتحسابها، در اختیار ناظرین بیمارستانی قرار دهد.

۴-۷) موسسه موظف است کلیه ضمائم مربوطه در خصوص هر یک از ردیفهای فرم صورتحساب بستری را بر اساس مصوبه شورای عالی بیمه در قالب دستورالعمل اسناد مثبته بیمارستانی و در صورت امکان به طور مکانیزه تهیه و ارائه نماید.

۴-۸) موسسه مکلف است صورتحسابهای تنظیم شده را بر اساس کتاب ارزش نسبی محاسبه و به تفکیک خدمات بستری ارائه شده در فرمهای بیمارستانی مربوطه تنظیم و مدارک مربوطه را در پرونده بالینی بیمه شدگان سازمان / نهاد منعکس نماید. فرم های مذکور می بایست مهمور به مهر و امضای رئیس و مسئول امور مالی موسسه گردد. ضمناً نوع خدمت ارائه شده توسط پزشکان ارائه دهنده خدمت درج و امضاء گردد.

۴-۹) موسسه متعهد است کلیه اوراق خدمات سرپایی شامل ویزیت، دارو و آزمایشات، رادیوگرافی و فیزیوتراپی و غیره را بر اساس کتاب ارزش نسبی محاسبه نموده و پس از امضای پزشک معالج، مهمور به مهر مسئول فنی بخش مربوطه و بیمارستان نموده و به تفکیک تنظیم و ارسال نماید.

۴-۱۰) موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان / نهاد برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداقل ظرف مدت یک ماه به سازمان / نهاد اعلام گردد. ضمناً کلیه بخشهای فعال و پزشکان شاغل می بایست دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات، که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأیید شده است، باشند.

۴-۱۱) موسسه موظف است نسبت به ارائه آخرین گواهی اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت نحوه محاسبه و پرداخت هزینه تخت روز بیمارستان به سازمان / نهاد اقدام نماید. بدیهی است در صورت تأخیر در ارائه گواهینامه های اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس مقررات تعیین شده از سوی شورای عالی بیمه خدمات درمانی و ضوابط داخلی سازمان / نهاد اقدام خواهد شد.

۴-۱۲) موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل یک ماه قبل به سازمان / نهاد کتبا اعلام نماید.

۴-۱۳) موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات سازمان / نهاد (پیوست ۲) می باشد.

۴-۱۴) موسسه مکلف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل کاغذی / فایل الکترونیکی به سازمان / نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار میگیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهد موسسه میباشد.

۴-۱۵) موسسه می تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان / نهاد اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب را کتبا "حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان / نهاد مربوطه رسانده و درغیراینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی درقبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه را ندارد.

۴-۱۶) موسسه مجری طرح تحول نظام سلامت متعهد است کلیه دستورالعمل های مرتبط با طرح مذکور را رعایت نماید.

۴-۱۷) موسسه موظف است مدارک لازم برای پزشکان و اساتید تمام وقت جغرافیایی ارائه نماید.

ماده ۵) تعهدات سازمان

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می شود، شصت درصد (۶۰٪) صورتحسابهای ارسالی از سوی بیمارستان های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی ظرف مدت دو هفته بهعنوان علی الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی را تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط به نماینده رسمی صندوق مربوطه پرداخت نمایند. در صورت عدم اجرای حکم این ماده، سازمان های بیمه گر موظف به تأمین ضرر و زیان آن معادل نرخ اوراق مشارکت می باشند می شود

۲-۵) به سازمان / نهاد وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه ، مبالغ بیشتر از صورت حساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام به مرکز رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورت حساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسسه، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می-شود.

۳-۵) هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به موسسات طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۴-۵) سازمان / نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات در صورت امکان بصورت الکترونیکی به موسسه اعلام نماید.

۵-۵) سازمان / نهاد می تواند در هر زمان و به هر ترتیب که لازم بداند بر نحوه ارائه خدمات در خصوص موضوع قرارداد نظارت نماید.

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

موسسه موافقت می نماید، سازمان بیمه گر مجاز است در صورت هرگونه تخلف ناشی از عملکرد موسسه ضمن اعلام و تحویل مستندات لازم به موسسه و کمیته حل اختلاف و تایید این کمیته، نسبت به دریافت خسارت وارده تا ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید .

ماده ۷) حل اختلاف

در صورت بروز هرگونه اختلاف بین سازمان / نهاد و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان / نهاد با حضور نماینده موسسه و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای استانی متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی ، سازمان بیمه گر مربوطه و دانشگاه علوم پزشکی ، تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.



این قرارداد در ۷ ماده، ۲۲ بند، ۱ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

مهر و امضاء نماینده مجاز سازمان / نهاد

مهر و امضاء رئیس بیمارستان

پیوست ۲

ضوابط و مقررات مربوط به بیمارستان :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد بدون محدودیت در چارچوب مفاد قرارداد
۲. رعایت تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. عدم دریافت و تحمیل هرگونه وجه اضافی از بیمه شدگان خارج از ضوابط و مفاد قرارداد فی مابین
۴. تنظیم صورتحساب متحدالشکل بر اساس اسناد مثبت مصوب در دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمارستانی به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن مطابق ضوابط سازمان/ نهاد
۵. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۶. در صورت عدم ارسال صورتحساب توسط موسسه بیش از ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان/ نهاد، اسناد موسسه از اولویت رسیدگی خارج می گردد .
۷. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۸. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۹. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۱۰. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۱۱. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۲. پزشک معالج موسسه می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از تجویز خدمات درخواستی بیمار خودداری نماید.
۱۳. هرگونه تغییر در محتوای اسناد بیمارستانی می بایست توسط واحد مربوطه تصحیح و مهر و امضاء گردد .
۱۴. نسخ و اسناد تشخیصی و درمانی می بایست صرفاً از طریق موسسه به سازمان / نهاد ارسال گردد.
۱۵. عدم تجویز خدمات توسط پزشک در نسخ جدا شده از دفترچه
۱۶. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه

۱۷. الزام حضور و رعایت کلیه موازین قانونی مرتبط با مسئول فنی در واحد های مربوطه
۱۸. مرکز درمانی در صورت دارا بودن قرارداد واحدهای زیر مجموعه خود مانند داروخانه، آزمایشگاه و با سازمان / نهاد ، ملزم به رعایت کلیه ضوابط و مقررات مربوط به اینگونه واحدها که از سوی سازمان / نهاد ابلاغ شده است می باشد.
۱۹. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استاندارد فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.
۲۰. ترخیص به موقع بیمه شدگان (عدم بستری طولانی مدت غیر ضروری)
۲۱. بستری نمودن بیمار مطابق با اندیکاسیون های علمی
۲۲. عدم مغایرت شرایط موسسه با درجه اعتبار بخشی تعیین شده از سوی مراجع ذیصلاح
۲۳. موسسه می بایست نسبت به تهیه و ارائه کلیه داروها و لوازم مصرفی مورد نیاز بیمه شدگان سازمان / نهاد اقدام نماید.
۲۴. رعایت مفاد اطلاعیه های مراقبت های مدیریت شده (MCO) از سوی موسسه
۲۵. رعایت ضوابط و مقررات مربوط به ارائه خدمات تشخیصی - درمانی بیماران بستری ، براساس مفاد دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری مصوب شورایعالی بیمه

پیوست ۱

مشخصات رئیس بیمارستان دولتی / دانشگاهی

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام بیمارستان : مؤسس / موسسین تاریخ و

شماره پروانه تأسیس :

تاریخ اعتبار پروانه تأسیس :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بیمارستان: آخرین مدرک

تحصیلی:

شماره نظام پزشکی : شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی:

تاریخ اعتبار:

بخش های فعال بیمارستان

:

.....
.....

.....
.....

درمانگاههای فعال :

.....
.....

.....

بخش های پیراپزشکی فعال:

.....
.....

.....
.....

امکانات پاراکلینیک موجود :

.....
.....



.....
.....
تعداد تخت مصوب بیمارستان :
تعداد تخت فعال بیمارستان :
آخرین تاریخ اعتبار بخشی بیمارستان :
نتیجه اعتبار بخشی :

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی :

تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت خدمات درمانی نیروهای مسلح
 کمیته امداد امام خمینی (ره)
سایر توضیح:

نام و نشانی دقیق محل کار مؤسس / موسسین و مسئول یا مسئولین فنی (خارج از بیمارستان):

نشانی بیمارستان :

تلفن :

کد پستی :

دورنگار :

آدرس پست الکترونیک :

دانشگاه تحت پوشش :

شماره همراه رییس بیمارستان :



شماره حساب مرکز :

کد اقتصادی موسسه :

.....

شماره شبا مرکز :

مشخصات سازمان / نهاد :

نشانی / تلفن / دورنگار :

آدرس پست الکترونیک

.....

.....

.....

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با مراکز جراحی محدود

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس / مؤسسين مرکز با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس مرکز نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قانون سازمان نظام پزشکی، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت وزیران رسیده

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس و مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد .
تبصره : مؤسس یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات مرکز

۴-۱) مرکز با عنایت به آشنایی با خدمات تشخیصی درمانی مورد تعهد سازمان / نهاد موظف به پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی معتبر می باشد.

۴-۲) مرکز موظف به رعایت تعرفه ها و فرانشیز مصوب هیأت محترم وزیران براساس موارد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می باشد.

۴-۳) مرکز خصوصی مجاز به دریافت مابه التفاوت بهای تعرفه بخش خصوصی ودولتی که بعهدده بیمه شدگان است، می باشد.

۴-۴) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعمل های اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد که جزء لاینفک این قرارداد می باشد الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان از جانب مرکز، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد

۴-۵) مرکز مکلف است هرگونه تغییر آدرس و یا تغییر مسئول یا مسئولین فنی را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نماید.

۴-۶) مرکز مکلف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نموده و در صورت هر گونه تغییری در موارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

۴-۷) مرکز مکلف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا آخر ماه بعد به شکل دستی / فایل الکترونیکی به سازمان / نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار میگیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهدده موسسه میباشد

تبصره: حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۸) رعایت همکاری با نمایندگان و بازرسین سازمان / نهاد الزامی بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.

۴-۹) در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان / نهاد اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب کتبا " حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان مربوطه رسیده و در غیر

اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی درقبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه را ندارد.

۴-۱۰) مرکز متعهد میگردد کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید .

۴-۱۱) مرکز مکلف است اسناد مربوط به پرونده های پزشکی و مدارک موجود در مرکز را در اختیار ناظر و بازرسان اعزامی سازمان / نهاد قرار دهد .

۴-۱۲) مرکز موظف است کلیه خدمات ارائه شده به بیمه شدگان را به تفکیک بخش های مختلف و بر اساس صورتحساب های تنظیمی در قالب فرم های مربوطه، تنظیم و با مهر و امضای ریاست مرکز به سازمان / نهاد ارسال نماید. ضمناً نوع خدمت ارائه شده می بایست توسط پزشکان ارائه دهنده خدمت درج و امضاء گردد .

۴-۱۳) مرکز مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان / نهاد برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداقل ظرف مدت ۲ هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام و موافقت سازمان / نهاد دراین زمینه کسب گردد. ضمناً کلیه بخشهای فعال و پزشکان شاغل می بایست دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات تایید شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، باشند.

ماده ۵) تعهدات سازمان

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می شود وجه صورتحساب ارسالی مرکز را در وجه مرکز طرف قرارداد در صورت تامین اعتبار حداکثر ظرف مدت سه ماه از زمان پذیرش اسناد پرداخت نماید.

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب مرکز منظور گردد، به سازمان / نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات مرکز اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه مرکز درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظریس از اصلاح درخواست توسط مرکز، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می گردد.

۵-۳) هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به مرکز طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۵-۴) سازمان / نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات، به مرکز اعلام نماید

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد مرکز به سازمان / نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است به میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق کمیته فنی سازمان / نهاد

محاسبه و از مطالبات مرکز کسر نماید. بدیهی است چنانچه عملکرد مرکز مغایر با ضوابط سازمان / نهاد باشد، سازمان / نهاد می بایست بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

ماده ۷) حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف بین سازمان / نهاد و مرکز، صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرکز می تواند حداکثر ظرف مدت بیست روز کاری از تاریخ اعلام به مرکز درخواست کتبی خود را به سازمان / نهاد جهت طرح در کمیته حل اختلاف متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر حسب مورد، دانشگاه علوم پزشکی، ارائه نماید. بدیهی است تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

این قرارداد در ۷ ماده، ۱۸ بند، ۱ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

مهر و امضاء نماینده مجاز سازمان / نهاد

مهر و امضاء رئیس بیمارستان

ضوابط و مقررات مربوط به مرکز جراحی محدود :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد بدون محدودیت در چارچوب مفاد قرارداد
۲. رعایت تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. عدم دریافت و تحمیل هرگونه وجه اضافی از بیمه شدگان خارج از ضوابط و مفاد قرارداد فی مابین
۴. تنظیم صورتحساب بر اساس اسناد مثبت مصوب در دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن مطابق ضوابط سازمان/ نهاد
۵. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۶. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان/ نهاد، اسناد مرکز از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می گردد .
۷. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۸. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می گردد.
۹. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۰. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۱. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۱۲. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۱۳. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۴. پزشک معالج مرکز می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از تجویز خدمات درخواستی بیمار خودداری نماید.
۱۵. هرگونه تغییر در محتوای اسناد بستری می بایست توسط واحد مربوطه تصحیح و مهر و امضاء گردد

۱۶. نسخ و اسناد تشخیصی و درمانی می بایست صرفاً از طریق مرکز به سازمان / نهاد ارسال گردد.
۱۷. عدم تجویز خدمات توسط پزشک در نسخ جدا شده از دفترچه
۱۸. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در مرکز
۱۹. الزام حضور و رعایت کلیه موازین قانونی مرتبط با مسئول فنی در واحد های مربوطه
۲۰. مرکز درمانی در صورت دارا بودن قرارداد واحدهای زیر مجموعه خود مانند داروخانه، آزمایشگاه و با سازمان / نهاد ، ملزم به عایت کلیه ضوابط و مقررات مربوط به اینگونه واحده که از سوی سازمان / نهاد ابلاغ شده است می باشد.
۲۱. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استاندارد فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.
۲۲. بستری نمودن بیمار مطابق با اندیکاسیون های علمی
۲۳. عدم مغایرت شرایط موسسه با درجه اعتبار بخشی تعیین شده از سوی مراجع ذیصلاح
۲۴. موسسه می بایست نسبت به تهیه و ارائه کلیه داروها و لوازم مصرفی مورد نیاز بیمه شدگان سازمان / نهاد اقدام نماید.
۲۵. رعایت مفاد آئین نامه اجرائی مراکز جراحی محدود ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی
۲۶. رعایت ضوابط و مقررات مربوط به ارائه خدمات تشخیصی - درمانی بیماران بستری ، براساس مفاد دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری مصوب شورایعالی بیمه

پیوست ۱

مشخصات رئیس مرکز جراحی محدود

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام مرکز : مؤسس / موسسین تاریخ و شماره

پروانه تأسیس :

تاریخ اعتبار پروانه تأسیس :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز : آخرین مدرک تحصیلی:

.....

شماره نظام پزشکی : شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی:

تاریخ اعتبار:

بخش های فعال مرکز :

.....

.....

.....

.....

بخش های پیراپزشکی فعال:

.....

.....

.....

.....

امکانات پاراکلینیک موجود :

.....

.....

.....

.....

تعداد تخت مصوب مرکز : تعداد تخت فعال مرکز :

آخرین تاریخ اعتبار بخشی مرکز : نتیجه اعتبار بخشی :

.....



سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی :

- خدمات درمانی نیروهای مسلح سازمان بیمه سلامت تامین اجتماعی کمیته امداد امام خمینی (ره) سایر
- توضیح:

نام و نشانی دقیق محل کار مؤسس / موسسین و مسئول یا مسئولین فنی (خارج از مرکز):

.....
.....
.....
.....

نشانی مرکز:

.....
.....
.....

کد پستی:

.....

آدرس پست الکترونیک:

.....

شماره همراه رییس مرکز:

.....

کد اقتصادی موسسه:

.....

شماره شبا مرکز:



مشخصات سازمان / نهاد :

نشانی / تلفن / دورنگار : آدرس پست الکترونیک

.....

.....

.....

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با پزشک / دندانپزشک

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین آقا / خانم..... با مشخصات و آدرس ذیل که از این پس پزشک / دندانپزشک نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره)..... آقا / خانم به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی توسط پزشک / دندانپزشک به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط ومقررات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان / نهاد و قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه مطب دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد.

تبصره: پزشک / دندانپزشک یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات پزشک / دندانپزشک

۴-۱) پزشک / دندانپزشک با عنایت به آشنائی با خدمات تشخیصی - درمانی مورد تعهد سازمان / نهاد موظف به پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی - درمانی به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت درمانی معتبر با رعایت قوانین سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین موضوعه مرتبط با شرح وظایف پزشکان / دندانپزشکان مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۴-۲) پزشک / دندانپزشک موظف به رعایت تعرفه های پزشکی و درمانی و فرانشیز مصوب هیات محترم وزیران براساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی می باشد.

۴-۳) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعملهای اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد جزء لاینفک این قرارداد می باشد الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان / نهاد از جانب پزشک / دندانپزشک، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.

۴-۴) اعلام کتبی تعطیلی موقت یا دائم حداکثر ظرف مدت دو هفته قبل توسط پزشک به سازمان / نهاد و در صورت هرگونه تغییری درموارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

۴-۵) پزشک / دندانپزشک موظف است هرگونه تغییر آدرس را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نماید.

۴-۶) پزشک / دندانپزشک موظف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هرماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم ماه بعد به سازمان / نهاد تحویل نماید. ضمناً در صورت عدم تحویل صورتحسابها، حسب ضوابط و دستورالعملهای اجرایی سازمان / نهاد، اقدام می گردد. همچنین در صورت هر گونه اشکال در نسخ ارائه شده با صورتحسابهای تنظیمی سازمان / نهاد می تواند راساً نسبت به کسر مبالغ درخواست اقدام نماید.
تبصره: حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۷) رعایت همکاری با نمایندگان و بازرسین سازمان / نهاد الزامی بوده و در صورت تخطی از آن ، طبق آئین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد .

۴-۸) در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان / نهاد مانند کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب کتبا " حداکثر طی مدت یکماه از زمان اعلام به اطلاع نمایندگی سازمان / نهاد مربوطه رسیده و با انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگوئی به اعتراض بعمل آمده توسط پزشک / دندانپزشک را ندارد .

۴-۹) پزشک / دندانپزشک متعهد می گردد کلیه دستورات عملی ابلای از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید
۴-۱۰) خدمات ذیل بعنوان خدمات قابل انجام در مطب مورد توافق طرفین می باشد:

۱-

۲-

۳-

.

.

ماده ۵) تعهدات سازمان / نهاد

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می شود وجه صورت حساب ارسالی پزشک / دندانپزشک را پس از رسیدگی نهایی براساس ضوابط و مقررات به حساب پزشک / دندانپزشک واریز نماید .

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه ، مبلغ بیشتر از صورت حساب واقعی به حساب پزشک / دندانپزشک منظور گردد، به سازمان / نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات آتی پزشک / دندانپزشک اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه پزشک / دندانپزشک درخواست مبلغ کمتر از صورت حساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط پزشک / دندانپزشک ، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می شود.

۵-۳) پرداخت های سازمان / نهاد صرفاً در وجه پزشک / دندانپزشک طرف قرارداد صورت می پذیرد. سازمان / نهاد موظف است در صورت تامین اعتبار صورت حساب طرف قرارداد را بعد از بررسی اسناد حداکثر ظرف مدت سه ماه پرداخت نماید.

۴-۵) هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به پزشکان طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۵-۵) سازمان / نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به پزشک / دندانپزشک اعلام نماید و چنانچه پزشک / دندانپزشک به وجوه واریزی و یا کسورات اعمال شده اعتراضی داشته باشد، بایستی مراتب را کتباً حداکثر طی مدت یک ماه از زمان اعلام به سازمان / نهاد برساند و در صورت لزوم، عملکرد ایشان مجدداً با حضور پزشک / دندانپزشک بررسی شده و در صورت صحت اعتراض، مطالبات مربوطه را به وی مسترد نماید.

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد :

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد پزشک / دندانپزشک به سازمان / نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق کمیته فنی سازمان / نهاد محاسبه و از مطالبات آن کسر نماید. بدیهی است چنانچه عملکرد پزشک / دندانپزشک مغایر با ضوابط سازمان / نهاد بوده، سازمان / نهاد می تواند بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

ماده ۷) حل اختلاف:

در صورت بروز اختلاف بین سازمان / نهاد و پزشک / دندانپزشک صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی توسط سازمان / نهاد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر حسب مورد، دانشگاه علوم پزشکی، انجمن مربوطه (بدون حق رای) تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود. این قرارداد در ماده ۱۵ بند ۲ و تبصره ۲، پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

امضاء و مهر نماینده مجاز سازمان / نهاد

امضاء و مهر پزشک / دندانپزشک

ضوابط و مقررات مربوط به پزشکان / دندانپزشکان :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
۲. رعایت و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. تنظیم صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن به سازمان / نهاد
۴. تحویل دفترچه / کارت جامانده در مطب در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۵. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد پزشک / دندانپزشک از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می‌گردد.
۶. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می‌گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۷. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می‌گردد.
۸. در صورتیکه پزشک حسب صلاحدید در یک یا چند نوبت ویزیت در یک روز تجویزهای مختلف اعم از دارو یا پاراکلینیک را بنماید، صرفاً بعنوان یک ویزیت محاسبه و پرداخت می‌گردد.
۹. در مواردی که پزشک معالج همزمان ویزیت و خدمت / خدمات جنبی به بیمه شده ارائه می‌نماید چنانچه تعرفه ویزیت بالاتر از خدمت جنبی باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه ویزیت بوده و در صورتی که تعرفه خدمت جنبی بالاتر از تعرفه ویزیت باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه خدمت جنبی خواهد بود.
۱۰. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۱. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۲. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران درخصوص پزشک / دندانپزشک
۱۳. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۱۴. نسخ و لیست های ارسالی می بایست ممهور به مهر و امضا پزشک باشد

۱۵. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۶. در صورتیکه پزشک پس از ویزیت بیمار، تجویزی را صلاح نبیند می بایست برگه مخصوص داروخانه یا پاراکلینیک به همراه برگه مخصوص پزشک با قید " ویزیت شد " بعنوان یک ویزیت به دفتر اسناد پزشکی / اداره ارسال نماید.
۱۷. پزشک می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از نوشتن داروهای درخواستی بیمار خودداری نماید.
۱۸. هرگونه قلم خوردگی در نسخه تجویزی و یا مشخصات بیمه شده می بایست توسط پزشک تصحیح و مهر و امضاء گردد .
۱۹. پزشک مجاز به تجویز در تاریخ های آینده، گذشته و بدون تاریخ نمی باشد.
۲۰. تجدید نمودن نسخ مخصوص پیراپزشکان یا پزشکان دیگر
۲۱. عدم ارسال نسخ مخصوص بیمار و داروخانه
۲۲. ارسال نسخ صرفاً از طریق محل هایی که در قرارداد فی مابین مشخص شده است
۲۳. عدم ارسال نسخ ویزیت شده مخصوص پزشک که با خودکار یا مداد نوشته شده است
۲۴. نوشتن نسخ جدا شده از دفترچه
۲۵. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیزهای مصوب
۲۶. جدا نمودن نسخ مخصوص پزشک توسط پزشک جانشین غیر طرف قرارداد
۲۷. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه مربوطه
۲۸. پزشک / دندانپزشک می تواند جهت ادامه درمان به سطوح بالاتر از نسخ مربوطه جهت ارجاع استفاده و می بایست جهت محاسبه و پرداخت بعنوان یک ویزیت به کمیته امداد ارسال نمایند. (صرفاً جهت پزشک طرف قرارداد کمیته امداد امام (ره))

پیوست ۱

مشخصات پزشک / دندانپزشک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام خانوادگی : نام :

نام پدر: شماره شناسنامه : محل صدور :

کد ملی

تاریخ تولد: شماره نظام پزشکی : جنسیت : مذکر

مؤنث

آخرین مدرک تحصیلی : تاریخ دریافت آن : نام دانشگاه محل تحصیل

.....

پزشک عمومی متخصص فلوشیپ فوق تخصص

دندانپزشک عمومی رشته: رشته: رشته

.....

شماره پروانه مطب : تاریخ اعتبار پروانه مطب : برد تخصصی : بلی

خیر

عضو هیأت علمی دانشگاه : بلی (استادیار دانشیار استاد) خیر

ساعات فعالیت : صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر:

تأمین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سازمان بیمه سلامت کمیته امداد

سایر

توضیحات :

نام و نشانی دقیق محل کار :

نشانی مطب : کد پستی :

تلفن ثابت :

نوع مالکیت مطب : شخصی استیجاری

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی:

آدرس پست الکترونیک:



تلفن همراه : دورنگار:

کد اقتصادی :

شماره حساب پزشک / دندانپزشک :

شماره شبا پزشک / دندانپزشک :

فعالیت خارج از مطب:

عنوان مؤسسه	ساعات کار در مرکز مربوطه	نشانی محل کار
دانشگاهی :		
دولتی		
خصوصی :		
خیریه :		
نظامی		
عمومی غیردولتی		

تاریخ:

شماره:

باسمه تعالی

قرارداد همکاری با درمانگاه / پلی کلینیک

مقدمه

در راستای اجرایی شدن مصوبه پنجاهمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر، یکسان سازی قراردادهای فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی مابین مؤسس / مؤسسين درمانگاه / پلی کلینیک با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان / دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تأمین اجتماعی استان / کمیته امداد امام خمینی (ره) به نمایندگی از سوی سازمان / نهاد با مشخصات و آدرس تعیین شده در پیوست شماره ۱ که از این پس در این قرارداد سازمان / نهاد نامیده می شود، منعقد می گردد.

ماده (۱) موضوع قرارداد

ارائه خدمات تشخیصی - درمانی توسط مؤسسه به بیمه شدگان تحت پوشش سازمان / نهاد حسب ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که به تصویب هیأت وزیران رسیده و ضوابط داخلی سازمان / نهاد

ماده (۲) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ به مدت یکسال شمسی می باشد و در صورتیکه ظرف حداقل یک ماه قبل از پایان مدت قرارداد، طرفین عدم تمایل خود را جهت تمدید قرارداد اعلام ننمایند، این قرارداد هر ساله خود به خود در صورت داشتن پروانه تاسیس مسئولین فنی دارای تاریخ معتبر، تمدید می گردد. تبصره: مؤسس یا سازمان / نهاد در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی مابین می بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده (۳) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه و فرانشیز مصوب سالانه هیات محترم وزیران می باشد.

ماده ۴) تعهدات موسسه

۴-۱) ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و دارویی مورد تعهد سازمان / نهاد به بیمه شدگان دارای دفترچه / کارت معتبر درمانی سازمان.

۴-۲) رعایت کلیه تعرفه های تشخیصی، درمانی و دارویی و فرانشیز مصوب هیأت محترم وزیران براساس مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی.

۴-۳) موسسه خصوصی مجاز به دریافت مابه التفاوت بهای بخش خصوصی و دولتی که بعهده بیمه شدگان است براساس تعرفه های مصوب می باشد.

۴-۴) رعایت کلیه ضوابط و مقررات و دستورالعملهای اجرایی ابلاغی سازمان / نهاد و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد جزء لاینفک این قرارداد می باشد، الزامی بوده و در صورت عملکرد مغایر با ضوابط سازمان / نهاد از جانب موسسه، محدودیت های انضباطی بر اساس آئین نامه نظارت بر موسسات طرف قرارداد اعمال خواهد شد.

۴-۵) همکاری لازم با نمایندگان و بازرسیین اعزامی از طرف سازمان / نهاد در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در واحدهای موسسه که در صورت تخطی از آن، منجر به برخورد طبق آئین نامه نظارت بر موسسات خواهد شد.

۴-۶) در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب کتبا " حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان مربوطه رسیده و در غیراینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی در قبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده نخواهد داشت.

۴-۷) موسسه مکلف است نسخ و صورتحسابهای تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز پانزدهم کاری ماه بعد به شکل دستی / فایل الکترونیکی به سازمان / نهاد تحویل نماید. در صورت عدم تحویل صورتحسابها تا تاریخ تعیین شده، پرداخت مطالبات مربوطه به آن ماه از اولویت پرداخت خارج شده و در نوبت بعدی قرار می گیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهده موسسه می باشد

تبصره : حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه پایان فروردین سال بعد خواهد بود.

۴-۸) موسسه موظف است نسخ و صورتحساب های مربوطه را پس از امضای پزشک معالج به مهر موسسه ممهور و به تفکیک تنظیم نماید.

۴-۹) موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان / نهاد اعلام نموده و در صورت هر گونه تغییری در موارد مذکور، سازمان / نهاد در زمینه تصمیم گیری جهت ادامه همکاری مختار می باشد.

۴-۱۰) موسسه تعهد مینماید فقط نسخ و خدمات انجام شده توسط پزشکان شاغل و بخشهای موجود در موسسه را که به تأیید سازمان / نهاد رسیده و مدارک آن را قبلاً" تحویل داده ارسال نماید. در غیر این صورت سازمان / نهاد هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت صورتحسابهای ارسالی پزشکان و یا بخشهایی که تأیید ننموده است ندارد.

۴-۱۱) موسسه موظف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان / نهاد برساند. بدیهی است هرگونه تغییر پزشکان / مسئول یا مسئولین فنی می یابد قبلاً به سازمان / نهاد اعلام و موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد.

۴-۱۲) کلیه بخشهای فعال می بایست دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات تایید شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پزشکان شاغل واجد پروانه مطب معتبر باشند.

۴-۱۳) موسسه متعهد می گردد کلیه دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمان / نهاد را رعایت نماید .

ماده ۵) تعهدات سازمان / نهاد

۵-۱) سازمان / نهاد متعهد می شود وجه صورتحساب ارسالی موسسه را در صورت تامین اعتبار حداکثر ظرف مدت سه ماه از زمان پذیرش اسناد پرداخت نماید.

۵-۲) چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسس / موسسین منظور گردد، به سازمان / نهاد وکالت داده می شود تا رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسس / موسسین اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسس / موسسین درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسس / موسسین ، از سوی سازمان / نهاد پرداخت می شود.

۵-۳) هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب، تعهدات سازمان / نهاد نسبت به بیمه شدگان به موسسات طرف قرارداد از طریق مقتضی (پیامک، پست الکترونیکی و ...) اعلام می گردد.

۵-۴) سازمان / نهاد متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به موسسه اعلام نماید

ماده ۶) تخلف از مفاد قرارداد

در صورت وقوع هرگونه تخلف به تشخیص سازمان / نهاد که منجر به خسارت ناشی از عملکرد موسس / موسسین به سازمان / نهاد شود، سازمان / نهاد مجاز است به میزان ۲ برابر خسارت وارد آمده را راساً از طریق کمیته فنی سازمان / نهاد محاسبه و از مطالبات موسسه کسر نماید. بدیهی است چنانچه عملکرد موسسه مغایر با ضوابط سازمان / نهاد بوده، سازمان / نهاد می تواند بر اساس قوانین و ضوابط خود اقدام نماید.

ماده (۷) موارد حل اختلاف

در صورت بروز اختلاف بین سازمان / نهاد و موسس / موسسین صرفاً در خصوص تعلیق و یا لغو قرارداد مرحله اول مرجع رسیدگی توسط سازمان / نهاد و در صورت عدم حل اختلاف کمیته ای متشکل از نمایندگان سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه گر حسب مورد، دانشگاه علوم پزشکی تشکیل گردیده و تصمیم صادره برای طرفین قرارداد لازم الاجراء خواهد بود.

این قرارداد در ۷ ماده، ۱۸ بند، ۲ تبصره و ۲ پیوست در ۳ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجراء می باشد.

امضاء و مهر نماینده مجاز سازمان / نهاد

امضاء و مهر مؤسس / موسسین درمانگاه / پلی کلینیک

ضوابط و مقررات مربوط به درمانگاه / پلی کلینیک :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
۲. رعایت تعرفه های خدمات تشخیصی - درمانی و دریافت فرانشیز براساس آخرین مصوبات سالانه هیئت محترم وزیران
۳. تنظیم صورتحساب، اصل نسخ به همراه فایل الکترونیک / لیست و ارسال آن مطابق ضوابط سازمان / نهاد
۴. تحویل دفترچه / کارت درمانی جامانده در موسسه در موقع ارسال آخرین صورتحساب ماهیانه
۵. در صورت ارسال نمودن صورتحساب حداکثر بمدت ۳ ماه و عدم اطلاع کتبی به سازمان / نهاد، اسناد موسسه از اولویت رسیدگی و پرداخت خارج می گردد .
۶. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بین ۳ تا ۶ ماه قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان / نهاد خواهد بود.
۷. در صورت ارسال نمودن صورتحساب بیش از ۶ ماه قرارداد فی مابین فسخ می گردد.
۸. در صورتیکه پزشک شاغل در موسسه، حسب صلاحدید در یک یا چند نوبت ویزیت در یک روز تجویزهای مختلف اعم از دارو یا پاراکلینیک را بنماید، صرفاً بعنوان یک ویزیت محاسبه و پرداخت می گردد.
۹. در مواردی که پزشک معالج شاغل در موسسه همزمان ویزیت و خدمت / خدمات جنبی به بیمه شده ارائه نماید، چنانچه تعرفه ویزیت بالاتر از خدمت جنبی باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه ویزیت بوده و در صورتی که تعرفه خدمت جنبی بالاتر از تعرفه ویزیت باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه خدمت جنبی خواهد بود.
۱۰. درج عنوان همکاری با سازمان / نهاد بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر بنحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۱. رعایت مفاد قرارداد فی مابین و آئین نامه ها و دستورالعملهای اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد
۱۲. رعایت کلیه آئین نامه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۳. جدا نکردن نسخ سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان

۱۴. نسخ و لیست های ارسالی پزشک / دندانپزشک شاغل در موسسه می بایست ممهور به مهر و امضا پزشک / دندانپزشک و موسسه باشد .

۱۵. نسخ و لیست های ارسالی واحدهای داروخانه و پاراکلینیک می بایست ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و نیز ظهر نسخ واحدهای مذکور ممهور به مهر و امضای مسئول فنی واحد مربوطه و موسسه گردد.

۱۶. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری / معاینات ادواری / تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۷. در صورتیکه پزشک / دندانپزشک موسسه پس از ویزیت بیمار، تجویزی را صلاح نبیند می بایست برگه مخصوص داروخانه یا پاراکلینیک به همراه برگه مخصوص پزشک / دندانپزشک با قید " ویزیت شد " بعنوان یک ویزیت به دفتر اسناد پزشکی / اداره ارسال نماید.

۱۸. پزشک / دندانپزشک موسسه می بایست حسب روشهای درمانی علمی که پس از معاینه دقیق بدان رسیده است تجویزهای لازم را انجام داده و از نوشتن داروهای درخواستی بیمار خودداری نماید.

۱۹. هرگونه قلم خوردگی در نسخه تجویزی و یا مشخصات بیمه شده می بایست توسط پزشک / دندانپزشک تصحیح و مهر و امضاء گردد .

۲۰. پزشک / دندانپزشک مجاز به تجویز در تاریخ های آینده، گذشته و بدون تاریخ نمی باشد.

۲۱. تجدید نمودن نسخ مخصوص پیراپزشکان یا پزشکان دیگر

۲۲. عدم ارسال نسخ مخصوص بیمار و داروخانه

۲۳. ارسال نسخ صرفاً از طریق محل هایی که در قرارداد فی مابین مشخص شده است

۲۴. عدم ارسال نسخ ویزیت شده مخصوص پزشک که با خودکار یا مداد نوشته شده است

۲۵. ننوشتن نسخ جدا شده از دفترچه

۲۶. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیزهای مصوب

۲۷. جدا نمودن نسخ مخصوص پزشک توسط پزشک جانشین غیر طرف قرارداد

۲۸. عدم استفاده از پزشک فاقد مجوزهای قانونی جهت انجام کار در موسسه مربوطه

۲۹. حضور مسئول فنی در درمانگاه

۳۰. مرکز درمانی در صورت دارا بودن قرارداد واحدهای زیر مجموعه خود مانند داروخانه، آزمایشگاه و با سازمان / نهاد ، ملزم به رعایت کلیه ضوابط و مقررات مربوط به اینگونه واحدها که از سوی سازمان / نهاد ابلاغ شده است می باشد.
۳۱. کلیه خدمات موضوع قرارداد می بایست از جانب موسسه مطابق با اصول و استاندارد فنی و با بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و متخصص، امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد انجام گیرد.

ضوابط مربوط به داروخانه درمانگاه :

۱. پذیرش نسخه بیمه شده سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد
۲. قیمت گذاری نسخه به میزان داروی تحویلی در هنگام نسخه پیچی و تحویل دارو در حضور مسئول فنی و ممهور نمودن نسخه به مهر و امضا مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی همزمان با تحویل دارو به بیمار
۳. رعایت و دریافت فرانشیز و حق فنی براساس آخرین مصوبات
a. تحویل داروی مشابه با نظر پزشک معالج و قیمت گذاری براساس بهای مورد قبول سازمان/نهاد
۴. عدم تحویل دارو به دفترچه های فاقد اعتبار
۵. عدم تحویل دارو به نسخه بدون وجود دفترچه
۶. عدم پذیرش نسخه تاریخ آینده و تاریخ گذشته بر اساس ضوابط اعلامی
۷. جدا نکردن نسخه سفید از دفترچه های درمانی بیمه شدگان
۸. مواردی که نسخه داروخانه درمانگاه / پلی کلینیک مشمول کسورات می گردند ، عبارتند از :

۸-۱- نسخه مخصوص پزشک و بیمار و نسخه تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان های دیگر

۸-۲- نسخه فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار

۸-۳- نسخه با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی نرسیده باشد

۸-۴- اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل .

۸-۵- نسخه فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخه فاقد مهر و امضا مسئول فنی /قائم مقام مسئول

فنی داروخانه و مهر داروخانه) در صورت چاپ مشخصات داروخانه در پشت نسخه نیازی به درج مهر داروخانه نمی باشد).

۸-۶- نسخه با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.

۸-۷- تحویل داروی خارج از لیست داروهای مورد تعهد سازمان / نهاد و یا تحویل داروهای غیر مجاز هر یک از رشته های پزشکی به بیمار بر اساس مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و هیئت محترم وزیران و محاسبه آن در نسخه بیمار

۸-۸- داروهای وارد شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخه کاغذی باشد و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.

۸-۹- رعایت مفاد قرارداد فی ما بین ، آیین نامه ها ، دستورالعمل های اجرایی و ابلاغی سازمان / نهاد و رعایت شرایط تعهد داروها طبق سایت اعلام نرخ دارو

۸-۱۰- درج کد نظام پزشکی مغایر با مهر مندرج در نسخه بیمار

۸-۱۱- اخذ نسخه مراکز غیر طرف قرارداد و ارسال آن با نسخه داروخانه درمانگاه

۸-۱۲- نسخه مربوط به زمان قبل از عقد قرارداد با درمانگاه

۸-۱۳- در مواردی که بهای کل نسخه بیش از سقف تعیین شده جهت تایید بوده باشد و داروخانه بدون تایید اقدام به تحویل دارو نماید، مبلغ مازاد بر سقف مجاز جزء کسورات منظور می گردد.

۸-۱۴- در صورت ارائه خدمات در زمان عدم حضور مسئول فنی /قائم مقام مسئول فنی، صرفا نسخه مربوط به آن شیفت کاری جزو کسورات منظور شده و از مطالبات درمانگاه کسر می گردد و مطابق آیین نامه نظارتی اقدام خواهد شد.

۹. ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید

۱۰. حضور جانشین به همراه معرفی نامه از سوی مسئول فنی داروخانه

۱۱. پانچ یا شماره گذاری نسخه جهت بسته بندی نسخه، بنحوی باشد که به تاریخ اعتبار و تاریخ نسخه خدشه ای وارد نشود.

۱۲. - عدم تحویل دارو به دفاتر فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند

۱۳. عدم تحویل اقلام آرایشی ، بهداشتی بجای دارو یا فرانشیز نسخه و یا تحویل وجه نقد در ازای دریافت

نسخه

۱۴. درمورد داروهای ترکیبی بایستی قیمت هریک از اجزاء فرمولاسیون در ستون مربوطه قید شود
۱۵. تعهدات و سقف تائید نسخ دارویی رزیدنت ها با شماره نظام پزشکی و مهر بیمارستان آموزشی ، همانند پزشکان متخصص می باشد.

ضوابط مربوط به پاراکلینیک درمانگاه :

۱. پذیرش بیمه شدگان سازمان / نهاد در چارچوب مفاد قرارداد و تطبیق هویت بیمه شده با دفترچه / کارت درمانی معتبر
۲. عدم انجام هرگونه دخل و تصرف درنسخ پزشکان
۳. عدم پذیرش دفترچه / کارت فاقد اعتبار، اعتبار گذشته ، فاقد تاریخ و یا تاریخ مخدوش
۴. عدم درج قیمت جهت خدمات انجام نشده درنسخ
۵. عدم دریافت هرگونه وجه اضافی از بیماران خارج از تعرفه ها و فرانشیزهای مصوب
۶. جدا نمودن نسخ سفید (فاقد درخواست)
۷. قیمت گذاری نسخ در هنگام پذیرش بیماران و در حضور بیمه شده
۸. هماهنگی با سازمان / نهاد و ارسال رونوشت قرارداد فی مابین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری ارجاع داده می شود (مربوط به آزمایشگاه های تشخیصی طبی) ضمناً هرگونه تغییر موسسه ارجاع شونده می باید در اسرع به اطلاع سازمان / نهاد رسانده شود.
۹. مواردی که نسخ پاراکلینیک موسسه مشمول کسورات می گردند ، عبارتند از :
 - ۹-۱- نسخ مخصوص پزشک و بیمار و نسخ تجویز شده با مداد و نسخ کپی و نسخ مربوط به سازمان های دیگر
 - ۹-۲- نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش (بدون تایید پزشک معالج)، تاریخ آینده، تاریخ گذشته و فاقد اعتبار
 - ۹-۳- نسخ با قیمت گذاری مخدوش که به تایید مسئول فنی نرسیده باشد
 - ۹-۴- اضافه قیمت ثبت شده به هر شکل .
 - ۹-۵- نسخ فاقد مهر و امضا پزشک معالج و نسخ فاقد مهر و امضا مسئول فنی / قائم مقام مسئول



۶-۹ فنی موسسه و مهر موسسه (در صورت چاپ مشخصات موسسه در پشت نسخ نیازی به

درج مهر موسسه نمی باشد).

۷-۹- نسخ با متن مخدوش یا دو خط که به تایید پزشک معالج نرسیده باشد.

۸-۹- خدمات ارائه شده به همراه کدینگ مربوطه در فایل الکترونیکی باید مطابق نسخ کاغذی باشد

و در صورت اشتباه بودن طبق ضوابط ابلاغی اقدام می گردد.

۸-۹- عدم رعایت ضوابط مربوط به تأیید نسخ دارای سقف ریالی و تعدادی ابلاغی از طرف

سازمان / نهاد

۱۰. ارسال مدارک قانونی مربوط به معرفی مسئول فنی جدید

۱۱. عدم ارائه خدمات به دفاتر / کارت بیمه فاقد عکس که بالای ۲ سال سن دارند.

پیوست ۱

مشخصات موسس / نماینده حقوقی درمانگاه / پلی کلینیک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
تلفن همراه :	
آدرس پست الکترونیک:	شماره حساب موسس / موسسین:
کد اقتصادی :	شماره شبا موسس / موسسین :
نشانی / تلفن / دورنگار موسسه :	

نوع مالکیت موسسه :

خصوصی دولتی / دانشگاهی نظامی خیریه

عمومی غیردولتی

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت تا ساعت عصر از ساعت تا ساعت شبانه روزی

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح بیمه سلامت ایران

کمیته امداد امام خمینی (ره)



سایر توضیح:

مدرک تحصیلی (موسس اول) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس دوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مدرک تحصیلی (موسس سوم) : نام دانشگاه : تاریخ اخذ
مدرک تحصیلی :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

نام و نام خانوادگی : شماره نظام پزشکی : زمان
فعالیت

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی : تاریخ اعتبار : نمونه مهر
و امضا :

مشخصات سازمان / نهاد

آدرس پست الکترونیک

نشانی / تلفن / دورنگار :



دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه

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 مؤسسه‌ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه‌گذار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می‌دهد.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می‌تواند از مزایای خدمات سلامت بهره‌مند گردد.

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

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

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

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 می‌گردد.

بیمه‌گذار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، خدمات معینی را بر اساس قرارداد منعقد با بیمه‌گر دریافت می‌نماید.

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 تعرفه‌های مصوب ارزش‌گذاری می‌گردد.

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 می شوند و ۱۰۰ درصد ارزش نسبی مربوط به کد اصلی، اضافه می گردد و کد تعدیلی (۵۱-) به آن قابل تسری نخواهد بود. در کلیه خدماتی که علامت (+) دارند ارزش بیهوشی معادل صفر می باشد.

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 می گردد.

۱-۳- علامت (*):

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

تبصره: هرگونه تغییر شرایط پوشش تعهدات بیمه پایه مندرج در کتاب منوط به تأیید 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 نمی باشد. ویزیت بیمار در قالب کلینیک بیهوشی قبل از انجام اعمال جراحی جهت ارزیابی و آماده سازی بیمار صرفاً برای اعمال جراحی در همان بیمارستان به طور جداگانه، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

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 می بایست از کد تعدیلی استفاده نمود. در این حالت می بایست 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 می باشد:

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 می شوند و جهت انجام آنها ارزش جداگانه ای تعلق

می گیرد. 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 می باشد. 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 می شود.

کد ۲۶ - جزء حرفه ای (Professional Component):

جزء حرفه ای، نشان دهنده تلاش و مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه خدمت می باشد. برای برخی از خدماتی که در این مجموعه طبقه بندی شده اند، تنها یک ارزش نسبی قید شده است که این ارزش نسبی نشان دهنده جزء حرفه ای 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 حرفه ای خدمت مربوطه می باشد. برای برخی از دیگر خدمات که سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی میانی، نشان دهنده جزء حرفه ای خدمت مربوطه است.

کد ۲۷ - جزء فنی (Technical Component):

جزء فنی شامل هزینه های 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 می باشد و سایر هزینه ها (دارو، لوازم مصرفی پزشکی و...) به صورت جداگانه، محاسبه می شود.

در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی سوم، نشان دهنده جزء فنی آن خدمات است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روش های زیر، محاسبه و قابل پرداخت می باشد:

❖ در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه می شود، 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 می گردد.

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 می گردد.

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 می گردد.

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

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 می کند، «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی با ذکر علت اورژانسی بودن، قابل محاسبه و گزارش می باشد. این کد قابل گزارش همزمان با کد تعدیلی (۳۵-) نمی باشد.

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

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

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

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

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

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

تبصره ۲: پرداخت ریکاوری منوط به احراز تجهیزات استاندارد این بخش می‌باشد.

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 می‌شود و برای اعمال جراحی کمتر از سی دقیقه ریکاوری قابل محاسبه نمی‌باشد.

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 کننده‌ها به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد. این تعدیل کننده‌ها در کدهای تعدیلی ۳۲ تا ۳۹ مشخص شده‌اند.

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 میگردد.

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 می گردد تا ارزش تام بیهوشی محاسبه گردد. کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-) نیز بسته به شرایط بیهوشی می بایست در محاسبات ارزش تام بیهوشی در نظر گرفته شوند:

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

واحد پایه بیهوشی + تعدیل کننده ها + ارزش زمان + ارزش ریکاروری (با رعایت شرایط مربوطه)

ارزش تام بیهوشی (مجموع ارزش پایه، زمانی و تعدیل کننده ها)

در صورتی که متخصص بیهوشی از یکی از روش های بیهوشی Stand by IV Sedation صرفاً کد پایه و زمان قابل محاسبه و گزارش می باشد و هیچ کد تعدیلی و ریکاروری قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

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 نمی باشد.

کد ۴۲- ارزش زمانی بیهوشی:

ارزش زمانی برای محاسبه حق الزحمه بیهوشی به روش زیر محاسبه می شود:

❖ 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 می باشد و مابقی براساس کد تعدیلی (۳۹-) قابل محاسبه و اخذ می باشد.

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 ۵: 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 می‌باشد.

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 نمی‌باشد. در خصوص بیماران کلاس ASA III و بیشتر متخصص بیهوشی نمی‌تواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد.

تبصره ۶: در برگه شرح عمل تمامی جراحی‌ها درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جزو اسناد مثبت محسوب می‌گردد. و در صورت عدم درج زمان ضمن گزارش کتبی به مرکز مربوطه (به تفکیک شماره پرونده یا در صورت امکان نام پزشک) ۱۰ درصد حق العمل جراح به صورت غیرقابل برگشت کسر می‌گردد.

کد ۴۵- انجام بی‌حسی ناحیه ای (رژیونال) 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 نمی‌باشد.

کد ۴۶- انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج:

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

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

تبصره: این کد تعدیلی حداکثر تا ۱۵ واحد قابل محاسبه می‌باشد.

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

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

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

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 دو طرفه» قابل انجام می‌باشد، 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 می‌گردند (به استثنای مواردی که عوارض خود عمل محسوب می‌گردد):

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

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، نمی‌گردد.

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 می‌باشد. 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 می‌باشد.

تبصره ۲: سزارین تکراری مشمول کد تعدیلی ۵۳ نمی‌باشد.

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، شیرخوران 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 خدمات 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 غیر آموزشی 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 نیمه تهاجمی برای ارائه خدمت:

در صورت استفاده از تجهیزات نیمه تهاجمی 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 نیمه تهاجمی 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 مابه التفاوت 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 می شود 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 نمی باشد.

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 می شوند ، جزء حرفه ای خدمات تا حداکثر ۲ برابر ارزش نسبی مربوطه ، حسب درجه محرومیت شهر ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد . این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد 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) می باشد.

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

کد ۹۹- دوره پیگیری درمان بیماران تصادفی:

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

تبصره: دوره پیگیری از زمان ترخیص شروع می شود.

ماده ۲- انواع بیمارستان ها

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

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

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

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

دولتی غیر از دانشگاههای علوم پزشکی از قبیل سازمان تأمین اجتماعی، بانکها، وزارت نفت، دانشگاه آزاد ، مراکز خیریه، مراکز نظامی و ... می باشند که نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می گردد.

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 می باشد.

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 : 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 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 برعهده بیمه پایه نمی باشد.

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

تبصره ۳: فرانشیز خدمات سرپائی 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 صورتحساب 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 صورتحساب منطبق با فرمت فوق بوده و در صورت درخواست بیمه های پایه و با توافق دفتر IT وزارت بهداشت ارسال صورتحساب به صورت فایل الکترونیکی الزامی است.

ب - اسناد مثبت 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 مراکزی 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 کدهای 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، ریکاوری 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.

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

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 شورایی عالی بیمه ضروری خواهد بود. این اعتباربخشی در تختهای 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 اعتباربخشی 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 اعتباربخشی 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 ناف (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 ناف، 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 مونیترینگ 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 جنینی 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 جنینی پرستاری: شامل هزینه سرنگ، گاز، باند، پنبه، الکل، بتادین، چسب، آب اکسیژنه، ساولن و... می باشد که در سرفصل هزینه های ۶٪ خدمات جنینی 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 در اتاق عمل، اتاق زایمان (به جزء کلاه، کاور کفش و لباس 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- درخصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد . جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .

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

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

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

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

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

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

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

۱۲- انواع ویزیت بستری:

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

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

***ویزیت روز دوم 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 و اخذ میباشد)

***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 تخصصهای مختلف و حداکثر سه مشاوره از یک تخصص ، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روز دوم 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 بر بالین 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 ، اکسیژون 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 ، دبریدمان و گرافتهای 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 کد های 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 (هر کدام)	٪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 گرفت 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 توأمآ 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 کیفوز 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 خوردگی قسمتهای 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، سینوسها، 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 اختاپوس 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 هر کدام جداگانه دارای کد می باشند .

و- دستگاه گوارش :

۱- **تانسیلکتومی رادیکال :** جهت بررسی انجام نوع رادیکال ، از مواردی چون شرح عمل و ارسال نمونه برای پاتولوژی می توان استفاده نمود . قابل ذکر است که تانسیلکتومی 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 $BMI \geq 40$ تا زمان تنظیم گایدلاین توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید 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- درخصوص 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، سیستماترئوسکوپی و کاتتر گذاری لازمه عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.
- ۵- در انجام لیتوتریپسی (ESWL) ادامه درمان برای سنگ شکنی همان سنگ هر کلیه یا حالب حداکثر سه جلسه در تعهد سازمان های بیمه گر می باشد و بیش از آن بر عهده مرکز درمانی می باشد.
- ۶- هزینه بیهوشی در ESWL در صورت تجویز بیهوشی در موارد خاص توسط پزشک معالج و حضور مستمر متخصص بیهوشی و تکمیل برگ بیهوشی، بر اساس ارزش نسبی مندرج در کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.
- ۷- در پروستاتکتومی سوپراپوبیک خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشد.

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

ح- مراقبت های مامائی و زایمان :

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

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

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

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

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

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 .

۱۱- 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.
- ۶- 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 ۴۰ درصد 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 می گردد. در این موارد ، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

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

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 نمی باشد.

۵- 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 پک 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 ...) می باشد که در سرفصل جزء فنی لحاظ و به بیمارستان پرداخت می گردد. 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 صورت حساب بستری را با برگه درخواست پزشک معالج، دستورات پرستاری و سایر مستندات می 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 ICU , CCU قابل محاسبه نمی‌باشد.

۵- پروتئزهای 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 نمی‌باشد.

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 می‌باشد

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 فیزیو تراپی تنفسی در سایر بخش ها به غیر از بخش های ویژه و تخصصی ریه و توراکس کد ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه می باشد.
- ۲- در صورت عدم رعایت مدت زمان تعیین شده در کد های فیزیوتراپی، هزینه ای قابل محاسبه نمی باشد.

ماده ۱۷- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت شیمی درمانی:

- ۱- ویزیت همزمان با شیمی درمانی قابل محاسبه نمی باشد و در صورتی که به هر دلیل بیمار نیاز به بستری داشته باشد طبق ضوابط بستری ویزیت محاسبه می گردد .
- ۲- کد های شیمی درمانی صرفاً در صورت حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه و اخذ می باشد.
- ۳- کد ۹۰۱۵۵۵ شیمی درمانی به داخل حفره پلور صرفاً در صورت انجام توسط پزشک قابل محاسبه و اخذ می باشد.
- ۴- کد ۹۰۱۵۵۰۹ انفوزیون طولانی مدت با استفاده از یک پمپ صرفاً در زمان حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه می باشد.
- ۵- در تزریق دسفرال ، هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی بطور جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.
- ۶- برای شیمی درمانی بالای ۸ ساعت با یا بدون پمپ ، از کد ۹۰۱۵۵۰ استفاده می شود. در صورت استفاده از پمپ و ترخیص بیمار کد ۹۰۱۵۵۰ فقط یکبار قابل گزارش می باشد.
- ۷- برای شارژ مجدد پمپ شیمی درمانی در روزهای بعد کد ۹۰۱۵۶۵ قابل گزارش می باشد.

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

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

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

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

ماده ۱۹- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت دیالیز:

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

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

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

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

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

ماده ۲۰- نحوه تقویم اسناد:

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

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

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

ماده ۲۱- مراکز جراحی محدود و سرپایی:

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

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

ماده ۲۲- آئین نامه اجرایی طرح گلوبال:

- ۱- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال به تفیک درجه ارزشیابی مکتسبه انواع بیمارستانها تنظیم و اعلام گردیده است و تفاوت تعرفه ها در بیمارستانها با درجات مختلف تنها ناشی از تفاوت هزینه اقامت هتلینگ می باشد.
- ۲- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد و در مراکز غیر طرف قرارداد (بصورت خسارت متفرقه) قابل اعمال می باشند. در مراکز جراحی محدود، هزینه هتلینگ از سرفصل تعرفه گلوبال کسر خواهد گردید.
- ۳- در مواردی که درمان بیمار در بیمارستان نیازمند مصرف پروتز مانند پیچ ، پلاک ، لنز و مش و ... باشد بایستی هزینه آن به قیمت سرجمع اضافه گردد.
- تبصره:** پرداخت هزینه مش فقط در هرنی انسیژینال 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. 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- در مانی 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 پارامدیكال" 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.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.