



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بیمه سلامت کشور

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پزشکی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت امور اقتصادی و دارایی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه خدمات درمانی
سرویسهای مسلح



سازمان تأمین اجتماعی



سازمان بیمه سلامت ایران



جمهوری اسلامی ایران
سازمان برنامه و بودجه کشور



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران



کمیته امداد امام خمینی

حُضْر
بِنَام



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بهره سلامت کشور

دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پزشکی



پاییز ۱۴۰۲

پیش گفتار

دستورالعمل حاضر به استناد بند (۳) تصویب نامه هیات محترم وزیران به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳- مورخ ۳۱/۵/۱۴۰۱ مبنی بر بازنگری دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد پزشکی، در جلسات متعدد کارشناسی و مدیریتی و با حضور کلیه اعضا در دبیرخانه برگزار گردید و جهت یکپارچه‌سازی اجرا با اعمال تغییرات بانگاری شده در قالب دستورالعمل واحد در صحن شورای نود و ششمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور تصویب و در طی نامه شماره ۱۰۰/۵۵۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۸ به کلیه اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور ابلاغ گردید.

خلاصه فهرست مطالب

دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد بستری
دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی
دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی
فرمت قراردادهای بیمه‌ای و مراکز و موسسات ارائه خدمت

دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری

ماده ۱: تعاریف و کلیات

در این دستورالعمل، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

- ۱- **ویزیت:** عبارت است از اخذ شرح حال، انجام معاینه و تصمیم گیری پزشکی جهت تعیین وضعیت و نیازهای بیمار و یا تعیین محل مناسب برای دریافت خدمات و مراقبت لازم توسط پزشک معالج بر بالین بیمار و براساس کدهای مربوطه در کتاب ارزش نسبی صرفاً یک بار در روز قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۲- **اعتباربخشی:** ارزیابی نظام مند مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با استانداردهای مشخص می باشد. این استانداردها با هدف بهبود مداوم کیفیت خدمات، بهبود ایمنی بیمار و کارکنان و با محوریت بیمار می باشد.
- ۳- **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 بر بالین بیمار ارائه می گردد.
- ۴- **تخت روز:** فراهم آوردن کلیه تسهیلات رفاهی مرتبط با تخت، برای اقامت بیمار در بیمارستان به منظور دریافت خدمات بالینی است. در صورتی که بیمار حداقل ۶ ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستانی بستری گردد، تخت روز قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۵- **پزشک مقیم در بخش مراقبت های ویژه (انواع بخش های ICU):** پزشک مقیم، پزشکی است که دوره آموزشی ICU، مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را طی تحصیلات تخصصی خود تحصیل کرده باشد، نظیر متخصصان بیهوشی، Intensivist، متخصصان داخلی و ریه و یا پزشکانی که دوره تکمیلی مرتبط با ICU را گذرانده باشد، میتوانند به عنوان پزشک مقیم انتخاب شوند.
- ۶- **استحقاق درمان:** بیمه شده ضمن داشتن بیمه معتبر از یکی از سازمان های بیمه گر پایه و عدم وجود همپوشانی براساس ضوابط بیمه ای و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به ماهیت خدمت درخواست شده، شرایط دریافت خدمت را داشته باشد.
- تبصره:** در صورتی که بیمار تا پایان زمان ترخیص از طریق سیستم استحقاق سنجی نسبت به ارائه بیمه معتبر از طریق یکی از سازمان های بیمه گر پایه اقدام نماید کل پرونده بستری بیمار به صورت بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۷- **بیمار بستری:** به کلیه مواردی که بنا به دستور پزشک معالج و با تشکیل پرونده بستری نیاز به اقامت بالای ۶ ساعت بیمار باشد یا در مواردی که بیماری نیاز به عمل جراحی و بیهوشی داشته باشد، بیمار بستری تلقی می گردد.

ماده ۲: ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت (ارزیابی و اداره) در بخش بستری

۱- انواع ویزیت بستری:

- **ویزیت روز اول:** برای بیماران عادی کد ملی ۹۰۱۹۲۰، در بخش روان پزشکی کد ملی ۹۰۰۰۴۵ و نوزاد متولد شده کد ملی ۹۰۱۹۲۵ بر اساس کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- **ویزیت روز دوم به بعد:** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با کد ملی ۹۰۱۹۳۰

- ۱- **ویزیت روز ترخیص:** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با کد ملی ۹۰۱۹۳۵
- ۲- جهت محاسبه ویزیت در بخش اورژانس مطابق با دستورالعمل و ضوابط بخش اورژانس اقدام خواهد شد.
- ۳- تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت پزشک معالج برای 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 پزشک معالج ویزیت شده است، ویزیت قابل محاسبه می باشد.
- ۴- در صورت ماندگاری بیمار در اورژانس و ترخیص بیمار در شیفت دوم، ویزیت روز ترخیص با کد ملی ۹۰۱۹۳۵ به متخصص طب اورژانس دیگر (متفاوت با پزشک اول)، در شیفت دوم تعلق خواهد گرفت.
- ۵- در صورتی که بیمار با دستور بستری از درمانگاه یا مطب در همان روز انجام ویزیت سرپایی در یکی از بخش های بیمارستان بستری گردد (صرفاً پرونده های طبی)، ویزیت روز اول بستری در صورت انجام و وجود اسناد مثبت علاوه بر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۶- ویزیت بستری در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد و لازم است مراکز طرف قرارداد نسبت به درج سال شروع رزیدنتی در مهر وی اقدام نمایند.
- تبصره:** ویزیت رزیدنت های سال یک و دو در بخش های بستری بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۷- ویزیت بستری منجر به جراحی، برای جراح قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی). در خصوص بیماران بستری شده در سرویس های جراحی جهت دریافت خدمات طبی به شرح ذیل اقدام خواهد شد:
تبصره ۱: در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از سرویس طبی به سرویس جراحی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه تا زمان انتقال به سرویس جراحی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۲:** در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از جراحی به طبی به شرط انتقال به سرویس طبی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه به پزشک دیگر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۳:** در مواردی که پزشک معالج (متخصص گروه داخلی یا جراحی) در طی درمان طبی نسبت به ارائه پروسیجرهای جراحی جانبی (که دلیل اصلی بستری بیمار نباشد) اقدام نماید، ویزیت پزشک معالج علاوه بر هزینه پروسیجر مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۸- ویزیت منجر به بیهوشی (Pre Med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۹- به متخصص بیهوشی جهت ارزیابی و آماده سازی بیمار برای اعمال جراحی در همان مرکز، ویزیت سرپایی متخصص در قالب کلینیک بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۰- هزینه ویزیت و مشاوره‌های تشخیصی درمانی انجام شده متخصصین پزشک قانونی صرفاً جهت درمان در بخش مسمویت یا انتقال به آن بخش بر اساس کدهای ۹۰۱۹۲۰، ۹۰۱۹۳۰، ۹۰۱۹۳۵ و ۹۰۱۹۴۰ قابل محاسبه و پرداخت است. سایر موارد ویزیت و مشاوره پزشک قانونی در خصوص متخصصین پزشکی قانونی در تعهد سازمان های بیمه‌گر پایه نمی‌باشد.

۱۱- در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان در صورتیکه پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید، حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می‌باشد

۱۲- خدمات روان درمانی با کد ملی ۹۰۰۰۵۰ الی ۹۰۰۰۹۶ توسط متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ روان پزشکی و روانشناسان بالینی مشروط به انجام خدمت در بیمارستان و براساس ضوابط مندرج در شرح کدهای مذکور و دستورالعمل خرید راهبردی ابلاغی دبیرخانه شورا عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۳- در صورتی که مراجعه بیمار با دستور بستری جهت انجام آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و یا هر اقدام اینترونشنال قلبی باشد، ویزیت بستری همراه با خدمات مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱: چنانچه در طی دوره بستری درمان طبی بیمار نیاز به انجام آنژیوگرافی تشخیصی داشته باشد، ویزیت به صورت همزمان قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: چنانچه در طی دوره بستری درمان طبی بیمار نیاز به انجام خدمات آنژیوپلاستی و یا هر اقدام اینترونشنال قلبی داشته باشد، ویزیت روز خدمت و روزهای بعد قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۴- چنانچه بیمار صرفاً جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد، ویزیت روزانه بستری به ایشان تعلق نمی‌گیرد، ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمات مذکور باشد ویزیت روزانه بستری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۵- در مراکزی که دارای بخش مسمویت فعال می‌باشند، PhD سم شناسی با پایه پزشکی عمومی (M.D) می‌تواند به عنوان پزشک معالج بیمار باشد و ویزیت روزانه مشابه سایر گروه های تخصصی توسط سازمان های بیمه‌گر محاسبه و پرداخت گردد.

تبصره: هزینه ویزیت سرپایی PhD سم شناسی با پایه پزشکی عمومی (M.D) در درمانگاه و مطب تحت پوشش بیمه های پایه نمی‌باشد.

ماده ۳: مشاوره بستری

۱- پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با ذکر علت مشاوره با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ می‌باشد.

تبصره: در صورتی که پزشک معالج درخواست مشاوره از پزشک سرویس دیگر نماید و مشاوره منجر به پروسیجر تشخیصی یا درمانی گردد، هر دو خدمت (مشاوره و پروسیجر) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. اما در مواردی که

پزشک معالج از پزشک مشاوره، درخواست انجام پروسیجر خاص را نماید، صرفاً هزینه پروسیجر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۲- هزینه انجام مشاوره به پزشک، دقیقاً هم رشته و هم سطح با پزشک معالج قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره: درخواست و انجام مشاوره رزیدنت سال سوم و بالاتر معادل پزشک متخصص قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۳- در طول یک دوره بستری، تعداد ۶ مشاوره برای پزشکان از تخصص‌های مختلف و یا حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص، به صورت ۱۰۰٪ تعرفه مشاوره و مشاوره‌های بیش از تعداد مذکور، با ضریب تعدیل ۸۰٪ تعرفه مشاوره قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: به هر گروه تخصصی روزانه یک مشاوره قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

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

۵- مشاوره جراح در صورتی که منجر به جراحی گردد، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۶- مشاوره جهت متخصصین از جمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها بر اساس کدهای مرتبط با رشته‌های تخصصی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: شرایط محاسبه و پرداخت به سطوح مختلف کار شنا سان، کار شنا سان ارشد و دکتری پروانه دار بر اساس دستورالعمل خرید راهبردی خواهد بود.

۷- مشاوره پزشک مدعو برابر کد ملی ۹۰۱۹۴۵ با رعایت شرایط زیر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی (برگه مشاوره) موجود باشد.

- تخصص پزشک مدعو در همان بیمارستان یا در کلینیک‌های مرتبط موجود نباشد.

- ویزیت بر بالین بیمار انجام شود.

- به رزیدنت تعلق نمی‌گیرد

۸- درخواست مشاوره از PhD سم شناسی با پایه پزشکی (M.D) صرفاً در مراکزی که دارای بخش مسمومیت نمی‌باشند، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره: PhD سم شناسی با پایه پزشکی (M.D) به عنوان پزشک معالج بیمار در بخش مسمومیت مجاز نیستند از سایر گروه‌های تخصصی صاحب صلاحیت در ارائه خدمات مسمومیت (مطابق استاندارد مانند پزشکی قانونی و داخلی دوره دیده) درخواست مشاوره نمایند.

۹- کد ۹۰۰۰۴۶ به عنوان مشاوره بستری بیماران روانی تنها در اسناد بستری قابل محاسبه و پرداخت بوده و همزمان با کد ۹۰۰۰۴۵ غیر قابل پرداخت می‌باشد.

۱۰- مشاوره در اورژانس تحت نظر برابر با کتاب ارزش نسبی و با کد ملی ۹۰۱۹۴۰ و ۹۰۱۹۴۵ قابل پرداخت است.

۱- در صورت درخواست پزشک معالج جهت ارائه مشاوره دارویی از PhD فارماکولوژی هزینه مشاوره دارویی صرفاً با کد ملی ۹۰۲۰۲۵، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. لازم به ذکر است با توجه به ویژگی کد مربوطه در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۱۲- مشاوره به منظور پذیرش و به ازای هر دوره انتقال به بخش ICU، در بیمارستان هایی که فاقد پزشک مقیم می باشند، صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.

ماده ۴: ضوابط و نحوه محاسبه هزینه تخت روز (هتلینگ)

۱- در صورتی که بیمار بستری حداقل ۶ ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستانی بستری گردد، تخت روز قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره: برای اقامت های کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان، هزینه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نیست.

۲- هزینه تخت در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت نیست. کلیه لوازم مصرفی پزشکی و دارویی بیمار در این مراکز به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- تعداد روزهای بستری از تفاضل تاریخ ترخیص و تاریخ پذیرش (با کسر تعداد روزهای مرخصی موقت) محاسبه می شود.

تبصره ۱: ضروری است در بستری های طولانی بیش از یک ماه در بخش مراقبت های ویژه و بیش از دو ماه در بخش های عادی هماهنگی های لازم بین نماینده ناظر سازمان بیمه گر پایه و مرکز ارائه کننده خدمت در خصوص تعیین تکلیف ادامه درمان بیمار براساس تصمیم پزشک معالج صورت گیرد.

تبصره ۲: هزینه های تخت روز پس از دستور ترخیص از بیمارستان، در تعهد بیمه پایه نیست.

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

۵- تعهد سازمان های بیمه گر پایه برای تخت روز در بخش های دارای خدمات رفاهی ویژه (VIP) و یا اقامت در اتاق های بخش های عادی کمتر از ۳ تخت به استثنای تخت ایزوله، برابر هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر در بخش دولتی است.

۶- در صورتی که بیمار در یک روز براساس دستور پزشک معالج در دو نوع تخت (به عنوان مثال تخت عادی و ICU) جایجا گردد، تخت روز با تعرفه بالاتر مشروط بر اقامت بیش از شش ساعت در هر بخش، ملاک محاسبه و پرداخت هزینه نوع تخت روز خواهد بود.

۷- **اعتباربخشی؛** هزینه تخت روز بر اساس درجه اعتباربخشی مندرج در پروانه اعتباربخشی بیمارستان صادره از سوی وزارت بهداشت و مطابق تعرفه مصوب هیئت وزیران بر اساس جدول مربوطه در متن مصوبه تعرفه سالیانه ابلاغ می گردد، قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۱: از ابتدای سال ۱۴۰۲ مدت اعتبار گواهی نامه اعتباربخشی بیمارستان دو ساله خواهد بود و در صورتی که ۶ ماه از پایان پروانه دوساله اعتباربخشی بگذرد و بیمارستان نتواند گواهینامه جدید اعتباربخشی خود را ارائه نماید، هزینه هتلینگ توسط سازمان‌های بیمه‌گر و بیمه شده معادل درجه سه قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: به ازای هر ۶ ماه عدم تمدید گواهی ۲۰٪ کسور در تعرفه هتلینگ اضافه خواهد شد.

تبصره ۳: تا پایان سال ۱۴۰۱ به علت مشکلات ناشی از بیماری کرونا، تمدید گواهی اعتباربخشی براساس درخواست معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت خواهد گرفت.

تبصره ۴: در صورت عدم ارائه گواهینامه ارزشیابی در مدت حداکثر ۶ ماه از تاریخ انقضای ارزشیابی قبلی، کسورات اعتباربخشی بیمارستان غیرقابل برگشت خواهد بود.

تبصره ۵: بر اساس مندرجات روش نوین اعتباربخشی، درجه اعتباربخشی بیمارستان برای کلیه بخش‌های بیمارستان یکسان می باشد.

تبصره ۶: اعلام مکتوب درجه اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، از سوی بیمارستان‌ها به همراه گواهی مربوط به سازمان‌های بیمه‌گر پایه الزامی است.

تبصره ۷: درجه‌بندی بیمارستان‌ها شامل بیمارستان‌های درجه یک عالی، یک مثبت، یک، دو، سه و زیر استاندارد (چهار) است. بیمارستان‌ها درجه یک عالی و یک مثبت و یک مطابق تعرفه تخت روز درجه یک عادی قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۸: درجه اعتباربخشی بیمارستان‌های تازه تأسیس در یک سال اول بهره‌برداری درجه یک محسوب گردیده و داشتن گواهینامه تشویقی برای این دوره یک ساله الزامی است و در صورتی که بیش از ۶ ماه از پایان پروانه یک سال اول اعتباربخشی گذشته باشد، مطابق تبصره ۱ و ۲ این بند اقدام خواهد شد.

۸- تخت ایزوله؛ در صورت درخواست پزشک معالج و دارا بودن اندیکاسیون بستری در اتاق ایزوله، برای بیماری عفونی و واگیردار، درمان یا آلودگی با مواد رادیواکتیو و رادیو ایزوتوپ، ضعف سیستم ایمنی بیمار یا ایزوله معکوس، هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق یک‌تختی و بر اساس درجه اعتباربخشی بیمارستان در بخش دولتی محاسبه می‌گردد.

۹- تخت سوختگی؛ در صورت بستری بیمار در بخش سوختگی، تعرفه تخت روز بخش سوختگی قابل محاسبه و پرداخت است، در صورتی که ادامه درمان بیمار پس از انجام گرافت در سایر بخش‌ها مانند بخش جراحی ترمیمی یا بخش سوختگی پیگیری شود، هزینه تخت روز به صورت تخت عادی محاسبه می‌گردد.

تبصره: هزینه‌های لوازم مصرفی پانسمان اختصاصی سوختگی در تعهد بیمه‌های پایه است و علاوه بر ۱۲ درصد خدمات پرستاری در این بیماران قابل محاسبه و پرداخت است.

۱۰- **بخش روان پزشکی؛** هزینه بستری بیمار در بخش روان پزشکی حداکثر ۸ هفته در سال از زمان اولین بستری به عنوان بیماری حاد بر اساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیماری مزمن (طبق تشخیص پزشک معالج) برابر تعرفه تخت روانی درجه سه قابل محاسبه هست.

تبصره ۱: بیماران روانی که جنبه نگهداری پیدا می کنند خارج از تعهد بیمه های پایه می باشند.

تبصره ۲: در خصوص بیمارانی که صرفاً جهت ترک اعتیاد در مراکز روانپزشکی نگهداری و بستری می شوند، مطابق دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیماران درمان سو مصرف مواد مخدر اقدام خواهد شد.

۱۱- **هزینه تخت نوزاد؛** مبنای محاسبه سازمان های بیمه گر پایه برای هزینه نگهداری نوزاد سالم به همراه مادر، پس از زایمان طبیعی حداکثر یک روز و پس از سزارین حداکثر ۲ روز قابل محاسبه و پرداخت است (اسناد گلوبال مطابق بخشنامه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت است).

تبصره ۱: مبنای محاسبه سازمان های بیمه گر پایه در صورتی که نوزاد به دلیل بیماری مادر در همان نوبت بستری در بیمارستان در اتاق مادر یا بخش نوزادان نگهداری شود براساس تخت روز نوزاد سالم، برای موارد بیش از بند مذکور، با تأیید کارشناس ناظر بیمه پایه قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: نوزاد (تا سن ۲۸ روز) که به علت بیماری بستری می گردد با تشکیل پرونده بستری و با تعرفه تخت نوزاد بیمار (سطح دوم) قابل محاسبه و پرداخت می شود.

تبصره ۳: ارائه خدمات به نوزادان تا ۲۸ روز بسته به نوع خدمت (گروه مرد یا زن) می تواند با دفترچه پدر یا مادر (رفع محدودیت جنسیت برای برخی خدمات) قابل محاسبه و پرداخت گردد.

۱۲- **تخت روز بیمار بستری موقت (تحت نظر)؛** در بیماران تحت نظر بیش از ۶ ساعت در صورت تعیین تکلیف بیمار (طبق دستورات پزشک و تعیین سرویس مربوطه جهت بستری و تشکیل پرونده و در صورت نبودن تخت خالی، تعرفه تخت روز (هتلینگ) معادل مصوبه هیات محترم وزیران، حداکثر معادل اتاق ۳ تخته عادی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت، کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز (هتلینگ) با فرانشیز بستری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱: در صورت تجویز دستور بستری بیمار توسط متخصص طب اورژانس و نبود تخت خالی جهت انتقال بیمار و در صورت ویزیت بیمار توسط سرویس مربوطه در بیمارستان های آموزشی تا حداکثر ۴۸ ساعت پس از تعیین تکلیف (به استثنای بیماران اینتوبه) و تا ۲۴ ساعت پس از تعیین تکلیف در بیمارستان های درمانی (به استثنای بیماران اینتوبه)، خدمات بستری مشابه سایر بیماران بستری به متخصص سرویس مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. با اتمام زمان های تعیین شده، هیچ هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

تبصره ۲: بیمارانی که نیاز به بستری در بخش های ویژه دارند ولی با دستور پزشک معالج در بخشی به جز بخش های ویژه بیمارستان بستری می شوند و تحت مانیتورینگ و یا تنفس ممتد قرار می گیرند، هزینه اقامت آنها از مجموع هزینه

اقامت در بخش عادی با اضافه نمودن ارزش نسبی کدهای ۹۰۰۷۷۰، ۹۰۰۷۷۱ و یا ۹۰۱۰۱۵ (EKG مانیتورینگ و یا هولتر ۲۴ ساعته فشارخون به هر روش و یا تنفس ممتد با فشار مثبت راه هوایی (BIPAP یا CPAP) با ثبت، تفسیر و گزارش) بر اساس دستور و شرح اقدامات پزشک معالج اضافه می‌گردد.

۱۳- **تخت های اکسترا؛** تخت اکسترا در بخش های عادی حداکثر تا ۴۸ ساعت معادل ۸۰ درصد تخت های عادی قابل محاسبه و پرداخت است. بعد از ۴۸ ساعت هزینه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نیست.

تبصره ۱: در صورتیکه بیمارستانی از تمامی ظرفیت تخت‌های فعال و تخت‌های بخش اورژانس خود استفاده نموده باشد و جهت ارائه خدمات به بیماران بستری کووید-۱۹ یا سایر بیماران اورژانسی نسبت به دایر کردن تخت اکسترا اقدام نماید با تأیید معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ثبت خدمات در سیستم اطلاعات بیمارستانی مربوطه (HIS)، خدمات ارائه شده تحت پوشش توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی معادل ۸۰ درصد تخت‌های سه تختی بدون محدودیت زمانی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: هزینه تخت اکسترا در بخش های مراقبت ویژه قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود

ماده ۵: ضوابط و دستورالعمل پزشک مقیم در انواع بخش مراقبت های ویژه

الف) پزشکان صاحب صلاحیت مقیمی در انواع بخش های مراقبت ویژه:

۱- پزشک مقیم ICU پزشک متخصصی است که دوره آموزش ICU، مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را طی تحصیلات تخصصی خود یا به صورت دوره تکمیلی گذرانده باشد. پزشکان صاحب صلاحیت، براساس مراقبت های مدیریت شده و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل متخصص های بیهوشی، Intensivist، داخلی دوره دیده، ریه، فوق و فلو شپ ICU، فلو شپ مسمومیت (صرفاً در بخش مراقبت های ویژه مسمومیت) و اطفال و فوق نوزادان(صرفاً در بخش NICU)، خواهد بود.

تبصره ۱: دستیاران فوق تخصص رشته های صاحب صلاحیت می توانند به عنوان پزشک مقیم فعالیت نمایند.

تبصره ۲: فلو شپ رشته های صاحب صلاحیت با رشته پایه تخصصی غیر مرتبط با رشته های پایه تخصصی صاحب صلاحیت، از سال دوم می توانند به عنوان پزشک مقیم دوم فعالیت نمایند. برای مثال دستیار فلو شپ مسمومیتی با پایه تخصصی طب اورژانس می تواند به عنوان پزشک مقیم دوم در بخش ICU مسمومیت فعالیت نماید.

تبصره ۳: در بیمارستان های آموزشی درمانی در کنار هر یک پزشک متخصص یا عضو هیات علمی، یک رزیدنت می تواند به عنوان پزشک مقیم فعالیت نماید. لازم به ذکر است رزیدنت های سال ۳ و ۴ رشته بیهوشی در انواع بخش های ویژه و رزیدنت های سال ۲ و ۳ رشته اطفال صرفاً در بخش PICU فعالیت نمایند.

تبصره ۴: رزیدنت های مجاز به ارائه خدمات مقیمی نمی توانند به عنوان مقیم اول یا سوم فعالیت نمایند و صرفاً به عنوان پزشکان مقیم دوم و چهارم فعالیت نمایند.

تبصره ۵: در بخش ICU جراحی قلب در بیمارستان‌های تک تخصصی قلب و عروق، متخصص قلب و عروق (به عنوان مقیم اول) و دستیاران تخصصی سال ۴ قلب و عروق (به عنوان مقیم دوم) منوط به گذراندن دوره آموزشی ICU، مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

تبصره ۶: در خصوص پزشکان دوره دیده، ملاک پرداخت ارائه گواهی دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان های بیمه گر خواهد بود.

ب) تعداد پزشک مقیم به ازای تخت:

۱- به ازای هر ۱۵ تخت فعال در انواع بخش های مراقبت ویژه حضور یک پزشک مقیم الزامی است.

تبصره ۱: در بیمارستان های که تعداد تخت مراقبت ویژه کمتر از ۶ تخت باشد، حضور پزشک مقیم الزامی نمی باشد (شماره ۳۴۸۳۰/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۶).

تبصره ۲: جهت محاسبه تعداد پزشک مقیم، تعداد تخت های همونوع (ICU, NICU, PICU) در هر بیمارستان باهم جمع می گردد و ملاک محاسبه خواهد بود.

ج) بسته خدمات قابل ارائه توسط پزشک مقیم:

۱- پزشکان مقیم انواع بخش های ویژه موظف اند خدمات زیر را بنا به نیاز بیماران بستری ارائه نمایند لازم به ذکر است تعرفه این خدمات در ۳۰ درصد مقیمی لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد (ابلاغیه شماره ۱۴۲/۲۱۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۲۷).

شرح خدمت	کد ملی	ردیف
کارگذاری لوله تراشه و خروج لوله تراشه (اکستوبیشن)	۳۰۰۳۳۵	۱
اتصال به ونتیلاتور، تغییر ستاپ آن (تنظیم مکرر دستگاه)	۹۰۱۰۸۵	۲
نمونه گیری و تفسیر برای گازهای خونی (ABG)	۳۰۲۴۸۰	۳
احیای قلبی ریوی (CPR)	۹۰۰۶۱۰	۴
مانیتورینگ پایه	۹۰۰۷۷۰	۵
پالس اکسی متری	۹۰۱۱۲۵	۶
سوند گذاری (Foley)	۵۰۰۴۴۰	۷
خارج کردن سوند (Foley)	۵۰۰۴۴۵	۸
گذاشتن لوله بینی معده ای یا دهانی معده ای	۴۰۰۸۰۵	۹
لاواژ و گواژ دستگاه گوارش	۹۰۰۲۰۰	۱۰
تخلیه ترشحات ریوی (ساکشن)	-	۱۱
خونگیری متناوب	۸۰۰۰۱۷ تا ۸۰۰۰۱۰	۱۲
تزریق خون یا فراورده های خونی به هر روش در بالغین به ازای هر واحد	۳۰۲۳۵۵	۱۳
ویزیت روزانه	۹۰۱۹۳۵-۹۰۱۹۳۰-۹۰۱۹۲۰	۱۴

تبصره ۱: هزینه های لوازم مصرفی مرتبط با تزریق خون و خونگیری جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: صرفاً در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب، خدمت تنظیم پیس میکر موقت نیز به عنوان خدمات پایه محسوب می گردد.

تبصره ۳: در بخش های NICU یا PICU خدمات بسته مقیمی به شرح جدول ذیل خواهد بود: (ابلاغیه شماره ۱۴۲/۲۲۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۸):

ردیف	کد ملی	شرح خدمت
۱	۳۰۰۳۳۵	کارگذاری لوله تراشه و خروج لوله تراشه (اکستوبیشن)
۲	۹۰۱۰۸۵	اتصال به ونتیلاتور، تغییر ستاپ آن (تنظیم مکرر دستگاه)
۳	۳۰۲۴۸۰	نمونه گیری و تفسیر برای گازهای خونی (ABG)
۴	۹۰۰۶۱۰	احیای قلبی ریوی (CPR)
۵	۹۰۰۷۷۰	مانیتورینگ پایه
۶	۹۰۱۱۲۵	پالس اکسی متری
۷	۵۰۰۴۴۰	سوند گذاری (Foley)
۸	۵۰۰۴۴۵	خارج کردن سوند (Foley)
۹	۴۰۰۸۰۵	گذاشتن لوله بینی معده ای یا دهانی معده ای
۱۰	۹۰۰۲۰۰	لاواژ و گواژ دستگاه گوارش
۱۱	-	تخلیه ترشحات ریوی (ساکشن)
۱۲	۸۰۰۰۱۷ تا ۸۰۰۰۱۰	خونگیری متناوب یا نمونه گیری برای بررسی عفونت خونی (Sepsis) نظیر (کشت خون و ترشحات تنفسی)
۱۳	۳۰۲۳۴۰	تزریق خون یا فراورده های خونی به هر روش در اطفال و نوزادان به ازای هر واحد
۱۴	۳۰۲۵۰۰	کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی)
۱۵	۶۰۰۹۳۵	پونکسیون نخاع، درمانی یا تشخیصی
۱۶	۹۰۲۰۳۲ یا ۹۰۲۰۳۰	فتوتراپی ساده یا پیچیده
۱۷	۹۰۱۹۳۵ -۹۰۱۹۳۰-۹۰۱۹۲۰	ویزیت روزانه

۲- در بخش مراقبت های ویژه که به روش (OPEN ICU) اداره می شوند، ویزیت روزانه صرفاً به پزشک معالج با رعایت دستورالعمل های پرداخت ویزیت قابل پرداخت خواهد بود. در بخش مراقبت های ویژه که به روش بسته (CLOSED ICU) اداره می شوند به پزشکان فلو شیپ ICU یا فوق تخصص های مرتبط در صورتیکه به عنوان پزشک

معالاج بیمار باشند، ویزیت های روزانه صرفا به ایشان براساس دستورالعمل های رسیدگی به اسناد، قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱: در شرایطی که پزشک فوق و فلو شیپ ICU همزمان مقیم و پزشک معالج باشد در بخش های (CLOSED ICU) به شرط رعایت شرح وظایف پزشک مقیمی و پزشک معالج، علاوه بر ۳۰٪ مقیمی، ویزیت روزانه صرفا یک بار نیز قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳- ویزیت پزشک مقیم غیرمعالج در بسته ۳۰٪ مقیمی لحاظ شده و به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

۴- پزشک مقیم حق ترک بخش مراقبت های ویژه را در زمان انجام کشیک بجز در موارد انجام مشاوره های درخواستی جهت پذیرش در انواع بخش های مراقبت ویژه، ندارد

ج) نحوه محاسبه تعدیلات مقیمی:

۱- در صورت عدم رعایت استاندارد تعداد پزشک مقیم به ازای تخت، علاوه بر کسر ۳۰٪ تعرفه هتلینگ به عنوان بسته گلوبال پزشک مقیم، ۱۰ درصد از ۷۰ درصد هتلینگ نیز (تحت عنوان جریمه) از سهم بیمارستان کسر می گردد. فرمول اجرای این کسورات به شرح زیر و مطابق فایل اکسل ابلاغی دبیرخانه اجرا خواهد شد.

HT	درصدی قابل پرداخت از تعرفه هتلینگ بخش ویژه
100%	کل تعرفه قابل پرداخت هتلینگ
WR	تعداد تخت فاقد مقیم در سه شیفت
NB	تعداد تخت فعال بخش مراقبت ویژه در سه شیفت
37%	۳۰ درصد مقیمی + ۱۰ درصد جریمه از محل ۷۰ درصد هتلینگ

۲- در مراکز دارای کمتر از ۶ تخت، ۱۰۰ درصد تعرفه هتلینگ پرداخت می گردد. در این مراکز، خدمات موجود در بسته خدمتی مقیمی به صورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشند.

۳- در صورت عدم اداره بخش با حضور پزشکان مقیم، برای بیمارستان های دارای ۶ تخت و بیشتر مراقبت ویژه، بسته خدمات پایه مقیم براساس خدمات ارائه شده به بیماران بستری و تا سقف ۱۶ کافه های با ضریب ریالی غیرتمام وقت قابل پرداخت است. لازم به ذکر است ضرایب تعرفه مانند تعرفه ترجیحی و تمام وقت جغرافیایی قابل اعمال نخواهد بود.

۴- بیمارستان ملزم است ماهانه برنامه حضور پزشک مقیم بخش مراقبت ویژه را ضمن نصب در بیمارستان به اطلاع ناظران سازمان‌های بیمه‌گر برساند، در صورت عدم حضور پزشک مقیم مطابق با برنامه اعلامی به ناظر بیمه، کسورات هتلینگ به کل ماه قابل تسری می باشد.

دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی

ماده ۱: کلیات و تعاریف

۱- خدمات پرتو پزشکی: منظور خدماتی هستند که در آنها از انرژی پرتوی جهت تشخیص و یا درمان بیماری‌ها استفاده می‌گردد و با توجه به سرفصل‌های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران شامل خدمات رادیوگرافی، سنجش تراکم استخوان، آنژیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی، خدمات تشخیصی چشم، خدمات IORT و سایر خدمات تشخیصی و درمانی پرتوپزشکی می‌باشد.

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

۳- ۱- استحقاق درمان: حق دریافت خدمت به بیمه شده که دارای بیمه معتبر بدون همپوشانی از یکی از سازمان‌های بیمه‌گر است و با توجه به ماهیت خدمت درخواست شده، براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ضوابط بیمه‌ای شرایط دریافت خدمت را دارد.

تبصره ۱: خدمات به نوزادان: ارائه خدمات به نوزادان تا ۲۸ روز بسته به نوع خدمت (گروه مرد یا زن) می‌تواند با دفترچه و یا کد ملی پدر یا مادر (رفع محدودیت جنسیت برای برخی خدمات) قابل محاسبه و پرداخت گردد.

تبصره ۲: در خصوص بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح با توجه به امکان صدور دفترچه از هفته ۳۸ بارداری ارائه خدمات بیمه‌ای به نوزادان با دفترچه نوزادی امکان پذیر می‌باشد و لزومی به ارائه خدمات بیمه‌ای با دفترچه پدر یا مادر نمی‌باشد.

ماده ۲: ضوابط لازم الاجرا توسط موسسات پرتو پزشکی طرف قرارداد

۱- کلیه دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها و بخشنامه‌های مرتبط با امور پرتوپزشکی که از سوی مراجع ذی صلاح به موسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می‌باشد.

تبصره: ضروری است، سازمان بیمه پس از عقد قرارداد با مؤسسه پرتوپزشکی، «ضوابط لازم الاجرا توسط موسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد» را به همراه یک نسخه از قرارداد همکاری در اختیار مؤسسه قرار دهد.

۲- بیمار در هنگام پذیرش نسخه و ارائه خدمت پرتوپزشکی، باید دارای استحقاق درمان باشد.

۳- مراکز ارائه دهنده ملزم به ارائه صورتحساب (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل: کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه‌گر و سهم بیمار می‌باشند.

۴- نسخ پرتوپزشکی خدمات تخصصی شامل MRI، CT scan، سی تی آنژیو، آنژیوگرافی و PET CT از زمان تجویز تا ۶ ماه بعد، (به دلیل حجم بالای مراجعه کنندگان جهت دریافت نوبت بالای یکماه) قابل پذیرش توسط مؤسسه/بخش می‌باشد.

تبصره ۱: برای سایر خدمات از زمان تجویز تا ۲ ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه/بخش می‌باشد.

تبصره ۲: اگر در مراجعه اولیه بیمار برای پیگیری‌های بعدی درمان (نسخ آینده) نیاز به ارائه خدمات پاراکلینیک باشد، بر اساس تجویز پزشک معالج نسخ تجویز شده تا شش ماه از زمان تجویز دارای اعتبار می‌باشد.

۵- نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، زمان تعلیق، از سایر سازمان‌ها، مؤسسات دیگر، ماه‌های گذشته (به استثنای موارد مشمول بند ۴) و آینده، عدم استحقاق درمان در زمان ارائه خدمت جزء تعدیلات محسوب خواهد شد.

۶- نسخ مؤسسات پرتویزشکی (به استثنای رادیوتراپی) فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

۷- امکان تجویز خدمات پاراکلینیک و دارو برای متخصصین رادیولوژی معادل صلاحیت پزشکان عمومی در پوشش سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص خدمات یا دارو و لوزام پیش نیاز اختصاصی یک خدمت صلاحیت تجویز متناسب با سطح خدمت مربوطه خواهد بود.

تبصره ۱: پاراکلینیک یا دارو که به عنوان پیش‌نیاز خدمت خاصی که طبق کوریکولوم آموزشی مربوط به متخصص رادیولوژی است، در صورت تجویز رادیولوژیست توسط سازمان‌های بیمه‌گر قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: در مواردی که خدمت به صورت پیش‌نیاز نباشد، در صورتی که تجویز کننده و ارائه کننده خدمت یکسان باشد، برای این گروه از متخصصین نسخه مربوطه تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر نخواهد بود.

۸- انجام خدمات مداخله‌ای، متناسب با کوریکولوم آموزشی توسط متخصصین رادیولوژی یا فلوشیپ مداخله‌ای یا اینترونشنال بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱: ارائه خدمات شامل ویزیت، ارجاع، تجویز و یا دستور بستری برای انجام خدمات مداخله‌ای، توسط متخصصین رادیولوژی مداخله‌ای (Interventional) در چارچوب کوریکولوم آموزشی در مراکز بیمارستانی یا جراحی محدود برای این رشته مجاز می‌باشد.

۹- در صورت احراز هرگونه تعارض منافع از طرف تجویز کننده و ارائه دهنده خدمات (برای مثال تجویز سهامدارن یا رابطه مالی بین تجویز کننده و ارائه دهنده خدمات) مشمول تعدیل و به عنوان تخلف قابل پیگیری می‌باشد.

۱۰- نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتویزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی مطابق با دستورالعمل خرید راهبردی خدمات مامایی قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

۱۱- در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه صرفاً نسخ کاغذی در صورت درخواست خدمات پرتویزشکی توسط انترن با مهر به همراه مهر مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز در پرونده بستری قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

۱۲- نسخ تجویز شده توسط رزیدنت‌ها در مراکز آموزشی درمانی با مهر/کد مراکز آموزشی درمانی برای رزیدنت‌های سال اول و دوم معادل پزشکان عمومی و برای رزیدنت‌های سال سوم و چهارم معادل پزشکان متخصص لحاظ می‌گردد.

تبصره: نسخ تجویز شده توسط رزیدنت‌ها در خارج از مراکز آموزشی، توسط سازمان بیمه‌گر پایه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۳- در صورت ایجاد زیرساخت‌های الکترونیک، ثبت " کدینگ تشخیص یا شکایت اصلی بیمار " در نسخ خدمات پرتوپزشکی توسط پزشک معالج الزامی می‌باشد.

۱۴- خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر رنگی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و خدمات مداخله‌ای تشخیصی و درمانی (اینترنشنال)، سنجش تراکم استخوان در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱: در موارد اورژانس به جز سطح ۵ تریاژ در قالب پرونده بستری موقت، سی تی اسکن بدون ماده حاجب در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی با مهر/کد اورژانس بیمارستان در نسخ کاغذی/الکترونیکی قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: اسکن تیروئید و جذب ید تیروئید در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.
۱۵- نسخ خدمات پرتوپزشکی که جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی‌باشد (به استثنای موارد ابلاغی) در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

تبصره: آزمون‌های غربالگری عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می‌روند و اصولاً پایه‌ای برای درمان بیمار نیستند. برای مثال آزمون‌های پاراکلینیک قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون‌های غربالگری محسوب می‌شوند.

۱۶- مسئول فنی و پرسنل صاحب صلاحیت موسسه موظفند طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج، خدمات پرتوپزشکی را برای بیماران انجام دهند. مسئول فنی و پرسنل موسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را ندارند.

تبصره ۱: 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 و در صورت نیاز به اصلاح نسخه به پزشک معالج ارجاع شود. بدیهی است در غیر اینصورت خدمت تجویز شده قابلیت انجام نداشته و در صورت انجام مشمول تعدیلات خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت نیاز به بیهوشی در انجام خدمات پرتوپزشکی نظیر سی تی اسکن یا MRI، رادیولوژیست به عنوان تجویز کننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام دهنده (با تکمیل برگه القاء بیهوشی و مهر به مهر وی) می‌باشد.

۱۷- تا زمان پذیرش کلیه نسخ به صورت الکترونیک، برگ‌های درخواست هزینه و صورتحساب و همچنین 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 مذکور و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مراکز نیز باشد.

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

۱۸- الصاق یا ارسال الکترونیک تصویر گزارش (Report) خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر رنگی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای و خدمات مداخله‌ای تشخیصی و درمانی (اینترنشنال)، سنجش تراکم استخوان (ممه‌ور به مهر و امضاء مسئول فنی) به نسخ ارسالی الزامی می‌باشد و در صورت عدم ارسال مشمول تعدیلات خواهد شد.

۱۹- مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد بایستی کلیه برگ‌های درخواست هزینه و صورت‌حساب و نسخ ماهانه خود را از زمان پایان درمان حداکثر تا تاریخ پانزدهم ماه بعد براساس قرارداد فی مابین به سازمان بیمه‌گر استان ارسال نمایند.

تبصره ۱: مهلت ارسال نسخ اسفندماه هر سال مراکز درمانی حداکثر تا پایان فروردین ماه سال بعد خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت درخواست مؤسسات پرتوپزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر مجازند نسبت به پذیرش اسناد مؤسسات کم هزینه به صورت تجمعی حداکثر تا سه ماه برنامه ریزی نمایند. به گونه‌ای که اسناد هر ماه در ماه مربوطه ثبت و ارسال گردد، لازم به ذکر است ارسال بیش از یک ماه فقط شامل نسخ فیزیکی بوده و فایل الکترونیک به صورت ماهانه باید ارسال گردد.

۲۰- در موارد ذیل، اسناد در مقطع زمانی مورد نظر، قابل پذیرش و پرداخت نبوده و از طریق اداره نظارت سازمان‌های بیمه‌گر قابل پیگیری می‌باشد:

الف) تعطیلی موقت و یا دائم مؤسسه

ب) عدم اطلاع تغییر آدرس مؤسسه

ج) عدم اطلاع تغییر مسئول فنی

د) عدم معرفی جانشین/قائم مقام مسئول فنی

ه) عدم ارسال نسخ بیش از سه ماه

و) عدم اعتبار پروانه مرکز یا مسئول فنی (به استثنای موارد اعلامی از سوی وزارت بهداشت/ دانشگاه‌های علوم پزشکی)

۲۱- در صورت گزارش اداره نظارت سازمان‌های بیمه‌گر مبنی بر ارائه خدمت در زمان غیبت مسئول فنی مؤسسه/ جانشین وی، اسناد ارسالی در تاریخ عدم حضور مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۲- مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد حداکثر یک ماه بعد از دریافت برگ صورت‌حساب می‌توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند و از آن پس اعتراضی پذیرفته نخواهد بود.

۲۳- 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 بخشنامه‌های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت) اعلام می‌گردد.

۲۴- پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی و مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی با بخش ارائه دهنده خدمت (مراکز پرتویزشکی خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه) بر اساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار یا بیمه تکمیلی است.

تبصره: خدمات پرتویزشکی خارج از تعهد سازمان بیمه گر شامل؛ خدمات جدید فاقد تعرفه و خدمات ستاره دار در گتاب ارزش نسبی، خدمات درخواستی مغایر با ضوابط ابلاغی (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)، خدماتی که به منظور Check up یا غربالگری (Screening) انجام می شود.

۲۵- خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در مؤسسه مطابقت داشته باشد. در غیر اینصورت توسط سازمان های بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد

۲۶- اخذ تاییدیه برای انجام خدماتی که مطابق ضوابط بیمه ای نیازمند تایید سازمان های بیمه گر می باشد، الزامی است.

تبصره: هر گونه تغییرات در ضوابط سازمان های بیمه گر باید از یک ماه قبل به مراکز ارائه خدمت اطلاع رسانی شود (به استثنای مصوبات سالیانه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی).

۲۷- کلیه مراکز پاراکلینیک ملزم به پذیرش نسخ تجویز شده مطابق ضوابط و استانداردهای ابلاغی می باشند. مراکز ملزم به پذیرش نسخ از سایر مراکز بوده و نباید بیماران را جهت انجام خدمات پاراکلینیک ملزم به تجویز توسط همان مرکز نمایند.

ماده ۳: ضوابط رسیدگی به اسناد پرتویزشکی

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتویزشکی شامل دو بخش عمومی و اختصاصی به شرح ذیل می باشد:

الف) ضوابط عمومی رسیدگی به اسناد پرتویزشکی

۱- در صورت عدم استحقاق درمان در زمان تجویز و زمان دریافت خدمت، تاریخ گذشته (نسخ مربوط به ماههای گذشته به جز موارد مندرج در ضوابط لازم الاجرا)، تاریخ آینده (نسخ مربوط به روزها و ماههای بعدی)، فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش در صورتیکه نسخه توسط پزشک معالج و یا ادارات کل/مدیریت درمان استان تایید نشده باشد. مشمول تعدیلات می گردد

تبصره ۱: نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد نیاز به تایید ادارات کل/مدیریت درمان استان دارد.

تبصره ۲: کلیه مندرجات متن نسخه باید بدون خدشه و با یک دست خط باشد.

۲- وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک تجویز کننده خدمت پرتویزشکی برای نسخ کاغذی و تایید مکانیزه (امضای الکترونیک پس از ابلاغ سازمان نظام پزشکی) برای نسخ الکترونیکی الزامی است.

۳- نسخ ارسالی که به صورت کاغذی می‌باشند، بایستی دارای مهر یا پرینت مشخصات مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد و در خصوص اسناد الکترونیکی مطابق با ضوابط تبادل الکترونیک اسناد اقدام خواهد شد.

تبصره ۱: در مواردی که نسخ ارسالی کاغذی مؤسسه فاقد مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد اعمال تعدیلات یا ارجاع آن به مؤسسه انجام خواهد شد.

تبصره ۲: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی‌باشد.

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

۵- در صورتیکه نسخ مربوط (ممه‌ور به مهر) به دیگر مؤسسات پرتویزشکی باشد علاوه بر غیرقابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می‌باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتویزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلامانع می‌باشد).

۶- نسخ مربوط به روزهایی که طبق گزارش اداره نظارت، مؤسسه پرتویزشکی فاقد مسئول/جانشین فنی بوده است مشمول تعدیلات می‌گردد.

۷- اعمال تعدیلات در موارد اضافه قیمت، به نسبت سهم سازمان از اضافه دریافتی کسر خواهد شد.

تبصره: در مواردی که بنا به تشخیص کارشناس رسیدگی کننده و تایید مسئول مربوطه در سازمان‌های بیمه‌گر وقوع تخلف احتمال داده شود، موارد جهت بررسی و اعلام نظر به اداره نظارت ارسال گردد.

۸- به سازمان وکالت داده می‌شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب مؤسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به مؤسسه رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات مؤسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه مؤسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح در خواست توسط مؤسسه، از سوی سازمان پرداخت می‌شود.

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

۱۰- انجام خدمات پرتویزشکی که نیازمند تزریق ماده حاجب باشد، صرفاً در حضور مسئول فنی یا متخصص رادیولوژی مرکز و یا در شرایط اورژانس تحت نظر سایر پزشکان معالج قابل انجام خواهد بود، در غیر این صورت نسخ مربوطه قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

ب) ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد پروتوزشی:

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

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

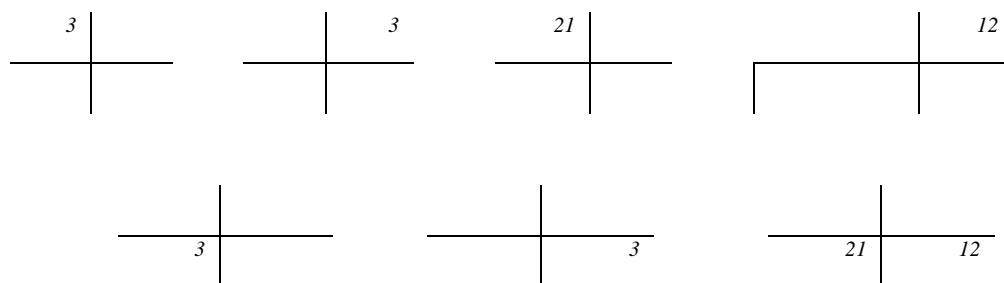
۳- کد ملی ۷۰۰۰۶۵ با عنوان "رادیوگرافی دندان هر فیلم، پری اپیکال" در هر نسخه حداکثر ۶ بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و در صورت نیاز بیمار به بیش از ۶ پری اپیکال، به صورت جداگانه قابل محاسبه نبوده و صرفاً کد ۱۰ فیلم (کد ملی ۷۰۰۰۷۰) قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

۴- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی پری اپیکال دندان محاسبه می‌گردد:

الف: دندان‌های قدامی:

۱. در دندان‌های قدامی، دندان‌های ۱ و ۲ بالا، چپ و راست هر کدام یک کلیشه، دندان‌های ۱ و ۲ پایین چپ و

راست باهم یک کلیشه، دندان ۳ بالا یا پایین و چپ یا راست هر کدام یک کلیشه



ب: دندان‌های خلفی:

۱. در دندان‌های خلفی، دندان‌های ۴ و ۵ بالا یا پایین و چپ یا راست باهم یک کلیشه، دندان‌های ۶، ۷ و ۸ بالا یا

پایین و چپ یا راست باهم یک کلیشه

تبدیره: با تایید ناظر سازمان‌های بیمه‌گر برای دندان‌های خلفی ۴ و ۵ و دندان‌های ۶، ۷ و ۸ در صورت بزرگ بودن اندازه یا انحراف (یا زاویه دار بودن) دندان، می‌توان به ازای هر دندان، کلیشه را به صورت جداگانه گزارش کرد.

876	678	54	45
876	678	54	45

۵- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی بایت وینگ دندان محاسبه می‌گردد:

876	678	54	45
876	678	54	45

۶- تعرفه رادیوگرافی *KUB* معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده کد ۷۰۰۲۴۵ قابل محاسبه می‌باشد.

۷- 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 می‌گردد، 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 نمی‌باشد. (مثلاً در صورت درخواست همزمان *KUB* و *IVP* توسط پزشک معالج، تعرفه *KUB* قابل پرداخت نخواهد بود)

۸- خدمات رادیوگرافی پرتابل در بخش‌های بستری مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد.

۹- تعرفه‌های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در موارد آنالوگ و دیجیتال (*CR* و *DR* و *DDR*) یکسان می‌باشد.

۱۰- در خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست)، هزینه ماده کنتراست و هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر رابط آنژکتور و آنژیوکت جداگانه یکبار به ازای هر بیمار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. همچنین سرنگ آنژکتور به ازای هر ۵ بیمار یکبار (معادل ۲۰٪ قیمت برای هر بیمار) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۱- براساس شرح کد ۷۰۰۶۶۶ هزینه کلیشه در خدمات تصویربرداری در تعرفه خدمت لحاظ شده و به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. لازم به ذکر است این کد صرفاً به درخواست بیمار و برای بار دوم قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱۲- 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 می‌باشد.

۱۳- پرداخت تعرفه‌های خدمات آنژیوگرافی به صورت دیجیتال (*DSA*) فقط در صورت قابلیت سیستم به انجام آنژیوگرافی افتراقی دیجیتال و یا دارا بودن دیتکتورهای مخصوص جهت ثبت تصاویر امکان پذیر می‌باشد. بدیهی است که

در صورت انجام خدمت بر روی دستگاه آنالوگ و تبدیل تصاویر حاصله به تصاویر دیجیتال با استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری تعرفه دیجیتال قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

۱۴- برای محاسبه و پرداخت همزمان خدمات آنژیوگرافی عروق محیطی (غیر از عروق کرونر) براساس کد تعدیلی ۵۱ اقدام خواهد شد.

تبصره: موارد استثنا شامل خدماتی است که در کتاب ارزش نسبی با علامت (+) به طور مشخص تعرفه ای برای آنها عنوان شده است. به عنوان مثال در هنگام درخواست آرتیوگرافی شکمی سلکتیو با کد ملی ۷۰۱۰۶۵ برای شریان اول و کد ملی ۷۰۱۰۷۰ برای شریان‌های بعدی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۵- خدمات تصویربرداری چشم شامل کدهای ۷۰۱۵۱۰، ۷۰۱۵۰۵، ۷۰۱۵۱۵ به ازای هر چشم قابل محاسبه و پرداخت است. ولی با در نظر گرفتن این موضوع که در هر نوبت یک چشم تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد، لذا در صورت تجویز و انجام کدهای مذکور همزمان برای دو چشم در هر نوبت صرفاً یک کد قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ماده ۴: نحوه ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) از مراکز طرف قرارداد

رسیدگی به اسناد نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) براساس دستورالعمل خرید راهبردی خدمات مربوطه خواهد بود.

ماده ۵: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد سونوگرافی

۱- تعرفه سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی معادل تعرفه سونوگرافی تعیین حاملگی کد ۷۰۱۷۱۵ قابل محاسبه می‌باشد. (کد ۷۰۱۶۱۱ با کد ۷۰۱۷۱۵ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد).

تبصره: در صورتی که براساس نیاز بیمار و دستور پزشک معالج مبنی بر بررسی سایر احشاء لگنی (با ثبت تشخیص اولیه)، علاوه بر بررسی حاملگی، کد ۷۰۱۶۱۱ با کد ۷۰۱۷۱۵ همزمان قابل گزارش و پرداخت می‌باشد.

۲- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی بررسی حاملگی و سونوگرافی رشد جنین و IUGR فقط بررسی رشد جنین و IUGR قابل گزارش می‌باشد. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۳۶ همزمان قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد).

۳- در صورت درخواست سونوگرافی NT و یا NB کد ۷۰۱۷۳۰ به همراه سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون‌های مادرزادی کد ۷۰۱۷۲۵ در سه ماه اول بارداری کد ۷۰۱۷۳۱ (که شامل مجموع شرح دو کد می‌باشد) و بعد از سه ماه اول فقط کد ۷۰۱۷۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند.

۴- کد ۷۰۱۷۳۱ سونوگرافی NT از آنجائیکه زمان مناسب برای انجام سونوگرافی NT بین هفته ۱۱ تا ۱۳ بعلاوه ۶ روز می‌باشد، در صورت انجام سونوگرافی مذکور خارج از این بازه زمانی، هزینه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. همچنین هزینه سونوگرافی NT و یا NB خواهد بود.

۵- سونوگرافی NT به همراه NB فقط کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT و یا NB) و در هر دوره بارداری صرفاً یکبار قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره: در صورت درخواست سونوگرافی NB، NT همزمان با سونوگرافی حاملگی صرفاً سونوگرافی NB، NT قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۶- 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.

تبصره: در خصوص کدهای ۷۰۱۷۲۰، ۷۰۱۷۲۵، ۷۰۱۷۳۰، ۷۰۱۷۳۱ و ۷۰۱۷۳۶ در موارد چند قلویی به ازای هر قل یک بار کدهای مربوطه قابل محاسبه و گزارش می باشد.

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

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

۹- 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 بیشتر باشد، صرفاً تعرفه سونوگرافی شکم قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۰- در صورت درخواست سونوگرافی شکم با کد ۷۰۱۵۵۵ و سونوگرافی لگن با کد ۷۰۱۶۱۱ به طور همزمان، صرفاً کد ۷۰۱۶۲۶ (سونوگرافی شکم و لگن) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره: بدیهی است هرگونه درخواست دیگری شامل بررسی کلی ارگان ها در محدوده شکم و لگن در صورتی که ارزش نسبی خدمات انجام شده بیش از تعرفه کد ۷۰۱۶۲۶ گردد، صرفاً کد ۷۰۱۶۲۶ قابل محاسبه و گزارش می باشد. لازم به ذکر است که این موضوع شامل بررسی های دوران حاملگی مثل سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل و سونوگرافی NT و یا NB نمی شود.

۱۱- در صورت درخواست سونوگرافی غدد پارائورتیک به تنهایی معادل تعرفه سونوگرافی رتروپریتونال کد ۷۰۱۶۰۵ قابل محاسبه می باشد.

۱۲- سونوگرافی نسج نرم (۷۰۱۷۰۵) همزمان با سونوگرافی پستان به همراه ناحیه آگزیلاری به صورت یک یا دو طرفه (کد ۷۰۱۵۴۵) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. کد ۷۰۱۵۴۵ مربوط خدمت سونوگرافی پستان به همراه ناحیه آگزیلاری به صورت یک یا دو طرفه قابل پرداخت است.

۱۳- خدمت سونوگرافی پرتابل در بخش های بستری مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد.

۱۴- اندازه گیری طول سرویکس جزئی از خدمت سونوگرافی حاملگی بوده و کد جداگانه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

- ۱۵- در صورتی که صرفاً انجام اندازه گیری طول سرویکس درخواست شود، کد ۷۰۱۶۵۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۱۶- انجام خدمات سونوگرافی بارداری مطابق استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط فلوشیپ های پریناتولوژی تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد.
- ۱۷- سونوگرافی Fast فقط در قالب تشکیل پرونده اورژانس برای بیماران ترومایی جهت بررسی مایع آزاد داخل شکمی و پارگی ارگان هایی همانند کبد و طحال، صرفاً در صورتی که در ۶ ساعت اول بستری شدن بیمار در بیمارستان و توسط متخصصین طب اورژانس و رادیولوژیست انجام شود، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره:** این سونوگرافی به هیچ عنوان در قالب نسخ سرپایی، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ماده ۶: 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 اندیکا سیون های انجام TCD و TCCS شامل ؛ Stroke، TIA، مواردی از سرگیجه (برای رد ضایعات عروقی Vertebro-Basilar) و تشخیص افتراقی سرگیجه های ناشی از epilepsy، TIA است.
- ۳- درج تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخه و همچنین الصاق تصویر گزارش انجام TCD به نسخ ارسال الزامیست.
- ۴- 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 (TCD) شامل موارد زیر می باشد:
 - الف) شریان اینترنال کاروتید در محل ورود به حفره جمجمه سگمان ۵ C و ۴ C دو طرف.
 - ب) سیفون کاروتید شامل سگمان خلفی ۴ C و ۳ C و ۲ C و ۱ C دو طرفه.
 - پ) شریان افتالمیک دو طرفه.
 - ت) شریان مغزی قدامی سگمان Precommonal دو طرفه.
 - ث) شریان مغزی قدامی سگمان Postcommonal دو طرفه.
 - ج) محل دوشاخه شدن شریان مغزی میانی دو طرفه.
 - چ) تنه شریانی مغزی میانی سگمان M₁ و M₂ دو طرفه
 - ح) شریان رابط قدامی.
 - خ) شریان رابط خلفی دو طرفه.
 - د) شریان مغزی خلفی در دو سگمان P₁ و P₂ از دو زاویه دید «Approach» ترانس تمپورال و ترانس فورامینال.
 - ذ) شریان قاعده ای مغز.

ر) شریان ورتبرال در سگمان ۷۴ و ۷۳.

- ۵- با توجه به اینکه در انجام این خدمت بررسی همزمان عروق اینتراکرانیاال و اکستراکرانیاال الزامیست، وجود تجهیزات با قابلیت انجام سونوگرافی در هر دو ناحیه الزامی می باشد.
- ۶- سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیاال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) به صورت همزمان، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۷- 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 پارانشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D) مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.
- ۸- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.
- ۹- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیاال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده ۷: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد سی تی اسکن

- ۱- 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: در موارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق توسط پزشک عمومی با مهر/ کد اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.
- ۲- انجام خدمات سی تی آنژیوگرافی ها، سی تی اسکن فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان، سری کامل TMJ، سی تی آندوسکوپی مجازی، سه بعدی (3D)، باز سازی متال آرتیفکت و باز سازی هر ناحیه و برر سی پرفیوژن بافتی با گاز گزنون منحصراً با دستگاه های مولتی اسلایس (MSCT) حداقل ۴ اسلایس و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره: انجام سی تی آنژیوگرافی عروق کرونر صرفاً با دستگاه های ۶۴ اسلایس و بالاتر امکان پذیر می باشد.
- ۳- HRCT در صورت تجویز توسط متخصص داخلی، طب اورژانس، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره: سی تی اسکن ریه همراه با HRCT در صورت تجویز توسط پزشکان متخصص صاحب صلاحیت مطابق استاندارد به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۴- در صورت درخواست سی تی اسکن سه بعدی هر ناحیه به همراه سی تی اسکن معمولی همان ناحیه یا با باز سازی، صرفاً سی تی اسکن سه بعدی (۷۰۲۲۷۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- ۵- در سی تی اسکن بیماران ترومایی درخواست کلیشه Bone window در تعرفه خدمت لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
- ۶- در صورت درخواست هر تعداد مهره از هر یک از نواحی، صرفاً کد ناحیه مربوطه قابل گزارش می‌باشد.
- ۷- در صورت انجام خدمت سی تی اسکن و محاسبه آنته ورشن هیپ با زانو صرفاً کد ۷۰۳۰۲۰ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و کد دیگر همزمان با آن قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
- ۸- برای انجام سی تی اسکن تری فازیک (بدون تزریق، با تزریق دینامیک و تاخیری) کد ملی ۷۰۳۰۳۵ (پروتکل بررسی همانژیوم کبدی) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ماده ۸: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد MRI

- ۱- خدمات MRI صرفاً در صورت تجویز توسط متخصصین مرتبط با خدمت، قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۲- کلیه درخواست‌های MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمان‌های بیمه‌گر دارد. (به جز در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه).
- ۳- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت - MRI مغز و گوش - MRI مغز و هیپوفیز - MRI مچ و کف پا یا دست، در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد با توجه به پروتکل‌های متفاوت مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا به صورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره: در مواردی که MRI با یک پروتکل و در یک مرحله انجام و گزارش شود، صرفاً تعرفه یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۴- در موارد درخواست MRI برای بخش مشترک نواحی ستون فقرات (سرویکو توراسیک، توراکو لومبارو یا لومبو ساکرال) منحصرأ یک کد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره: در صورت انجام MRI دو ناحیه مختلف ستون فقرات به صورت مجزا کدهای مربوطه به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۵- در صورت درخواست MR ماموگرافی یک یا دو طرفه با تزریق کد ۷۰۴۲۷۰ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۶- جهت MRI جنین، کد MRI لگن تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۷- جهت انجام MR آنتروگرافی، کد MRI لگن همزمان با MR شکم (با و بدون تزریق) (کدهای ۷۰۴۱۶۵ و ۷۰۴۱۹۰) تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۸- جهت انجام خدمت MRI مولتی پارامتریک پروستات و لگن، کد ۷۰۴۲۷۰ تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

ماده ۹: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد پزشکی هسته‌ای

۱- 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 می‌گردد و شامل موارد ذیل می‌باشد:

الف) آزمایشات IN VIVO یا طرح برداری از اعضا و تعیین میزان جذب مواد رادیواکتیو در اعضای بدن.
ب) تجویز، طراحی و انجام درمان با مواد رادیواکتیو (به استثناء استفاده از منابع تشعشع بسته)
تبصره: 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.

۲- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو که عمدتاً شامل سنجش هورمون‌ها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونومتریک اسی (IRMA) و 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.

۳- در کدهای ۷۰۴۹۶۵، ۷۰۴۶۰۵، ۷۰۴۷۲۵، ۷۰۴۷۳۰، ۷۰۴۹۳۵، ۷۰۴۹۴۵، ۷۰۴۹۵۰، ۷۰۴۸۲۰ و ۷۰۴۸۲۵ که صرفاً به روش planar انجام می شوند، روش SPECT قابل محاسبه و گزارش نیست.

۴- برای اسکن قلب و مغز با هر نوع رادیودارو صرفاً به روش SPECT انجام می شود، لذا در صورت عدم درج در نسخه کد ۷۰۵۰۸۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در خصوص سایر اسکن ها جهت پرداخت کد SPECT درخواست پزشک الزامی می باشد.

۵- مراکز پزشکی هسته ای برای خدمت اسکن قلب (از کد ۷۰۴۶۶۵ تا ۷۰۴۶۸۰) ملزم به تهیه لوازم مصرفی و داروی بیمار در مراکز بوده و از ارجاع بیماران به بیرون از مرکز خودداری نمایند و هزینه لوازم و داروی مصرفی خدمت در کد مربوطه دیده شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۶- برای بیمارانی که خدمات درمان متاستاز با مواد رادیواکتیو به صورت مرحله‌ای دریافت می‌کنند، جهت پیگیری درمان به متخصصین پزشکی هسته‌ای اجازه تجویز خدمات پاراکلینیک داده شود.

ماده ۱۰: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد رادیوترابی

۱- رشته تخصصی رادیوانکولوژی (رادیوترابی) به مشابهِ سایر رشته‌های تخصصی، دارای قابلیت پذیرش بیماران را به صورت مراجعه مستقیم است و شرط ارجاع از سایر متخصصین الزامی نمی‌باشد.

تبصره: پزشکان متخصص رادیوانکولوژی (رادیوترابی) ارائه دهنده خدمات موظفاند اسناد و مدارک مثبت دال بر تشخیص سرطان برای بیمار مراجعه کننده در پرونده بیمار (کاغذی یا سامانه های الکترونیکی مربوطه) ضمیمه نمایند.

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

الف) 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 مدالیته های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۲۹۰) فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) مدیریت درمان رادیو تراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه. (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 ۷۰۵۲۹۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تبصره: لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند و درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود، ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود.

ج) جهت پرداخت کدهای مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع (کد ۷۰۵۲۹۰) و در حین درمان (۷۰۵۲۹۵) به ازای هر ۵ جلسه رادیوتراپی، 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 یا ۷۰۵۳۳۵) (تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه می باشد) یا سیمولاتور با سایر روشهای تصویربرداری (سی تی اسکن، ام آر آی، سونوگرافی و پت اسکن) برای دوره درمان رادیو تراپی با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۵ یا ۷۰۵۳۴۰)

تبصره ۱: برای پرداخت هزینه انجام خدمت سیمولاتور مطابق کد تعدیلی ۸۷ نیاز به ارائه گزارش خدمات تصویر برداری نمی باشد.

تبصره ۲: در صورتی که بیمار نشان دار شده باشد، چنانچه تجویز کننده خدمات تصویربرداری جهت سیمولیشن متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) باشد، کد تعدیلی ۸۷ همراه با خدمت تصویربرداری قابل پرداخت بوده و فرانشیز بیمار مطابق با دستورالعمل بیماران خاص و صعب العلاج خواهد بود.

تبصره ۳: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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.

تبصره ۱: 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 می باشد.

تبصره ۲: جهت طراحی مجدد درمان برای رادیوتراپی پیچیده برای بیماران که بیش از دو فاز درمانی دارند، برای اندامهای دارای اندیکاسیون طراحی مجدد بر اساس فهرست اعلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کد ملی ۷۰۵۳۵۲ صرفاً یک بار قابل محاسبه و گزارش می باشد.

- ۵- مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی غیر Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۱,۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۰ و ۷۰۵۳۷۵) و Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۸۰).
- تبصره:** 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 هر فاز درمان رادیوتراپی.
- تبصره:** در هر فاز درمانی فقط یک محاسبه 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 اعلامی معاونت درمان)
- 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 شیلدهای بی قاعده، شیلدهای خاص، جبران کننده، وج، قالب گیری (mold) یا casts یا مولتی لیف 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)
- تبصره ۱:** در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یکنوع و یکبار طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره ۲:** در صورت استفاده صرف از شیلدهای پیش ساخته تعرفه طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
- 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 هر دوره رادیوتراپی به ازای هر ارگان (براساس جدول اعلامی معاونت درمان) 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:
- ۱-۱۱- فیلد درمانی ساده با دستگاه شتاب دهنده گروه A (حداکثر انرژی ۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۴ مطابق کد ملی ۷۰۵۳۳۰

۱۱-۲- فیلد درمانی پیچیده با دستگاه شتاب دهنده گروه A (حداکثر انرژی ۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۵

۱۱-۳- فیلد درمانی ساده با دستگاه شتاب دهنده گروه B (حداکثر انرژی بین ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۰

۱۱-۴- فیلد درمانی پیچیده با دستگاه شتاب دهنده گروه B (حداکثر انرژی بین ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۷ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۰

۱۱-۵- فیلد درمانی ساده با دستگاه شتاب دهنده گروه C (حداکثر انرژی ۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۶ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۵

۱۱-۶- فیلد درمانی پیچیده با دستگاه شتاب دهنده گروه C (حداکثر انرژی ۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۸/۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۵

تبصره ۱: ملاک محاسبه تعرفه در دستگاه شتاب دهنده خطی نوع انرژی مورد استفاده برای بیمار می‌باشد (بدون توجه به نوع دستگاه انجام دهنده رادیوتراپی A-B-C).

تبصره ۲: ملاک تشخیص فیلد درمانی ساده و پیچیده بدین صورت است که در مواردیکه از وسایل مخصوص (Shielding) یا MLC جهت حالت دادن به ستون اشعه استفاده نگردد و به هد دستگاه زاویه داده نشود (زاویه هر دستگاه صفر باشد) بعنوان فیلد درمانی ساده و در غیر اینصورت تحت عنوان فیلد درمانی پیچیده در نظر گرفته می‌شود.
تبصره ۳: هزینه فیلدهای درمانی قابل محاسبه برای هر بیمار عبارتست از مجموع تعرفه فیلدهای درمانی ساده و پیچیده در هر نوع دستگاه (A,B,C) ضربدر تعداد فیلدهای درمانی مورد استفاده برای بیمار می‌باشد.

تبصره ۴: در صورت تجهیز و راه اندازی دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف و پرتال فیلم، هر کدام ۱۰٪ و مجموعاً ۲۰٪ (معادل کد تعدیلی ۸۸) 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)

تبصره 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 پیوست اعلامی وزارت بهداشت بیشتر باشد.

تبصره ۲: تعداد شانها و جلسات و تعداد کل شانهای درمانی برای تکنیکهای معمولی محاسبه شده اند. محاسبه تکنیکهای پیچیده برای هر منطقه آناتومیک ممکن 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 آناتومیکی (مانند پروستات، سر و گردن، واژن، سارکوم ها و غیره) که با علامت ستاره مشخص شده ممکن است به یک فاز درمانی بیشتر احتیاج داشته باشد.

تبصره ۳: 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 رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) می باشد رسیدگی دقیق را اعمال نمایند.

۱۳- چنانچه برای انجام خدمات رادیوتراپی نیاز به بیهوشی باشد، در صورت درخواست متخصص رادیوانکولوژی به عنوان تجویزکننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام‌دهنده با تکمیل برگه القا بیهوشی براساس کد (۷۰۴۳۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده ۱۱: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد برای تراپی

- ۱- موارد قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با برای تراپی (به روش درمان از راه نزدیک) عبارتند از:
 - الف) 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 مدالیته های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۲۹۰) فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
 - ب) مدیریت درمان رادیوتراپی** در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه (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 ۷۰۵۲۹۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
 - تبصره ۱:** لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند، درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود. ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود.
 - تبصره ۲:** در صورتیکه درمان از جلسه دوم به بعد متوقف گردد ۳ کماکان قابل پرداخت است.
- ۲- پرداخت کدهای مربوط به مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان و حین درمان به ازای هر ۵ جلسه منوط به ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوانکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.
- ۳- هزینه سیمولاتور و قالب گیری (Casts و Mold) به ازای هر جلسه برای تراپی براساس (کد ۷۰۵۳۶۰) جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۴- در جلسات برای تراپی که در آن کارگذاری اپلیکاتور یا سوزن انجام شود، کد CT اسکن عضو مربوطه به همراه کد CT سیمولاتور به تعداد جلسات برای تراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- در صورت قرار دادن اپلیکاتور یا سوزن در مراکز براقی تراپی توسط رادیوانکولوژیست هزینه خدمت در کدهای مربوطه لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. اما در صورت ارجاع به سایر پزشکان جراح جهت قراردادن اپلیکاتور یا سوزن کد ۱۰۰۷۴۵ قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۶- در صورت انجام بیهوشی از هر نوع جهت قرار دادن اپلیکاتور یا سوزن مربوطه برای انجام براقی تراپی مشروط به تکمیل برگه القای بیهوشی توسط متخصص مربوطه در هر جلسه کد (۷۰۴۳۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد و در صورت انجام بیهوشی در محل اتاق عمل از کد تعدیلی ۳۱ (بیهوشی با ارزش پایه ۳) به همراه کد تعدیلی ۴۱ (ارزش زمانی بیهوشی) قابل محاسبه و پرداخت است.

۷- در صورت نیاز بیمار به بستری و انجام بیهوشی جهت کارگذاری اپلیکاتور براساس اندیکاسیون های اعلامی به شرح جدول پیوست، پرونده بستری شامل اتاق عمل، بیهوشی و تخت روز و با سهم سازمان ۹۰ درصد تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. درمورد بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی مشمول حذف فرانشیز می گردد.

ردیف	شرح خدمت	حداقل و حداکثر جلسات	لزوم انجام بیهوشی	لزوم بستری بیمار و روزهای بستری	توضیحات
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی سیلندر تک کاناله واژینال و رکتال	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت نیاز برای بیمار رکتال میتوان از داروهای خواب آور (sedation) استفاده کرد.	خیر	انجام سیمولاتور برای هر جلسه طراحی درمان قویاً توصیه می شود
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی اووئید واژینال	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای هر جلسه طراحی درمان ؛ احتیاج به انجام سیمولاتور دو به سه بعدی دارد.
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی تاندوم اووئید یا تاندوم سیلندر (داخل حفره ای) برای تومورهای ژنیکولوژی	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	بلی. بیهوشی عمومی، نخاعی و یا داروهای خواب آور	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا یک روز بعد	برای هر جلسه کاشت بیمار ؛ به انجام سیمولاتور سه بعدی دار
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی اینترا لومینال (مری، نازوفارنکس، ریه)	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای تمام جلسات نازوفارنکس جلسه سیمولاتور سه بعدی و مری در هر جلسه کاشت ؛ احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی (داخل حفره ای) مجاری صفراوی	حداقل : ۱ حداکثر : ۵	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای مجاری صفراوی در هر جلسه کاشت بیمار احتیاج به سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۰	درمان براقی تراپی (سطحی) پوستی	حداقل : ۵ حداکثر : ۱۵	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای تمامی جلسات درمان احتیاج به یک جلسه سیمولاتور بعدی دارد.

ردیف	شرح خدمت	حداقل و حداکثر جلسات	نزوم انجام بیهوشی	نزوم بستری بیمار و روزهای بستری	توضیحات
۷۰۵۰۰	درمان براکی تراپی کاشت سوزن ارگانه‌های لگنی غیر از پروستات	حداقل : ۱ حداکثر : ۴	بلی. بیهوشی عمومی و نخاعی	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا یک روز بعد خروج کاتتر و سوزن‌ها از بدن	برای هر جلسه طراحی درمان، احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۰۰	کاشت سوزن یا کاتترهای داخل نسجی در (پوست)، بافت نرم سر و گردن و اندامها و پستانها	حداقل : ۱ حداکثر : ۱۵	بلی. بیهوشی عمومی	در صورت بیهوشی جنرال از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا پس از خارج کردن سوزن‌ها و کاتترها از بدن	برای تمامی جلسات درمان، احتیاج به یک جلسه سیمولاتور بعدی دارد.
۷۰۵۰۰	درمان براکی تراپی کاشت سوزن یا کاتتر پروستات	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	بلی. بیهوشی عمومی و نخاعی	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل تا یک روز بعد خروج کاتترها و سوزن‌ها از بدن	برای هر بار کاشت احتیاج به سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۰۰	درمان براکی تراپی کاشت سوزن یا کاتتر برای تومورهای مغزی	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	بلی. بیهوشی عمومی	در صورت بیهوشی جنرال از روز قبل تا پس از خارج کردن کاتترها و سوزن‌ها از بدن	برای کل جلسات درمان فقط سه بعدی دارد.

تبصره: برای درمان براکی تراپی نسج نرم مانند سارکوم لگنی، کد ۷۰۵۵۴۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.

۸- انجام براکی تراپی هر ناحیه شامل قراردادن اپلیکاتور یا سوزن، طراحی درمان سه بعدی (کانتورینگ و تایید پلان)، محاسبات فیزیک براکی تراپی و دوزیمتری وصل به دستگاه براکی تراپی بابت هر جلسه مطابق یکی از کدهای ملی ۷۰۵۵۰۵، ۷۰۵۵۱۰، ۷۰۵۵۱۵، ۷۰۵۵۲۰، ۷۰۵۵۲۵، ۷۰۵۵۳۰، ۷۰۵۵۳۵، ۷۰۵۵۴۰، ۷۰۵۵۴۵، ۷۰۵۵۵۰ و یا ۷۰۵۵۵۵

تبصره: برای براکی تراپی چشم کد ملی ۶۰۲۳۶۵ (تخریب ضایعه موضع رتین یا رتینوپاتی پیشرفته با رادیوسیون بوسیله کارگذاری منبع) صرفا یکبار با کد ۷۰۵۵۴۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۹- درمان براکی تراپی بیمار بر روی دستگاه HDR (دوز بالا) به ازای هر جلسه با ارزش نسبی ۱۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۵۰۵) و برای دستگاه MDR، 70% تعرفه کد ملی ۷۰۵۵۰۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۰- در صورت کارگذاری اپلیکاتور یا سوزن تحت گاید تصویربرداری، کد خدمت تصویربرداری ناحیه مربوطه قابل محاسبه و گزارش می باشد.

۱۱- بر اساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب‌العلاج، هزینه خدمت رادیوتراپی در مراکز دولتی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، بصورت رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه است. لازم به ذکر است ما به التفاوت تعرفه دولتی با تعرفه سایر بخش ها (خصوصی، عمومی غیر دولتی و خیریه) به عهده بیمار می باشد. 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 ۷۰۵۲۹۰ و ۷۰۵۲۹۵

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

ج- خدمات IMRT از کد ۷۰۵۴۴۵ تا ۷۰۵۴۸۰

د- خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا ۷۰۵۵۵۵

ه- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی شامل مارکرها، شیلدهای اختصاصی، چسب های رادیوتراپی و ماسک های رادیوتراپی بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه توسط سازمان های بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

و- هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتترهای براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی سازمان غذا و دارو شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه توسط سازمان های بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

ماده ۱۲: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد رادیوتراپی با شدت تعدیل یافته یا (IMRT)

۱- برای هر کد ملی صرفاً یک بار جهت هر عضو (در یک پرونده) توسط سازمان های بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان با کد ملی ۷۰۵۲۹۰ (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایش ها، مرحله بندی بیمار و تعیین برنامه کلی درمان شامل مدالیته های درمانی و نحوه تجویز آنها) و صرفاً یک بار در هر دوره کامل درمان قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- مدیریت درمان رادیوتراپی هنگام درمان به ازای هر ۵ جلسه کد خدمت ۷۰۵۲۹۵، (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایش ها، مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دور و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات با SET UP درمان)

تبصره: لزومی ندارد جلسات درمانی در روز های پشت سر هم باشند و درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود، یک تا چهار جلسه باقی مانده در انتهای درمان نیز به عنوان یک مجموعه ۵ تای در نظر گرفته می شود.

۴- **کد خدمت ۷۰۵۴۴۵:** سیمولاتور با سایر روش های تصویربرداری برای دوره کامل رادیوتراپی (سی تی اسکن، ام آر آی، س.م.گرافی و پت اسکن) (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)

۵- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۰:** استفاده از پورتال فیلم رادیولوژیک برای تایید (وریفیکاسیون) درمان به ازای هر مورد اجرا

۶- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۲:** هدایت سی تی اسکن یا Cone Beam CT برای تعبیه میدان های پرتو درمانی (براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اندیکاسیون های مصوبه هفتاد و نهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور، برای خدمت IMRT، تحت پوشش بیمه پایه قرار می گیرد.) (انجام همزمان این خدمت با کد ملی ۷۰۵۴۷۰ در یک روز قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد)

- ۷- **کد خدمت ۷۰۵۴۵۵** : کانتورینگ تومور برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)
- ۸- **کد خدمت ۷۰۵۴۶۵** : کانتورینگ ارگان در معرض خطر برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)
- ۹- **کد خدمت ۷۰۵۴۵۰** : طراحی درمان برای یک ناحیه درمان با استفاده از یک فیلد پیچیده برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)
- ۱۰- **کد خدمت ۷۰۵۴۶۰** : مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی IMRT به ازای هر جلسه
- ۱۱- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۵** : محاسبات IMRT ، شامل هیستوگرام دوز حجم برای بافت هدف و تعیین تحمل نسبی ارگان‌های حیاتی
- ۱۲- **کد خدمت ۷۰۵۴۸۰** : درمان رادیوتراپی بیمار با روش IMRT، به ازای تعداد جلسات درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی
- ۱۳- کد تعدیلی ۸۸ با کدهای مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۱۴- مراکز ارایه دهنده خدمت رادیوتراپی با تکنیک IMRT ملزم به تهیه سی تی سیمولاتور و یا سی تی اسکن اختصاصی با سایز گانتری ۷۰ سانتیمتر و یا بیشتر و در بهترین حالت ۸۰ تا ۸۵ سانتی متر می باشند. مراکز که در حال حاضر قادر به تهیه سی تی اسکن نیستند، تا اطلاع ثانوی، ملزم به عقد قرارداد با مرکز دارای سی تی اسکن مورد تایید سازمان انرژی اتمی می باشند. لازم بذکر است حداقل سایز گانتری سی تی اسکن بر اساس شرایط موجود کشور در نظر گرفته شده است و توصیه می شود مراکز جدید الاحداث که قصد تهیه انجام IMRT دارند، سی تی اسکن با سایز گانتری بالای ۸۰ سانتی متر تهیه نمایند.
- ۱۵- مراکز ارایه دهنده خدمت موظف به دریافت گواهینامه تاییدیه از سازمان انرژی اتمی مبنی بر صدور مجوز کار با اشعه می باشند.
- ۱۶- مراکز ارایه دهنده خدمت علاوه بر اخذ پروانه بهره برداری مرکز، موظف به دریافت تاییدیه برای ارایه خدمت IMRT از طرف معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.
- ۱۷- تمامی اقدامات انجام شده در قبل، حین و بعد از انجام خدمت، می بایست منطبق بر موارد مطرح شده در شناسنامه و استاندارد خدمت مذکور باشد.
- ۱۸- درمان رادیوتراپی یکبار برای هر ناحیه درمان، برای بیمار تجویز می گردد و در صورت عود مجدد ضایعه، با بررسی ناحیه عود، تصمیم گیری برای ادامه درمان بیمار توسط متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) با بررسی طرح درمان قبلی و بررسی عوارض احتمالی انجام می گیرد.

۱۹- درمان رادیوتراپی عموماً پنج روز در هفته هر روز یکبار انجام می‌پذیرد. در برخی ضایعه‌ها که اندیکاسیون اثبات شده دارند، درمان دو جلسه در هر روز، در نوبت صبح و بعد از ظهر به فاصله زمانی حداقل ۶ ساعت انجام می‌گیرد. متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) در این مورد تصمیم نهایی را اتخاذ می‌نماید.

حداکثر تعداد جلسات	کد ICD	محل آناتومیک	
۳۳	C 71	تومورهای اولیه جمجمه	دستگاه عصبی مرکزی
۳۳	C 72	نخاع	
۳۳	C 75.1	هیپوفیز	
۳۳	C 69	چشم و کره چشم	
۳۳	C 70	مننژ	
۳۳	C 30.1 C44.2	گوش	
۳۳	D32.0 - D 33.3	توده های خوش خیم مغز، مننژ و اعصاب کرانیال	
۳۳	D35.2 - D 35.6	توده های خوش خیم هیپوفیز، کاروتید بادی و پاراگانگلیوما	
۳۵	C41.0 C41.1 C41.2	تومورهای اولیه استخوان های صورت، جمجمه و ستون فقرات	سرگردن
۳۰	C 15.0	مری گردنی	
۳۵	C 11	نازوفارنکس	
۳۵	C00.0 - C 00.9	لب	
۳۵	C01 - C 02.9	زبان	
۳۵	C03.0 - C 03.9	لثه	
۳۵	C04.0 - C 04.9	کف دهان	
۳۵	C05.0 - C 06.9	دیگر قسمت های دهان	
۳۵	C09.0 - C 10.9	اوروفارنکس	
۳۵	C12 - C 13.9	هایپوفارنکس	
۳۵	C30.0	حفره نازال، گوش میانی و سینوس های پارانازال	
۳۵	C07 - C 08.9	غدد بزاقی ماژور	
۳۵	C32.0 - C 32.9	حنجره	
۳۵	C73	تیروئید	
۳۵	C78.00 - C80.1 C45.9 C77.0 - C77.9	سرطان با منشا ناشناخته	
۳۳	C21	آنوس و کانال آنال	
۳۹	C61F	پروستات	
	T66-XXA*	رادیوتراپی مجدد	

۲۰- در مواردی که بیمار دارای مستندات و مدارک مثبت تشخیصی پاراکلینیکی (پاتولوژی یا تصویربرداری یا آزمایشگاه) که موید سرطان (طبق جدول ماده ۵ این دستورالعمل) می باشد، برای انجام خدمت IMRT نیاز به برگه ارجاع توسط سایر متخصصین بالینی ندارد.

۲۱- مستندات مثبت جهت پرداخت سازمان های بیمه گر شامل: تصویر کارت درمان مسموم به مهر پزشک درمانگر، Beam Summary، مستندات انجام پورتال فیلم و یا CBCT، منحنی DVH، مستندات پاراکلینیکی موید سرطان

۲۲- افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت، متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) می باشد.
۲۳- افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه شامل متخصصین رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) در مراکز مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت دارای مجوز انجام IMRT است. در صورت تصویب دوره آموزشی مورد تأیید معاونت آموزشی وزارت بهداشت، داشتن گواهینامه دوره برای پزشکان ارائه دهنده الزامی است.
۲۴- اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت (مطابق شناسنامه و استاندارد ابلاغی از معاونت درمان وزارت بهداشت) شامل موارد ذیل خواهد بود:

الف) سرطان پروستات : خطر عود پایین و متوسط (وقتی انتظار می رود بقای بیمار بیش از ۱۰ سال باشد). خطر عود بالا یا خیلی بالا (بیماری لوکالیزه یا پیشرفته لوکال (با یا بدون براکی تراپی) پس از پروستاتکتومی

ب) سرطان های سر و گردن: تمام تومورهای سر و گردن به استثنای سرطان لارنکس مرحله یک یا دو، یا جهت درمان فیلدی که قبلا تحت رادیوتراپی قرار گرفته است.

ج) سرطان های سیستم عصبی مرکزی و سرطان های کانال آنال

د) رادیوتراپی مجدد

۲۵- انجام IMRT در بیمارانی که امکان فیکسیشن صحیح آنها وجود ندارد، در بیماران بیقرار و همچنین در مواردی که تجهیزات استاندارد جهت در نظر گرفتن حرکات اندامها وجود ندارد و بیماران با شرایط اورژانس مانند فشار بر روی طناب نخاعی، سندرم ورید اجوف فوقانی یا انسداد مسیر هوایی کتراندیکاسیون درمان محسوب می شود.
۲۶- فرانشیز بیماران در دریافت خدمات IMRT مانند سایر خدمات در بسته بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی رایگان محاسبه می گردد.

ماده ۱۳: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد رادیوتراپی حین جراحی (IORT)

۱. برای خدمات رادیوتراپی در حین جراحی پستان با توجه به روش انجام رادیوتراپی (دوز کامل یا مکمل) و روش انجام رادیوتراپی با اشعه X یا الکترون، یکی از کدهای زیر قابل گزارش می باشد.

ارزش پایه بیهوشی	جز فنی	جز حرفه‌ای	شرح خدمت	کد ملی
۰	۱۵۰	۸۰	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با اشعه ایکس به روش دوز کامل (Full dose) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	۷۰۵۶۱۰ * #
۰	۱۵۰	۳۴	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با اشعه ایکس به روش دوز مکمل (Boost) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	* # ۷۰۵۶۱۱
۰	۱۹۰	۹۰	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با الکترون به روش دوز کامل (Full dose) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	۷۰۵۶۱۵ * #
۰	۱۹۰	۴۴	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با الکترون به روش دوز مکمل (Boost) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	* # ۷۰۵۶۱۶
۰	۰	۱۵	محاسبات پایه رادیوتراپی جهت درمان پیچیده رادیوتراپی شامل دوزیمتری و دوزیمتری اختصاصی، ارزیابی پارامترهای درمان، تضمین کیفیت انتقال دوز، دوز عمقی محور مرکزی، NSD، TDF، محاسبات OFF، Gap، Axis Factor، فاکتور غیر یکنواختی بافت، محاسبات دوز سطحی و عمقی پرتوهای غیر یونیزان (این کد به ازای هر دوره درمانی یک بار قابل گزارش است)	۷۰۵۴۰۰ #

۲. برای بیمارانی که درمان دوز کامل رادیوتراپی حین جراحی دریافت می کنند، برای همان اندام سایر خدمات رادیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۳. خدمات جراحی و بیهوشی براساس کدهای معمول جراحی پستان، کدهای شماره (۱۰۰۷۱۰ و ۱۰۰۷۱۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴. کدهای ملی رادیوتراپی حین جراحی (IORT)، صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با فرانشیز ۱۰ درصد، تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.

۵. با بازنگری شناسنامه و استاندارد خدمت رادیوتراپی حین جراحی IORT ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، این دستورالعمل مبتنی بر استاندارد و اندیکاسیون جدید قابل بازنگری می باشد.

دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی

ماده ۱: ضوابط عمومی رسیدگی به اسناد خدمات فیزیوتراپی

کلیه آیین نامه‌ها، تعرفه‌ها و مصوبات ابلاغی هیات محترم وزیران و شورای عالی بیمه سلامت کشور و شناسنامه و استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب خرید راهبردی و ضوابط بیمه‌ای یکسان سازمان‌های بیمه‌گر برای ارائه خدمات فیزیوتراپی لازم الاجرا می‌باشد. لازم به ذکر است در موارد اختلاف بین مصوبات و دستورالعمل‌های ابلاغی، مبنای حل اختلاف دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

ماده ۲: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد خدمات فیزیوتراپی

- ۱- در زمان پذیرش بیمار استحقاق سنجی درمان انجام گردد.
- ۲- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی از زمان درخواست توسط پزشک معالج می‌بایستی بیش از یکماه نباشد.
- ۳- مهلت ارائه خدمات فیزیوتراپی از تاریخ شروع اولین جلسه، برای هر دوره فیزیوتراپی حداکثر سه ماه می‌باشد.
- ۴- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد برای جلسات تمام شده می‌بایست اسناد خود را تا تاریخ ۱۵ ماه بعد تحویل دهند، در غیراینصورت سازمان‌های بیمه‌گر تعهدی در قبال دیرکرد پرداخت نخواهند داشت.
تبصره: ملاک زمان ارسال اسناد توسط مؤسسه براساس زیرساخت‌های اجرایی به صورت جلسه به جلسه یا آخرین جلسه مراجعه بیمه شده برای دریافت خدمات می‌باشد.
- ۵- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد حداکثر تا ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورت‌حساب، می‌توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند.
- ۶- اسناد ارسالی فیزیوتراپی‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.
- ۷- مراکز فیزیوتراپی ملزم هستند همزمان با ارسال اسناد کاغذی فرم‌های گزارش ارزیابی و برنامه ریزی را مطابق استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان اسناد مثبته به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال نمایند.

- ۸- 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.
- ۹- 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.
- ۱۰- 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 بیمه‌گر اعلام گردد.
- ۱۱- مبنای تعداد جلسات دستور پزشک معالج می‌باشد. برای نسخ تجویز شده توسط پزشکان عمومی و پزشکان متخصص غیر مرتبط، ۱۰ جلسه فیزیوتراپی و برای یک ناحیه. برای پزشکان متخصص مرتبط حداکثر ۱۵ جلسه و دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت است.
تبصره ۱: برای پزشکان متخصص در صورتی که بیمار مبتلا به یکی از بیماری‌های ام‌اس، میاستنی گراو، دوشن، گیلن باره و فلج مغزی باشد، حداکثر ۱۵ جلسه و حداکثر ۴ ناحیه قابل محاسبه و پرداخت است.
تبصره ۲: در صورت عدم درج تعداد جلسات توسط پزشک معالج تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۱۲- ذکر تشخیص اولیه در کلیه نسخ فیزیوتراپی اجباری است.
- ۱۳- فیزیوتراپی در منزل در تعهد نمی‌باشد.
- ۱۴- فیزیوتراپی به منظور زیبایی در تعهد نمی‌باشد.
- ۱۵- حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در روز یکبار می‌باشد.
- ۱۶- سقف تعداد جلسات فیزیوتراپی در سال تعداد ۹۰ جلسه برای هر ناحیه می‌باشد و در خصوص موارد خاص با تایید سازمان مربوطه سقف مربوطه قابل افزایش خواهد بود.

فرمت قراردادهای بیمه‌ای و مراکز و موسسات ارائه خدمت

باسمه تعالی

قرارداد بیمه‌های پایه با بیمارستان‌های دولتی – دانشگاهی**ماده (۱) طرفین قرارداد:**

در راستای تصویب‌نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و موسسات ارائه‌کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین بیمارستان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان رییس/سرپرست/مدیر عامل بیمارستان که دارای حق امضاء می‌باشد، با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱)، که از این پس موسسه نامیده می‌شود، از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل/مدیر/سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱)، که از این پس در این قرارداد، سازمان نامیده می‌شود، منعقد می‌گردد.

تبصره: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می‌باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سلامت (خدمات تشخیصی - درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی) تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه از بیمارستان، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یکسال شمسی می‌باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه‌ها یا مجوز فعالیت آن‌ها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می‌باشد.
تبصره ۱: در صورت تصمیم سازمان مبنی بر تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه به عمل آورد.
تبصره ۲: در صورت تصمیم هر یک از طرفین مبنی بر عدم تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی، می‌بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل برساند.

ماده (۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه‌های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل‌های یکسان رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

ماده ۵) تعهدات موسسه

- ۱- موسسه متعهد به انجام استحقاق سنجی درمان در زمان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی می باشد.
- ۲- موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی، لوازم و تجهیزات پزشکی و توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می باشد.
- ۳- موسسه موظف به تهیه و ارائه کلیه لوازم مصرفی، داروها و تجهیزات مورد نیاز بیمه شدگان سازمان در طول مدت بستری آنان می باشد و مجاز به ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان جهت تهیه دارو و لوازم مصرفی نمی باشد.
- ۴- موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات شامل؛ دستورالعمل ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی، آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان و دستورالعمل های اجرایی سازمان که مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده و حداقل یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده می باشد.
- تبصره ۱:** در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت های انضباطی بر اساس آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
- تبصره ۲:** در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین نامه های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.
- ۵- موسسه مکلف است از طریق دسترسی الکترونیک و یا سایر روش های موجود اسناد مربوط به پرونده های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان را در اختیار ناظرین بیمارستانی و بازرسان اعزامی سازمان قرار دهد.
- ۶- موسسه مکلف است فضا و مکان مناسب بمنظور رسیدگی به صورت حساب ها، در اختیار ناظرین بیمارستانی قرار دهد.
- ۷- موسسه مکلف است بر اساس صورت حساب بستری متحدالشکل کاغذی/الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تنظیم و ارسال صورت حساب ها اقدام نماید.
- ۸- موسسه مکلف است صورت حساب های تنظیم شده را بر اساس ارزش های نسبی مصوب هیات دولت و تعرفه های مصوب سالیانه هیات وزیران محاسبه و به تفکیک خدمات بستری ارائه شده در فرم های بیمارستانی مربوطه تنظیم و مدارک مربوطه را در پرونده بالینی بیمه شدگان سازمان 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.
- ۹- موسسه مکلف است کلیه اسناد ارائه خدمات سرپایی (مانند ویزیت، دارو و آزمایشات، تصویربرداری و فیزیوتراپی و توانبخشی) را بر اساس ماده ۴ این قرارداد محاسبه و پس از امضای/تایید الکترونیک پزشک معالج/مسئول فنی بخش مربوطه تنظیم و ارسال نماید.
- ۱۰- موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی صاحب صلاحیت خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه به سازمان اعلام و

موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد. ضمناً کلیه بخش‌های فعال و پزشکان شاغل می‌بایست دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات، که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سازمان انرژی اتمی تأیید شده است، باشند.

۱۱- موسسه موظف است نسبت به ارائه گواهی اعتباربخشی معتبر صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت نحوه محاسبه و پرداخت هزینه تخت روز بیمارستان به سازمان اقدام نماید. بدیهی است در صورت تأخیر در ارائه گواهینامه‌های اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس مقررات تعیین شده از سوی شورای عالی بیمه سلامت کشور، سازمان اقدام گردد.

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

۱۳- موسسه مکلف است نسخ و صورتحساب‌های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل کاغذی/الکترونیکی به سازمان 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 بعهده موسسه می‌باشد.

۱۴- موسسه می‌تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان 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.

۱۵- مؤسسه موظف است مدارک لازم موضوع آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان تمام وقتی را به سازمان ارائه نماید.

۱۶- مؤسسه موظف به رعایت منشور حقوق بیماران می‌باشد.

۱۷- موسسه ملزم به درج عنوان همکاری با سازمان بر روی تابلو و با مکان مناسب دیگری به نحوی که در معرض دید بیمه‌شدگان قرار گیرد، می‌باشد.

۱۸- هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری و معاینات ادواری تحقیقاتی دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۱۹- موسسه موظف است کلیه پزشکان شاغل و کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمت در موسسه را نسبت به رعایت پروتکل‌ها، شناسنامه و استانداردهای خدمات و راهنمای تجویز دارو مکلف نماید.

۲۰- موسسه موظف است در صورتی که واحدهای زیر مجموعه آن مانند داروخانه، آزمایشگاه و ... که دارای قرارداد مستقل می‌باشند را ملزم به رعایت ضوابط و مقررات این قرارداد کنند.

۲۱- کلیه مراکز طرف قرارداد به منظور رسیدگی الکترونیک اسناد موظف به ارسال اسناد خود در بستر درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) و صرفاً در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با حفظ محرمانگی اطلاعات می‌باشند

ماده ۶) تعهدات سازمان

۱- به استناد بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.

- ۲- به سازمان وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح در خواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می شود.
- ۳- سازمان متعهد می گردد که هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به موسسه طرف قرارداد را از طریق مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور/سازمان اعلام نماید.
- ۴- سازمان متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به صورت الکترونیکی /کاغذی همراه با ریز کسورات به موسسه اعلام نماید.
- ۵- سازمان می تواند در خصوص موضوع قرارداد بر نحوه ارائه خدمات توسط موسسه نظارت نماید

ماده (۷) 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 سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

ماده (۸) فسخ قرارداد

مؤسسه یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می بایست مراتب را حداقل یکماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه بیش از ۶ ماه موسسه با سازمان هیچ گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می بایست موسسه کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورتحسابها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

ماده (۹) حل اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف بین سازمان و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

تبصره ۳: در راستای مصوبه وحدت رویه شماره ۵۵۷۱۸/ت ۵۹۰۷۳هـ — مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران کلیه مقررات سازمان‌های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده‌اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می‌گردند.

این قرارداد در ۹ ماده، ۲۶ بند، ۹ تبصره و ۱ پیوست در ۲ نسخه تنظیم گردیده که کلیه نسخ آن در حکم واحد بوده و از تاریخ عقد قرارداد دارای اعتبار و قابل اجرا می‌باشد.

مهر و امضاء نماینده مجاز سازمان / نهاد

مهر و امضاء رئیس بیمارستان

تاریخ: --/--/--

شماره: -----

پیوست ۱

مشخصات رئیس / سرپرست موسسه

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	کد نظام پزشکی:	رشته:
شماره تماس:	نشانی:		

مشخصات مسئول فنی بیمارستان

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بیمارستان:
آخرین مدرک تحصیلی:
شماره نظام پزشکی: شماره مجوز با پروانه مسئول فنی:
تاریخ اعتبار: کد ملی: شماره تماس: نشانی:

مشخصات بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی: نام بیمارستان: مؤسس / موسسین تاریخ و شماره پروانه تاسیس / بهره‌برداری: تاریخ اعتبار پروانه تاسیس / بهره‌برداری: نوع بیمارستان (با ذکر ماهیت و نوع تخصص): درجه اعتباربخشی بیمارستان: شناسه سیام: شناسه ملی موسسه:

بخش های فعال بیمارستان

نام بخش	تعداد تخت مصوب	تعداد تخت فعال
جمع		

درمانگاه های فعال:

.....
.....

بخش های پیراپزشکی فعال:

امکانات پاراکلینیک موجود:

تاریخ: --/--/--

شماره: -----

.....
.....

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه:

خدمات درمانی نیروهای مسلح

تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت

سایر توضیح.....

نشانی بیمارستان:

کد پستی

تلفن:

نشانی پست الکترونیک.....

دورنگار:.....

کد اقتصادی موسسه:

شماره حساب موسسه برای خدمات:

شماره حساب موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

شماره شبا موسسه برای خدمات:

شماره شبا موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

مشخصات سازمان:

نشانی پست الکترونیک.....

نشانی / تلفن / دورنگار:.....

مشخصات مدیر استانی سازمان:

نام و نام خانوادگی: کد ملی: سمت:

شماره تماس: نشانی:

باسمه تالی

قرارداد همکاری سازمان های بیمه گر پایه با بیمارستان های خصوصی/عمومی غیر دولتی / خیریه

ماده (۱) طرفین قرارداد:

در راستای تصویب نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳هـ — مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین بیمارستان..... با نمایندگی آقای/خانمبا عنوان رییس/سرپرست/ مدیر عامل بیمارستان که دارای حق امضاء می باشد، با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل / مدیر/ سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود، منعقد می گردد.

تبصره ۵: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان های بیمه گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سلامت (خدمات تشخیصی - درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی) تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه از بیمارستان، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یک سال شمسی می باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه ها یا مجوز فعالیت آنها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت تصمیم سازمان های بیمه گر مبنی بر تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه ارائه دهنده خدمت به عمل آورد.

تبصره: سازمان در صورت تصمیم بر عدم تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی، می بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده (۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ماده (۵) تعهدات موسسه

- ۱- موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی، لوازم و تجهیزات پزشکی و توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می باشد.
- ۲- ضروریست تامین لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران توسط موسسه و براساس سقف قیمت مورد تعهد سازمان های بیمه گر انجام شود.
- ۳- موسسه مجاز به دریافت مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران برای بخش مربوطه با سقف تعهدات بیمه ای از بیمه شدگان، براساس تعرفه های مصوب و مقررات داخلی سازمان می باشد.
- ۴- موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعمل های اجرایی سازمان و دستورالعمل ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده که حداقل یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده، می باشد.

تبصره ۱: در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت های انضباطی بر اساس آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.

تبصره ۲: در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین نامه های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.

۵- موسسه ملزم به همکاری لازم با ناظرین و بازرسین سازمان در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در کلیه واحدهای موسسه بوده و در صورت تخطی از آن طبق آیین نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.

۶- موسسه می تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب را کتبا حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگان سازمان مربوطه رسانده و در غیر اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی درقبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه ندارد.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

۷- موسسه مکلف است نسخ و صورتحساب‌های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل کاغذی/الکترونیکی به سازمان 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 بعهدہ موسسه می‌باشد.

۸- موسسه مکلف است دسترسی لازم به اسناد مربوط به پرونده‌های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان را در اختیار ناظرین بیمارستانی و بازرسان اعزامی سازمان ایجاد نماید.

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

۱۰- موسسه موظف است نسبت به ارائه گواهی اعتباربخشی معتبر صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت نحوه محاسبه و پرداخت هزینه تخت روز بیمارستان به سازمان اقدام نماید. بدیهی است در صورت تأخیر در ارائه گواهینامه‌های اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بر اساس مقررات تعیین شده از سوی شورای عالی بیمه سلامت کشور، اقدام می‌گردد.

۱۱- موسسه مکلف است براساس صورتحساب بستری متحدالشکل کاغذی/الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تنظیم و ارسال صورتحساب‌ها اقدام نماید.

۱۲- موسسه مکلف است کلیه اسناد ارائه خدمات سرپایی (مانند ویزیت، دارو و آزمایشات، تصویربرداری و فیزیوتراپی و توانبخشی) را بر اساس ماده ۴ این قرارداد محاسبه و پس از امضای/تأیید الکترونیک پزشک معالج/مسئول فنی بخش مربوطه تنظیم و ارسال نماید.

تبصره: موسسه ملزم به ارائه صورتحساب خدمات سرپایی (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل؛ کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه‌گر و سهم بیمار می‌باشند.

۱۳- 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 خود را ملزم به پرداخت صورتحساب نهایی براساس ضوابط و مقررات این قرارداد می‌داند.

۱۴- موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی صاحب صلاحیت خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می‌بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه به سازمان اعلام و موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد. ضمناً کلیه بخش‌های فعال و پزشکان شاغل می‌باید دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات، که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سازمان انرژی اتمی تأیید شده است، باشند.

۱۵- موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل یک ماه قبل به سازمان کتبا اعلام نماید.

۱۶- مؤسسه موظف به رعایت منشور حقوق بیماران می‌باشد.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

- ۱۷- موسسه ملزم به درج عنوان همکاری با سازمان بر روی تابلو و با مکان مناسب دیگری به نحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد، می باشد.
- ۱۸- هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری و معاینات ادواری تحقیقاتی دارد (به استثنای مصوبات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۱۹- موسسه موظف است کلیه پزشکان شاغل و کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمت در موسسه را نسبت به رعایت پروتکل ها، شناسنامه و استاندارد خدمات و راهنمای تجویز دارو مکلف نماید.
- ۲۰- موسسه موظف است در صورتی که واحدهای زیر مجموعه آن مانند داروخانه، آزمایشگاه و ... که دارای قرارداد مستقل می باشند، را ملزم به رعایت ضوابط و مقررات این قرارداد کنند.
- ۲۱- موسسه متعهد به انجام استحقاق سنجی درمان در زمان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی می باشد.
- ۲۲- کلیه مراکز طرف قرارداد به منظور رسیدگی الکترونیک اسناد موظف به ارسال اسناد خود در بستر درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) و صرفاً در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با حفظ محرمانگی اطلاعات می باشند.

ماده ۶) تعهدات سازمان

- ۱- به استناد بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می باشند.
- ۲- به سازمان وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می شود.
- ۳- سازمان متعهد می گردد که هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به موسسه طرف قرارداد براساس مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور/سازمان اعلام نماید.
- ۴- سازمان متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به صورت الکترونیکی/ کاغذی همراه با ریز کسورات به تفکیک خدمت به موسسه اعلام نماید.
- ۵- سازمان می تواند در خصوص موضوع قرارداد بر نحوه ارائه خدمات توسط موسسه نظارت نماید.

ماده ۷) 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 سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

ماده ۸) فسخ قرارداد

مؤسسه یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می بایست مراتب را حداقل یکماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه موسسه بیش از ۶ ماه موسسه با سازمان هیچ گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می بایست مرکز کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورتحسابها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی مابین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

ماده ۹) حل اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف بین سازمان و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تبصره ۳: در راستای مصوبه وحدت رویه به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ مصوب هیات وزیران کلیه مقررات سازمان های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می گردند.

این قرارداد در ۹ ماده، ۲۷ بند، ۱۰ تبصره و ۱ پیوست در ۲ 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 موسسی یا موسسین بیمارستان

تاریخ: --/--/--

شماره: -----

پیوست ۱

مشخصات رئیس / سرپرست موسسه

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	کد نظام پزشکی:	رشته:
شماره تماس:	نشانی:		

مشخصات مسئول فنی بیمارستان

نام و نام خانوادگی مسئول فنی بیمارستان:
آخرین مدرک تحصیلی:
شماره نظام پزشکی:
شماره مجوز با پروانه مسئول فنی:
تاریخ اعتبار:
کد ملی:
شماره تماس:
نشانی:

مشخصات بیمارستان

دانشگاه علوم پزشکی: نام بیمارستان: مؤسس / موسسین تاریخ و شماره پروانه تاسیس / بهره‌برداری: تاریخ اعتبار پروانه تاسیس / بهره‌برداری: نوع بیمارستان (با ذکر ماهیت و نوع تخصص): درجه اعتباربخشی بیمارستان: شناسه سیام: شناسه ملی موسسه:

بخش های فعال بیمارستان

نام بخش	تعداد تخت مصوب	تعداد تخت فعال
جمع		

درمانگاه های فعال:

.....

بخش های پیراپزشکی فعال:

.....

.....

تاریخ: --/--/--

شماره: -----

امکانات پاراکلینیک موجود:

.....
.....

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه:
تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت
سایر توضیح.....
خدمات درمانی نیروهای مسلح

نشانی بیمارستان:
کد پستی
تلفن:
نشانی پست الکترونیک.....
دورنگار:.....
کد اقتصادی موسسه :
شماره حساب موسسه برای خدمات:
شماره حساب موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:
شماره شبا موسسه برای خدمات:
شماره شبا موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

مشخصات سازمان:	
نشانی پست الکترونیک.....	
نشانی / تلفن / دورنگار:.....	
مشخصات مدیر استانی سازمان:	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
شماره تماس:	نشانی:
	سمت:

باسمه تالی

قرارداد همکاری با درمانگاه / پلی کلینیک دانشگاهی / دولتی / عمومی غیر دولتی / خصوصی / خیریه

ماده (۱) طرفین قرارداد:

در راستای تصویب نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین درمانگاه / پلی کلینیک دولتی..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان رییس/سرپرست/مدیر عامل درمانگاه / پلی کلینیک دولتی که دارای حق امضاء می باشد، با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل/مدیر/ سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود، منعقد می گردد.

تبصره: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان های بیمه گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سرپایی سلامت (خدمات تشخیصی - درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی) تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه از درمانگاه / پلی کلینیک، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یکسال شمسی می باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه ها یا مجوز فعالیت آنها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می باشد.

تبصره ۱: در صورت تصمیم سازمان های بیمه گر مبنی بر تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه ارائه دهنده خدمت به عمل آورد.

تبصره ۲: سازمان در صورت تصمیم بر عدم تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی، می بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده (۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ماده ۵) تعهدات موسسه

۱. موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی، لوازم و تجهیزات پزشکی و توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می‌باشد.
۲. اولویت تامین لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران توسط موسسه و مطابق با قیمت مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود.
۳. موسسه مجاز به دریافت مابه‌التفاوت تعرفه‌های مصوب هیات وزیران برای بخش مربوطه مطابق با تعهدات بیمه‌ای از بیمه شدگان، براساس تعرفه‌های مصوب و مقررات داخلی سازمان می‌باشد.
۴. موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعمل‌های اجرایی سازمان و دستورالعمل‌ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی و آیین‌نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده که حداقل یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده، می‌باشد.
- تبصره ۱: در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت‌های انضباطی بر اساس آیین‌نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
- تبصره ۲: در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین‌نامه‌های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.
۵. موسسه ملزم به همکاری لازم با ناظرین و بازرسیین سازمان در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در کلیه واحدهای موسسه بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین‌نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.
۶. موسسه می‌تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان 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.
۷. موسسه مکلف است نسخ و صورتحساب‌های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل کاغذی/ الکترونیکی به سازمان 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 بعهده موسسه می‌باشد.
۸. موسسه مکلف است دسترسی لازم به اسناد مربوط به پرونده‌های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان را در اختیار بازرسان/ناظر سازمان ایجاد نماید.
۹. موسسه مکلف است کلیه اسناد و صورتحساب ارائه خدمات سرپایی (مانند ویزیت، دارو، تجهیزات پزشکی، آزمایشات، تصویربرداری و فیزیوتراپی و توانبخشی) را بر اساس ماده ۴ این قرارداد محاسبه و پس از امضای/تایید الکترونیک پزشک معالج/مسئول فنی بخش مربوطه تنظیم و ارسال نماید.
۱۰. موسسه ملزم به ارائه صورتحساب (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل؛ کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه‌گر و سهم بیمار می‌باشند.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

۱۱. موسسه موظف است در صورت لغو قرارداد، تعهدات خود در مورد بیمارانی که دارای دوره درمان در آن موسسه می‌باشند را تا پایان دوره درمان طبق ضوابط و مقررات جاری سازمان و مفاد این قرارداد اجراء نماید. بدیهی است در مورد اینگونه بیماران، سازمان خود را ملزم به پرداخت صورتحساب نهایی براساس ضوابط و مقررات ذکر شده می‌داند.
۱۲. موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی صاحب صلاحیت خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می‌بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه به سازمان اعلام و موافقت سازمان در این زمینه کسب گردد. ضمناً کلیه بخش‌های فعال و پزشکان شاغل می‌باید دارای مجوز لازم جهت ارائه خدمات، که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا سازمان انرژی اتمی تأیید شده است، باشند.
۱۳. موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل یک ماه قبل به سازمان کتبا اعلام نماید.
۱۴. موسسه موظف به رعایت منشور حقوق بیماران می‌باشد.
۱۵. درج عنوان همکاری با سازمان بر روی تابلو و یا مکان مناسب دیگر به نحوی که در معرض دید بیمه‌شدگان قرار گیرد.
۱۶. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری و معاینات ادواری تحقیقاتی دارد (به استثنای مصوبات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)، قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
۱۷. موسسه موظف است کلیه پزشکان شاغل و کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمت در موسسه را نسبت به رعایت پروتکل‌ها، شناسنامه و استاندارد خدمات و راهنمای تجویز دارو مکلف نماید.
۱۸. موسسه موظف است در صورتی که واحدهای زیر مجموعه آن مانند داروخانه، آزمایشگاه و ... که برونسپاری شده باشند، را ملزم به رعایت ضوابط و مقررات این قرارداد کنند.
۱۹. کلیه مراکز طرف قرارداد به منظور رسیدگی الکترونیک اسناد موظف به ارسال اسناد خود در بستر درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) و صرفاً در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با حفظ محرمانگی اطلاعات می‌باشند.
۲۰. موسسه متعهد به انجام استحقاق سنجی درمان در زمان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم تجهیزات پزشکی می‌باشد.
۲۱. موسسه تعهد می‌نماید فقط نسخ و خدمات انجام شده توسط پزشکان شاغل و بخش‌های مندرج در پروانه بهره‌برداری را که به تأیید سازمان رسیده و مدارک آن را قبلاً تحویل داده، ارسال نماید و همچنین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری جهت انجام ارجاع داده می‌شود (مانند خدمات آزمایشگاهی) با ارائه مجوزهای مربوطه/رونوشت قرارداد قابل انجام است. در غیر اینصورت سازمان هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت صورتحساب‌های ارسالی تأیید نشده، ندارد.

ماده ۶) تعهدات سازمان

۱. به استناد بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.
۲. به سازمان وکالت داده می‌شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی

تاریخ: ---/--/--

شماره: -----

است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می‌شود.

۳. سازمان متعهد می‌گردد که هر گونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به موسسه طرف قرارداد براساس مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور/سازمان اعلام نماید.

۴. سازمان متعهد می‌شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به صورت الکترونیکی / کاغذی همراه با ریز کسورات به تفکیک خدمت به موسسه اعلام نماید.

۵. سازمان می‌تواند در خصوص موضوع قرارداد بر نحوه ارائه خدمات توسط موسسه نظارت نماید.

ماده ۷) تخلف از قرارداد

در صورت هرگونه تخلف محرز ناشی از عملکرد موسسه، سازمان مجاز است ضمن اعلام و تحویل مستندات لازم به موسسه، نسبت به دریافت خسارت وارده تا سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

تبصره: در صورت عدم توافق موسسه با سازمان نسبت به تخلف اعلام شده می‌بایست موضوع به کمیته حل اختلاف ارجاع گردد.

ماده ۸) فسخ قرارداد

مؤسسه یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین، می‌بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه بیش از ۶ ماه موسسه با سازمان هیچ گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می‌گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می‌بایست موسسه کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورتحسابها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی مابین تعلیق می‌گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

ماده ۹) حل اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف بین سازمان و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان با حضور نماینده موسسه و در صورت عدم حل اختلاف کمیته‌ای 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

تبصره ۳: در راستای مصوبه وحدت رویه به شماره ۵۵۷۱۸/ت ۵۹۰۷۳هـ — مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ مصوب هیات وزیران کلیه مقررات سازمان‌های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می گردند.

تبصره ۴: طرفین قرارداد موظفاند براساس تصمیمات کمیته حل اختلاف نسبت به جبران خسارت طرف مقابل اقدام نمایند.
این قرارداد در ۹ ماده، ۲۶ بند، ۱۱ تبصره و ۱ پیوست در ۲ 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

مهر و امضاء رئیس درمانگاه/پلی کلینیک

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

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:

نشانی بیمارستان:

کد پستی

تلفن:

نشانی پست الکترونیک:

دورنگار:

کد اقتصادی موسسه:

شناسه سیام:

شناسه ملی موسسه:

شماره حساب موسسه برای خدمات:

شماره حساب موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

شماره شبا موسسه برای خدمات:

شماره شبا موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

نوع مالکیت موسسه:

خ دولتی / دان ی به عمومی غیر خدمات درمانی نیروهای مس

ساعات فعالیت:

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

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه:

تامین اج ی خدمات درمانی نیروهای ح بیمه سلامت ن کمیته امداد امام خمین)

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:

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

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:

باسم تعالی

قرارداد همکاری با مراکز جراحی محدود و سرپایی در تمامی بخش‌های ارائه خدمت

ماده (۱) طرفین قرارداد:

در راستای تصویب نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳هـ — مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین مرکز جراحی محدود..... با نمایندگی آقای/خانمبا عنوان رییس/سرپرست/مدیر عامل مرکز که دارای حق امضاء می باشد، با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات در مانی نیروهای مسلح استان/ مدیر یت در مان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل/مدیر/سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود، منعقد می گردد.

تبصره: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان های بیمه گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سلامت براساس فهرست اعمال مجاز ارائه در مراکز جراحی محدود (خدمات تشخیصی - درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی) تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه از مراکز جراحی محدود، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یکسال شمسی می باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه ها یا مجوز فعالیت آنها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می باشد.

تبصره ۱: در صورت تصمیم سازمان های بیمه گر مبنی بر تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه ارائه دهنده خدمت به عمل آورد.

تبصره ۲: سازمان در صورت تصمیم بر عدم تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی، می بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده (۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل های یکسان رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ماده (۵) تعهدات مرکز

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

۱. موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، دارویی، لوازم و تجهیزات پزشکی و توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می‌باشد.
۲. موسسه متعهد به انجام استحقاق سنجی درمان در زمان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی، دارویی و لوازم و تجهیزات پزشکی می‌باشد.
۳. ضروریست تامین لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران توسط موسسه و براساس سقف قیمت مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود.
۴. موسسه مجاز به دریافت مابه‌التفاوت تعرفه‌های مصوب هیات وزیران برای بخش مربوطه با سقف تعهدات بیمه‌ای از بیمه شدگان، براساس تعرفه‌های مصوب و مقررات داخلی سازمان می‌باشد.
۵. موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعمل‌های اجرایی سازمان و دستورالعمل‌ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی و آیین‌نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده که حداقل یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده، می‌باشد.
- تبصره ۱: در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت‌های انضباطی بر اساس آیین‌نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
- تبصره ۲: در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین‌نامه‌های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.
۶. موسسه ملزم به همکاری لازم با ناظرین و بازرسین سازمان در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در کلیه واحدهای موسسه بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین‌نامه نظارت بر موسسات اقدام خواهد شد.
۷. موسسه می‌تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان 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.
۸. موسسه مکلف است نسخ و صورتحساب‌های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان ماه بعد به شکل کاغذی/الکترونیکی به سازمان 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 بعهده موسسه می‌باشد.
۹. موسسه مکلف است دسترسی لازم به اسناد مربوط به پرونده‌های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان را در اختیار ناظرین بیمارستانی و بازرسان اعزامی سازمان ایجاد نماید.
۱۰. موسسه مکلف است فضا و مکان مناسب را به منظور رسیدگی به صورتحساب‌ها، در اختیار ناظرین قرار دهد.
۱۱. موسسه مکلف است براساس صورتحساب متحدالشکل کاغذی/الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تنظیم و ارسال صورتحساب‌ها اقدام نماید و همچنین ملزم به ارائه صورتحساب (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل؛ کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه‌گر و سهم بیمار می‌باشند.

تاریخ: ---/--/---

شماره: -----

۱۲. موسسه مکلف است کلیه اسناد ارائه خدمات سرپایی (مانند ویزیت، دارو و آزمایشات، تصویربرداری و فیزیوتراپی و توانبخشی) را بر اساس ماده ۴ این قرارداد محاسبه و پس از امضای/تأیید الکترونیک پزشک معالج/مسئول فنی بخش مربوطه تنظیم و ارسال نماید.
۱۳. موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی صاحب صلاحیت خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه به سازمان 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 یا سازمان انرژی اتمی تأیید شده است، باشند.
۱۴. موسسه موظف است تعطیلی موقت یا دائم را حداقل یک ماه قبل به سازمان کتبا اعلام نماید.
۱۵. مؤسسه موظف به رعایت منشور حقوق بیماران می باشد.
۱۶. درج عنوان همکاری با سازمان بر روی تابلو و با مکان مناسب دیگر به نحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۷. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری و معاینات ادواری تحقیقاتی دارد (به استثنای مصوبات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۸. موسسه موظف است کلیه پزشکان شاغل و کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمت در موسسه را نسبت به رعایت پروتکل ها، شناسنامه و استاندارد خدمات و راهنمای تجویز دارو مکلف نماید.
۱۹. موسسه موظف است در صورتی که واحدهای زیر مجموعه آن مانند داروخانه، آزمایشگاه و ... که دارای قرارداد مستقل می باشند، را ملزم به رعایت ضوابط و مقررات این قرارداد کنند.
۲۰. کلیه مراکز طرف قرارداد به منظور رسیدگی الکترونیک اسناد موظف به ارسال اسناد خود در بستر درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) و صرفاً در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با حفظ محرمانگی اطلاعات می باشند.

ماده ۶) تعهدات سازمان

۱. به استناد بند ۱ تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حریف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می باشند.
۲. به سازمان وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می شود.
۳. سازمان متعهد می گردد که هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به موسسه طرف قرارداد براساس مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور/سازمان اعلام نماید.
۴. سازمان متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به صورت الکترونیکی/ کاغذی همراه با ریز کسورات به تفکیک خدمت به موسسه اعلام نماید.
۵. سازمان می تواند در خصوص موضوع قرارداد بر نحوه ارائه خدمات توسط موسسه نظارت نماید.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

ماده ۷) 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 سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

ماده ۸) فسخ قرارداد

موسسه یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می بایست مراتب را حداقل یکماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه موسسه بیش از ۶ ماه موسسه با سازمان هیچ گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می بایست مرکز کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورتحسابها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی ما بین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

ماده ۹) حل اختلاف

در صورت بروز هرگونه اختلاف بین سازمان و موسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجراء خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تبصره ۳: در راستای مصوبه وحدت رویه به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ مصوب هیات وزیران کلیه مقررات سازمان های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می گردند.

این قرارداد در ۹ ماده، ۲۵ بند، ۹ تبصره و ۱ پیوست در ۲ 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

مهر و امضاء رئیس مرکز

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

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 اعتباربخشی:

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی:

تأمین 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

مرکز):

.....

نشانی مرکز:

.....

.....

کد پستی: تلفن:

آدرس پست الکترونیک: دورنگار:

شماره همراه رییس مرکز: دانشگاه تحت پوشش:

کد اقتصادی موسسه: شماره حساب مرکز:

شناسه پیام:

شناسه ملی موسسه:

شماره شب مرکز:

مشخصات سازمان / نهاد:

آدرس پست الکترونیک: نشانی / تلفن / دورنگار:

.....

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

باسمه تالی

قرارداد همکاری با موسسات پاراکلینیک در تمامی بخش‌های ارائه خدمت

ماده (۱) طرفین قرارداد:

در راستای تصویب‌نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ.م. مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان‌های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین موسسه..... با نمایندگی آقای/خانم.....با عنوان رییس/سرپرست/مدیر عامل موسسه که دارای حق امضاء می باشد، با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس موسسه نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل/مدیر/سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود، منعقد می گردد.

تبصره: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان‌های بیمه گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سلامت (خدمات تشخیصی - درمانی و توانبخشی) تحت پوشش سازمان‌های بیمه گر پایه از موسسه، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یکسال شمسی می باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه‌ها یا مجوز فعالیت آن‌ها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت تصمیم سازمان‌های بیمه گر مبنی بر تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه ارائه دهنده خدمت به عمل آورد.

تبصره: سازمان در صورت تصمیم بر عدم تمدید/انقضاد قرارداد برای سال آتی، می بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده ۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل های یکسان رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ماده ۵) تعهدات موسسه

۱. موسسه متعهد به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و یا توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می باشد.
۲. موسسه متعهد به انجام استحقاق سنجی و احراز هویت بیمه شده در زمان ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و یا توانبخشی می باشد.
۳. موسسه مجاز به دریافت مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران برای بخش مربوطه با سقف تعهدات بیمه ای از بیمه شدگان، براساس تعرفه های مصوب و مقررات داخلی سازمان می باشد.
۴. موسسه موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعمل های اجرایی سازمان و دستورالعمل ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده که حداکثر یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده، می باشد.
- تبصره ۱: در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت های انضباطی بر اساس آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
- تبصره ۲: در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین نامه های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.
۵. موسسه ملزم به همکاری لازم با بازرسین سازمان 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.
۶. موسسه می تواند حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ اقدامات سازمان شامل کسورات و موارد مغایر با ضوابط، مراتب را کتبا به اطلاع سازمان رسانده و در غیر اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی درقبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط موسسه ندارد.
۷. موسسه مکلف است نسخ و صورتحساب های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز ۱۵ کاری ماه بعد به شکل کاغذی/ الکترونیکی به سازمان 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 می گیرد و مسئولیت تأخیر در این موارد بعهده موسسه می باشد.
- تبصره: حداکثر زمان پذیرش اسناد اسفند ماه، تا پایان فروردین سال بعد خواهد بود.
۸. موسسه مکلف است دسترسی لازم به اسناد مربوط به پرونده های پزشکی و مدارک موجود بیمه شدگان سازمان را در اختیار بازرسان اعزامی از سازمان ایجاد نماید.
۹. موسسه مکلف است براساس صورتحساب متحدالشکل کاغذی/الکترونیک ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تایید مسئول فنی مرکز نسبت به تنظیم و ارسال صورتحساب ها اقدام نماید و همچنین موسسه ملزم به ارائه صورتحساب (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل؛ کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه گر و سهم بیمار می باشند.
۱۰. موسسه موظف است در صورت لغو قرارداد، تعهدات خود در مورد بیمارانی که دارای دوره درمان در آن موسسه می باشند را تا پایان دوره درمان طبق ضوابط و مقررات جاری سازمان و مفاد این قرارداد اجراء نماید. بدیهی است در مورد اینگونه بیماران، سازمان خود را ملزم به پرداخت صورتحساب نهایی براساس ضوابط و مقررات ذکر شده می داند.

تاریخ: ---/--/--

شماره: -----

۱۱. موسسه مکلف است لیست کامل پزشکان و مسئولین فنی صاحب صلاحیت خود را با مهر و امضاء به اطلاع سازمان برساند. بدیهی است هرگونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی می بایست حداکثر ظرف مدت یک ماه به سازمان 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 یا سازمان انرژی اتمی تأیید شده است، باشند.
۱۲. موسسه موظف است تعطیلی موقت، دائم، جابه جایی یا تغییر آدرس را حداقل یک ماه قبل به سازمان کتبا اعلام نماید.
۱۳. موسسه موظف به رعایت منشور حقوق بیماران می باشد.
۱۴. درج عنوان همکاری با سازمان بر روی تابلو و با مکان مناسب دیگر به نحوی که در معرض دید بیمه شدگان قرار گیرد.
۱۵. هزینه نسخ تجویزی که جنبه غربالگری و معاینات ادواری تحقیقاتی دارد (به استثنای مصوبات ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۱۶. موسسه موظف است کلیه پزشکان شاغل و کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمت در موسسه را نسبت به رعایت پروتکلها، شناسنامه و استاندارد خدمات مکلف نماید.
۱۷. موسسه تعهد می نماید فقط نسخ و خدمات انجام شده توسط بخشهای موجود در موسسه را که به تأیید سازمان رسیده و مدارک آن را قبلاً تحویل داده، ارسال نماید. در غیر اینصورت سازمان هیچگونه تعهدی در قبال پرداخت صورتحسابهای ارسالی بخشهایی فاقد مجوز/قرارداد، ندارد.
۱۸. موسسه متعهد می گردد هماهنگی لازم را با سازمان جهت ارسال رونوشت قرارداد فی مابین در خصوص خدماتی که در آن موسسه قابل انجام نبوده و به موسسه دیگری جهت انجام ارجاع داده می شود (مربوط به آزمایشگاه های تشخیصی طبی) به عمل آورد.
۱۹. کلیه مراکز طرف قرارداد به منظور رسیدگی الکترونیک اسناد موظف به ارسال اسناد خود در بستر درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) و صرفاً در سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با حفظ محرمانگی اطلاعات می باشند.

ماده ۶) تعهدات سازمان

۱. به استناد بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حُرَف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می باشند.
۲. به سازمان وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح درخواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می شود.
۳. سازمان متعهد می گردد که هرگونه تغییر در تعرفه های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به موسسه طرف قرارداد براساس مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور/سازمان اعلام نماید.
۴. سازمان متعهد می شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به صورت الکترونیکی/ کاغذی همراه با ریز کسورات به تفکیک خدمت به موسسه اعلام نماید.
۵. سازمان می تواند در خصوص موضوع قرارداد بر نحوه ارائه خدمات توسط موسسه نظارت نماید.

ماده ۷) 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 سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

ماده ۸) فسخ یا تعلیق قرارداد

مؤسسه یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می بایست مراتب را حداقل یکماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه مؤسسه بیش از ۶ ماه مؤسسه با سازمان هیچ گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می بایست مرکز کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورتحسابها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی ما بین تعلیق می گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

ماده ۹) حل اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف بین سازمان و مؤسسه ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان با حضور نماینده مؤسسه 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجرا خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تبصره ۲: در راستای مصوبه وحدت رویه به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ مصوب هیات وزیران کلیه مقررات سازمان های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می گردند.

این قرارداد در ۹ ماده، ۲۴ بند، ۱۰ تبصره و ۱ پیوست در ۲ 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 موسسی یا موسسین پاراکلینیک

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

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:

نشانی بیمارستان:

کد پستی: تلفن:

نشانی پست الکترونیک: دورنگار:

کد اقتصادی موسسه: شناسه سیام:

شناسه ملی موسسه: شماره حساب موسسه برای خدمات:

شماره حساب موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی: شماره شبا موسسه برای خدمات:

شماره شبا موسسه برای دارو و ملزومات پزشکی:

نوع مالکیت موسسه:

سی [] ملی / دولتی / هی [] ریه عمومی [] ی

ساعات فعالیت:

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

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه:

تامین [] ای خدمات درمانی نیرو [] لبح بیمه سال [] ن کمیته امداد امام خ [] ه

سایر توضیح:

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

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 تالی

قرارداد همکاری با مطب/دفتر کار

ماده (۱) طرفین قرارداد:

در راستای تصویب نامه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳هـ — مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیات وزیران مبنی بر، ایجاد وحدت رویه فی ما بین سازمان های بیمه گر پایه و موسسات ارائه کننده خدمات سلامت، قرارداد زیر فی ما بین مطب/دفتر کار..... آقای/خانم..... دارای پروانه/مجوز فعالیت در مطب/دفتر کار با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس مطب/دفتر کار نامیده می شود از یک طرف و اداره کل بیمه سلامت استان / اداره کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان/ مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان..... با نمایندگی آقای/خانم..... با عنوان مدیر کل / مدیر / سرپرست سازمان با مشخصات و نشانی تعیین شده در پیوست شماره (۱) که از این پس در این قرارداد سازمان نامیده می شود، منعقد می گردد.

تبصره: تکمیل و درج کلیه مشخصات و اطلاعات مندرج در پیوست شماره (۱) این قرارداد الزامی می باشد. چنانچه اطلاعات و مشخصات در پیوست اشاره شده تکمیل نگردد، امکان عقد قرارداد برای سازمان های بیمه گر وجود ندارد.

ماده (۲) موضوع قرارداد

خرید خدمات سرپایی سلامت (خدمات تشخیصی - درمانی، توانبخشی) تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه از مطب/دفتر کار، مطابق قوانین و مقررات مربوطه.

ماده (۳) مدت اعتبار قرارداد

مدت اعتبار این قرارداد از تاریخ..... به مدت یکسال شمسی می باشد. برای موسساتی که گواهی اعتبار پروانه ها یا مجوز فعالیت آنها کمتر از یک سال شمسی باشد، زمان قرارداد تا پایان گواهی و یا مجوز مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت تصمیم سازمان های بیمه گر مبنی بر تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی مکلفاند یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری؛ اقدامات لازم را جهت ارسال الحاقیه/ فرم قرارداد به موسسه ارائه دهنده خدمت به عمل آورد.

تبصره: سازمان در صورت تصمیم بر عدم تمدید/انعقاد قرارداد برای سال آتی، می بایست مراتب را حداقل یک ماه قبل از اتمام تاریخ قرارداد جاری، به صورت مکتوب به اطلاع طرف قرارداد برساند.

ماده (۴) مبلغ قرارداد

مبنای پرداخت مبلغ این قرارداد بر اساس تعرفه های مصوب سالانه هیات محترم وزیران در بخش دولتی، دستورالعمل خرید راهبردی، دستورالعمل های رسیدگی به اسناد و ابلاغیات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ماده ۵) تعهدات مطب/دفتر کار

۱. خدمات قابل انجام در مطب/دفتر کار مطابق آیین نامه تاسیس و فهرست/استاندارد ابلاغ شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
۲. مطب/دفتر کار متعهد به ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی مورد تعهد سازمان به بیمه شدگان می‌باشد.
۳. مطب/دفتر کار متعهد به انجام استحقاق سنجی درمان در زمان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی می‌باشد.
۴. مطب/دفتر کار مجاز به دریافت مابه‌التفاوت تعرفه‌های مصوب هیات وزیران برای بخش مربوطه مطابق با تعهدات بیمه‌ای از بیمه شدگان، براساس تعرفه‌های مصوب و مقررات داخلی سازمان می‌باشد.
۵. مطب/دفتر کار موظف به رعایت کلیه ضوابط و مقررات دستورالعمل‌ها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی مصوب شورای عالی نظام پزشکی، دستورالعمل‌های اجرایی سازمان و آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده که حداقل یک ماه قبل از اجرا ابلاغ شده، می‌باشد.
- تبصره ۱: در صورت عملکرد مغایر با ضوابط مذکور از جانب موسسه محدودیت‌های انضباطی بر اساس آیین نامه نظارت بر موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد اعمال خواهد شد.
- تبصره ۲: در خصوص مواردی که قوانین و مقررات یا آیین نامه‌های بالادستی، یا مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور موجود باشد؛ صرفاً این مستندات ملاک عمل خواهد بود.
۶. اعلام کتبی تعطیلی موقت یا دائم حداکثر ظرف مدت دو هفته قبل توسط مطب/دفتر کار به سازمان و در صورت هرگونه تغییری در موارد مذکور، سازمان مختار به تصمیم‌گیری جهت ادامه همکاری می‌باشد.
۷. مطب/دفتر کار موظف است هرگونه تغییر آدرس را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان اعلام نماید.
۸. مطب/دفتر کار مکلف است نسخ و صورتحساب‌های تنظیمی هر ماه را حداکثر تا پایان روز ۱۵ کاری ماه بعد به شکل کاغذی/الکترونیکی به سازمان 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 بعهده مطب/دفتر کار می‌باشد.
۹. مطب/دفتر کار ملزم به همکاری لازم با بازرسین سازمان در زمینه بررسی چگونگی ارائه خدمات مختلف در کلیه واحدهای موسسه بوده و در صورت تخطی از آن طبق آئین نامه نظارت بر مطب/دفتر کار اقدام خواهد شد.
۱۰. مطب/دفتر کار می‌تواند در صورت هرگونه اعتراض به اقدامات بعمل آمده از سوی سازمان اعم از کسورات و موارد مغایر با ضوابط مراتب را کتبا حداکثر طی مدت یکماه از زمان ابلاغ به اطلاع نمایندگی سازمان رسانده و در غیر اینصورت پس از انقضای مدت مذکور سازمان تعهدی درقبال پاسخگویی به اعتراض بعمل آمده توسط مطب/دفتر کار ندارد.
۱۱. مطب/دفتر کار موظف است پروانه/مجوز فعالیت خود را به سازمان ارائه نماید. در صورت داشتن مطب دوم، ارائه مجوزهای قانونی به سازمان الزامی می‌باشد.

ماده ۶) تعهدات سازمان

۱. به استناد بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲، بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می‌باشند.
۲. به سازمان وکالت داده می‌شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورت‌حساب واقعی به حساب مطب/دفتر کار منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به مطب/دفتر کار نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات مطب/دفتر کار اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه مطب/دفتر کار درخواست مبالغ کمتر از صورت‌حساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح در خواست توسط مطب/دفتر کار، از سوی سازمان پرداخت می‌شود.
۳. پرداخت‌های سازمان صرفاً در وجه مطب/دفتر کار طرف قرارداد صورت می‌پذیرد. سازمان موظف است صورت‌حساب طرف قرارداد را بعد از بررسی اسناد حداکثر ظرف مدت یک ماه پرداخت نماید.
۴. سازمان متعهد می‌گردد که هر گونه تغییر در تعرفه‌های مصوب و تعهدات سازمان نسبت به بیمه شدگان به مطب/دفتر کار طرف قرارداد براساس مکاتبات رسمی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام نماید.
۵. سازمان متعهد می‌شود میزان کسورات اعمال شده را حسب ضوابط و مقررات همزمان با پرداخت مطالبات به مطب/دفتر کار اعلام نماید و چنانچه مطب/دفتر کار 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 برساند و در صورت لزوم، عملکرد ایشان مجدداً با حضور مطب/دفتر کار بررسی شده و در صورت صحت اعتراض، مطالبات مربوطه را به وی مسترد نماید.

ماده ۷) تخلف از مفاد قرارداد:

در صورت هرگونه تخلف محرز ناشی از عملکرد مطب/دفتر کار، سازمان مجاز است ضمن اعلام و تحویل مستندات لازم به مطب/دفتر کار، نسبت به دریافت خسارت وارده تا سقف ۲ برابر میزان کارشناسی اقدام نماید.

تبصره: در صورت عدم توافق مطب/دفتر کار با سازمان نسبت به تخلف اعلام شده می‌بایست موضوع به کمیته حل اختلاف ارجاع گردد.

ماده ۸) فسخ قرارداد

مطب/دفتر کار یا سازمان در صورت تصمیم بر فسخ قرارداد فی ما بین می‌بایست مراتب را حداقل ۱ ماه قبل به صورت مکتوب به اطلاع طرف مقابل قرارداد برساند.

تبصره ۱: چنانچه بیش از ۶ ماه مطب/دفتر کار با سازمان هیچ‌گونه تبادل اسنادی نداشته باشد، قرارداد همکاری به صورت یکطرفه فسخ می‌گردد. در صورت تمایل به عقد قرارداد مجدد، می‌بایست مطب/دفتر کار کتبا درخواست خود را به سازمان ارائه نماید.

تبصره ۲: در صورت ارسال نمودن صورت‌حساب‌ها در بازه زمانی ۳ تا ۶ ماه، قرارداد فی ما بین تعلیق می‌گردد و ادامه همکاری منوط به کسب مجوز از سازمان خواهد بود.

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

ماده ۹) حل اختلاف

در صورت بروز هر گونه اختلاف بین سازمان و مطب/دفتر کار ناشی از اجرای مفاد این قرارداد در مرحله اول مرجع رسیدگی، سازمان با حضور موسس مطب/دفتر کار و در صورت عدم حل اختلاف کمیته‌ای 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.

تبصره ۱: محل کمیته حل اختلاف استانی در معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان و مصوبات کمیته حل اختلاف برای طرفین لازم الاجراء خواهد بود.

تبصره ۲: لازم به ذکر است در صورت عدم توافق در کمیته استانی، موضوع اختلاف به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور ارجاع و با حضور نمایندگان عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور بررسی و تعیین تکلیف خواهد شد.

تبصره ۳: در راستای مصوبه وحدت رویه به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ مصوب هیات وزیران کلیه مقررات سازمان‌های بیمه گر که در این دستورالعمل اشاره شده اند، در صورتی که با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مغایر باشند، ملغی اعلام می گردند.

این قرارداد در ۹ ماده، ۱۶ بند، ۹ تبصره و ۱ پیوست در ۲ 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

مهر و امضاء موسس مطب/دفتر کار

تاریخ: ---/---/---

شماره: -----

پیوست ۱ مشخصات موسس مطب/دفتر کار

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد:

نام:..... نام خانوادگی: نام پدر:..... شماره شناسنامه:.....

..... محل صدور: کد ملی تاریخ تولد: شماره نظام

پزشکی/اس جنسیت: مذکر مؤنث

آخرین مدرک تحصیلی: تاریخ دریافت آن: نام دانشگاه محل تحصیل:

.....

رشته/تخصص:..... مقطع:.....

شماره پروانه مطب: تاریخ اعتبار پروانه مطب:..... برد تخصصی

عضو هیأت علمی دانشگاه (استادیار دانشیار استاد).....

ساعات فعالیت

صبح از ساعت تا ساعت

عصر از ساعت تا ساعت

سوابق همکاری با سازمان‌های بیمه گر

نام سازمان (تأمین اجتماعی / خدمات درمانی نیروهای مسلح / سازمان بیمه سلامت ایران / کمیته امداد / سایر):

.....

توضیحات:

نام و نشانی دقیق محل کار:.....

نشانی مطب:..... کد پستی:..... تلفن

ثابت:.....

نوع مالکیت مطب: شغل استیلا

تاریخ: --/--/--

شماره: -----

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی:

آدرس پست الکترونیک:

تلفن همراه:

دورنگار:

کد اقتصادی:

شناسه پیام:

شناسه ملی مطب/دفتر کار:

شماره حساب موسس مطب/دفتر کار:

شماره شبا موسس مطب/دفتر کار:

فعالیت خارج از مطب:

نشانی محل کار	ساعات کار در مرکز مربوطه	عنوان مؤسسه
		دانشگاهی:
		دولتی
		عمومی غیردولتی
		خصوصی:
		خیریه:
		نظامی
		عمومی غیردولتی