



دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۱. کلیات

۱. این دستورالعمل در برگیرنده‌ی ضوابط و مقررات مربوط به برنامه‌ی "کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می‌شود و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجراست.

ماده ۲. هدف کلی

۱. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقتدار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده ۳. اهداف اختصاصی

۱. کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰٪ کل هزینه‌ی بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان

ماده ۴. شمول دستورالعمل

۱. تمامی بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه می‌باشند.
۲. بیمارستان‌های مشمول مکلفند تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی مشمول این برنامه را برای کلیه بیماران بستری در همان بیمارستان و یا در زنجیره تأمین خدمات در محدوده سقف اعتباری تعیین شده فراهم نمایند.
۳. بیماران بستری واجد بیمه پایه سلامت باید ۱۰٪ از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب پرداخت نمایند.
۴. روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند، ۵ درصد از هزینه خدمات را پرداخت می‌کنند.
۵. بیمارستان‌های غیر دولتی شهر یا شهرستان‌هایی که فاقد بیمارستان دولتی باشد، مشمول برنامه بوده و با توجه به تبصره ۲ بند ۵ مصوبه شماره ۴۱۴۴۱/ت/۴۹۰۷۲ مورخ ۱۳۹۲/۲/۲۴ ارایه خدمت باید با تعرفه دولتی انجام گیرد. حمایت این برنامه در این بیمارستان‌ها، مشمول بیماران تحت پوشش سازمان متبوع بیمارستان نخواهد بود. (به عنوان مثال بیمه شدگان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های ملکی تأمین اجتماعی مشمول این برنامه نمی‌باشند)

ماده ۵. جمعیت هدف

۱. کلیه‌ی ایرانیان واجد بیمه پایه سلامت مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه، جمعیت هدف می‌باشند.

۲. سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است همه‌ی افراد فاقد بیمه مراجعه کننده به بیمارستانهای مشمول برنامه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه نماید.

۳. ایرانیان فاقد شناسنامه با مراجعه به نیروی انتظامی یا مراجع ذیربط، اعلام هویت شده و میتوانند جهت پوششش بیمه ای و استفاده از مزایای برنامه اقدام نمایند.

ماده ۶. بسته خدمات

۱. دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

۱.۱. تحت پوشش بیمه پایه سلامت

۱.۱.۱. این گروه از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در صورتی که دارای قیمت متفاوت باشند (قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو با قیمت مورد قبول بیمه پایه سلامت) مشمول این برنامه قرار گرفته و مابه التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.

۱.۲. خارج پوشش بیمه پایه

۱.۲.۱. این دسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در چارچوب فهرست اعلامی ستاد اجرایی دانشگاه، به شرط تامین داخل بیمارستان تحت پوشش برنامه می‌باشند.

۱.۲.۲. آندسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی که از لیست مشمول طرح خارج می‌شوند، متعاقباً توسط دبیرخانه ستاد کشوری اعلام می‌گردد.

۲. خدمات تشخیصی درمانی

۲.۱. تحت پوشش بیمه پایه

۲.۱.۱. این گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورایعالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه پایه با خدمات ارائه شده و یا تعرفه مصوب هیات دولت تفاوت داشته باشد مابه التفاوت آنها از محل اعتبارات برنامه پرداخت می‌شود.

۲.۱.۲. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم مورد تعهد سازمانهای بیمه گر سلامت می‌باشد(بر اساس مصوبه ۴۳ شورای عالی بیمه).

۲.۱.۳. هرگونه دریافت مازاد بر تعرفه دولتی مصوب هیأت وزیران یا هیات امناء(در مورد خدمات فاقد تعرفه)، مشمول حمایت این برنامه نیست و بیمارستان مجاز به دریافت این مبالغ از بیمار نیز نمی‌باشد.

۲.۱.۴. کسوراتی که بر اساس دستورالعمل‌های مصوب شورایعالی بیمه و به علت نقص مدارک، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می‌گردد، مشمول حمایت این برنامه نمی‌باشد.

۲.۲. خارج از پوشش بیمه پایه

۲.۲.۱. خدمات تشخیصی درمانی ضروری خارج از پوشش بیمه پایه بجز موارد ذیل تحت حمایت این برنامه میباشد:

- هزینه جراحی‌ها و اقدامات تشخیصی درمانی زیبایی

- هزینه اقامت در اتاق یک تخته (اتاق ایزوله یک تخته محسوب نشده و مشمول برنامه می‌باشد)
- هزینه اقامت در VIP
- هزینه خدمات ناشی از ضرب و جرح
- هزینه خدمات ناشی از خودکشی

۲.۳. سایر خدمات تشخیصی درمانی که از لیست خدمات مشمول طرح خارج می‌شود، متعاقباً توسط دبیرخانه ستاد کشوری اعلام می‌گردد.

۲.۴. در صورتی که خدمات فوق‌الذکر دارای تعرفه مصوب نباشند، قیمت اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات وزیران) ملاک عمل خواهد بود.

۲.۵. خدماتی که برای بیماران تحت مراقبت در بخش بستری یا تحت نظر اورژانس بیمارستان ارائه می‌شود، فارغ از میزان ساعت اقامت بیمار مشمول این برنامه می‌باشد.

۲.۵.۱. ویزیت و سایر اقدامات تشخیصی درمانی سرپایی که در درمانگاه اورژانس و بدون تحت نظر قراردادن بیمار ارائه می‌شود، مشمول حمایت این برنامه نمی‌باشد.

۲.۶. حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی، کماکان مشمول آیین نامه اجرایی بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه کشور خواهد بود و در این برنامه پوشش ندارد.

ماده ۷. خدمات مشمول بیمه تکمیلی

۱. تعهدات شرکت‌های بیمه تجاری در قبال قراردادهای بیمه مکمل درمان، کماکان باقی خواهد بود و اجرای این برنامه نافی این تعهدات نیست.
۲. نحوه رفع همپوشانی حمایت‌های این برنامه و بیمه‌های تکمیلی، بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت با بیمه مرکزی ایران تعیین می‌شود.
۳. بیمارستان مکلف است قبل از ترخیص نسبت به تعیین تکلیف بیماران در مورد دارا بودن بیمه تکمیلی اقدام نماید و بیمارستان مجاز به ارایه صورتحساب به بیماران مشمول این برنامه که فاقد بیمه تکمیلی اعلام شده اند، نمی‌باشد.
۴. بیمارستان باید به گونه ای عمل نماید که میزان تعهد بیمه‌های تکمیلی طرف قرارداد با بیمارستان در طول اجرای برنامه تغییر ننموده و هزینه ای بابت این تعهدات بر این برنامه تحمیل نشود.

ماده ۸. نظام توزیع منابع

۱. اعتبارات موضوع این دستورالعمل طبق جدول اعلامی معاونت درمان وزارت و براساس جمع سقف اعتبارات بیمارستان‌های تابعه دانشگاه که بر اساس شاخص‌های عملیاتی بیمارستان محاسبه شده به آن دانشگاه تخصیص داده می‌شود.
۲. دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت به حساب بیمارستان‌ها واریز خواهد کرد.

۳. دانشگاه‌ها حداکثر ۱۰٪ امکان جابه‌جایی اعتبارات بین بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه را حسب ضرورت، خواهند داشت.
۴. پرداخت‌های بعدی به بیمارستان‌ها منوط به گزارش رسیدگی به اسناد پزشکی توسط سازمان بیمه سلامت و گزارش پایش عملکرد خواهد بود. ارائه خدمات باید به گونه‌ای باشد که تعداد پذیرش بیماران کمتر از سال ۹۲ نباشد.
۵. بیمارستان مکلف است در سقف اعتبارات تعیین شده، خدمات این دستورالعمل را شامل اقدامات تشخیصی، درمانی، دارو‌ها و ملزومات مصرفی پزشکی را ارائه نماید و فقط ۱۰ درصد از صورتحساب تنظیمی را از بیماران واجد بیمه پایه دریافت نماید.
۶. رؤسای دانشگاه‌ها مکلفند این اعتبارات را صرفاً در راستای اجرای این برنامه هزینه نمایند و در مورد نحوه هزینه کرد این اعتبارات و حسن اجرای برنامه در برابر هیات امناء و ستاد اجرایی پاسخگو باشند.
۷. ستاد اجرایی وزارت می‌تواند بر اساس گزارشات نظارت و پایش برنامه حداکثر تا ۲۰٪ کاهش یا افزایش اعتبارات تخصیصی به دانشگاه‌ها را اعمال نماید.

ماده ۹. تامین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

۱. کلیه داروها، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران بستری توسط بیمارستان تامین می‌گردد و بیماران بستری برای تهیه این اقلام به خارج از بیمارستان هدایت نخواهند شد.
۲. سازمان غذا و دارو باید حداکثر ظرف مدت یکماه نسبت به اعلام فهرست قیمت کارشناسی تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی و برند آنها اقدام نماید.
۳. کمیته فنی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه با همکاری گروه‌های آموزشی و کمیته دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان‌های تابعه فهرست اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی را از لحاظ نوع و برند آنها از فهرست اعلامی سازمان غذا و دارو و با در نظر گرفتن منابع مالی موجود تهیه کرده و به بیمارستانها ابلاغ می‌کند. بیمارستان‌ها بر اساس فهرست اعلامی دانشگاه نسبت به تهیه این اقلام اقدام نموده بگونه‌ای که هیچگونه کمبودی در زمینه داروها و اقلام فوق‌الذکر در بیمارستان وجود نداشته باشد.
۴. راهنمای نحوه خرید، توزیع، عرضه و مصرف ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی به صورت مشترک توسط معاونتهای درمان، توسعه و غذا و دارو تهیه و به دانشگاه ابلاغ می‌شود.

ماده ۱۰. زنجیره تأمین خدمات تشخیصی و درمانی

۱. بیمارستان موظف است تمامی خدمات مورد نیاز بیمار که در فهرست بیمه پایه و برنامه می‌باشد را به بیماران عرضه نمایند.
۲. در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی مصوب ستاد اجرایی دانشگاه، عمل خواهد نمود.
۳. در صورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه دانشگاه وجود نداشته باشد بر اساس زنجیره ارجاع بین دانشگاه‌های قطب، عمل خواهد شد.

۴. زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی بر اساس وضع موجود بوده و اصلاحات پیشنهادی ظرف مدت ۱۵ روز توسط دانشگاه و زنجیره ارجاع داخل قطب، توسط ستاد اجرایی دانشگاه مرکز قطب طی ۳۰ روز بعد از ابلاغ این دستورالعمل ابلاغ می‌شود.
۵. در صورت وجود شرایط خاص به پیشنهاد دانشگاه و تصویب در ستاد کشوری، زنجیره ارجاع داخل قطب اصلاح خواهد گردید.
۶. مسئولیت و هزینه های نقل و انتقال بیماران (آمیولانس) به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد.
۷. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ارجاع به مراکز صرفاً دولتی می‌باشد و بیماران به مراکز غیردولتی و خصوصی هدایت نخواهند شد.
۸. مسئولیت تأمین هزینه خدمات ارائه شده به بیمار با بیمارستان ارجاع دهنده می‌باشد. لازم است گزارش خدمات ارائه شده در صورت حساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.
۹. قرارداد همکاری با مراکز ارائه‌کننده خدمات و همچنین نحوه پرداخت هزینه‌ها بر اساس قرارداد تیپ و با مسئولیت دانشگاه منعقد خواهد شد.
۱۰. بیمارستان مکلف است از کلیه تجهیزات و امکانات خود جهت ارائه خدمت به بیماران استفاده نماید.

ماده ۱۱. نحوه تنظیم صورتحساب و رسیدگی به اسناد

۱. ثبت اطلاعات خدمات ارائه شده به بیمار در بیمارستان و یا خارج بیمارستان مشتمل بر اطلاعات زیر در اتوماسیون بیمارستان و ارسال به سامانه‌های سجاد و سپاس الزامی است.

نوع خدمت	سهم بیمه پایه	سهم یارانه سلامت	بند ۲.۲.۱ ماده ۶	بند ۱.۲.۱ ماده ۶	سهم بیمه تکمیلی	سهم بیمار	جمع کل

۱.۱. سهم پرداختی بیمار شامل سهم ۱۰ درصدی فرانسیز و ستون مربوط به بند ۲.۲.۱ و ۱.۲.۱ ماده ۶ (لیست خدمات دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی خارج از حمایت برنامه) میباشد.

۲. بیمارستان موظف به صدور صورتحساب خدمات شامل ۲ بخش بیمه پایه و یارانه‌ای می‌باشد که بخش بیمه پایه توسط بیمه مربوطه و بخش یارانه‌ای توسط سازمان بیمه سلامت بر اساس تفاهم نامه فیما بین رسیدگی می‌شود.

۳. کارشناس مسئول بیمه گری بیمارستان در بیمارستان مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

- ۳.۱. دریافت و نگهداری دفترچه بیمار از زمان پذیرش تا زمان ترخیص
- ۳.۲. بررسی صورتحساب مالی به هنگام ترخیص بیمار و تایید دریافت از بیمار مطابق بند های این آیین نامه
- ۳.۳. ثبت و ارائه موارد تخلف بیمارستان در مورد خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی از خارج بیمارستان و سایر پرداختهای خارج از بیمارستان از طریق مصاحبه با همراه بیمار و مشاهده اسناد در هنگام ترخیص بیمار

ماده ۱۲. نظام ارجاع

۱. بیماران بستری روستایی و سایر بیماران ارجاعی که در نظام ارجاع دریافت خدمت میکنند، از جمله بیماران ساکن در دو استان فارس و مازندران، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، که دارای برگه ارجاع میباشند، ۵٪ فرانشیز خدمات بستری را پرداخت خواهند کرد.
۲. بیمارستان ضروریست نسبت به نصب تابلویی در قسمت پذیرش اقدام نماید که در آن فرآیند پذیرش بیماران ارجاع شده از طریق نظام ارجاع به طور کامل درج شده باشد.
۳. برگه ارجاع ارائه شده توسط بیمار باید توسط پزشک خانواده و قبل از مراجعه به مرکز درمانی بستری تکمیل شده باشد.
۴. بیمارستان باید اقدامات لازم را درخصوص تکمیل برگه های ارجاع به منظور ارائه بازخوراند خدمات ارائه شده را انجام دهد.
۵. بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه بعد از دریافت خدمات ضروری اولیه ملزم به تکمیل مراحل ارجاع طبق ضوابط نظام ارجاع می‌باشد.
۶. اعتبارات مربوط به این ماده از محل ۱٪ ارزش افزوده تأمین می‌شود و سایر مواردی که در این دستور عمل درج نشده است طی دستور عمل اجرایی آن اعلام میگردد.

ماده ۱۳. مدیریت اطلاعات و تبادل اسناد

۱. همه‌ی بیمارستان‌های فاقد HIS تا پایان شهریور ماه ۹۳ بایستی مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت (دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس) باشند.
۲. کلیه بیمارستان‌هایی که HIS آنها مطابق با استانداردهای سپاس نیست باید تا پایان خردادماه ۱۳۹۳ گواهینامه تبادل اطلاعات با سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) را دریافت نمایند.
۳. بیمارستان ملزم به ثبت الکترونیکی شناسه ملی بیماران هنگام پذیرش می‌باشد. در موارد اورژانس و در زمانیکه ثبت الکترونیکی شناسه ملی منجر به تاخیر در ارائه خدمات سلامت به فرد می‌گردد باید فرآیند ثبت، بعد از ارائه خدمت اورژانس و تا قبل از ترخیص وی از بیمارستان صورت گیرد.
۴. ثبت تشخیص نهایی در HIS برای بیماران بستری تا قبل از ارسال پرونده به سپاس الزامی است.
۵. همه‌ی بیمارستان‌ها باید در HIS خود از کدینگ استاندارد اعلامی وزارت بهداشت استفاده نمایند. آخرین نسخه کدینگ‌های ابلاغی از نشانی اینترنتی <http://coding.behdasht.gov.ir> قابل دسترسی است.
۶. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیک بیماران بستری در زمان ترخیص و اصلاحیه صورت‌حساب، حداکثر ۳ هفته بعد از ترخیص، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۷. کلیه بیمارستان‌ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیکی بیماران سرپایی، حداکثر یک هفته بعد از دریافت خدمت، به سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) اقدام نمایند. در این خصوص دریافت و ثبت شناسه تراکنش و شناسه پرونده الکترونیکی سلامت صادره از سپاس، برای داده‌های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.
۸. بیمارستان‌ها حداکثر تا پایان مهرماه ۱۳۹۳ از بستر شمس (شبکه ملی سلامت) و یا سرویس اینترنت ملی به جای اینترنت برای ارسال اطلاعات استفاده نمایند.

۹. معاونت درمان دانشگاه (واحد اقتصاد درمان) با همکاری واحد فن آوری اطلاعات دانشگاه بایستی به صورت مستمر با بررسی و صحت‌سنجی داده‌های ارسالی به سپاس، نسبت به رفع اشکالات و اصلاح داده‌های نادرست و یا فاقد کدینگ استاندارد اقدام نماید. به طوری که در شهریور ماه ۱۳۹۳ اشکال داده‌های ارسالی کمتر از ۵ درصد باشد.

ماده ۱۴. پایش عملکرد برنامه

۱. پایش عملکرد برنامه در سطوح بیمارستان، شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه، قطبهای کشوری و ستاد وزارت مطابق دستورالعمل نظارتی پیوست انجام خواهد شد.
۲. گزارشات پایش عملکرد مبنای کاهش یا افزایش ۲۰ درصدی اعتبارات پرداختی به بیمارستانها (موضوع ماده ۸) می‌باشد.

ماده ۱۵. اطلاع رسانی عمومی

۱. هرگونه اطلاع رسانی عمومی در مورد این برنامه با هماهنگی مرکز روابط عمومی وزارت و در چارچوب سیاست‌های ابلاغی دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت صورت می‌گیرد و بایستی به گونه ای باشد که به لحاظ منابع مالی، ساختاری و نیروی انسانی واقع بینانه باشد.
۲. اطلاع رسانی عمومی از طریق پایگاه HSE.BEHIDASHT.GOV.IR انجام خواهد شد.
۳. دبیرخانه ستاد وزارت همه روزه پاسخگوی سوالات و مشکلات دانشگاهها در ۳ ماه اول طرح خواهد بود.
۴. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاهها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.

این دستورالعمل شامل بر ۱۵ ماده تهیه و از تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم‌الاجرا خواهد بود.