

ماده 1. کلیات

1. این دستورالعمل دربرگیرنده ی ضوابط ومقررات مربوط به برنامه ی "کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" است که در چارچوب مجموعه برنامه های تحول نظام سلامت تدوین و ابلاغ می شود و از تاریخ 1393/2/15 لازم الاجراست.

ماده 2. هدف کلی

1. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت با محوریت اقشار آسیب پذیر، از طریق ساماندهی خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده 3. اهداف اختصاصی

1. کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران بستری شده بیمه ای به 10% در بیمارستانهای دولتی
2. جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج بیمارستان

ماده 4. ارکان

1. ارکان سیاستگذاری و اجرایی این دستورالعمل عبارتند از

- 1.1. ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت: ستادی است که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره 1 مسئولیت سیاستگذاری و راهبری برنامه های اجرایی را به عهده دارد.
 - 1.2. دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت
 - 1.3. ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده / موسسه: ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره 1 مسئولیت مدیریت اجرا در سطح دانشگاه و نظارت بر حسن اجرای برنامه در سطح بیمارستانهای وابسته را به عهده دارد.
 - 1.4. ستاد اجرایی شهرستانستادی که در شهرستانهای تابعه دانشگاه براساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره 1 مسئولیت اجرای برنامه را در سطح شهرستان به عهده دارد.
 - 1.5. ستاد اجرایی بیمارستان ستادی که بر اساس ترکیب و شرح وظایف مندرج در پیوست شماره 1 مسئولیت اجرای برنامه در سطح بیمارستان رابه عهده دارد.
2. ذیل ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، دبیرخانه ستاد و کمیته های فنی تابعه شامل موارد ذیل تشکیل میگردد:

2.1. سیاستگذاری و برنامه ریزی

2.2. نظارت و بازرسی

2.3. دارو و تجهیزات پزشکی

2.4. بیمه و منابع

2.5. مدیریت اطلاعات و اطلاع رسانی

3. دبیر ستاد کشوری اجرای برنامه تحول وزارت بهداشت، معاون درمان وزارت بهداشت خواهد بود که مسئولیت دبیرخانه ستاد، ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی در سطح ستاد و پایش برنامه ها را به عهده خواهد داشت. دبیر خانه مذکور رابط بین دانشگاهها و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سئوالات

و دریافت پیشنهادات دانشگاه ها می باشد.

ماده 5. شمول دستور العمل

1. تمامی بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشمول این برنامه میباشند.

1.1. بیمارستانهای مشمول مکلفند تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مشمول این برنامه، برای کلیه بیماران بستری را در همان بیمارستان و یا در زنجیره موضوع این دستورالعمل فراهم نمایند.

2. بیماران بستری واجد بیمه پایه سلامت فقط بایستی 10% از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب دولتی را پرداخت نمایند.

3. روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر 20 هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستانهای مشمول برنامه مراجعه می کنند 5 درصد از هزینه خدمات مشمول برنامه را پرداخت می کنند.

ماده 6. جمعیت هدف

1. همه ی افراد ایرانی واجد بیمه پایه مراجعه کننده به بیمارستان های مشمول برنامه جمعیت هدف می باشند.

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

ماده 7. بسته خدمات

1. دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی

1.1. تحت پوشش بسته بیمه پایه سلامت

1.1.1. این گروه از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در صورتی که دارای قیمت متفاوت باشند (قیمت مصوب هیات دولت برای خدمات و قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو با میزان تعهد بیمه پایه سلامت) مشمول این برنامه قرار گرفته و مابه التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.

1.2. خارج پوشش بیمه پایه

1.2.1. این دسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه و تصویب در ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت مشمول این برنامه قرار خواهد گرفت.

2. خدمات تشخیصی درمانی

2.1. خدمات تحت پوشش بیمه پایه

2.1.1. این گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورای عالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه با خدمات ارائه شده و یا تعرفه مصوب آنها تفاوت داشته باشد مابه التفاوت آنها از محل اعتبارات برنامه پرداخت می شود.

2.1.2. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم سازمانهای بیمه گر می باشد (بر اساس مصوبه 43 شورای عالی بیمه).

2.1.3. کسوراتی که بر اساس دستورالعملهای مصوب شورای عالی بیمه و به علت نقص مدارک، درخواست اضافه، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می گردد، مشمول این بند نمی باشد.

2.1.4. موارد اعتراض بیمارستان های مشمول برنامه برای تصمیم گیری به ستاد اجرایی دانشگاه و موارد

اعتراض دانشگاهها به دبیرخانه ستاد اجرایی کشوری ارجاع می شود.

2.2. خدمات خارج از تعهد پوشش بیمه پایه

2.2.1. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی ضروری خارج از بسته بیمه پایه می باشد که به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه در ستاد کشوری اجرایی برنامه تحول سلامت طرح گردیده و در صورت تصویب بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت و دانشگاهها مورد پوشش برنامه قرار می گیرد. این خدمات از فهرست زیر و بر اساس اولویتهای تدوین بسته و با مشارکت سازمانهای بیمه گر انتخاب می شود.

2.2.1.1. خدمات موجود در کتاب جدید ارزش نسبی خدمات

2.2.1.2. خدمات فاقد پوشش بیمه ثبت شده در اتوماسیون بیمارستان

2.2.1.3. فهرست خدمات در انتظار پوشش بیمه پایه در شورایعالی بیمه

2.2.1.4. فهرست خدمات فاقد تعرفه تهیه شده در دفتر ارزیابی فناوری معاونت درمان

2.2.2. خدمات فوق الذکر در صورتی که دارای تعرفه مصوب شورای عالی بیمه باشند، تعرفه مصوب ملاک عمل خواهد بود و در صورت نداشتن تعرفه مصوب، هزینه اعلام شده از سوی وزارت بهداشت پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات دولت) ملاک عمل خواهد بود.

2.2.3. خدمات خارج از بسته بیمه پایه فقط از زمان ابلاغ دبیرخانه ستاد کشوری اجرایی برنامه تحول سلامت وزارت بهداشت مورد تعهد برنامه خواهند بود.

2.3. خدماتی که بدون بستری بیمار و در بخش سرپایی و تحت نظر (بستری کمتر از 6 ساعت) یا سایر بخشهای سرپایی بیمارستان ارائه می گردد مشمول این برنامه نمی باشند.

ماده 8. خدمات مشمول بیمه تکمیلی

1. کلیه خدماتی که تاکنون توسط بیمه تکمیلی تامین هزینه می شد کماکان توسط بیمه تکمیلی تأمین هزینه می شود.

2. نحوه رفع همپوشانی حمایتی این برنامه و بیمه های تکمیلی، بر اساس تفاهم نامه مشترک وزارت بهداشت / سازمان بیمه سلامت با بیمه مرکزی ایران تعیین می شود.

3. بیمارستان ها مکلفند قبل از ترخیص نسبت به تعیین تکلیف بیماران در مورد دارا بودن بیمه تکمیلی اقدام نمایند و بیماران مشمول این برنامه که فاقد بیمه تکمیلی اعلام شده اند مجاز به دریافت صورتحساب برای ارائه به بیمه های تکمیلی نخواهند بود.

4. بیمارستان/سازمان بیمه سلامت ایرانیان باید به گونه ای عمل نماید که میزان تعهد بیمه های تکمیلی طرف قرارداد با بیمارستان در طول اجرای برنامه تغییر ننموده و هزینه ای بابت این تعهدات بر این برنامه تحمیل نشود.

ماده 9. نظام توزیع منابع

1. اعتبارات موضوع این دستورالعمل طبق جدول اعلامی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس جمع سقف اعتبارات بیمارستان های هر دانشگاه به آن دانشگاه تخصیص داده می شود. دانشگاه اعتبارات مذکور را طبق فهرست بیمارستانی اعلام شده از سوی معاونت درمان وزارت متبوع به حساب بیمارستان ها واریز خواهد کرد. دانشگاه های علوم پزشکی حداکثر 10% امکان جابه جایی اعتبارات بین بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه را خواهند داشت.

2. معاونت توسعه وزارت متبوع باید براساس گزارش رسیدگی به اسناد سازمان بیمه سلامت با دانشگاه های علوم پزشکی در سقف های تعیین شده برای هر دانشگاه تسویه حساب نماید.

3. روسای 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 می باشند.

4. ستاد اجرایی وزارت میتواند بر اساس گزارشات نظارت و پایش برنامه حداکثر تا 20% کاهش یا افزایش اعتبارات تخصیصی به دانشگاهها را اعمال نماید.

5. ارائه خدمات باید به گونه ای باشد که تعداد پذیرش بیماران کمتر از سال 92 نباشد.

ماده 10. تامین و تدارک دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی

1. کلیه دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران بستری توسط بیمارستان تامین می گردد و بیماران بستری جهت تهیه این اقلام به خارج از بیمارستان هدایت نخواهند شد.

2. 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.

3. کمیته فنی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه با همکاری گروه های آموزشی و کمیته دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان های 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 می کند. بیمارستان ها بر اساس فهرست اعلامی دانشگاه نسبت به تهیه این اقلام اقدام نموده بگونه ای که هیچگونه کمبودی در زمینه داروها و اقلام فوق الذکر در بیمارستان وجود نداشته باشد.

4. 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 می شود.

5. بیمارستان مکلف است دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی بیماران سرپایی و تحت نظر (بدون هتلینگ) اورژانس را نیز فراهم نماید. اگر مدت اقامت بیمار اورژانس کمتر از 6 ساعت (سرپایی) باشد 30 درصد پرداخت خواهد نمود و در صورت اقامت بیش از 6 ساعت (بستری) 10 درصد پرداخت می نماید.

ماده 11. زنجیره تأمین خدمات تشخیصی درمانی (زنجیره ارجاع)

1. بیمارستان موظف است تمامی خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار که در فهرست بیمه پایه و برنامه می باشد را به بیماران عرضه نمایند.

2. 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.

3. در صورتی که امکان ارائه خدمات در حوزه دانشگاه وجود نداشته باشد بر اساس زنجیره ارجاع بین دانشگاههای قطب، عمل خواهد شد.

4. زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی ظرف مدت 15 روز توسط دانشگاه و زنجیره ارجاع داخل قطب، توسط ستاد اجرایی دانشگاه مرکز قطب طی 30 روز بعد از ابلاغ این دستورالعمل ابلاغ می شود.

5. مسئولیت و هزینه های نقل و انتقال بیماران (آمبولانس) به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می باشد.

6. منظور از زنجیره ارجاع داخل دانشگاهی و قطب، ارجاع به مراکز صرفا دولتی می باشد و بیماران به مراکز غیر دولتی و خصوصی هدایت نخواهند شد.

7. مسئولیت تأمین هزینه خدمات ارائه شده به بیمار با بیمارستان ارجاع دهنده می باشد. لازم است گزارش خدمات ارائه شده در صورتحساب بیمار درج شود تا سهم بیمه پایه اخذ گردد.

8. قرارداد با مراکز همکاری کننده بر اساس نمونه قرارداد تیپ و با مسئولیت دانشگاه منعقد خواهد شد.

ماده 12. نحوه تنظیم صورتحساب

1. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار شامل بیمه ای، مشمول برنامه و آزاد ارائه شده در بیمارستان و یا خارج بیمارستان مشتمل بر اطلاعات زیر در اتوماسیون بیمارستان وارد و به سامانه های سجاد و سپاس ارسال گردد.

2. بیمارستان موظف به صدور صورتحساب خدمات شامل 2 بخش بیمه پایه و یارانه ای می باشد که بخش بیمه پایه توسط بیمه مربوطه و بخش یارانه ای توسط سازمان بیمه سلامت/ توسط نمایندگان یا حسابرسان معاونت توسعه وزارت بهداشت رسیدگی می شود.

3. کارشناس مسئول بیمه گری بیمارستان/ ناظر مقیم بیمه سلامت در بیمارستان مکلف است اقدامات زیر را انجام دهد:

3.1. دریافت و نگهداری دفترچه بیمار از زمان پذیرش تا زمان ترخیص

3.2. بررسی صورتحساب مالی به هنگام ترخیص بیمار و تایید دریافت از بیمار مطابق بند های این آیین نامه

3.3. ثبت و ارائه گزارش خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و سایر پرداختهای خارج از بیمارستان و ثبت موارد تخلف

ماده 13. نظام ارجاع

1. بیماران روستایی و بیماران ساکن در دواستان فارس و مازندران، عشایر و ساکنین شهرهای زیر 20 هزار نفر معرفی شده از طریق نظام ارجاع که دارای برگه ارجاع می باشند، 5% فرانشیز خدمات بستری را پرداخت خواهند کرد.

2. 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.

3. برگه ارجاع ارائه شده توسط بیمار باید توسط پزشک خانواده و قبل از مراجعه به مرکز درمانی بستری تکمیل شده باشد.

4. بیمارستان باید اقدامات لازم را در خصوص تکمیل برگه های ارجاع به منظور ارائه بازخواند خدمات ارائه شده را انجام دهد.

5. بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بیمارستان های مشمول برنامه بعد از دریافت خدمات ضروری اولیه ملزم به تکمیل مراحل ارجاع طبق ضوابط نظام ارجاع می باشد.

6. اعتبارات مربوط به این ماده از محل 1% ارزش افزوده تأمین می شود.

ماده 14. مدیریت اطلاعات و تبادل اسناد:

1. همه ی بیمارستان های فاقد HIS تا پایان شهریور ماه 93 بایستی مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت (دارای گواهینامه مطابقت با استانداردهای سپاس) باشند. فهرست بیمارستان های فاقد HIS پیوست می باشد.

2. کلیه بیمارستان هایی که HIS آنها مطابق با استانداردهای سپاس نیست باید تا پایان خرداد ماه 1393 گواهینامه تبادل اطلاعات با سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) را دریافت نمایند. فهرست بیمارستان های فوق پیوست این سند است.

3. همه ی بیمارستان ها، ملزم به ثبت الکترونیکی شناسه ملی بیماران هنگام پذیرش می باشند. در موارد اورژانس و در زمانی که ثبت الکترونیکی شناسه ملی منجر به تاخیر در ارائه خدمات سلامت به فرد می گردد باید فرآیند ثبت، بعد از ارائه خدمت اورژانس و تا قبل از ترخیص وی از بیمارستان صورت گیرد.

4. ثبت تشخیص نهایی در HIS برای بیماران بستری تا قبل از ارسال پرونده به سپاس الزامی است.

5. همه ی بیمارستان ها باید در HIS خود از کدینگ استاندارد وزارت بهداشت استفاده نمایند. آخرین نسخه کدینگ های ابلاغی از نشانی اینترنتی <http://coding.behdasht.gov.ir> در دسترس است.

6. کلیه بیمارستان ها موظفند، نسبت به ارسال پرونده الکترونیک بیماران بستری در زمان ترخیص و اصلاحیه صورتحساب، حداکثر 3 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 داده های هر فرد توسط بیمارستان الزامیست.

7. 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.

8. بیمارستان‌ها حداکثر تا پایان مهرماه 1393 از سیستم (شبکه ملی سلامت) و یاسرویس اینترنت ملی به جای اینترنت برای ارسال اطلاعات استفاده نمایند.

9. معاونت درمان دانشگاه (واحد اقتصاد درمان) با همکاری واحد فن آوری اطلاعات دانشگاه بایستی به صورت مستمر با بررسی و صحت سنجی 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 1393 اشکال داده‌های ارسالی کمتر از 5 درصد باشد.

ماده 15. پایش عملکرد برنامه

1. پایش عملکرد برنامه در سطوح بیمارستان، شبکه بهداشت درمان شهرستان، دانشگاه، قطبهای کشوری و ستاد وزارت مطابق دستورالعمل نظارتی پیوست شماره 3 انجام خواهد شد.

2. گزارشات پایش عملکرد مبنای کاهش یا افزایش 20 درصدی اعتبارات پرداختی به بیمارستانها (موضوع ماده 8) می باشد.

ماده 16. اطلاع رسانی عمومی

1. هرگونه اطلاع رسانی عمومی در مورد این برنامه با هماهنگی مرکز روابط عمومی وزارتخانه و در چارچوب سیاست‌های ابلاغی دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت صورت می‌گیرد و بایستی به گونه‌ای باشد که به لحاظ منابع مالی، ساختاری و نیروی انسانی واقع بینانه باشد.

2. سایت اطلاع رسانی عمومی توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت راه اندازی و اداره خواهد شد.

3. سامانه‌های برای انعکاس شکایات مردمی، سئوالات و انتقادات توسط مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی وزارت بهداشت طراحی و راه اندازی می‌شود. پاسخگویی به سئوالات مردم در مورد این برنامه به عهده معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور خواهد بود.

4. سامانه پاسخگویی به ابهامات دانشگاه‌ها ذیل پورتال معاونت درمان راه اندازی خواهد شد.

این دستورالعمل شامل بر 16 ماده تهیه و از تاریخ 1393/2/15 برای کلیه بیمارستان‌های مشمول برنامه لازم الاجرا خواهد بود.

| نوع خدمت | سهم بیمه پایه | سهم بیمه سلامت | سهم یارانه | آزاد (خارج از تعهد برنامه و بیمه) | سهم بیمه تکمیلی | سهم بیمار | جمع کل |
|----------|---------------|----------------|------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|--------|
|----------|---------------|----------------|------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|--------|