

الزامات بیمه ای

تعاریف:

بیمه: واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می رود.
بیمه گر: شرکت ، سازمان یا موسسه ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می دهد.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می تواند از مزایای خدمات سلامت بهره مند گردد.

فرانشیز: قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

سهم بیمه پایه: قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی – درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می نماید.

درجه اعتباربخشی: درجه ای است که گواهینامه صادره توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی درج گردیده و نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز درمانی می باشد.

تعرفه: نرخ خدمت یا کالای خاصی است که براساس ملاحظات اقتصادی ، سیاسی و اجتماعی و در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه یا تحصیل هدف مشخصی تعدیل می گردد.

بیمه گزار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، خدمات معینی را براساس قرارداد منعقد شده با بیمه گر دریافت می نماید.

رسیدگی: فرایندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط موسسات درمانی برای بیمار بستری بررسی شده و بعد از انطباق با ضوابط ، مقررات و تعرفه های مصوب ارزش گذاری می گردد.

تعدیلات: میزان هزینه ای که به علت خدمات انجام نشده و یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات ، ضوابط و تعرفه های مصوب اعلام شده، از مبلغ درخواستی موسسات کسر می شود.

اسناد بستری:

کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی – درمانی در بیمارستانها به بیمه شدگان بستری، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می گردد.

پرداخت به پزشکان تمام وقت جغرافیایی:

برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پاراکلینیکی، و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر 2 برابر ارزشهای نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی، قابل محاسبه و اخذ می باشد. این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تمام وقتی) می باشد.

پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از پزشکان اطلاق می شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی – درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت.

تبصره: در صورت احراز عدم حضور اعضای هیات علمی و درمانی تمام وقت جغرافیایی در هنگام ارائه خدمت در مراکز ارائه خدمت و صرفاً مهوم نمودن اسناد به مهر ایشان خلاف ضوابط بوده و هیچ مبلغی بابت جزء حرفه ای قابل پرداخت نمی باشد.

پرداخت در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور:

برای کلیه خدمات بستری که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت جغرافیایی در مناطق محروم ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تا حداکثر 2 برابر ارزش نسبی مربوطه ، حسب درجه محرومیت شهر ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد) ، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تعرفه ترجیحی منطقه) می باشد.

اعمال کد تعدیلی (-90) با کد تعدیلی(-95) در صورت وجود شرایط مربوطه (اشتغال پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی در مناطق مشمول تعرفه ترجیحی مناطق محروم)، حداکثر تا 3 کا قابل محاسبه خواهد بود.

دوره پیگیری درمان بیمارانی تصادفی:

دوره پیگیری بیمارانی تصادفی که منجر به بستری بیمار می گردند ، از زمان اولین ترخیص دو ماه می باشد و پوشش بیمه پایه منوط به اتمام دوره پیگیری خواهد بود.. در طول دوره پیگیری ، کلیه هزینه ها از محل اعتبارات قانونی مربوطه ، پرداخت می گردد.

تبصره: دوره پیگیری از زمان ترخیص شروع می شود.

انواع بیمارستانها:

الف- مراکز بیمارستانی در سطح کشور براساس نوع وابستگی آنها به سه دسته تقسیم می شوند:

1- بیمارستانهای دولتی – دانشگاهی: وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی سطح کشور بوده و در قالب مراکز آموزشی – درمانی علاوه بر ارائه خدمت به بیمارانی اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی نموده که بیشترین مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه را تشکیل می دهند. این مراکز مجاز به دریافت تعرفه دولتی از بیمه شدگان بوده و معاف از پرداخت مالیات می باشند. اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در این مرکز فعالیت نموده و از تعرفه های خاص خود برخوردار می گردند. این مراکز تحت نظر حوزه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی فعالیت نموده و دستورالعملهای صادره از سوی وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه

سلامت جهت آنها لازم الاجرا می باشد.

2- بیمارستانهای دولتی غیردانشگاهی و عمومی غیر دولتی: شامل مراکز می گردند که وابسته به ارگانهای دولتی غیر از دانشگاههای علوم پزشکی از قبیل سازمان تامین اجتماعی ، بانکها، وزارت نفت ، دانشگاه آزاد ، مراکزخبریه، مرکز نظامی و ... می باشند که نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می گردد.

3- بیمارستانهای خصوصی: وابستگی آنها به بخش خصوصی و یا ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خصوصی می باشند. براساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد (در صورت عقد قرارداد با این مراکز) ، ملاک پرداخت بیمه های پایه ، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ مابه التفاوت براساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد.

تبصره: بدیهی است تعرفه در مراکز فوق براساس مصوبه هیئت دولت می باشد.

ب- انواع خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی:

کلیه مراکز درمانی بیمارستانی برحسب پروانه تاسیس و مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت مجاز به ارائه خدمات و احداث بخشهای خاص می باشند و ارائه خدمت به سه شکل به بیمه شدگان صورت می گیرد:

• بستری

• بستری موقت (تحت نظر)

• خدمات سرپایی بیمارستان اعم از خدمات ارائه شده در درمانگاه تخصصی ، اورژانس و واحدهای پاراکلینیک و داروخانه

نحوه محاسبه فرانشیز و سهم سازمان:

الف- اسناد بستری مورد تعهد:

1- سهم بیمه پایه: براساس مصوب هیات وزیران در بخش دولتی

2- فرانشیز: براساس مصوب هیات وزیران در بخش دولتی

تبصره 1: در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیات وزیران بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت:

عبارت است از خدماتی که بوسیله پزشک در مطب یا بطور سرپایی در درمانگاه اتاق معاینه و یا در بخش بیمارستان انجام می شود.

طبق تعریف فوق ویزیت در دو قسمت سرپایی و بستری قابل ارائه می باشد.

1- ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار و یا در اتاق درمان بیمارستان ارائه می شود و مبنای محاسبه حق الزحمه آن براساس ضریب K کتاب ارزشهای نسبی می باشد که مبلغ این ضریب هر ساله توسط هیات محترم وزیران جهت اجرا ابلاغ می گردد.

2- تعرفه حق ویزیت روزانه در بخشهای بستری مربوط به مجموع ویزیتهای انجام شده توسط پزشک معالج می باشد (یک ویزیت یا بیشتر) در نتیجه بیش از یک حق ویزیت در روز قابل محاسبه نخواهد بود.

3- ویزیتهای منجر به جراحی ، برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود(قبل و بعد از عمل جراحی)

4- ویزیت منجر به بیهوشی (pre med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

5- ویزیت کلینیک بیهوشی بصورت سرپایی به منظور تأیید عمل جراحی قابل محاسبه می باشد.

6- ویزیت متخصصین پزشکی قانونی در بخشهای مسمومیت بر مبنای ویزیت متخصص قابل محاسبه می باشد.

7- در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد.

جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید.

8- ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در 30% هزینه تخت روز لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

9- در مراکز که فاقد پزشک مقیم در بخشهای ویژه می باشند به شرط کسر 30 درصد هزینه پزشک مقیم به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیب یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسئول فنی بخش ویژه معرفی گردیده است روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

10- ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام ، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود.

تبصره: در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیب ICU، پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت قابل محاسبه و گزارش می باشد.

11- ویزیت همراه با آنژیوگرافی در صورتی که بیمار صرفاً تحت آنژیوگرافی با یا بدون آنژیوپلاستی قرار بگیرد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

تبصره 1: ویزیت در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

تبصره 2: چنانچه بیمار جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی ، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد ویزیت بستری به ایشان تعلق نمیگیرد ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمت مورد اشاره باشد ویزیت روزانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

12- انواع ویزیت بستری:

• ویزیت روز اول: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

• ویزیت اولیه نوزاد متولد شده: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

• ویزیت روز دوم به بعد : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

• ویزیت روز ترخیص : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

• ویزیت جامع در بخش اورژانس: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی براساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

• ویزیت محدود: ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح 3 و 4 تریاژ (ویزیت بیماران سطح 5 تریاژ در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می باشد ویزیت سایر گروه های

تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و اخذ می باشد.

bull& مراقبت بحرانی:مراقبت بحرانی(اطفال و بزرگسالان) سطح يك يا دو تریاژ مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال)

تبصره: تعداد ویزیت‌های قابل پرداخت جهت يك بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می باشد. چنانچه بیمار فوت یا با رضایت شخصی ترخیص گردد، ویزیت روز ترخیص قابل محاسبه نخواهد بود . چنانچه احراز گردد قبل از ترخیص یا فوت ، بیمار توسط متخصص ویزیت شده است ویزیت قابل محاسبه می باشد.

ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات مشاوره :

عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر ، به صورت اظهار نظر با پیشنهاد به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر بیمار ارائه می گردد.

1- پرداخت هزینه مشاوره صرفا منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می باشد.

2- هزینه هر بار مشاوره برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی محاسبه می گردد.

3- حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت يك بیمار 6 مشاوره برای پزشکان با تخصصهای مختلف و حداکثر سه مشاوره از يك تخصص ، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روز دوم به بعد مازاد بر ویزیت روزانه پزشک معالج محاسبه می گردد.

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

5- مشاوره جراح در صورتیکه منجر به جراحی گردد قابل محاسبه می باشد.

6- مشاوره جهت متخصصینی منجمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها براساس کدهای موجود در کتاب قابل پرداخت می باشد.

7- مشاوره در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

8- مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با شرایط زیر قابل محاسبه می باشد.

- تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد.

- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد.

- پزشک مدعو در کلینیکهای بیمارستان فعالیت ننماید.

- ویزیت بر بالین بیمار انجام شود.

- در مورد بیمار سرپایی نباشد.

- به رزیدنت تعلق نمی گیرد.