

شیوه نامه ملاک عمل حفاظت مالی بیماران در هزینه های سلامت

مقدمه

با عنایت به تاکید مقام معظم رهبری و ریاست محترم جمهور «مبنی بر کاهش سهم پرداختی بیماران در خدمات سلامت»، مطابق بند (۹) سیاست‌های کلان حوزه سلامت «مبنی بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان»، سند تحول دولت مردمی «مبنی بر پوشش هزینه‌های سلامت»، برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع، جزء ۴ بند «ل» تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ و جدول شماره ۷ اعتبارات موضوع «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» و جدول شماره ۹ اعتبارات ردیف‌های متفرقه (موضوع ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و مصوبه هیات وزیران به شماره ۱۲۴۸۸/ت ۶۱۰۳۵ هـ مورخ ۱۴۰۲/۱/۲۹ (تعرفه خدمات تشخیصی درمانی) و مصوبه هیات وزیران به شماره ۸۵۹۷۱/ت ۶۱۵۴۴ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ شیوه نامه ذیل ابلاغ می گردد.

ماده ۱: تعاریف

۱. وزارت: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۲. سازمانهای بیمه گر پایه: سازمان‌های بیمه گر پایه (بیمه سلامت، تامین اجتماعی و خدمات درمانی نیروهای مسلح)
۳. شرکتهای/ موسسات/ سازمانهای بیمه گر تکمیلی: شرکت، سازمان یا مؤسسه‌ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه‌گذار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می‌دهد و زیر نظر و با مجوز بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران فعالیت می نمایند.
۴. خدمات تحت پوشش بیمه پایه: فهرست خدمات در تعهد سازمان‌های بیمه گر پایه
۵. خدمات تحت پوشش برنامه: فهرست خدمات در تعهد سازمان‌های بیمه گر پایه و مشمول برنامه کاهش فرانشیز
۶. مراکز تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی: مراکز ارائه دهنده خدمات تشخیصی درمانی دولتی- دانشگاهی
۷. خدمات بستری: کلیه خدمات تشخیصی درمانی که در بخش بستری بیمارستانها و پس از تشکیل پرونده به بیماران ارائه می‌گردد.
۸. خدمات اورژانس: به کلیه خدمات تشخیصی درمانی گفته میشود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن در بخش اورژانس بیمارستانها (در چهار سطح تریاژ)، به بیمار ارائه گردد. همه بیماران ارجاعی اورژانسی در بیمارستان باید تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس شوند.
۹. خدمات بستری بخش اورژانس: به خدمات تشخیصی درمانی دارای اندیکاسیون بستری در سطوح یک، دو، سه و چهار تریاژ همراه با پروسیجر که نیازمند مراقبت، مانیتورینگ پارامترهای حیاتی، انجام مداخلات و خدمات تخصصی در بخش اورژانس باشد اطلاق می گردد.

۱۰. خدمات سرپایی: به تمامی خدمات تشخیصی درمانی فاقد اندیکاسیون بستری و فاقد اندیکاسیون تشکیل پرونده بستری اورژانس که در مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی مشتمل بر مطب، درمانگاه های عمومی، کلینیک های ویژه تخصصی و موسسات ارائه دهنده خدمات تشخیصی و ... ارائه می گردد اطلاق می شود.

۱۱. سطح بندی: به چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت های سلامت به منظور دسترسی سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و بیشترین کیفیت عموم مردم اطلاق می گردد.

سطح اول (بهداشتی و درمانی اولیه):

شامل خدمات/ مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. مجموعه خدمات فرد محور عبارتند از: ارائه خدمات پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها بر اساس بسته خدمتی مصوب. سایر خدمات از جمله ارجاع به سطوح بالاتر (با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار) توسط واحد ارایه دهنده خدمات سطح اول انجام می گیرد.

سطح دوم (سرپایی):

به خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی اطلاق می شود که توسط واحدهای سرپایی (جهت ارائه خدمات بالینی و درمانی، پاراکلینیک و توانبخشی) تخصصی و فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارایه می گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی، اعمال جراحی سرپایی انتخابی، ویزیت، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

ارائه دهنده خدمات سطح دوم موظف است، تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

سطح سوم (بستری):

به خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی اطلاق می شود که توسط واحدهای بستری (جهت ارائه خدمات بالینی، پاراکلینیک و توانبخشی) تخصصی و فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارایه می گردد.

ارائه دهنده خدمات سطح سوم موظف است، سطح دوم و تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

۱۲. فرانشیز خدمات: سهم بیماران از هزینه خدمات (بستری، بستری بخش اورژانس و سرپایی) که در تعهد سازمانهای بیمه گر پایه می باشد.

ماده ۲: شمول برنامه

الف - تمامی مراکز درمانی و بیمارستانهای دولتی (آموزشی درمانی) تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی کشور، مشمول این برنامه می باشند.

تبصره: مراکز درمانی غیر دولتی در صورت اعلام نیاز دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مجری طرح و تایید معاونت درمان وزارت (با اولویت به ترتیب مراکز عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی) و در صورت امکان تبادل الکترونیکی اطلاعات از بستر دیتاس نیز می‌توانند با انعقاد قرارداد با بیمه پایه مشمول این برنامه باشند.

ب - افراد ایرانی مشمول جمعیت دارای پوشش بیمه پایه روستایی، عشایر، ساکنین شهری زیر بیست هزار نفر و همچنین مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و مددجویان سازمان بهزیستی، کلیه اقشار در دهک‌های (۱) تا (۳) ساکن سایر مناطق شهری با جمعیت بالای بیست هزار نفر، دارای یکی از بیمه‌های سازمان بیمه سلامت، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح و مراجعه کننده به بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مشمول این برنامه، در صورت رعایت نظام ارجاع، جمعیت هدف این برنامه می‌باشند.
تبصره ۱: جمعیت در دهک‌های (۴) تا (۱۰) ساکن مناطق شهری منتخب با جمعیت بالای بیست هزار نفر، در صورت رعایت نظام ارجاع، مشمول حمایت های این برنامه خواهند بود.

تبصره ۲: مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران و مددجویان سازمان بهزیستی مشمول حمایت این برنامه می‌باشند. گروه‌های جمعیتی یاد شده تا قبل از استقرار برنامه نظام ارجاع الکترونیک، برای استفاده از حمایت این برنامه ملزم به اخذ تاییدیه از پزشک خانواده جهت بستری در مراکز دولتی نخواهند بود.

تبصره ۳: بیمه‌شدگان سایر بیمه‌های سلامت مانند بیمه‌های توام بانکها، شهرداری، صدا و سیما و ... در صورت رعایت مصوبات این شیوه نامه مشمول مفاد این مستند خواهند بود. تبادل الکترونیک اطلاعات موضوع این شیوه نامه از بستر دیتاس صورت پذیرفته و در غیر این صورت بایستی سهم پرداختی بیمار از طریق خسارت متفرقه جبران گردد.
تبصره ۴: هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه و بیمه‌های تکمیلی مجاز به کاهش تعهدات خود در محدوده اجرای این برنامه نمی‌باشند.

تبصره ۵: اتباع بیگانه (مجاز و غیرمجاز) مشمول این شیوه‌نامه نمی‌باشند.

ج - خدمات تحت پوشش:

۱. کلیه خدمات بستری تحت پوشش بیمه پایه و خارج از پوشش بیمه پایه (منتخب به شرح شرایط مندرج در این شیوه نامه) بر اساس مفاد این شیوه نامه مشمول برنامه می‌باشند.

تبصره: خدمات خارج از پوشش بیمه پایه، مطابق با شیوه نامه برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری مشمول ماده (۳) این برنامه خواهد بود.

۲. خدمات پرونده بستری بخش اورژانس و بر اساس مفاد این برنامه تحت پوشش می‌باشند.

۳. کلیه خدمات سرپایی تحت پوشش بیمه پایه (به استثناء دارو) بر اساس مفاد این برنامه تحت پوشش می‌باشند.

تبصره ۱: خدمات سطح یک بر اساس شیوه نامه ابلاغی حوزه معاونت بهداشت خواهد بود.

تبصره ۲: هزینه خدمات مشمول صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج بر اساس شیوه نامه مربوطه از محل منابع اختصاصی صندوق پوشش داده می شود.

د- خدمات مشمول برنامه های حمایت از بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مشمول این شیوه نامه (برنامه کاهش فرانشیز، ترویج زایمان طبیعی و برنامه ماندگاری) بر اساس شیوه نامه مربوطه تحت پوشش این برنامه خواهد بود.

ماده ۳: اجزای برنامه

الف: حذف کامل فرانشیز بیماران در خدمات بستری تحت پوشش بیمه پایه سلامت در قالب نظام ارجاع: سهم فرانشیز بیمار از هزینه خدمات بستری و پرونده بستری بخش اورژانس برای بیماران (جمعیت هدف این برنامه) در مراکز تشخیصی درمانی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، در صورت رعایت نظام ارجاع معادل صفر درصد می باشد. سهم سازمان بیمه گر برای گروه های مختلف مشمول برنامه بر اساس مصوبه های هیات وزیران به شماره ۱۲۴۸۸/ت ۶۱۰۳۵ هـ مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۹ (تعرفه خدمات تشخیصی درمانی) و شماره ۸۵۹۷۱/ت ۶۱۵۴۴ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ تعیین می گردد. مابقی هزینه از محل منابع موضوع جدول شماره ۷ اعتبارات «موضوع اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از محل منابع جدول شماره ۹ اعتبارات ردیف های متفرقه «موضوع ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» پرداخت خواهد شد.

خدمات مشمول برنامه های حمایت از بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مشمول این شیوه نامه (برنامه کاهش فرانشیز، ترویج زایمان طبیعی و برنامه ماندگاری) بر اساس شیوه نامه مربوطه تحت پوشش این برنامه خواهد بود.

تبصره ۱: سهم بیمار از هزینه خدمات بستری و پرونده بستری بخش اورژانس مورد تعهد بیمه پایه برای بیماران در صورت رعایت نظام ارجاع در مراکز تشخیصی درمانی بخش غیردولتی طرف قرارداد با سازمان های بیمه گر پایه، معادل ۱۰۰ درصد مابه التفاوت تعرفه دولتی و غیردولتی خواهد بود.

تبصره ۲: سهم فرانشیز بیماران مشمول صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج از هزینه خدمات بستری در مراکز تشخیصی درمانی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، پس از کسر سهم سازمانهای بیمه گر پایه و سهم صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج بر اساس شیوه نامه مربوطه از محل منابع اختصاصی صندوق مذکور معادل صفر درصد خواهد بود.

ب: تخفیف فرانشیز بیماران از هزینه های خدمات سرپایی تحت پوشش بیمه پایه سلامت در قالب نظام ارجاع: در راستای رعایت نظام ارجاع و همچنین ارتقای وضعیت حفاظت مالی، فرانشیز بیماران در این برنامه به شرح ذیل می باشد:

۱. خدمات سرپایی (ویزیت - مشاوره) در مراکز دانشگاهی و دولتی: سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۱۵٪ و سهم سازمان بیمه گر پایه ۸۵٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۲. خدمات سرپایی (ویزیت - مشاوره) در مراکز غیردولتی: سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۳۰٪ درصد تعرفه دولتی و مابه التفاوت تعرفه دولتی با تعرفه مصوب غیردولتی می باشد. سهم سازمان بیمه گر پایه ۷۰٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۳. سایر خدمات و پروسیجرهای درمانی سرپایی، بخش دولتی: سهم بیمار معادل ۱۵٪ و سهم سازمان بیمه گر پایه ۸۵٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۴. سایر خدمات و پروسیجرهای درمانی سرپایی، بخش غیردولتی: سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۱۵٪ تعرفه دولتی به اضافه مابه التفاوت تعرفه دولتی و غیردولتی می باشد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۸۵٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۵. خدمات پاراکلینیک بخش دولتی: سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۱۵٪ تعرفه دولتی و سهم سازمان بیمه گر پایه ۸۵٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۶. خدمات پاراکلینیک بخش غیردولتی: سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۱۵٪ تعرفه دولتی به اضافه مابه التفاوت تعرفه دولتی و غیردولتی می باشد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۸۵٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
۷. خدمات دارویی: سهم بیمار معادل ۳۰ درصد و سهم سازمانهای بیمه گر پایه معادل ۷۰ درصد قیمت دارو خواهد بود.
۸. سهم فرانشیز بیمار از هزینه خدمات سرپایی (به استثنای دارو) در مراکز تشخیصی درمانی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، برای بیماران سه دهک اول درآمدی در صورت رعایت نظام ارجاع معادل صفر درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۱۰۰ درصد می باشد.
۹. سهم فرانشیز برای بیماران خاص و صعبالعلاج برای مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)، مددجویان سازمان بهزیستی و بیمه شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر از هزینه دارو و خدمات سرپایی مرتبط با بسته بیماری های مذکور در مراکز تشخیصی درمانی تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی معادل ۰٪ و سهم سازمان بیمه سلامت ۱۰۰٪ تعرفه دولتی خواهد بود.

ج: پوشش هزینه اجرا و مدیریت نظام ارجاع در مراکز طرف قرارداد سازمانهای بیمه پایه (بستری و سرپایی) و بازخورد: هزینه ثبت و هماهنگی پذیرش بیمار و کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخورد در مراکز دولتی در صورت رعایت شیوه نامه های اجرایی نظام ارجاع و ارسال بازخورد تحت پوشش این برنامه می باشد. این پوشش معادل دو برابر ضریب ریالی جزء حرفه ای تمام وقتی برای هر نوبت پذیرش بستری و معادل ۵۰ درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی در ازای هر بار مراجعه سرپایی به درمانگاهها و کلینیک های ویژه تخصصی می باشد.

د: پوشش هزینه ارتقای خدمات ویزیت در نظام ارجاع در مراکز طرف قرارداد سازمانهای بیمه پایه:

۱. در راستای تقویت و بهبود کیفیت ویزیت در درمانگاههای سرپایی و کلینیکهای ویژه تخصصی اعم از دولتی و غیردولتی (مشروط به رعایت نظام ارجاع و ارائه بازخوراند)، پرداخت معادل ۱۰۰ درصد تعرفه یک ویزیت پایه متخصص دولتی مازاد بر تعرفه مربوطه به عنوان مشوق برای ارائه‌کنندگان ویزیت در این بخش تحت پوشش این برنامه می باشد.

تبصره: ویزیت بیماران اورژانس سطح چهار (بدون پروسیجر و بدون تشکیل پرونده) و سطح پنج (بدون تشکیل پرونده) توسط متخصصین، مشمول مشوق این بند می شود.

۲. هزینه مشوق و ارسال بازخوراند ویزیت پزشک عمومی (جایگزین ویزیت سلامت خانواده) در بخش اورژانس بیمارستانی اعم از دولتی و غیردولتی معادل ۱۰۰ درصد یک ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی نیز تحت پوشش این برنامه می باشد.

ه: برنامه موجود حفاظت مالی:

رعایت حمایت‌های مالی وزارت بهداشت (برنامه کاهش فرانشیز، ترویج زایمان طبیعی و برنامه ماندگاری) به منظور کاهش پرداخت از جیب بیماران جهت دریافت خدمات بستری در بخش دولتی، برای بیماران مشمول این شیوه‌نامه کمافی السابق الزامی است.

ماده ۴: مدیریت و جریان منابع مالی

توزیع و مدیریت منابع مورد نیاز این برنامه به شرح ذیل می باشد:

الف: حذف خودپرداخت بیمار از هزینه‌های خدمات بستری تحت پوشش بیمه پایه سلامت:

۱. صددرصد هزینه‌های این خدمات برای جمعیت سه دهک اول درآمدی توسط سازمان های بیمه گر پایه و از محل منابع سازمان به استناد مصوبه هیات وزیران به شماره ۸۵۹۷۱/ت ۶۱۵۴۴ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ قابل پرداخت خواهد بود.

۲. نود و پنج (۹۵) درصد هزینه‌های این خدمات برای جمعیت مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره)، مددجویان سازمان بهزیستی و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه و از محل منابع سازمان به استناد مصوبه هیات وزیران به شماره ۱۲۴۸۸/ت ۶۱۰۳۵ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ قابل پرداخت خواهد بود.

۳. نود (۹۰) درصد هزینه‌های این خدمات برای سایر جمعیت مشمول، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه و از محل منابع سازمان قابل پرداخت خواهد بود.

۴. سهم برنامه کاهش فرانشیز هزینه‌های بستری، باستناد جدول شماره ۹ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ و از محل اعتبارات موضوع ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) توسط وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشد.

۵. مابقی هزینه (صفر، پنج و ده درصد سهم بیمار) پس از کسر سهم برنامه‌های حمایتی از جمله کاهش فرانشیز، توسط سازمانهای بیمه‌گر پایه از محل منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پرداخت به مراکز و از محل اعتبارات جدول شماره ۷ موضوع «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» قابل پرداخت می‌باشد.

ب: تخفیف فرانشیز بیماران از هزینه‌های خدمات سرپایی تحت پوشش بیمه پایه سلامت:

۱. صد درصد هزینه‌های این خدمات برای جمعیت سه دهک اول درآمدی (به استناد مصوبه هیات وزیران به شماره ۸۵۹۷۱/ت/۶۱۵۴۴ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸) و بیماران خاص و صعب‌العلاج مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره)، مددجویان سازمان بهزیستی و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر (به استناد مصوبه هیات وزیران به شماره ۱۲۴۸۸/ت/۶۱۰۳۵ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹) توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه قابل پرداخت خواهد بود.
۲. هشتاد و پنج (۸۵) درصد هزینه‌های این خدمات برای جمعیت مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره)، مددجویان سازمان بهزیستی و بیمه‌شدگان روستایی، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه و سهم بیمار معادل ۱۵ درصد قابل پرداخت خواهد بود. (به استناد مصوبه هیات وزیران به شماره ۱۲۴۸۸/ت/۶۱۰۳۵ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹)
۳. هفتاد (۷۰) درصد هزینه‌های این خدمات برای سایر جمعیت مشمول برنامه، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه قابل پرداخت خواهد بود و ۱۵ درصد هزینه از محل منابع موضوع جدول شماره ۷ اعتبارات موضوع «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت خواهد شد و سهم بیمار ۱۵ درصد می‌باشد.

ج: پوشش هزینه اجرا و مدیریت نظام ارجاع در مراکز و بازخوراند:

این بخش از هزینه‌ها از محل منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پرداخت به مراکز از محل اعتبارات جدول شماره ۷ موضوع «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» قابل پرداخت می‌باشد.

د: پوشش هزینه ارتقای خدمات ویزیت در نظام ارجاع:

این بخش از هزینه‌ها توسط سازمانهای بیمه‌گر پایه از محل منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پرداخت به مراکز از محل اعتبارات جدول شماره ۷ موضوع «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با پوشش بیمه درمان» قابل پرداخت می‌باشد.

هـ: برنامه موجود حفاظت مالی:

این بخش از هزینه‌ها توسط وزارت بهداشت و بر اساس شاخصهای مرتبط محاسبه از محل اعتبارات موضوع ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) موضوع جدول ۹ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ قابل پرداخت می باشد.

و: توضیحات:

۱. پرداخت هزینه خدمات در سطح یک بر اساس مفاد تفاهم نامه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و معاونت بهداشت می باشد.
۲. پرداخت هزینه خدمات در سطح دو و سه بر اساس مفاد تفاهم نامه سازمانهای بیمه‌گر پایه و معاونت درمان می باشد.
۳. بر اساس قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کشور، سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلف به پرداخت مطالبات به مراکز و حرف طرف قرارداد حداکثر ظرف یک ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک می باشند.
۴. پرداخت‌های وزارت بهداشت به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس گزارشات عملکرد و همچنین گزارشات نظارتی با تایید معاونت درمان قابل اجرا می باشد.

ماده ۵: آمار و فناوری اطلاعات

۱. ارتقای کارایی سامانه‌های موجود ارائه دهنده خدمات سلامت اعم از سامانه‌های مرتبط با ثبت، تبادل، بررسی اسناد، استحقاق بیماران و نوبت‌دهی در برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع، بر اساس مفاد این شیوه‌نامه و اسناد ابلاغی مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، جزو اولین مرحله اجرایی برنامه محسوب می شود.
۲. فرمت تنظیم صورتحساب و اسناد خدمات بر اساس مفاد این شیوه‌نامه توسط معاونت درمان تهیه شده و سند فنی مربوطه توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت تدوین و به شرکتهای توسعه‌دهنده سامانه‌های اطلاعاتی جهت اجرا ابلاغ خواهد شد.
۳. تمامی سامانه‌هایی که اطلاعات مرتبط با این برنامه را ثبت و تبادل می‌نمایند، اعم از سامانه‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه و شرکتهای بیمه تکمیلی موظف به ارسال اطلاعات (مطابق با استاندارد و شیوه‌نامه‌های ابلاغی مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت) به پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) می‌باشند.
۴. مدیریت اطلاعات در سطح یک بر اساس ضوابط موجود در این سطح می باشد.

ماده ۶: نظارت و پایش

۱. معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مجری برنامه مکلف هستند گزارش ماهانه ارزیابی برنامه مشتمل بر چکیده گزارشات سامانه‌ها و گزارشات ارزیابی محیط را در چارچوب فرم‌های ابلاغی به معاونت درمان وزارت ارائه نمایند.
۲. بازدیدهای محیطی با مشارکت کلیه اعضا و بر اساس فرم‌های مورد تایید معاونت درمان وزارت خواهد بود.

۳. مصادیق تخلف و نحوه مدیریت آن طی مدت یکماه بعد از ابلاغ این شیوه نامه اعلام می شود.

ماده ۷: سایر نکات

۱. بسته خدمات مشمول برنامه کاهش فرانشیز و شیوه نامه تبادل (الکترونیک و غیر الکترونیک)، رسیدگی اسناد توسط معاونت درمان وزارت بهداشت مدیریت می شود.
۲. در صورت عدم رعایت نظام ارجاع توسط بیماران تحت پوشش بیمه، تا اطلاع ثانوی سهم سازمانهای بیمه گر و میزان خودپرداخت بیماران مشمول این شیوه نامه نبوده و کمافی السابق قابل محاسبه می باشد.
۳. کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت بایستی با سازمانهای بیمه گر پایه قرارداد منعقد و مصوبات تبادل (الکترونیک و غیر الکترونیک) اسناد با وزارت بهداشت را رعایت نمایند .
۴. سایر موارد اجرایی نظام ارجاع (مدیریت فرایندهای ارجاع، تدارک خدمات و ...) که در این شیوه نامه به آن اشاره نشده است تابع مفاد مندرج در آخرین نسخه مصوب برنامه خواهد بود.

این شیوه نامه مشتمل بر یک مقدمه، ۷ ماده و ۱۲ تبصره، تدوین گردید و از تاریخ ابلاغ برای کلیه دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی مشمول برنامه، لازم الاجرا می باشد.

دکتر بهرام عین اللهی
وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی