

شیوه نامه

محاسبه و پرداخت سهم صندوق خاص و صعب‌العلاج و
مشمولین حمایت‌های سازمان بیمه سلامت در اسناد

بیمارستانی

(برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت)

و

محاسبه و پرداخت سهم صندوق خاص و صعب‌العلاج در اسناد

بیمارستانی

(برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی)

(نسخه ۰۱)

دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

دفتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی

۱- هدف

۱-۱- اجرای تعهدات صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج به منظور پوشش خدمات، دارو و تجهیزات پزشکی در اسناد بستری و بستری موقت سازمان بیمه سلامت و سازمان تامین اجتماعی به منظور بهبود محافظت مالی مضمولین صندوق

۱-۲- اجرای تعهدات سازمان بیمه سلامت برای بیمه شدگان مشمول حمایت دولت (دهک های رایگان و مددجویان کمیته امداد و بهزیستی، پوشش های حمایتی داخلی سازمان بیمه سلامت) و بیماران تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی مشمول حمایت صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج

۲- دامنه عملکرد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، ادارات کل بیمه سلامت استانی، مدیریت درمانهای تامین اجتماعی استانی، دانشگاه های علوم پزشکی، بیمارستانهای طرف قرارداد، مراکز جراحی محدود

۳- تعاریف و اصطلاحات

۳-۱- **صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج:** بر اساس تصویب نامه هیئت وزیران شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ به منظور تأمین مالی مطلوب خدمات، دارو و کالاهای سلامت محور برای مضمولین، ارتقاء پوشش بیمه ای و بهبود محافظت مالی آنان در قبال بخشی از هزینه های سلامت، "صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج" که از این پس به اختصار "صندوق" نامیده می شود در سازمان بیمه سلامت تشکیل شده است.

۳-۲- **سهم صندوق:** درصدی از هزینه های مضمولین صندوق که پس از کسر سهم بیمه پایه و بیمه تکمیلی بیمار، از اعتبارات صندوق مذکور به مراکز ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد. این هزینه می بایست در ستون ۲۲,۲ صورتحساب درج گردد.

۳-۳- **پوشش های حمایتی داخلی سازمان های بیمه گر پایه:** تخفیفاتی که به استناد تکالیف قانونی، سازمان های بیمه گر متعهد به پرداخت آنها می باشند و باعث افزایش سهم سازمان می گردد و شامل موارد زیر می شود:

الف) کاهش فرانشیز بیمه شدگان مددجو کمیته امداد، بهزیستی و روستایی به استناد مصوبه شماره ۲۱۲۵۷ /ت/ ۵۹۸۰۱ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۲ هیئت محترم وزیران

ب) حذف فرانشیز دهک‌های درآمدی ۱ تا ۳ کلیه اقسار، به استناد مصوبه ۱۴۰۱ و ۸۵۹۷۱/ت/۶۱۵۴۴ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ هیئت محترم وزیران

ج) حذف فرانشیز دارو و لوازم مصرفی و خدمات بستری ارایه شده به بیماران صعب‌العلاج (EB, CF, متابولیک و SMA) با سهم سازمان ۱۰٪ هزینه‌های آنان مطابق تصویب نامه شماره ۱۱۴۹۰۱/ت/۶۰۱۸۴ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۳۰ هیات محترم وزیران (نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)

۳-۴- سهم بیمه پایه: درصدی از هزینه‌های انجام خدمات تشخیصی درمانی، دارو و تجهیزات در مراکز طرف قرارداد که در تعهد سازمان‌های بیمه گر پایه می باشد.

۳-۵- سهم یارانه سلامت: بخشی از هزینه صورت‌حساب بیماران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراکز دولتی دانشگاهی مطابق با "دستورالعمل رسیدگی به اسناد برنامه تحول نظام سلامت (آخرین ویرایش)"، تحت پوشش حمایت برنامه مربوطه قرار می گیرد.

۳-۶- بیمه شدگان مشمول شیوه نامه: در حیطه این شیوه نامه شامل بیماران خاص و صعب‌العلاج، دهک‌های درآمدی ۱ تا ۳ کلیه اقسار، روستاییان و مددجویان کمیته امداد و بهزیستی می باشد (با رعایت مفاد توضیح ۱ همین شیوه نامه).

۳-۷- مشمولین صندوق: بیمه شدگان مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج که فهرست این بیماری‌ها از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان‌های بیمه گر پایه ابلاغ می گردد.

۳-۸- بیمه شدگان تحت پوشش بیمه تکمیلی: بیمارانی که علاوه بر پوشش بیمه پایه دارای بیمه تکمیلی با تعهدات مندرج در قرارداد بیمه تکمیلی خود هستند.

۳-۹- سرویس تخفیف بیمه: سرویسی است که توسط سازمان بیمه سلامت ارائه می گردد و تخفیف‌های مشمول بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی (صرفاً حمایت صندوق) را به تفکیک جهت محاسبه در صورت‌حساب بیمار اعلام می‌نماید که در این دستورالعمل به اختصار سرویس نامیده می شود.

۳-۱۰- سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS): نرم افزاری است که در بیمارستان‌ها مورد بهره برداری قرار می گیرد و وظیفه مدیریت منابع بیمارستانی و تشکیل پرونده بیماران در بیمارستان را به عهده داشته و مکلف به ارسال این اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت می باشد و در این شیوه نامه به اختصار "HIS" نامیده می شود.

۳-۱۱- سامانه پردازشگر الکترونیک اسناد پزشکی سازمان: سامانه پردازشگر رسیدگی سازمان‌های بیمه سلامت ایران که با دریافت جزئیات هزینه‌ای هر یک از خدمات ارائه شده به بیمار و اطلاعات پرونده بیمار، بر اساس مقررات و ضوابط بیمه‌گری و مورد تعهد

سازمان، پرونده را پردازش نموده و فرآیند رسیدگی به صورت الکترونیکی انجام می گردد و در این شیوه نامه به اختصار "سامانه رز" نامیده می شود.

۱۲-۳- اسناد بیمارستانی: شامل صورتحساب و اسناد مثبت کلیه پرونده های بیماران بستری، بستری موقت و تحت نظر اورژانس دارای پرونده می باشد.

۱۳-۳- مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات پیوند اعضا: مراکزی که به طور مکتوب جهت انجام جراحی پیوند توسط معاونت درمان وزارت اعلام می گردد.

۴- مسئولیت اجرا

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ سازمان بیمه سلامت ایران؛ سازمان تامین اجتماعی، دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز طرف قرارداد

۵- مدارک مرتبط

- ✓ اساسنامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج
- ✓ تعرفه های سالیانه مصوب هیأت محترم وزیران
- ✓ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در جمهوری اسلامی ایران
- ✓ دستورالعمل ها، ابلاغیه ها و تصویب نامه های ابلاغی مرتبط

۶- شرح اقدامات

الف) مقدمه

۶-۱- بر اساس تکالیف قانونی و به منظور حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های حوزه سلامت، از طرف سازمان بیمه سلامت تخفیف هایی به بیمه شدگان مشمول تعلق می گیرد که شامل تخفیف های مربوط به وضعیت دهک بیمه شده، مددجویان کمیته امداد و بهزیستی، حمایت های داخلی سازمان بیمه سلامت و موارد مربوط به صندوق حمایتی بیماران خاص و صعب العلاج (بیماران تحت پوشش بیمه سلامت و تامین اجتماعی) می باشد. به منظور کاهش پرداخت از جیب این بیماران، ضروری است HIS بیمارستان، درصدهای تخفیف اعلام شده از طرف سرویس را در صورتحساب بیماران مشمول اعمال نماید .

توضیح ۱: تعهدات سازمان تامین اجتماعی شامل موارد تخفیف و کاهش فرانشیزهای مربوط به بیمه شدگان تحت پوشش، کما فی السابق به قوت خود باقی است و ضروری است سامانه های اطلاعات بیمارستانی نسبت به اعمال موارد مذکور همچون قبل اقدام نمایند.

توضیح ۲: با عنایت به نامه شماره ۱۴۰۲/۱۲۵۲۲۷ مورخ ۱۴۰۲/۴/۱۰ مدیر عامل محترم سازمان بیمه سلامت مبنی بر عقد تفاهم نامه و تخصیص اعتبارات از محل صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج به سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، تامین هزینه های بیماران مشمول حمایت صندوق تحت پوشش آن سازمان، تا زمان آماده سازی بستر الکترونیک به صورت غیر الکترونیک و توسط سازمان مذکور صورت خواهد گرفت. گزارش عملکرد این سازمان در خصوص ساز و کار های اجرایی و هزینه کرد می بایست ارائه گردد.

ب) شرح اعمال تخفیف های بیماران مشمول

۶-۲- جهت بهره مندی بیمه شده از این تخفیف ها، لازم است سرویس مربوطه مطابق با راهنمای فنی، فراخوانی گردد و بیمه شده مطابق با پاسخ وب سرویس از تخفیف های حمایتی استفاده نماید. این سرویس، بایستی در دو مرحله پذیرش و ترخیص فراخوانی گردد.

توضیح ۳: این شیوه نامه صرفاً برای بهره مندی بیمه شدگان از تخفیف های مورد استناد می باشد و ضوابط رسیدگی به اسناد در بیمارستانها کما فی السابق بر قرار می باشد.

توضیح ۴: نشان بیماری اختصاص یافته به این بیماران، در زمان ترخیص ملاک عمل در سامانه رسیدگی بستری (رز) می باشد.

توضیح ۵: مطابق مصوبات نود و یکمین جلسه شورای عالی بیمه مورخ ۱۴۰۱/۸/۱۷ در صورتی که بیمار تا پایان زمان ترخیص، تحت پوشش سازمان بیمه قرار گیرد، پرونده بستری به صورت بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت بوده به صورتی که شامل مزایا و تخفیفات صندوق برای بیماران مشمول نیز می گردد.

ج) انواع و مقدار تخفیف ها

۶-۳- بیمه شده با توجه به وضعیت دهک یا مددجو بودن، دارا بودن بیماری های خاص و صعب العلاج و سایر حمایت ها (بر اساس نشان بیمه شده)، مشمول تخفیف هایی می شود که در خروجی سرویس بر روی HIS مشخص و درج می گردد.

این تخفیف ها شامل موارد ذیل می باشد و به تفکیک در خروجی سرویس تخفیف بیمه شده نمایش داده می شود:

۶-۳-۱- پوشش های حمایتی بیمه شدگان دهک اول تا سوم سازمان بیمه سلامت

برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در صورتی که پارامتر مربوطه در خروجی سرویس دارای مقدار باشد، سهم سازمان ۱۰۰٪ محاسبه و پرداخت می گردد. (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می شود)

۶-۳-۲- پوشش های حمایتی مددجویان کمیته امداد و بهزیستی سازمان بیمه سلامت

برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در صورتی که پارامتر مربوطه در خروجی سرویس دارای مقدار باشد، سهم سازمان ۹۵٪ محاسبه و پرداخت می گردد. (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می شود)

۶-۳-۳- پوشش های حمایتی برای بیماران صعب العلاج (EB، CF، متابولیک و SMA) سازمان بیمه سلامت

بیماران سازمان بیمه سلامت مبتلا به بیماری های EB، CF، متابولیک و SMA با توجه به تصویب نامه شماره ۱۱۴۹۰۱/ت/۱۸۴۰۱۸۴ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۳۰ هیات محترم وزیران (نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور) مشمول تخفیف شده و سازمان متعهد به پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های این بیماران است. در صورت دارا بودن مقدار این فیلد در خروجی سرویس، بیمارستان مجاز به افزایش سهم سازمان (از خدمات در تعهد) متناسب با میزان تخفیف مندرج است.

۶-۳-۴- بیمه شدگان مشمول صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج سازمان های بیمه سلامت و تامین اجتماعی

در صورتی که بیمه شده مشمول حمایت صندوق خاص و صعب العلاج باشد، درصدی از هزینه خدمات ارائه شده بعد از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، در تعهد صندوق می باشد. این هزینه می بایست در فیلد ۲۲,۲ صورت حساب درج گردد.

پرونده بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی، پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۰,۲ توسط بیمه سلامت مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رز ارسال می گردد. لازم به ذکر است نیازی به ارائه مستندات برای خدمات مندرج در این ستون به ناظرین بیمه سلامت نمی باشد.

۶-۴- مابه التفاوت هزینه های خدمات مشمول بسته بیماران خاص و صعب العلاج بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت، (هموفیلی، تالاسمی، MS، پیوند کلیه، همودیالیز، دیالیز صفاقی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و بیماران استومی) (موضوع مصوبه شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیئت محترم وزیران)، منطبق بر بسته خدمتی، پس از کسر سهم سازمان (۱۰۰٪ تعهد بیمه پایه) و سهم بیمه تکمیلی، از محل صندوق برقرار خواهد بود.

۶-۵- آن دسته از خدمات که طبق دستورالعمل رسیدگی به اسناد برنامه تحول نظام سلامت (نسخه ۰۲) ابلاغی به شماره ۴۰۰/۲۳۹۴۴۰ مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز خدمات خارج از تعهد که طی ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت مذکور در لیست تحت پوشش (C) و پوشش مشروط (if) یارانه سلامت (برنامه کاهش پرداختی فرانشیز بیماران بستری) صرفاً برای بیماران مشمول حمایت صندوق، در تعهد صندوق قرار می گیرد. (در صورت تغییر در این ابلاغیه ها در این شیوه نامه اعمال خواهد گردید.)

۶-۶- مزایای این صندوق، مازاد بر تعهدات بیمه پایه و تکمیلی بیمه شده بوده و سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی مجاز به کاهش تعهدات خود نمی باشند.

۶-۷- در همه موارد پرونده های مشمول حمایت صندوق، سهم ارز ترجیحی دارو و تجهیزات مطابق قوانین قبلی در ستون جدا ثبت و ارسال می گردد.

۶-۸- هزینه پرونده های پیوند بیماران مشمول صندوق پس از ابلاغ ارزش نسبی خدمات توسط هیئت محترم وزیران، مشمول تخفیف صندوق قرار می گیرند. تا آن زمان، هزینه پرونده های مذکور به صورت گلوبال (مشمول هزینه های پیوند و یک ماه بستری پیگیری بعد از آن) و مطابق با جدول ذیل موضوع نامه شماره ۴۰۰/۱۶۸۵۷ د مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۱۱ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت علی الحساب محاسبه و پرداخت خواهد شد. در این راستا مابه التفاوت پرداختی تا تعرفه ابلاغی در قالب متمم/کسور توسط سازمان بیمه سلامت محاسبه و پرداخت می گردد.

برنامه	هزینه هر پرونده
پیوند کبد	1,890,000,000
پیوند قلب	1,470,000,000
پیوند پانکراس	840,000,000
پیوند ریه	2,240,000,000
پیوند روده	2,590,000,000
پیوند مغز استخوان	1,190,000,000

توضیح ۶: هر گونه پرداخت به مراکز مجاز ارایه دهنده خدمات جراحی پیوند به صورت علی الحساب بوده و با ابلاغ تعرفه مصوب خدمات پیوند اعضا از سوی شورای عالی بیمه سلامت مابه التفاوت پرداختی در قالب متمم/کسور عطف به ماسبق قابل پرداخت است.

توضیح ۷: درجه ارزشیابی بیمارستان و خدمات ارائه شده توسط پزشکان تمام وقت و غیر تمام وقت، تاثیری در محاسبه سرجمع هزینه هر پرونده ندارد.

این شیوه نامه با ویرایش ۱۰ در تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۳۰ با حضور نمایندگان تام الاختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه تامین اجتماعی، دبیرخانه شورای عالی بیمه در ۶ بند و ۷ توضیح تدوین نهایی گردید و برای اسناد بیمارستانی تا زمان ابلاغ ویرایش جدید شیوه نامه اعتبار دارد.