



مرکز فناوری اطلاعات
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت به منظور رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمه ای



تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

مقدمه

در عصر تکنولوژی اطلاعات، در بخش بهداشت و درمان استفاده از سیستم های اطلاعاتی کارآمد برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین ضرورتی انکارناپذیر به شمار می رود. بر کسی پوشیده نیست که سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی- درمانی مستلزم دست و پنجه نرم کردن با حجم انبوهی از اطلاعات است. به همین منظور برای بهینه کردن عملیات درمانی مراکز بهداشتی - درمانی قطعاً نیازمند مدیریت مکانیزه اطلاعات هستند. بیمه شده، سازمان بیمه گر و مراکز ارائه کننده خدمات سلامت سه رأس مثلث سلامت هستند. ارتباط اینها با هم و گردش مالی فی مابین آنها شالوده و اساس اقتصاد سلامت را تشکیل می دهد.

از آنجا که سازمان های بیمه گر متعهد به پرداخت بخشی از هزینه های درمانی بیمه شدگان در بیمارستان هستند در رسیدگی سازمانهای بیمه گر به پرونده های بیماران که هم اکنون در قالب اسناد بیمارستانی و به صورت کاغذی و دستی برای این سازمان ها ارسال می شود، بجز هدر شدن انرژی نیروی انسانی، زمان و کاغذ، بعضی مواقع به علت فقدان اصول صحیح در جمع آوری اطلاعات، محاسبه هزینه ها، عدم ارسال به موقع صورت حساب های بیماران بستری، مطالبات بسیاری از خدمات ارائه شده، محاسبه نشده و بدون پرداخت می ماند.

همچنین به دلیل عدم رعایت قوانین بیمه ای و درج خدمات اضافی و غیر ضروری توسط بیمارستان ها که مورد قبول سازمان های بیمه گر نیست، این سازمان ها در باز پرداخت بهای صورت حساب های بیمارستانی، کسوری اعمال می کنند که زمینه ساز نارضایتی بیمارستان های طرف قرارداد می شود که تأخیر زیاد در بازپرداخت مطالبات بیمارستان ها از سوی سازمانهای بیمه گر این نارضایتی را تشدید می کند.

بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های بیمه گر در راستای تحقق اهداف دولت الکترونیک و اجرای موضوع ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم و بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه در خصوص استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و نیاز به توسعه ساختار نظام مند جهت تبدیل فرآیند دستی مذکور به صورت الکترونیکی و جلوگیری از نارضایتی ناشی از اختلافات، تأخیر زیاد ناشی از فرایند رسیدگی دستی به پرونده بیماران و همچنین شفاف سازی انواع کسورات در زمینه راه اندازی و اجرای برنامه تبادل الکترونیک اسناد اقدام نمودند.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

بر این اساس، اطلاعات پرونده بیماران به صورت اسناد ارسالی از مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در قالب استاندارد ابلاغ شده وزارت بهداشت ارسال می شود و سازمان های بیمه گر نیز اطلاعات را در قالب استاندارد الکترونیکی تعیین شده با واسطه میان افزار سپاس، دریافت کرده و طبق قوانین ابلاغی هیئت محترم وزیران و شورای عالی بیمه اقدام به بررسی اسناد و تأیید یا تعدیل آن می پردازند. در نهایت پس از طی کردن فرآیند رسیدگی، هزینه خدمات تأیید شده یا مبالغ کسورات را با جزئیات از طریق میان افزار سپاس به بیمارستان اعلام می نمایند.

اهداف

رسیدگی الکترونیک اسناد بیمه ای (بستری و پس از آن سرپایی) و تولید صورتحساب الکترونیکی و حذف اسناد کاغذی در فرآیند رسیدگی الکترونیکی به اسناد

۱- ایجاد بستر مبادله الکترونیکی اطلاعات خدمات ارائه شده به بیمه شدگان بستری در مراکز ارائه دهنده خدمت

۲- تنظیم هوشمند اسناد به گونه ای که حداقل نیاز به رسیدگی دستی را داشته باشد

۳- جلوگیری از تولید اطلاعات الکترونیکی تکراری در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

۴- مدیریت اطلاعات و رصد آن به منظور مدیریت هزینه در ارائه خدمات سلامت

۵- شفاف سازی خدمات ارائه شده توسط سازمان های بیمه گر

۶- شفاف سازی کسورات به تفکیک

محدوده

محدوده این دستورالعمل شامل تمام شرکت های توسعه دهنده سامانه های ارائه دهنده خدمات سلامت، سازمان های بیمه گر و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت است. بدیهی است مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت دولتی، خصوصی، خیریه و سایر موارد موظف به اجرای این دستورالعمل در راستای اجرای مواد قانونی پرونده الکترونیکی سلامت در ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم و ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه می باشند. الویت اجرای برنامه مذکور در بیمارستان های کشور می باشد.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تعاریف

داده پیام^۱: هر نمادی از واقعه، اطلاعات یا مفهوم است که با وسایل الکترونیکی، نوری و یا فناوری‌های جدید اطلاعات تولید، ارسال، دریافت، ذخیره یا پردازش می‌شود.

مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت^۲: کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، که در سه سطح ارجاع به ارائه خدمات سلامت مشغول هستند.

خدمت سلامت: کلیه فعالیت‌های بهداشتی و یا درمانی که در مراکز خدمات بهداشتی درمانی به افراد جامعه ارائه می‌گردد.

کلاس ثبت داده: کلاسی که به عنوان قالبی برای تولید شیء داده بکار می‌رود.

بیمه: واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می‌رود.

بیمه گر: شرکت، سازمان یا مؤسسه‌ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده، قرار می‌دهد.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می‌تواند از مزایای خدمات سلامت بهره‌مند 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 می‌نماید.

¹Data Message

²Health Facilities

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

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

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

سامانه اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت: سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت شامل تمامی نرم افزارها و سیستم های اطلاعاتی هستند که در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت مانند بیمارستانها، درمانگاه ها، آزمایشگاه های بالینی، مراکز تصویر برداری، خانه بهداشت و غیره نصب بوده و قسمتی از اطلاعات درمان و بهداشت شهروندان را در خود ذخیره و مدیریت می کنند. به اختصار سامانه اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت را **POCS³** می نامیم.

اصول و ضوابط

ماده ۱- در موارد خاصی که پرونده بستری شامل دو بیمه پایه در زمان های متفاوت در طول دوره بستری می باشد بنا به این زمان های متفاوت، پرونده بسته و دوباره پذیرش می شود. نوع ConditionOnDischarge با مقدار «ادامه درمان با تعویض بیمه پایه» خواهد بود.

ماده ۲- در موارد خاصی که پذیرش بیمار از اورژانس صورت گرفته و پس از آن بیمار برای بستری به بخش منتقل می گردد، لازم است برای خدمات ارائه شده در اورژانس، یک پرونده و برای خدمات ارائه شده در بخش، پرونده دیگری ایجاد گردد. برای این موارد نوع ConditionOnDischarge در پرونده اورژانس بیمار مقدار «تبدیل به بستری» و admissionType مقدار «اورژانس» خواهد بود.

³ Point of Care System

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

ماده ۳- ارسال اطلاعات داده پیام خدمات سلامت بلافاصله پس از ترخیص بیمار انجام می شود. در صورتیکه پرونده نهایی نمی باشد، فیلد VersionLifecycleState به صورت غیرنهایی ارسال گردد و بعد از نهایی شدن اطلاعات پرونده، پرونده ویرایش شده و فیلد VersionLifecycleState به صورت نهایی ارسال شود.

ماده ۴- شرکت های توسعه دهنده سامانه های خدمات سلامت موظف هستند هرگونه اعتبار سنجی تعریف شده در سامانه را غیرفعال کنند و به جای آن از تابع SepasValidator موجود در SDK به ازای هر پرونده استفاده کرده و هر سه قسمت خروجی سرویس (خطا، توضیح فارسی و راه حل رفع) را برای کاربر قابل نمایش ساخته و تنها در صورت عدم وجود خطا، داده پیام خدمات سلامت ارسال شود.

ماده ۵- در داده پیام خدمات سلامت ۶٪ خدمات پرستاری که از هتلینگ محاسبه می شود در گروه خدمت مربوط به خدمات پرستاری محاسبه می شود، این ۶٪ براساس هر نوع هتلینگ محاسبه می شود و با کدهای ارزش نسبی خدمات نسخه ۳ (در بخش خدمات با ارزش ریالی بدون K) و در ریزخدمت در گروه خدمت پرستاری آورده می شود.

ماده ۶- برای ارسال اطلاعات از سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، شرکت های توسعه دهنده بایستی بدون دستکاری راهبر سیستم، فرآیند ارسال پرونده را به صورت خودکار پیاده سازی کنند و در صورت هرگونه قطعی در هنگام ارسال، پرونده ها در صف ارسال قرار داده شده و در زمان وصل شدن و برقراری ارتباط، ارسال صورت گیرد. این مهم نیز به صورت خودکار و بدون دخالت راهبر سامانه تعریف شده باشد.

ماده ۷- با توجه به اینکه در پرونده های گلوبال، K تمام وقت و هیئت علمی در کد تعدیلی ۹۰، امکان تفکیک ستونی وجود ندارد، برای تفکیک به صورت سطری جهت تفکیک خدمات گلوبال از غیر گلوبال، در همه پرونده ها اعم از گلوبال و غیر گلوبال دو کد ۹۰،۱ برای پرداخت به پزشکان هیئت علمی و کد ۹۰،۲ برای پرداخت به پزشکان تمام وقت ارسال می گردد.

ماده ۸- در مناطقی که رسیدگی الکترونیکی اسناد انجام می شود، فیلد PKID به معنی شناسه منحصر به فرد خدمت در سامانه اطلاعات بیمارستانی در کلاس ServiceDetailsVO اجباری می باشد.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۷/۱۲/۰۸

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

ماده ۹- به جای گروه خدمات بیهوشی، اتاق عمل، جراحی و کمک جراح، یک گروه تحت عنوان «خدمات جراحی» اضافه گردد.

ماده ۱۰- در نوع داده RelativeCostVO، با توجه به ماده ۷، نیاز به KType جهت K پزشکان تمام وقت و هیئت علمی نیست. برای محاسبه ضرر/فایده پرونده های گلوبال از ویژگی KType جهت ارسال گلوبال بودن خدمات استفاده شود. تنها در صورت گلوبال بودن خدمت، ویژگی KType با مقدار گلوبال مقدار دهی و در ویژگی KValue مقدار ۰ قرار می گیرد.

ماده ۱۱- برای تراز کردن پرونده های گلوبال در سطح ۳ در صورتی که جمع سطح ۳ ریز خدمات با سطح ۲ گلوبال مغایر باشد، ریز خدمتی تحت عنوان «ما به التفاوت گلوبال» با کد ۹۹۰۶۵۰۱ ایجاد می شود که قابلیت منفی بودن در صورتحساب را نیز دارا می باشد.

ماده ۱۲- در مواقعی که پزشک مستقیماً خدمت را به بیمار ارائه نمی دهد، در نوع داده ServiceDetailVO ویژگی ProvisionType با مقادیر «ارائه خدمت با نظارت پزشک»، «ارائه خدمت با مسئولیت پزشک» و «نظارت پزشک بر تفسیر اقدام تشخیصی»، جهت پوشش نحوه ارائه خدمت به بیمار قرار داده شده است. همچنین در صورت تکمیل ویژگی ProvisionType، تکمیل ویژگی OtherParticipation نیز در همین نوع داده به صورت آرایه ای از نوع HealthCareProviderVO شامل اطلاعات ارائه دهندگان خدمت الزامی است.

ماده ۱۳- جهت ارسال کدهای تعدیلی خدمات ارائه شده به بیمار، در نوع داده ServiceDetailVO ویژگی به نام RelativeService قرار گرفته است که ساختار سلسله مراتبی خدمت را پیاده سازی می کند. بر این اساس برای خدمات ارائه شده مشمول کد تعدیلی، در زیرمجموعه خدمت اصلی، کدهای تعدیلی به صورت خدمت وابسته ثبت می شود.