

شیوه نامه

تبادل و رسيدگي الکترونيکي اسناد بیمارستانی

سازمان تامین اجتماعی(سامانه رسا)

**(نسخه 00)**

دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

اداره کل درمان غیرمستقیم معاونت درمان تامین اجتماعی

**(آذر 1404)**

**عناوين:**

**الف- اهداف**

**ب- دامنه عملکرد**

**پ- تعاريف**

**ت- ساختار اجراي برنامه**

**ث- شرح وظايف**

**ج- پيش نيازهاي اجراي برنامه**

**چ- فرآيند اجرايي**

**ح- اسناد مثبته در فرآيند رسيدگي الکترونيک اسناد بیمارستانی**

**خ- استقرار برنامه**

**بسمه تعالي**

در راستاي تحقق اهداف دولت الکترونيک و اجراي بند الف ماده 69 قانون برنامه هفتم پیشرفت کشور، درخصوص استقرارسامانه پرونده الکترونيک سلامت ايرانيان و توسعه ساختار نظام‌مند جهت تسهيل فرآيند پذیرش و پردازش اسناد بستری به صورت الکترونيکی، سازمان تامین اجتماعی اقدام به راه‌اندازی و استقرار سامانه پذیرش و پردازش الکترونيک اسناد پزشکی **(رسا)** نموده است که دستورالعمل زیر در این راستا تدوين شده است.

**الف- اهداف**

* رسيدگی الکترونيک اسناد بستری و بستری موقت و توليد صورتحساب مکانيزه وحذف اسناد کاغذي در فرآيند رسیدگی
* ايجاد بستر مبادله الکترونيکي اطلاعات خدمات ارائه شده به بيمه شدگان در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد
* تنظيم هوشمند اسناد بر اساس قوانين بيمه‌گری با رويکرد حداقل نياز به رسيدگی دستی
* جلوگيری از توليد اطلاعات الکترونيکی تکراری در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با توجه به پذیرش الکترونيکی پرونده رسيدگی شده توسط سازمان تامین اجتماعی
* مديريت اطلاعات و رصد آن به منظور مديريت هزينه در ارائه خدمات سلامت و شفاف سازی خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی
* شفاف سازی و ايجاد وحدت رويه در روند رسيدگی به اسناد پزشکی و اعمال کسور به تفکيک ارائه دهنده خدمت، نوع و درج علت آن توسط سازمان تامین اجتماعی و جلوگيری از خطاهای انسانی و تفسيرهای فردی
* دسترسی به کليه سطوح خدمات ارائه شده به بيمه شدگان به صورت الکترونيک و ايجاد بستر داده‌ای قابل استناد جهت اخذ گزارشات آماری در سطوح مختلف مديريتی
* فراهم کردن زمينه ایجاد تحول در نظام سلامت کشور با توجه به رویکردهای نوین بين المللی
* فراهم سازی بانک اطلاعاتی جامع از سوابق و ریز خدمات ارائه شده به بيمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمت

**ب- دامنه عملکرد**

* ستاد مرکزی سازمان تامین اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
* استانها: مدیریت‌های درمان، حوزه معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی و واحدهای درمانی ملکی سازمان
* دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی، مراکز ارائه دهنده خدمات بستری و بستری موقت (دانشگاهی و غیردانشگاهی)

**پ- تعاريف**

* **وزارت:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي
* **سازمان:** سازمان تامین اجتماعی
* **مدیریت درمان:** مدیریت درمان استان‌ها
* **سامانه‌های اطلاعاتی سلامت:** در این شیوه‌نامه، منظور از سامانه‌های اطلاعاتی سلامت، کلیه سامانه‌های ملی و بیمارستانی مرتبط با تبادل داده در فرآیند رسیدگی الکترونیک شامل سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان (سپاس)، سامانه پذیرش و پردازش الکترونیک اسناد سازمان تأمین اجتماعی (رسا)، سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) و سامانه کدگذاری ملی سلامت (مکسا) می‌باشد. تبادل داده بین سامانه‌ها باید مطابق با آخرین نسخه استانداردهای مصوب مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از طریق وب‌سرویس‌های امن تحت پروتکل‌های مصوب انجام گیرد.
* **سامانه مديريت اطلاعات بيمارست**انی (HIS): نرم‌افزاری است که در بيمارستان‌ها مورد بهره‌برداری قرار می‌گيرد و وظيفه مديريت اطلاعات پزشکی و تشکيل پرونده بيماران در بيمارستان را به عهده داشته و مکلف به ارسال اين اطلاعات به سامانه پرونده الکترونيکي سلامت (**سپاس**) براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش مي باشد و در اين دستورالعمل به اختصار HIS ناميده مي‌شود.
* **سامانه پرونده الکترونيک سلامت (سپاس):** پرونده الکترونيکی سلامت، مجموعه‌ای از کليه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان در بازه پيش از تولد (شامل: مطالعات دوران جنيني و ماقبل آن، مانند مطالعات مربوط به لقاح آزمايشگاهي) تا پس از مرگ (مانند: اطلاعات به‌دست‌آمده از اتوپسی، محل دفن و...) بوده که به صورت مداوم و با گذشت زمان به شکل الکترونيکی ذخيره مي‌شود و در صورت نياز، بدون ارتباط با مکان يا زمان خاص، تمام يا بخشی از آن، به‌سرعت در دسترس افراد مجاز قرار می گيرد. **سپاس** مخفف سامانه پرونده الکترونيکي سلامت و ميان‌افزاری برای ارسال اطلاعات به سازمان‌های بيمه‌گر پایه می‌باشد که در اين دستورالعمل به اختصار سامانه سپاس ناميده مي شود.
* **سامانه پذیرش و پردازش اسناد پزشکی سازمان تامین اجتماعی (رسا):** اين سامانه با دريافت جزئيات هزينه‌ای هر يک از خدمات ارائه شده به بيمار و اطلاعات پرونده، بر اساس مقررات و ضوابط بيمه‌گری و میزان تعهد سازمان، پرونده را پذیرش و پردازش نموده و فرآيند رسيدگی در آن به صورت الکترونيکی انجام می‌گردد و در ا ين دستورالعمل به ا ختصار **سامانه** **رسا** ناميده مي شود. (https://rsa.tamin.ir)
* **شناسه رهگيري سماد(**HID): شناسه‌ای است براي بستری شدن بيمه‌شده که برای هر بارمراجعه به صورت يکتا از سامانه برخط بیمه‌شدگان کشور اخذ و بر روی صورتحساب بيمه‌شده درج مي‌شود. اين شناسه تاييدکننده اعتبار هویتی بيمه‌شده براي پذيرش در بيمارستان است (استحقاق سنجی) و همچنين معادل يک برگ دفترچه بيمه محسوب مي شود.
* **معرفی نامه:**

عبارت است از فرم الکترونیکی که در صفحه کاربر درآمد بیمارستان، پس از انجام فرایند احراز هویت، استعلام صحت HID و تایید استحقاق خدمت توسط ناظر بر بالین بیمار و ثبت اطلاعات لازم در سامانه با وارد کردن کد ملی بیمار قابل مشاهده می‌باشد.

* **استحقاق خدمت:**

در بعضی از خدمات سلامت به توجه به موارد طرح شده در استاندارد خدمت و یا خرید راهبردی ابلاغی وزارت، تنها برخی از بیمه شدگان مشمول دریافت خدمت تحت پوشش بیمه می‌گردند که این عنوان استحقاق خدمت اطلاق می شود.

* **پرونده کاغذي:** پرونده بستري بيمار است که به ازاي هر بيمار در هنگام پذيرش در بيمارستان تشکيل می‌شود و حاوي کليه وقايع و خدمات ارائه شده به بيمار می‌باشد.
* **پرونده الکترونيک**: پرونده بستري بيمار که در قالب مجموعه اي از داده هاي الکترونيک توسط پرسنل و کاربران مجاز بيمارستان در HIS و یا سامانه های مورد قرارداد مراکز درمانی ايجاد و ذخيره مي شود.
* **سطح يک اطلاعات بستری:** هزينه‌ها و تعداد مراجعات بستری به تفکيک سازمان بيمه گر و نوع صندوق بيمه اي شامل سهم سازمان، سهم بيمه شده، سهم بيمه تکميلي ، سهم یارانه، سهم ارز ترجیحی دارو و تجهیزات و کای ترجیحی مناطق محروم است.
* **سطح دو اطلاعات بستري:** هزينه ها و تعداد مراجعات بستري به تفکيک گروه خدمت سهم سازمان و سهم بیمه شده است.
* **سطح سه اطلاعات بستري:** هزينه‌هاي بستري و تعداد خدمات ارائه شده به تفکيک ريز تعداد و مبلغ خدمات براي هر بيمار مبتني بر کدينگ استاندارد خدمات است.
* **سطح چهارم اطلاعات بستری:** شامل هزینه های خدمات بستری به تفکیک تعداد جز حرفه ای و فنی و کدهای تعدیلی کلیه خدمات می باشد.
* **رسيدگي:** فرآيندي است که طي آن مدارک و مستنـدات خدمات انجام‌گـرفته براي بيماردر مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، توسط سازمان (کارشناس یا سامانه) بررسی و بعد از انطباق با ضوابط، مقـررات و تعرفه‌های مصوب، ارزش گذاری می‌گردد.
* **رسيدگي اوليه:** رسيدگي که توسط کارشناس ناظر مقيم مدیریت درمان استان در بيمارستان با بررسی پرونده الکترونیک/کاغذی به همراه مستندات مربوط در صورتحساب انجام گرفته و میزان کسور و علت آن را ثبت مي‌نماید.
* **رسيدگي ثانویه:** رسيدگي که پس از رسیدگی اولیه که توسط کارشناسان مرتبط مدیریت درمان استان با نظارت کارشناس مسئول اسناد بیمارستانی سازمان صورت پذیرفته و با بررسی مستندات مربوطه در صورتحساب اعمال و علت کسور ثبت می‌گردد.
* **کسور اسناد:** مبالغي است که کارشناسان سازمان و یا سامانه بر اساس مستنداتی از قبيل تعرفه خدمات تشخيصی ودرمانی هر سال، دستورالعمل‌هاي ابلاغی و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت و پس از بررسی مدارک مثبته و در صورت عدم انطباق با ضوابط، از صورتحساب اسناد بستري کسر می‌نماید.
* **صورتحساب:** مجموعه هزينه پرونده هاي بيمارستاني رسيدگي شده مطابق ضوابط قانوني، در بازه زماني يک ماهه بر اساس زمان ترخيص بيماران به تفکيک نوع پرونده( بستري، بستري موقت و اورژانس تحت نظر) و صندوق بيمه است که توسط بيمارستان تاييد و جهت پذيرش به مدیریت درمان استان ارسال مي گردد.
* **اسناد بيمارستاني:** شامل کليه پرونده هاي بيماران بستري، بستري موقت و اورژانس تحت نظر داراي پرونده مي باشد.
* **پرونده بستري:** کليه پرونده هاي بيماراني که بالاي شش ساعت در يکي از بخش هاي مصوب بيمارستان بستري مي گردند و ممکن است الکتيو يا اورژانسي به بيمارستان مراجعه نموده باشند. و به صورت دو نوع پرونده گلوبال يا غير گلوبال مورد محاسبه و پرداخت قرار مي گيرد**.**
* **پرونده اورژانس تحت نظر:** کليه پرونده هاي بيماراني که در قالب سطح ترياژ (سطح 3،2،1 و 4 داراي پرونده با پروسيجر) ، از محل اورژانس پذيرش و تحت نظر بوده و کمتر از 6 ساعت مرخص مي گردند را شامل مي شود.
* **پرونده بستري موقت**: کلیه پرونده‌های بستری زیر 6 ساعت که از محلی غیر از بخش اورژانس پذیرش شده باشند. مانند مراجعات خدمات بیماران خاص و صعب العلاج، تزریق خون و فراورده‌های خونی در بیماران خاص، خدمات کمک باروری، اسکوپی‌ها، ERCP، سنگ شکن، خدمات درمانگاهی وجراحی های سرپایی، خدمات اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی و ...
* **سند ارسالی:** کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی- درمانی به بیمه شدگان بستری و بستری موقت، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به مدیریت‌های درمان استان‌ها ارسال می گردد.
* **واحد درآمد شامل:**
* **واحد ترخيص:** واحدي که مسئول محاسبه هزينه‌کرد پرونده و صدور مجوز ترخيص بيمار مي باشد.
* **واحد مالي/ بيمه‌گري:** واحدي که مسئول بررسي و تطابق خدمات ثبت شده در پرونده کاغذي با سيستم HIS، الصاق مستندات و اسناد مثبته مورد نياز به پرونده مالي، جهت ارسال به سازمان‌هاي بيمه‌گر طرف قرارداد مي‌باشد.
* **واحد مديريت آمار و اطلاعات بيمارستان (مدارک پزشکی):** واحدي که مسئوليت طبقه بندی ، نگهداري اسناد و درج کد تشخيص را در پرونده کاغذي به عهده دارد.
* **کارشناس ناظر/رسیدگی کننده :** نماينده صاحب صلاحیت مدیریت درمان استان در مراکز درماني/ مدیریت درمان جهت رسیدگی اولیه و ثانویه اسناد الکترونیک است.
* **اسناد جا مانده:** پرونده هايي است که در بازه زماني تعيين گرديده پس از ترخيص بيمار تبادل و رسيدگي نشده‌اند و به عنوان پرونده هاي جامانده در ماه ترخيص بعدي امکان ارسال دارند.
* **اسناد جا مانده الکترونیکی:** سندهای الکترونیکی است که در بازه زماني تعيين گرديده پس از ترخيص بيمار در سامانه تبادل و رسيدگي نشده اند و به عنوان سندهای جا مانده از صورتحساب در فرایند الکترونیکی در ماه های بعدي تا آخر سال مالی امکان ارسال دارند که در کارتابل مدیر بیمارستان به صورت هشدار اعلام می گردد.
* **اسناد متمم:** کليه اسناد جا مانده اي مي باشند که در بازه زماني يک ساله مالي در پايان اسفند ماه پس از تایید مسئول رسیدگی به صورتحساب‌های بستری / بیمارستانی قابليت تبادل، رسيدگي و پرداخت دارند.

**تبصره 1:** اسنادی که به هر دلیل من جمله تغییر تعرفه و یا خروج از تمام وقتی شامل اضافه پرداخت و یا کسور نیز می‌گردند در این اسناد قابل حساب می‌باشند.

* **حواله:** مبلغ نهايي قابل پرداخت تاييد شده (متناظر با صورت‌حساب رسيدگي) که جهت پرداخت به سامانه پرداخت متمرکز سازمان ارسال مي گردد.
* **:XML** داده هاي الکترونيکي ذخيره شده در سامانه HIS که مطابق با ساختار استاندارد سپاس بوده و قابل گزارش گيري از HIS می باشد.
* **اصالت سنجي:** فرايندي جهت رصد اقلام سلامت محور از توليد، واردات تا مرحله مصرف که توسط سامانه سازمان غذا و دارو راه اندازي گردیده است . در این فرایند سامانه رهگیری و کنترل اصالت TTAC توسط سامانه های بیمارستانی فراخوانی شده و شناسه های UID سوزانده و مصرف می گردد.
* **يارانه ارز ترجيحي(طرح دارويار/ طرح تجهیزیار) :** شامل مبلغ مابه التفاوت ناشي از حذف ارز ترجيحي اقلام سلامت محور مي باشد.
* **صندوق بيماريهاي خاص و صعب العلاج:** این ردیف از هزینه های سلامت از صندوق بیماری‌های خاص و صعب العلاج سازمان بیمه سلامت کشور مطابق شیوه نامه محاسبه و پرداخت سهم صندوق خاص و صعب العلاج و مشمولین حمایت های سازمان بیمه سلامت در اسناد (برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی) آذرماه 1402 تامین اعتبار می گردد. اطلاعات این بیماران از طریق HIS و در ستون 22.2 ثبت و از طریق سامانه سپاس به سامانه رسیدگی الکترونیکی بیمه سلامت (رز) ارسال و پس از آن محاسبه، پرداخت به مرکز صورت می‌گیرد.
* **نشان دارشدن بیماران خاص و صعب العلاج : از دو مسیر امکان دارد:**

1. مراجعه بیمار به مدیریت‌های درمان استانها (به شکل غیر حضوری هم با استفاده از پورتال معاونت درمان می‌توانند) جهت ارائه مدارک و تشکیل پرونده جهت انتساب نشان
2. نشاندار شدن بیماران مبتلا به دیابت و پرفشاری خون و رتینوپاتی دیابتی و اوتیسم از سوی پزشک معالج به هنگام ویزیت بیمار در مطب هم قابل انجام است

* **پوشش‌های حمایتی و سهم پرداختی سازمان تأمین اجتماعی**

به استناد تکالیف قانونی و در راستای اجرای مصوبات هیئت محترم وزیران و شورای‌عالی بیمه سلامت کشور، میزان مشارکت بیمه‌شدگان و سهم سازمان تأمین اجتماعی در پرداخت هزینه‌های خدمات بستری و سرپایی، مطابق با آخرین تعرفه‌های مصوب سالیانه تعیین و اعمال می‌گردد.

تخفیفات و معافیت‌های فرانشیز برای گروه‌های خاص شامل بیمه‌شدگان سالمند، کودکان، بیماران بستری در مناطق فاقد مرکز ملکی، بیماران بستری فوت‌شده، بیماران بستری در بخش‌های ویژه (متصل به ونتیلاتور)، بیماران ارجاعی از مراکز ملکی، بیماران خاص و صعب‌العلاج و خدمات درمان ناباروری، بر اساس آخرین ابلاغیه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مصوبات شورای‌عالی بیمه سلامت کشور محاسبه و اعمال می‌گردد.

هرگونه تغییر در گروه‌های مشمول حمایت، میزان فرانشیز یا ضرایب ریالی خدمات، تابع مصوبات تعرفه‌ای سالیانه هیئت محترم وزیران بوده و اعمال آن در سامانه رسا به‌صورت خودکار و بدون نیاز به اصلاح شیوه‌نامه انجام می‌شود.

* **پوشش هاي حمايتي داخلي سازمان بیمه تامین اجتماعی** : تخفيفاتي که به استناد تکاليف قانوني، سازمان تامین اجتماعی متعهد به پرداخت آنهاست:
* **موارد حذف/کاهش فرانشیز بیمار شامل :**

1. بیمه شدگان بالای 65 سال و شیرخواران و کودکان زیر 7 سال در بیمارستان‌های دولتی/دانشگاهی فرانشیز صفر
2. خدمات مورد تعهد بستری جهت کلیه بیمه شدگان در شهرهای فاقد مرکز ملکی بدون محدودیت سنی فرانشیز صفر
3. خدمات مورد تعهد در تمامی بیماران بستری فوت شده فرانشیز صفر
4. خدمات مورد تعهد در تمامی بیمارانی که در تمامی بخش های ویژه بستری و در طی مدت بستری تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور قرار می گیرند (بجز ICU جراحی قلب، بیماران بخش CCU و مراقبت بینابینی) فرانشیز صفر
5. خدمات مورد تعهد جهت بستری بیماران ارجاعی از مراکز ملکی سازمان به مراکز دولتی دانشگاهی جهت ادامه فرایند درمان فرانشیز صفر
6. جراحی های گلوبال پیوند کلیه، کبد و مغز استخوان
7. کدهای خدمات ارائه شده به بیماران خاص و صعب العلاج در قالب پرونده بستری موقت مطابق با دستورالعمل بسته بیماران خاص و صعب العلاج مصوب شورایعالی بیمه سلامت
8. سهم سازمان کلیه خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاژ 1 تا 4 دارای پرونده با پروسیجر) ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری صعب العلاج CF، EB ، متابولیک و SMA مطابق تصویب نامه شماره 368/142 مورخ 24/07/1401 دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور به صورت فرانشیز صفر
9. خدمات مورد تعهد در کلیه مستمری بگیران کمتر از 65 سال بستری در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی به صورت سهم سازمان 95 درصد و سهم فرانشیز 5 درصد
10. خدمات مورد تعهد در بیماران بستری ارجاعی در قالب برنامه پزشک خانواده (مطابق با مصوبه تعرفه سالیانه)
11. خدمات درمان ناباروری (مطابق با بسته خدمات درمان ناباروری مصوب شورایعالی بیمه سلامت)

* در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی با احتساب سهم سازمان 90 و فرانشیز 10 با تعرفه مصوب هیات محترم وزیران بخش دولتی و عمومی غیر دولتی
* در مراکز خیریه و خصوصی با سهم سازمان 70 و فرانشیز 30 با تعرفه مصوب هیات محترم وزیران بخش خیریه و خصوصی

1. در خدمات زایمان طبیعی کلیه پرداختی‌های سازمان به مراکز درمانی بشرح زیر از صندوق جوانی جمعیت و حمایت خانواده می‌بایستی تامین اعتبار گردد.

* در مراکز دولتی-دانشگاهی سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) 90 و سهم وزارت بهداشت 10 و فرانشیز بیمار صفر می‌باشد (تعرفه دولتی)
* در مراکز دولتی غیر دانشگاهی سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) 100 درصد تعرفه دولتی
* در مراکز عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی، سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) 100درصد تعرفه عمومی غیردولتی بوده و مابه‌تفاوت تعرفه هر بخش بر عهده بیمار می‌باشد.
* سزارین گلوبال بدون اندیکاسیون معادل50 درصد جز حرفه ای سزارین قابل پرداخت می باشد و اتاق عمل هم به تبع حساب می گردد.

1. هزینه اعمال جراحی همراه با بیهوشی عمومی و یا نخاعی در پرونده بستری (زیر 6 ساعت) به صورت احتساب سهم سازمان90 و فرانشیز 10 درصد

* **سهم بيمه پايه:** بخشي ازهزينه هاي انجام خدمات تشخيصي درماني، دارو و تجهيزات در مراکز طرف قرارداد که در تعهد سازمان هاي بيمه گر پايه مي باشد.
* **سهم يارانه سلامت:** بخشي از هزينه صورتحساب بيماران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي در مراکز دولتي دانشگاهي مطابق با "دستورالعمل رسيدگي به اسناد برنامه تحول نظام سلامت(آخرين ويرايش)"، تحت پوشش حمايت برنامه کاهش پرداختي بيماران بستري و اورژانس تحت نظر داراي پرونده مي گردد.
* **بيمه شدگان تحت پوشش بيمه تکميلي:** بيماراني که علاوه بر پوشش بيمه پايه داراي بيمه تکميلي با تعهدات مندرج در قرارداد بيمه تکميلي خود هستند.
* **نظام ارجاع:** نظامي است که به موجب آن، بيمه شده مي تواند به صورت هدايت شده از خدمات تشخيصي درماني استفاده نمايد. در اين شيوه نامه منظور از سيستم ارجاع بيماران صندوقهاي بيمه‌اي است که به موجب قانون، بيمه شده جهت دريافت خدمات سلامت محور بيمارستاني ( سطح 2 و 3 خدمات سلامت) ملزم به رعايت سيستم ارجاع بوده که اين امر براي بيمه شدگان مشمول مي تواند موجب کاهش فرانشيز پرداختی گردد.
* **سامانه مکسا:** مرجع کدينگ سلامت ايران (مکسا) شامل کليه کدهاي استاندارد تبادل الکترونيک به آدرس الکترونیک <https://maxa.behdasht.gov.ir> است.
* **وب سرويس ثبت کسورات:** وب سرويسي است که توسط مرکز آمار و فناوري اطلاعات وزارت جهت ثبت شرح کسورات اعمال شده در سطوح 1 ، 2 و 3 پرونده به سپاس ایجاد و در اختیار پردازشگر الکترونیکی قرارداده شده است.
* **وب سرويس برگشت کسورات:** وب سرويسي است که توسط مرکز آمار و فناوري اطلاعات وزارت جهت بازگرداندن شرح کسورات اعمال شده سطوح 1، 2 و 3 پرونده ایجاد و در اختیار شرکتهای توسعه دهنده HIS قرارداده شده است.
* **کد يکتا:** شناسه اي است براي دريافت خدمات سلامت بيمه شدگاني که فاقد کد ملي بوده و از سامانه بيمه‌گري سازمان اخذ شده و بر روي صورتحساب بيمه شده درج مي شود.
* **سامانه مالی سازمان :** سامانه مالي ثبت و شناسايي و پرداخت هزينه هاي درمان قابل رسيدگي و پرداخت بيمه شدگان سازمان می باشد. (سامانه پرداخت متمرکز سازمان)

**ت- ساختار اجراي برنامه**

1. **ستاد اجرايي استان شامل:**

* مدیر درمان استان
* معاون درمان دانشگاه/دانشکده‌هاي استان
* نماینده صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج
* رئیس سازمان نظام پزشکی استان
* معاون خرید راهبردی و اسناد پزشکی مدیریت درمان استان
* معاون اداری و مالی مدیریت درمان استان
* رئيس اداره رسیدگی و کنترل صورتحساب‌ها معاونت خرید راهبردی
* رئیس اداره نظارت و بازرسی معاونت خرید راهبردی
* رئیس اداره رتبه‌بندی فراهم کنندگان و خرید راهبردی معاونت خرید راهبردی
* رئيس اداره آمار و فناوری اطلاعات مدیریت درمان استان
* رئيس درآمد دانشگاه/دانشکده‌هاي استان
* مدير فناوري اطلاعات دانشگاه/دانشکده‌هاي استان
* مدير پروژه معرفي شده از طرف دانشگاه/دانشکده هاي استان
* مسئول اقتصاد درمان دانشگاه/دانشکده هاي استان
* مسئول سامانه مديريت اطلاعات بيمارستان (HIS) دانشگاه/دانشکده‌هاي استان

1. **کميته اجرايي بيمارستاني شامل:**

* رئيس/مدیر بيمارستان
* مدير مالي بيمارستان
* مسئول درآمد بيمارستان
* مسئول سامانه مديريت اطلاعات بيمارستاني (HIS) و IT بيمارستان
* مسئول ترخيص/بيمه‌گري بيمارستان
* مترون بيمارستان
* مسئول منشي‌های بيمارستان
* مسئول مدارک پزشکي بيمارستان
* دفتر بهبود کيفيت بيمارستان
* مسئول نظارت بیمارستانی/کارشناس ناظر بیمارستان
* مسئول رسیدگی به صورتحساب‌های بستری/کارشناس رسیدگی به صورتحساب‌های بستری

**ث-شرح وظايف**

1. **ستاد اجرايي استان:**

* اجرای برنامه زمانبندي ابلاغی ستاد کشوری برنامه در بيمارستان هاي استان
* آموزش ذينفعان
* نظارت مستمر بر ارسال روزانه داده به سامانه سپاس و سامانه رسا در بيمارستان‌هاي مجري برنامه
* نظارت مستمر بر تبادل دادههای پرونده بیماران نشاندار شده تحت پوشش سازمان جهت تامین منابع مالی از طریق صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج
* پيگيري بروز بودن HIS مراکز مطابق با نرم‌افزارهاي مورد نياز تبادل داده
* پيگيري رفع مسائل و مشکلات بيمارستان‌ها و شرکت‌هاي HIS در سطح استان/دانشگاه
* تکميل چک ليست استقرار برنامه رسيدگي الکترونيک اسناد بستري و ارائه گزارش استقرار برنامه به تفکيک هر بيمارستان به ستاد اجرايي کشوري
* تهيه برنامه زمانبندي بازديد حضوري از بيمارستان‌هاي مجري برنامه
* تهيه گزارش هفتگي از پيشرفت کار و مشکلات بررسي شده و انجام مداخلات لازم
* برآورد منابع مالي مورد نياز برنامه و پيگيري تامين آن

1. **کميته اجرايي بيمارستاني:**

* هماهنگي با ستاد اجرايي استان جهت طرح و رفع مشکلات اجرايي بيمارستان
* پيگيري ارسال به موقع پرونده ها به سامانه سپاس مطابق با آخرين دستورالعمل‌هاي ابلاغی وزارت
* پيگيري ارسال به موقع پرونده‌ها از سامانه سپاس به سامانه **رسا** مطابق با آخرين دستورالعمل‌هاي ابلاغی سازمان
* بررسي مغايرت‌هاي تهيه صورتحساب‌ها با آخرين دستورالعمل‌هاي ابلاغی وزارت بهداشت، شوراي‌عالي بيمه سلامت کشور و مصوبات هيات دولت
* همکاري درجهت اصلاح فرآيندهاي تبادل و رسيدگي الکترونيک
* برآورد منابع مورد نياز و اعلام به ستاد اجرايي استان/دانشگاه
* بررسي علل عدم ارسال پرونده‌ها به سامانه سپاس و سامانه **رسا** و رفع مشکلات موجود
* اعلام فهرست موارد عدم ارسال پرونده به سامانه سپاس و سامانه **رسا** به ستاد اجرايي استان جهت پيگيري مشکلات موجود
* بررسی علل عدم تبادل دادههای پرونده بیماران نشاندار شده تحت پوشش سازمان

**ج- پيش‌نيازهاي اجراي برنامه**

**الزامات فنی و کدگذاری:**

تمامی نرم‌افزارهای HIS مورد استفاده در بیمارستان‌ها باید دارای گواهی‌نامه تطابق با استانداردهای تبادل داده سلامت از مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت باشند. سازمان تأمین اجتماعی موظف است بستر پایش برخط خطاهای فنی را در سامانه رسا فراهم نماید و خطاهای تبادل داده را حداکثر ظرف یک هفته به مرکز درمانی اعلام کند.

به‌روزرسانی و نگهداری استاندارد کدگذاری خدمات سلامت، تشخیص‌ها و داروها بر اساس سامانه مکسا (https://maxa.behdasht.gov.ir ) و آخرین نگارش کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت انجام می‌شود. در صورت تغییر در استانداردهای فنی تبادل داده، مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت موظف است نسخه جدید را به‌صورت رسمی به سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه‌ها ابلاغ نماید.

1. زيرساخت کشوري سامانه پرونده الکترونيکي سلامت (**سپاس**) به عنوان بستر تبادل اطلاعات اسناد بستري درنظر گرفته شده است. لذا به منظور استقرارسامانه **رسا** براي رسيدگي الکترونيکي اسناد، الزامات زير تعريف شده است:

* اشتراک گذاري امن اطلاعات حاصل از ارائه خدمات بهداشتي ودرماني به بيمه‌شدگان و حصول اطمينان از صحت و جامعيت اطلاعات بر خط
* دارابودن گواهينامه مطابقت با استانداردهاي تبادل اطلاعات از مرکز آمار و فناوري اطلاعات وزارت براي HIS مستقر در هر بيمارستان

**تبصره 2**: درصورتي که HIS مستقردر بيمارستان فاقد گواهينامه معتبر باشد، مي‌بايست نسبت به دريافت گواهينامه پس از3ماه از آغاز برنامه اقدام نموده، در غير اين صورت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکي مي‌تواند نسبت به جايگزيني با محصول داراي گواهينامه معتبر اقدام نمايد.

1. يکسان سازي کدينگ خدمات
2. انطباق با آخرين ساختار **سپاس**
3. ايجاد زيرساخت و بستر لازم سخت‌افزاري، نرم‌افزاري و نيروی انساني مورد نياز جهت رسيدگي پرونده‌هاي بيمارستاني به صورت الکترونيکي توسط مدیرت‌های درمان استان و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکي
4. ايجاد تيم پشتيباني سامانه **سپاس** و سامانه **رسا** جهت پاسخگويي و رفع مشکلات
5. ارائه وب سرويس بانک هاي اطلاعات مورد نياز در راستاي ماتريس تبادلات بين دستگاهي
6. آموزش ذينفعان شامل کارکنان سازمان،کارکنان دانشگاه/دانشکده ‌ها و شرکت‌هاي HIS
7. تشکيل مرکز تماس و پاسخگويي واحد در سازمان
8. تمامي صورتحساب‌هاي بيمارستاني اعم از الکترونيکي وکاغذي مي‌بايست حاوي شناسه رهگيري سماد (HID) باشند و در اين راستا دانشگاه/دانشکده‌هاي علوم پزشکي و مدیریت‌های درمان استان موظف به پيگيري و نظارت بر عملکرد بيمارستان‌ها مي باشند.

**چ- حقوق و الزامات مراکز درمانی طرف قرارداد**

1. سازمان تأمین اجتماعی موظف است بازخورد سامانه رسا درخصوص خطاهای سیستمی یا مغایرت‌های داده‌ای را حداکثر ظرف یک هفته به مرکز درمانی اعلام کند.
2. هیچ‌گونه کسور ناشی از خطای فنی سامانه متوجه بیمارستان نخواهد بود.
3. بیمارستان‌ها باید امکان اعتراض الکترونیک به نتایج رسیدگی را در بازه یک هفته کاری داشته باشند.
4. در صورت تأخیر سازمان (پس از یک هفته)، در پاسخ به اعتراض، نتیجه به نفع مرکز درمانی تلقی می‌گردد.
5. در صورت بروز مغایرت ناشی از تغییر تعرفه، مسئولیت اعمال تعرفه صحیح بر عهده سازمان است.
6. سازمان موظف است گزارش‌های تحلیلی از علل کسورات را به تفکیک نوع خدمت و بخش بیمارستان به‌صورت ماهانه در اختیار مرکز قرار دهد.

**چ- فرآيند اجرایی**

فرآيند اجرايي شامل مراحل:پذيرش بيمار، ارائه و ثبت خدمات، ترخیص بیمار و ایجاد صورتحساب مالی، تبادل الکترونیک، رسیدگی الکترونیک، توليد صورت­حساب، پذیرش اسناد، ارسال به سامانه مالي سازمان و گزارش عملکرد تعدیلات مي باشد.

**مرحله1 - پذيرش بيمار**:

* الف- بستري الکتيو / بستري از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر

اين بيماران به دو صورت اورژانسي و يا به صورت الکتيو به بيمارستان مراجعه مي کنند.

در صورت مراجعه اورژانسي، پس از ترياژ بيمار و تعين سطح اولويت بيماري براي وي، پرونده اورژانس تحت نظر و در صورت نياز پرونده بستري تشکيل مي گردد.

جهت تشکيل پرونده، بيمار/ همراه بيمار به واحد مديريت اطلاعات بيمارستاني(پذيرش) مراجعه و شمارۀ ملي بيمه شده در سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی ثبت و این سامانه از طریق سرويس استحقاق سنجي، اعتبارسنجي اطلاعات بیمه ای و هویتی بیمه شده را دریافت نمایش و کد HID را در پرونده درج می‌کند.

در HIS برای پرونده های اورژانس تحت نظر که بیمار از اورژانس ترخیص می‌گردد ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت اورژانس با کد (4) و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت اورژانس تحت نظر با کد " 4" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

در HIS برای پرونده‌های بستری الکتیو ، ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت بستری الکتیو با کد (2) و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری غیر گلوبال با کد " 1 " ، به صورت پرونده بستری گلوبال با کد " 3 " ثبت و به سپاس ارسال می شود.

در مواردي که پذيرش بيمار از اورژانس صورت گرفته و پس از آن بيمار براي بستري به بخش منتقل ميگردد، لازم است دو پرونده مجزا 1: خدمات ارائه شده در اورژانس 2. خدمات ارائه شده در بخش بستري) ايجاد گردد. براي اين موارد نوع Condition On Discharge در پرونده اورژانس بيمار مقدار [ تبديل به بستري] با کد 9 و Admission Type مقدار اورژانس با کد 4 و در پرونده بستری آن Admission Type برابر با بستری از اورژانس با کد 5 خواهد بود. لازم به ذکر است این مورد به صورت مجازی در HIS می تواند انجام شود و برای بیمه با یک کد HID معتبر ارسال گردد.

* ب- بستري موقت بيمارستاني

براي کليه پرونده هاي بستري زير 6 ساعت که از محلي غير از اورژانس پذيرش شده باشند و شامل مراجعات خدمات بيماران خاص و صعب‌العلاج/خدمات ناباروري/اسکوپي ها/سنگ شکن/خدمات درمانگاهي/جراحي هاي سرپايي/خدمات پرتوپزشکي همراه با بيهوشي و ... باشد، پرونده بستري موقت تشکيل مي گردد.

در HIS برای پرونده های بستری موقت، ویژگی نوع پدیرش (Admission Type) به صورت سرپایی با کد "1" و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری موقت با کد " 5 " ثبت و به سپاس ارسال می شود.

**تبصره 3:** پرونده بيماراني که براي دريافت خدمات بستري موقت مراجعه نموده اند و در حين دريافت خدمات مربوطه و برحسب شرايط، نياز به بستری پیدا می کنند، نوع پرونده (Medical Record Type) از بستري موقت به بستري تبديل مي گردد.

* ج- موارد مشترک کليه اسناد بيمارستاني:

کليه خدمات ارائه شده به بيمار با دريافت يک کد HID و در قالب يک پرونده، قابل درخواست و محاسبه بوده و نيازي به اخذ کد HID ديگري نمي باشد.

کليه مراکز ملزم مي باشند کدهاي HID رزرو صادر شده را تا پيش از ترخيص بيمار به روز رساني و به HID معتبر تبديل نمايند لازم به ذکر است براي صندوق هاي بيمه اي که امکان دريافت HID معتبر وجود دارد در صورت ارسال پرونده به سپاس با کد رزرو يا نامعتبر مذکور قابل رسيدگي نبوده و با پيغام خطا عودت داده مي شود.

**مرحله 2- ارائه و ثبت خدمات :**

* الف- بستري الکتيو / بستري از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:

بلافاصله بعد از پذيرش تا موقع ترخيص بيمار، کليه خدمات ارائه شده در پرونده کاغذي وي ثبت مي گردد و در صورت نياز به مستنداتي نظير گزارش خدمات پاراکلينيک و... بايد توسط منشي بخش مربوطه به پرونده اضافه گردد. در صورت امکان اسکن گزارش و يا ثبت آنها در HIS نيازي به اضافه شدن به پرونده کاغذي نمي باشد.

همزمان با پرونده کاغذي، خدمات ارائه شده به صورت داده هاي الکترونيک، توسط کاربران مجاز در HIS ثبت شده و در پرونده الکترونيک بيمار در قالب استاندارد سپاس ذخيره مي گردد.

* ب- بستري موقت:

خدمات ارائه شده به بيمار بر حسب نوع بيماري همزمان در پرونده کاغذي ثبت و در پرونده الکترونيک بيمار در قالب استاندارد سپاس ذخيره مي گردد. اين خدمات صرفا شامل:

* خدمات بیماران خاص و صعب العلاج:

این خدمات شامل دو قسمت می باشد:

ب-1- خدمات مشمول بسته بیماران خاص و صعب العلاج (هموفیلی، تالاسمی، MS، پیوند کلیه، همودیالیز، دیالیز صفاقی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و بیماران استومی) مطابق با بسته خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج مصوب شورای‌عالی بیمه سلامت (ابلاغیه شماره 540/142 مورخ 29/09/1401)

ب-2- خدمات مشمول صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج بر اساس تصویب نامه هیئت وزیران شماره 112057/ت/59880 ه‍ مورخ 27/06/1401، شایان ذکر است فهرست این بیماری‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر ابلاغ گردیده و به مرور به روز رسانی می‌گردد.

**تبصره 4:** در صورتی که بیمه شده مشمول حمایت صندوق خاص و صعب العلاج باشد، بخشی از هزینه های آنها بعد از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی، در تعهد صندوق می باشد. این هزینه می بایست در فیلد 22.2 صورتحساب درج گردد. با عنایت به تجمیع منابع مالی صندوق بیماران خاص و صعب العلاج در سازمان بیمه سلامت، هزینه‌های مربوطه ستون 22.2 پس از تبادل الکترونیک از طریق آن سازمان محاسبه و پرداخت می گردد. (مطابق با نامه شماره 24483/400د مورخ 20/9/1402 معاونت درمان وزارت با موضوع ابلاغ قواعد حمایت صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج)

**خدمات بستری موقت بیمارستانی**

خدمات مشمول بستری موقت شامل کلیه اقدامات درمانی است که طبق آخرین مصوبات شورای‌عالی بیمه سلامت و وزارت بهداشت در قالب بستری زیر شش ساعت انجام می‌شوند. این خدمات مطابق با دستورالعمل‌های مربوطه شامل گروه‌های زیر هستند:

خدمات درمان ناباروری (مطابق دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری مصوب شورای‌عالی بیمه سلامت کشور)

خدمات پاراکلینیکی و تشخیصی (ازجمله اسکوپی‌ها و ERCP تشخیصی)

خدمات سنگ‌شکنی برون‌تنی و درمانگاه‌های بستری موقت

جراحی‌های سرپایی و اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی

**تبصره 5:**هرگونه تغییر در فهرست یا تعرفه خدمات بستری موقت، تابع آخرین ابلاغیه رسمی شورای‌عالی بیمه سلامت کشور بوده و نیازی به اصلاح شیوه‌نامه ندارد.

* **موارد مشترک کليه اسناد بيمارستاني:**

طي کردن فرايند اصالت سنجي و محاسبه يارانه ارز ترجيحي جهت دارو و تجهيزات مشمول، مطابق با آخرين ليست اعلامي سازمان غذا و دارو الزامي است.

اگر بيمار دريافت کننده خدمت بستري موقت حين دريافت خدمت مربوطه نياز به بستري در بخش هاي بيمارستاني پيدا کرد سهم سازمان و فرانشيز پرونده وی از قوانين حاکم بر بستري تبعيت مي کند.

**تبصره6:** اگر بيمار بستري نياز به دريافت خدماتی (مشمول بستري موقت) داشته باشد که در آن مرکز درمانی قابل ارائه نبوده و از خارج آن مرکز در قالب زنجیره ارجاع دریافت گردد، خدمت مذکور به عنوان خدمت بستري در همان پرونده بیمارستان مبدا محاسبه و با سهم سازمان و فرانشيز پرونده وي (بجز بيمار خاص و صعب العلاج) از قوانين حاکم بر بستري تبعيت مي کند.

**مرحله 3- ترخيص بيمار و ايجاد صورت حساب مالي:**

* **الف- بستري الکتيو / بستري از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:**

ترخیص بیمار با یکی از شرایط (ترخیص با دستور پزشک/رضایت شخصی/فوت/ترک بدون اجازه) در پرونده کاغذي/الکترونيک بيمار ثبت مي گردد.

منشي و پرستار بخش (با نظارت سرپرستار) پرونده را از نظرثبت خدمات ارائه شده درHIS بررسي و تکميل نموده و مستندات مورد نياز در پرونده کاغذي را الصاق و ثبت مي‌نمايند.

نواقص پرونده توسط منشي بررسي و رفع شده و ترخيص بيمار در سيستم HIS اعلام مي‌شود.

پرونده کاغذي به واحد ترخيص تحويل داده ميشود.

اطلاعات هويتي بيمار بررسي شده و نوع بيمه و صحت محاسبات، تاييد و در نهايت برگه ترخيص توسط واحد ترخيص صادر مي گردد.

پرونده کاغذي به واحد مالي/بيمه‌گري جهت بررسي مجدد مستندات و تهيه صورتحساب مالي تحويل داده مي‌شود. (تکمیل و تثبیت)

در صورتي که پرونده کاغذي مشکل مستنداتي نداشته باشد، کد ICD 10 در سيستم HIS ثبت و مطابق با ضوابط و استانداردهاي وزارت براي سامانه سپاس با وضعيت نهايي ارسال گردد.

**تبصره 7:** درصورتي که فرآيند ثبت کدICD 10 پيش از ترخيص يا همزمان با ترخيص بيمار صورت پذيرد، اطلاعات بستري بيمار مي‌تواند بلافاصله بعد از ترخيص براي سامانه سپاس ارسال گردد.

در صورتي که پرونده کاغذي مشکل مستنداتي داشته باشد، ضمن ثبت کد ICD 10 توسط واحد مدارک پزشکي و ارسال پرونده به سامانه سپاس مطابق با ضوابط و استانداردهاي وزارت، تا زمان تهيه و الصاق مستندات لازم، پرونده در واحد مالي/بيمه‌گري نگهداري مي‌گردد.

**تبصره 8:** تا زمان الصاق مستندات لازم، پرونده کاغذي به کارشناس ناظر تحويل نگرديده و در واحد مالي/بيمه‌گري به نحو قابل بازيابي نگهداري شود. (به عنوان مثال بر اساس تاريخ ترخيص يا نام پزشک يا نام بخش و...)

**تبصره 9:** تا زمان فراهم شدن امکان ارسال الکترونيکي مستندات به سامانه سپاس و سامانه **رسا**، مي‌بايست مستندات به صورت فيزيکي به پرونده کاغذي الصاق شود. شايان ذکر است تعداد اين مستندات با رسيدگي الکترونيک کاهش يافته که در ادامه دستورالعمل ذکر شده است.

**تبصره 10:** حداکثر زمان تکميل مستندات پرونده و ارسال آن به ناظر 2 هفته پس از ترخيص بيمار مي باشد.

* **ب- بستري موقت:**

به دليل اينکه اين گونه پرونده ها عمدتاَ شامل خدمات بيماران خاص و صعب العلاج و خدمات درمانگاهي مي باشند، ثبت دستور ترخيص در پرونده کاغذي/ الکترونيک بيمار توسط پزشک معالج الزامي نبوده و کليه مراحل ترخيص بيمار و ايجاد صورت حساب مالي مانند موارد بستري و اورژانس تحت نظر مي باشد.

**موارد مشترک کليه اسناد بيمارستاني (سهم سازمان و فرانشيز بيمار) :**

بطورکلي سهم سازمان **در** خدمات بستري و اورژانس تحت نظر داراي پرونده (ترياژ 1 تا 4 داراي پرونده با پروسيجر) بيمه شدگان عادي مطابق با تعرفه هاي ساليانه هيات وزيران به صورت 90 درصد و خدمات بستري موقت 70 درصد محاسبه و پرداخت مي گردد.

تبصره: درصورت اجرای نظام ارجاع سهم سازمان و پرداختی بیمار مطابق با ضوابط برنامه نظام ارجاع خواهد بود.

خدمات بیمارستانی ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری خاص و صعب العلاج بر اساس تصویب نامه هیات محترم وزیران شماره 112057/ت/59880ه‍ مورخ 27/06/1401 شامل تخفیفاتی بر اساس فهرست این بیماری ها می گردد که بعد از کسر سهم سازمان و سهم بیمه تکمیلی، در تعهد سازمان بیمه سلامت و تحت عنوان صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج می باشد.

**تبصره 11:** این هزینه ها می بایست در فیلد 22.2 صورتحساب درج و به سپاس ارسال گردد.

**پوشش بیماران خاص و صعب‌العلاج:**

خدمات ارائه‌شده به بیماران خاص و صعب‌العلاج مطابق با فهرست رسمی اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شورای‌عالی بیمه سلامت کشور مشمول حمایت ویژه بوده و سهم سازمان تأمین اجتماعی در این موارد بر اساس آخرین مصوبات هیئت وزیران و ابلاغیه‌های شورای‌عالی بیمه سلامت تعیین می‌گردد.

فهرست بیماری‌ها و ضوابط پرداخت در این خصوص، بر اساس تصویب‌نامه شماره 112057/ت/59880هـ مورخ 27/06/1401 هیئت وزیران درخصوص حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج و ابلاغیه شماره 540/142 مورخ 29/09/1401 دبیرخانه شورای‌عالی بیمه سلامت کشور (بسته خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج) و نامه شماره 24483/400د مورخ 20/09/1402 معاونت درمان وزارت بهداشت درباره قواعد حمایت صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج می باشد.

**تبصره 12:** در صورت اضافه‌شدن بیماری‌های جدید به فهرست مصوب وزارت یا تغییر در ضوابط حمایت مالی، سامانه رسا موظف است آخرین تغییرات را به‌صورت خودکار در پردازش الکترونیک اعمال نماید.

**مرحله 4- تبادل الکترونيک:**

1. اطلاعات پرونده بیمار پس از ارسال به سامانه **سپاس** صحت‌سنجي شده و در صورت عدم تطابق در سامانه **سپاس** مي بايست مجددا نسبت به رفع مغايرت توسط واحد مالي/بيمه‌گري در HIS اقدام گردد.
2. پس از ثبت موفق پرونده الکترونيکي در سامانه **سپاس**، اطلاعات پرونده الکترونيکي به سامانه **رسا** ارسال شده و در کارتابل طراحی شده واحد درآمد مرکز درمانی در این سامانه **(**[**https://rsa.tamin.ir**](https://rsa.tamin.ir)**)** قابل مشاهده است.

**تبصره 13:** درصورت ارسال موفق پرونده به سامانه رسا و عدم مشاهده پرونده الکترونيکي درسامانه **مذکور،** مسئول درآمد بيمارستان بايد در منوی آمار و رهگیری (جستجوي پرونده) با درج شماره پرونده، علت عدم پذيرش پرونده را جهت اصلاح مشاهده نمايد.

1. مسئول واحد درآمد موظف است تا حداکثر 2 روز کاری نسبت به تعيين تکليف پرونده الکترونيک اقدام نمايد و در این راستا در صورت تائید صحت اطلاعات در سامانه رسا، پرونده الکترونیکی توسط مسئول درآمد در سامانه رسا به کارشناس ناظر ارجاع می گردد و همزمان پرونده کاغذی/اسکن شده نیز در اختیار وی قرار می گیرد.
2. در صورت عدم تاييد صحت اطلاعات پرونده الکترونيکي در سامانه رسا، پرونده توسط مسئول درآمد ابطال شده و پس از اصلاح در HIS، مجددا براي سامانه سپاس ارسال،تا فرآيند دوباره پیگیری گردد.

**مرحله5- رسیدگی:**

در صورت تائيد صحت اطلاعات در سامانه **رسا**، پرونده الکترونيکي توسط مسئول واحد درآمد در سامانه به کارتابل توزیع کننده دستی/ اتوماتیک ارجاع مي‌گردد و سپس با توجه به شرایط مرکز و تعداد ناظرین، پرونده‌ها جهت رسیدگی اولیه و ممیزی بین ایشان توزیع می‌گردد، همچنین همزمان پرونده کاغذي/اسکن شده بيمار، در اختيار ناظر/ناظرین قرار می‌گیرد.

کارشناس ناظر/مقوم پس از ورود به کارتابل مربوطه، پرونده‌هاي ارسال شده از توزیع‌کننده را مشاهده مي‌نمايد.

کارشناس ناظر/مقوم مي‌تواند جهت رسیدگی، با وارد نمودن مشخصات پرونده (نوع پرونده، تاریخ ترخیص، کد ملي و شماره پرونده) در منوي جستجو سامانه، پرونده الکترونيکي مورد نظر را مشاهده و رسیدگی نمايد.

**تبصره 14:** میانگین زمان رسيدگي پرونده (رسیدگی اولیه و ثانویه) و ارسال آن به کارتابل رسیدگی مسئول درآمد 7 روزکاری پس از دريافت همزمان پرونده کاغذي/ اسکن شده مي باشد.

در صورتي که کارشناس ناظر پس از مشاهده پرونده پذيرش شده در چارچوب دستورالعمل نتواند مسئوليت رسيدگي را بر عهده گيرد، مي بايست با ذکر علت نسبت به انصراف از پذيرش پرونده به مرحله قبل در سامانه اقدام نمايد. در اين صورت، ساير کارشناسان ناظر نيز قادر خواهند بود اين پرونده را انتخاب و رسيدگي نمايند.

در صورتي که به تشخيص کارشناس سازمان، پرونده‌اي قابل رسيدگي نباشد، پرونده را در سامانه رسا به مسئول واحد درآمد با ذکر دلیل عودت نموده و مسئول واحد درآمد بيمارستان مستندات پرونده را تکميل و يا در صورت لزوم پرونده الکترونيک را در سامانه رسا ابطال و پس از اصلاح درHIS مجدد به سامانه **سپاس** ارسال مي‌نمايد.

**تبصره 15:** پرونده های عودتی به صورت نشان دار در کارتابل درآمد مشخص شود.

**تبصره 16:** پس از حداکثر 3 بار رفت و برگشت موارد عودت داده شده بين کارشناس سازمان و مسئول واحد درآمد بيمارستان، امکان اصلاح و ارجاع مجدد در سامانه رسا، غيرفعال مي‌گردد.

درحين رسيدگي، نتايج بررسي الکترونيک قوانين بيمه‌اي بر روي پرونده به صورت کسور اتوماتیک/ هشدار براي کارشناس سازمان نمايش داده مي شود.

کارشناس سازمان مي‌تواند پس از بررسي و مطابقت مستندات پرونده کاغذي/اسکن شده با پرونده الکترونيکي به صورت گروهي و موردي بر روي اجزاي پرونده اقدام به اعمال کسور نمايد.

**تبصره 17:** پرونده‌هايي که پس از رعایت سقف رفت و برگشت پرونده در قالب فرآیند عودت، به کارشناس ناظر ارجاع می گردد و به اعمال کسورات مقومی منجر می گردد؛ قابلیت اصلاح، ویرایش و ابطال توسط مسئول واحد درآمد بيمارستان را ندارد.

**مرحله 6- تولید صورتحساب:**

پس از انجام فرآيند های رسيدگي توسط کارشناس سازمان، نتيجه رسيدگي قبل از ارسال به لیست سفره ای به کارتابل مسئول درآمد ارسال گردیده و تا حداکثر پنج روز کاری قابل اعتراض و یا تایید می‌باشد.

نتيجه رسيدگي (کسورات اعمال شده مقوم و ممیز) ، براي بيمارستان در سامانه قابل رويت مي باشد.

در صورتي که نتيجه رسيدگي پرونده الکترونيک مورد تاييد مسئول درآمد بيمارستان باشد، پرونده الکترونيک براي ليست‌گيري در آخر ماه آماده و پرونده کاغذي جهت بايگاني به واحد مدارک پزشکي ارسال مي گردد.

**تبصره 18:** در صورتي که نتيجه رسيدگي پرونده الکترونيک مورد تاييد مسئول درآمد بيمارستان نباشد، اقدام به درخواست رسيدگي مجدد به پرونده با ذکر توضيحات نموده و پرونده الکترونيکي را در سامانه پردازشگر براي کارشناس سازمان ارسال مي نمايد.

**تبصره 19:** پس از دوبار درخواست رسیدگی مجدد نتیجه فارغ از نظر کارشناس بیمه‌گری، پرونده در لیست سفره‌ای جایگذاری می‌گردد.

**تبصره 20:** موارد اختلاف در نتيجه اعتراض به رسيدگي پرونده الکترونيکي بين کارشناس ناظر و کارشناس بیمه‌گری در سامانه، مي بايست توسط نماینده دانشگاه و مدیریت درمان استان تعيين تکليف گردد.

پس از انجام فرآيند رسيدگي توسط کارشناس سازمان و تاييد آن توسط درآمد، نتيجه رسيدگي از سامانه پردازشگر به سپاس ارسال مي گردد.

**مرحله 7- پذیرش اسناد:**

نامه کاغذی/الکترونیک درخواست هزینه به امضاي مدير بيمارستان به همراه کپی فاکتور تجهیزات گران قیمت گروهی حداکثر تا 45 روز پس از آخرین روز ماه ترخیص به مدیریت درمان سازمان ارسال مي‌گردد.

ليست پرونده هاي الکترونيک به کارتابل مدیریت درمان استان ارسال و پس از تاييد توسط ايشان، ليست نهايي شده به امور مالي جهت پرداخت ارسال مي گردد.

**تبصره 21:** چنانچه در پرداخت از سوي مدیریت درمان استان، اشتباهي صورت گرفته باشد (مثلا هزینه خدمتي پرداخت نشده باشد) صورتحساب جديد تا ماه بعدي براي آن صادر خواهد شد.

**تبصره 22:** در صورت تایید لیست فوق یک نسخه به کارتابل درمانی ارسال (جهت بررسی کسورات اعمال شده) و مرکز درمانی تا 2 ماه فرصت دارد با ارائه مستندات نسبت به کسور اعمال شده اعتراض نماید و نسخه دیگری جهت تایید نهایی به مدیریت درمان استان ارسال می‌گردد. (فرایند واخواهی)

در صورت تایید ایشان برگه کمیته الکترونیک صادر و به کارتابل مرکز درمانی ارسال و همچنین اطلاعات نهایی مالی مرکز درمانی به سامانه پیش‌بینی شده حوزه مالی جهت پرداخت مطالبات مرکز ارسال می‌گردد.

**ح- رسیدگی به اختلافات**

در موارد اختلاف میان بیمارستان و مدیریت درمان استان در خصوص میزان یا علت کسور، کمیته استانی که در تعرفه ها مصوب بخش خصوصی دیده شده است و در صورت عدم حصول توافق، جهت طرح در شورای عالی بیمه سلامت ارسال خواهد گردید.

رأی این کمیته برای هر دو طرف لازم‌الاجراست و باید حداکثر ظرف ۱۵ روز صادر شود.

**ح- اسناد مثبته در فرآيند رسيدگي الکترونيک اسناد بستري:**

1. اسنادي که مي‌بايست به صورت فيزيکي/فایل الکترونیکی و در قالب صورتحساب مالي برای هر پرونده الکترونیک به مدیریت درمان استان ارائه شوند عبارتند از:

* (صورتحساب استاندارد بيمارستاني) سطح دو (ممهور به مهر پزشک معالج يا رئيس بيمارستان و يا صاحبين مجاز امضا بيمارستان و ناظر)
* تصوير شرح عمل
* تصوير برگه بيهوشی
* تصویر پاتولوژی
* اصل فاکتور پروتز/تجهیزات (در صورت خریداری به نام بیمار)

برای پرونده های گلوبال رسیدگی به ریز صورتحساب، قابل انجام نمی باشد.

اسنادي که لازم است در اصل پرونده کاغذي/ الکترونیک موجود بوده و به رويت نماينده بيمه در بيمارستان برسد اصل اسناد عبارتند از:

* دستور بستري با ذکر تشخيص اوليه در سرنسخه مطب يا بيمارستان
* درج کد HID در برگه پذيرش و خلاصه ترخيص

**تبصره 23:** تمامي صورتحساب‌هاي بيمارستاني چه به صورت الکترونيکي و یا کاغذي مي بايست حاوي شناسه HIDباشند.

* برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح (درصورت حضور) و درج کدهاي مربوطه بر اساس کتاب ارزش‌ نسبي خدمات و مراقبت‌های سلامت به همراه درج زمان شروع و پايان عمل جراحي
* برگه بيهوشي ممهور به مهرو امضاء متخصص بيهوشي و درج ارزش تام، شامل پايه، زمان، ريکاوري و کدهاي تعديلي بيهوشي بر اساس کتاب ارزش نسبي خدمات و مراقبت‌های سلامت با توجه به شرح‌حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پايان بيهوشي
* الصاق برچسب تجهيزات پزشکي بر اساس مقرارت مربوطه و لیست سازمان غذا و دارو استفاده شده در عمل جراحي به برگه شرح عمل

1. مستنداتي که بيمارستان براي رسيدگي به صورت کلي در اختيار ناظر بيمارستاني قرار مي‌دهد شامل تصوير برابر اصل يک نسخه فاکتور خريد کلی تجهيزات پزشکي مانند پروتز، مش، استنت و ... توسط بيمارستان با صورتحساب ماهانه مي باشد.

تبصره: کليه تجهيزات پزشکي بايد از شرکت‌هاي مورد تائيد اداره کل تجهيزات پزشکي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي تهيه گردد.

1. اسناد الکترونيکي که در سامانه رسا موجود مي باشد و نيازي به ارسال آنها نمي باشد عبارتند از:

* ليست الکترونيکي کليه خدمات سطح 3 صورتحساب
* ليست سفره‌اي الکترونيکي

پرونده کاغذي بيمار مطابق با مصوبات شوراي‌عالي بيمه سلامت کشور و استانداردهاي وزارت تنظيم گرديده و مي‌بايست در بيمارستان طرف قرارداد بايگاني شود و در صورت نياز سازمان به رسيدگي و يا ارائه مستندات به نهادهاي نظارتي مرتبط، با طي‌کردن مراحل اداري و در کوتاهترين مدت زماني ممکن در اختيار سازمان قرار گيرد.

شایان ذکر است پس از راه اندازی کامل سامانه رسا و امکان تبادل و رسیدگی اسناد به صورت الکترونیکی، کلیه سامانه های موازی ثبت اطلاعات و گزارش اقدامات تشخیص درمانی و.. در این حوزه حذف می گردند.

**مرحله 8- تولید حواله:**

* حواله متناظر با صورتحساب ایجاد شده به تفکيک نوع پرونده( بستري، گلوبال، بستري موقت عادی، بستری موقت خاص و اورژانس تحت نظر) که توسط بيمارستان تاييد و جهت پذيرش به مدیریت درمان استان ارسال مي گردد.

حواله در سامانه پردازشگر ایجاد گردیده و جهت تایید نهایی مبالغ قابل پرداخت، به کارتابل معاون خرید راهبردی و اسناد پزشکی استان ارسال می گردد.

**مرحله 9- ارسال به سامانه مالی:**

رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی پس از بررسی و کنترل مبالغ، حواله های تولید شده را جهت پرداخت به سامانه مالی ارسال می نماید.

**مرحله 10- گزارش عملکرد تعدیلات:**

کلیه تعدیلات اعمالی روی صورتحسابهای ارسالی از طریق سرویس برگشت کسورات، از سامانه پردازشگر به سپاس ارسال و برای مسئولین بیمارستانی قابل مشاهده می گردد.

**تبصره 24:** سرویس برگشت کسورات شامل ارائه تغییر در کدینگ خدمات ارزش نسبی در زمان رسیدگی نیز می گردد.

* **تغییرات در مبالغ درخواستی اسناد ارسال شده:**

به دو صورت افزایش یا کاهش مبالغ رسیدگی شده در زمان ایجاد حواله اعمال می گردد.

موارد افزایشی شامل مابه التفاوت تعرفه های سالیانه، حذف تعدیلات اعمال شده، پرداخت موارد کم درخواست شده یا درخواست نشده و...

موارد کاهشی شامل تعدیلات نظارتی ( مانند تمام وقتی)

**خ- استقرار و پایش اجرای برنامه**

فاز اول – پایلوت: اجرا در بیمارستان‌های منتخب دانشگاهی به‌صورت محدود تا رفع خطاهای سیستمی.

فاز دوم – گسترش: اجرای کامل در استان و پایش برخط ارسال داده‌ها به سپاس و رسا.

فاز سوم – تعمیم ملی: پس از ارزیابی موفق دو فاز قبل، تعمیم به کلیه مراکز طرف قرارداد.

گزارش عملکرد فازها به تفکیک مراکز درمانی و استان‌ها باید هر سه ماه توسط اداره کل درمان غیرمستقیم به معاونت درمان سازمان ارسال شود.

این شیوه‌نامه با 10 بند و 24 تبصره در تاریخ 18/09/1404 با حضور کلیه ذی‌نفعان تدوین و ابلاغ گردید.