

شیوه نامه

محاسبه تخفیفات کاهش فرانشیز و صندوق بیماران خاص و  
صعب العلاج سازمان های بیمه گر پایه

## ۱- کلیات

بر اساس تصویب نامه هیئت محترم وزیران به شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ در خصوص تعرفه های بخش دولتی خدمات تشخیصی درمانی سال ۱۴۰۴ و تصویب نامه شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ در خصوص اساسنامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج، این شیوه نامه در راستای شفاف سازی نحوه محاسبه تخفیف بیمه جهت اجرای تعهدات سازمان های بیمه گر پایه و بیماران مشمول حمایت صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج به همراه جدول تعهدات سازمان های بیمه گر تدوین گردیده است.

## ۲- تعاریف و اصطلاحات

**۱-۲- صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج:** بر اساس تصویب نامه هیئت محترم وزیران به شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ به منظور تأمین مالی مطلوب خدمات، دارو و کالاهای سلامت محور برای مشمولین، 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.

**۲-۲- سهم صندوق:** درصدی از هزینه های مشمولین صندوق که پس از کسر تعهدات 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 صورت حساب درج گردد.

**۲-۳- 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. علاوه بر موارد ذیل، تعهدات کاهش فرانشیز تمامی دستورالعمل های حمایتی سازمان های بیمه گر طبق ضوابط داخلی مربوطه به قوت خود باقی می باشد. این تخفیفات شامل:

**۲-۳-۱- حذف فرانشیز مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر به استناد مصوبه شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ هیئت محترم وزیران**

**۲-۳-۲- کاهش فرانشیز مشمولین دهک های درآمدی ۱ تا ۵ کلیه اقشار، به استناد مصوبه شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸**

**۲-۳-۳- حذف فرانشیز خدمات، دارو و لوازم مصرفی برای بیماران بستری صعب العلاج (CF، EB، متابولیک و SMA) با سهم سازمان ۱۰۰ درصد هزینه های آنان، مطابق تصویب نامه شماره ۱۱۴۹۰۱/ت/۶۰۱۸۴ هـ مورخ**

۱۴۰۱/۰۶/۳۰ هیئت محترم وزیران (نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور)

۴-۳-۲- حذف فرانشیز بیماران مبتلا به سرطان (نشان دار در قالب سامانه های الکترونیک) به استناد مصوبه شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ و همچنین ابلاغیه دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور در خصوص تنظیم صورتحساب جهت اجرای جزء (ح) ذیل بند (۲) تصویب نامه تعرفه بخش دولتی به شماره ۱۴۲/۳۵۶ مورخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۱

۵-۳-۲- حذف فرانشیز شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال به استناد مصوبه شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

۶-۳-۲- حذف فرانشیز بیماران مشمول پیوند در تعهد بیمه پایه ( کلیه، کبد و مغز استخوان ) به استناد مصوبه شماره ۲۰۸۰۳۴/ت/۶۳۹۳۸ هـ مورخ ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

۷-۳-۲- حذف فرانشیز خدمات مشمول دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی ابلاغی بیماران خاص به استناد مصوبه شماره ۱۴۲/۵۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۹/۲۹ "دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

۸-۳-۲- کاهش فرانشیز خدمات درمان ناباروری در راستای اجرای ماده (۴۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، تصویب نامه های هیئت محترم وزیران به شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ و شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰

۴-۲- سهم بیمه پایه: بخشی از هزینه های انجام خدمات تشخیصی درمانی، دارو و تجهیزات که در تعهد سازمان های بیمه گر پایه می باشد.

۵-۲- سهم یارانه سلامت: بخشی از هزینه صورتحساب بیماران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراکز دولتی دانشگاهی مطابق با مجموعه دستورالعمل های وزارت بهداشت در خصوص برنامه کاهش پرداختی بیمار بستری (یارانه سلامت) تحت پوشش حمایت برنامه مربوطه قرار می گیرد.

۶-۲- سهم ارز: بخشی از هزینه ارزی مورد نیاز برای واردات یا تولید دارو و تجهیزات پزشکی که توسط دولت از طریق تخصیص ارز با نرخ یارانه ای یا پرداخت یارانه مستقیم پوشش داده می شود تا از افزایش قیمت این اقلام برای مصرف کننده نهایی جلوگیری گردد. مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۷-۲- وب سرویس تخفیف بیمه: وب سرویسی است که توسط سازمان بیمه سلامت ارائه می گردد و تخفیف های مشمول بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی را جهت محاسبه در صورتحساب بیمار اعلام می نماید که در این دستورالعمل به اختصار وب سرویس نامیده می شود.

**۲-۸- سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS):** نرم افزاری است که در بیمارستان‌ها مورد بهره برداری قرار می‌گیرد و وظیفه مدیریت اطلاعات 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 می‌باشد و در این شیوه نامه به اختصار "HIS" نامیده می‌شود.

**۲-۹- سامانه پردازشگر الکترونیک اسناد پزشکی:** سامانه پردازشگر رسیدگی الکترونیک اسناد بیمارستانی سازمان‌های بیمه‌گر 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 می‌گردد.

**۲-۱۰- وب سرویس استحقاق سنجی:** وب سرویسی که با استعلام برخط اطلاعات هویتی بیمه شده از بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌های بیمه‌گر، استحقاق درمانی فرد را تعیین می‌نماید.

**۲-۱۱- شناسه رهگیری سداد (HID):** شناسه‌ای است که در هر بار پذیرش بیمه شده به صورت یکتا از سامانه استحقاق سنجی اخذ می‌گردد. این شناسه، تعیین کننده سازمان بیمه‌گر و صندوق بیمه‌ای معتبر فرد در زمان اخذ HID اصلی می‌باشد.

### **۳- فرآیند اجرایی:**

**۳-۱- این شیوه نامه جهت اعمال تخفیف‌های کاهش فرانشیز بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تخفیف‌های صندوق خاص و صعب‌العلاج برای بیمه‌شدگان بیمه سلامت و تامین اجتماعی می‌باشد.**

**۳-۲- با عنایت به نامه شماره ۱۴۰۳/۲۳۸۰۰۴ مورخ ۱۴۰۳/۸/۱ مدیر عامل محترم سازمان بیمه سلامت مبنی بر عقد تفاهمنامه و تخصیص اعتبارات از محل صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج به سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، تامین هزینه‌های بیماران مشمول حمایت صندوق تحت پوشش آن سازمان (به غیر از پرونده‌های پیوند مشمول صندوق و کاشت حلزون شنوایی)، تا زمان آماده سازی بستر الکترونیک به صورت غیر الکترونیک و توسط سازمان مذکور صورت خواهد گرفت.**

**۳-۳- کلیه سهم‌ها و برنامه‌های حمایتی بر اساس مصوبات تعرفه هیئت محترم وزیران، شرایط و میزان تخفیف همان سال اعمال می‌شود.**

**۳-۴- جهت سهولت اعمال تنظیمات صورتحساب، در "جدول تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر" سهم برنامه حمایتی کاهش فرانشیز بیماران بستری مطابق دستورالعمل رسیدگی به اسناد تحول نظام سلامت مطابق با آخرین نسخه ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در "جدول تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر" لحاظ گردیده است. شایان ذکر است این برنامه، مابه‌التفاوت دارو و تجهیزات در تعهد بیمه پایه (دارو و تجهیزاتی که مبلغ آن از مبلغ در تعهد بیشتر می‌باشد)، دارو و تجهیزات خارج از تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره‌دار (مطابق ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ د مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت) را با درصد مشخص حمایت می‌نماید.**

به غیر از موارد مشمول دستورالعمل مربوطه تاکید می‌گردد، همراه زیر ۱۲ سال، همراه مادر باردار صرفاً در بخش LDR، دستبند و ترمومتر یکبار در طول مدت بستری، هزینه آمبولانس اعزام، مابه‌التفاوت هزینه دارو و تجهیزات

بالا تر از هزینه پرونده‌های گلوبال، اورتزها از قبیل کمربندهای طبی (صرفاً با دستور پزشک و در زمان بستری) مورد حمایت برنامه فوق الذکر قرار می‌گیرد.

۳-۵- ترتیب محاسبات هزینه‌ای، با اولویت سهم سازمان بیمه‌گر پایه ( بیمه‌ای، حمایتی، مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی، ارزش ترجیحی و...)، سهم بیمه تکمیلی، صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و منابع حمایتی وزارت بهداشت تنظیم می‌گردد.

۳-۶- کلیه قوانین و دستورالعمل‌های مربوط به سایر برنامه‌های حمایتی وزارت بهداشت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و ... برقرار می‌باشد.

۳-۷- بجز هزینه بیماران خاص و صعب‌العلاج، سایر برنامه‌هایی که قبلاً از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ تامین می‌شدند (سوختگی و مالاریا و...) در حال حاضر در ستون ۲۲،۱ ثبت و همچنان جهت پرداخت توسط وزارت بهداشت ارسال می‌گردد.

۳-۸- ملاک تعیین اعتبار بیمه‌ای، خروجی اعلام از سرویس یکپارچه استحقاق سنجی مبتنی بر دیتاس می‌باشد. در مرحله پذیرش، وب سرویس استحقاق سنجی جهت تعیین اعتبار و صندوق بیمه‌ای و اخذ HID فراخوانی می‌گردد.

۳-۹- وب سرویس تخفیف بیمه مطابق با راهنمای فنی، در دو مرحله پذیرش و ترخیص فراخوانی می‌گردد و بیمه شده از تخفیف‌های حمایتی مربوطه مندرج در بند ۴-۱ و ۴-۲ و ۴-۳ و ۴-۴ بهره‌مند می‌گردد.

۳-۱۰- با توجه به افزایش سهم سازمان مطابق با جدول ضمیمه، نیازی به جداسازی پارامترها نیست و کل سهم در (سهم بیمه پایه) ثبت می‌گردد.

۳-۱۱- سیستم‌های اطلاعات بیمارستان می‌بایست با توجه به خروجی وب سرویس و با استفاده از جدول تعهدات سازمانهای بیمه‌گر نسبت به تنظیم صورتحساب اقدام نمایند. همچنین نحوه محاسبه اجزای صورتحساب، جهت راهنمایی سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی در وب سرویس قابل احصاء است و سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی می‌توانند با استفاده از آن نتیجه هر سناریویی را از طریق وب سرویس دریافت نمایند.

۳-۱۲- تا زمان ارائه لیست خدمات ستاره دار درمانی، خدمات ستاره دار تحت پوشش برنامه کاهش پرداختی فرانشیز بیماران بستری (C و IF) مطابق با نامه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ د مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

## ۴- انواع تخفیفات سازمانهای بیمه‌گر و صندوق خاص و صعب‌العلاج

۴-۱- حذف/کاهش فرانشیز مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر و دهک‌های درآمدی ۱ تا ۵:

۴-۱-۱- این تخفیف، شامل کلیه خدمات بستری و بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس دارای پرونده) می‌باشد.

۴-۱-۲- تخفیف‌های تعلق گرفته به بیمار در زمان ترخیص، ملاک عمل در زمان رسیدگی در سامانه پردازشگر مربوطه می‌باشد.

۴-۱-۳- خروجی پارامترهای Decile/Decile2 در وب سرویس، نشان دهنده بیمه‌شدگان مشمول تخفیف دهک های درآمدی می‌باشد. چنانچه در وب سرویس این پارامتر با مقدار ۸، نمایش داده شود، صورتحساب بیمار می‌بایست متناسب با جدول تعهدات سازمان‌های بیمه گر/ خروجی وب سرویس تنظیم گردد.

۴-۱-۴- خروجی پارامتر welfare در وب سرویس، نشان دهنده بیمه‌شدگان مشمول تخفیف مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار می‌باشد. چنانچه در وب سرویس این پارامتر با مقدار ۱۰، نمایش داده شود، صورتحساب بیمار می‌بایست متناسب با جدول تعهدات سازمان های بیمه‌گر/ خروجی وب سرویس تنظیم گردد.

۴-۱-۵- با توجه به پوشش خدمات ستاره‌دار درمانی برای تخفیفات مربوط به مددجو، لیست خدمات ستاره‌دار که جنبه درمانی دارند توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام می‌گردد.

۴-۱-۶- مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می‌بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۴-۱-۷- با توجه به پوشش مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی برای تخفیفات مربوط به مددجویان، مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی در تعهد، پس از کسر سهم ارز ترجیحی تا سقف قیمت مصرف کننده دارو و لوازم پزشکی قابل پرداخت می‌باشد.

**تبصره:** مابه‌التفاوت تجهیزات و لوازم پزشکی که فاقد قیمت مصرف کننده می‌باشند، تا سقف قیمت مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه قابل پرداخت خواهد بود.

۴-۱-۸- دارو و لوازم خارج از تعهد بیمه این بیماران صرفاً در صورتی که بیمار مشمول حمایت‌های صندوق خاص و صعب‌العلاج باشند، از منابع صندوق قابل پرداخت می‌گردد.

۴-۱-۹- در بیماران غیر صعب‌العلاج، اقلام مشمول برنامه کاهش پرداختی بیمار بستری ( یارانه سلامت) تحت پوشش حمایت برنامه مربوطه قرار می‌گیرد. به غیر از موارد مشمول دستورالعمل مربوطه تاکید می‌گردد، همراه زیر ۱۲ سال، همراه مادر باردار صرفاً در بخش LDR، دستبند و ترمومتر یکبار در طول مدت بستری، هزینه آمبولانس اعزام، مابه‌التفاوت هزینه دارو و تجهیزات بالاتر از هزینه پرونده‌های گلوبال، اورتزها از قبیل کمربندهای طبی(صرفاً با دستور پزشک و در زمان بستری) مورد حمایت برنامه فوق‌الذکر قرار می‌گیرد.

۴-۲- حذف فرائض خدمات، دارو و لوازم مصرفی برای بیماران بستری صعب‌العلاج (CF، EB، متابولیک و SMA)

۴-۲-۱- این تخفیف، شامل کلیه خدمات بستری و اورژانس تحت نظر می‌باشد.

۴-۲-۲- تخفیف‌های تعلق گرفته به بیمار در زمان ترخیص، ملاک عمل در زمان رسیدگی در سامانه رسیدگی به اسناد بستری می‌باشد

۴-۲-۳- خروجی پارامتر markorg در وب سرویس، نشان دهنده بیمه‌شدگان مشمول این تخفیف می باشد. چنانچه در وب سرویس این پارامتر با مقدار ۱۰، نمایش داده شود، صورتحساب بیمار می‌بایست متناسب با جدول تعهدات سازمان های بیمه گر/ خروجی وب سرویس تنظیم گردد.

۴-۲-۴- مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۴-۲-۵- با توجه به اینکه خدمات ستاره‌دار درمانی، مابه‌التفاوت دارو و لوازم بیمه‌ای، دارو و لوازم غیر بیمه‌ای برای این گروه از بیماران در تعهدات صندوق قرار می‌گیرد، مواردی مانند همراه زیر ۱۲ سال، دستبند و ترمومتر، یکبار در طول مدت بستری، هزینه آمبولانس اعزام، هزینه دارو و تجهیزات بالاتر از هزینه پرونده‌های گلوبال، اورترها از قبیل کمربندهای طبی (صرفاً با دستور پزشک و در زمان بستری) مشمول تعهدات صندوق خواهد بود.

۴-۲-۶- پرونده بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی، پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری سازمان بیمه سلامت ارسال می‌گردد.

#### ۴-۳- حذف فرانشیز بیماران مبتلا به سرطان (نشان‌دار در قالب سامانه‌های الکترونیک)

۴-۳-۱- این تخفیف، شامل کلیه خدمات بستری، بستری فوریت های پزشکی (اورژانس دارای پرونده) و بستری های دارای پرونده با اقامت کمتر از ۶ ساعت می‌باشد.

**تبصره:** تخفیف پرونده‌های با اقامت کمتر از ۶ ساعت، شامل هزینه‌های دارویی نمی‌باشد.

۴-۳-۲- تخفیف‌های تعلق گرفته به بیمار در زمان ترخیص، ملاک عمل در زمان رسیدگی در سامانه رسیدگی به اسناد بستری می‌باشد.

۴-۳-۳- خروجی پارامتر mark2 در وب سرویس، نشان دهنده بیمه‌شدگان مشمول این تخفیف می‌باشد. چنانچه در وب سرویس این پارامتر با مقدار ۱۰، نمایش داده شود، صورتحساب بیمار می‌بایست متناسب با جدول تعهدات سازمان های بیمه گر/ خروجی وب سرویس تنظیم گردد.

۴-۳-۴- مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۴-۳-۵- با توجه به اینکه خدمات ستاره‌دار درمانی، مابه‌التفاوت دارو و لوازم بیمه‌ای، دارو و لوازم غیر بیمه‌ای برای این گروه از بیماران در تعهدات صندوق قرار می‌گیرد، مواردی مانند همراه زیر ۱۲ سال، دستبند و ترمومتر، یکبار در طول مدت بستری، هزینه آمبولانس اعزام، هزینه دارو و تجهیزات بالاتر از هزینه پرونده‌های گلوبال، اورترها از قبیل کمربندهای طبی (صرفاً با دستور پزشک و در زمان بستری) مشمول تعهدات صندوق خواهد بود.

۴-۳-۶- پرونده بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی، پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری سازمان بیمه سلامت ارسال می‌گردد.

#### ۴-۴- حذف فرانشیز بیماران مشمول صندوق خاص و صعب العلاج

##### ۴-۴-۱- پرونده های بستری و اورژانس تحت نظر

۴-۴-۱-۱- تخفیف های این بند شامل بیمه شدگان بیمه سلامت و بیمه تامین اجتماعی می باشد. سهم صندوق برای این بیماران می بایست در ستون ۲۲,۲ منظور شود.

۴-۴-۱-۲- تخفیف های تعلق گرفته به بیمار در زمان ترخیص، ملاک عمل در زمان رسیدگی در سامانه رسیدگی به اسناد بستری می باشد.

۴-۴-۱-۳- این تخفیف، شامل کلیه خدمات بستری، بستری فوریت های پزشکی (اورژانس دارای پرونده) می باشد.

۴-۴-۱-۴- خروجی پارامتر mark در وب سرویس تخفیفات بیمه ای، نشان دهنده بیمه شدگان مشمول این تخفیف می باشد. چنانچه در وب سرویس این پارامتر با مقدار ۱۰، نمایش داده شود، صورتحساب بیمار می بایست متناسب با جدول تعهدات سازمان های بیمه گر/ خروجی وب سرویس تنظیم گردد.

۴-۴-۱-۵- مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۴-۴-۱-۶- با توجه به اینکه خدمات ستاره دار درمانی، مابه التفاوت دارو و لوازم بیمه ای، دارو و لوازم غیر بیمه ای برای این گروه از بیماران در تعهدات صندوق قرار می گیرد، مواردی مانند همراه زیر ۱۲ سال، دستبند و ترمومتر، یکبار در طول مدت بستری، هزینه آمبولانس اعزام، هزینه دارو و تجهیزات بالاتر از هزینه پرونده های گلوبال، اورتزاها از قبیل کمربندهای طبی (صرفاً با دستور پزشک و در زمان بستری) مشمول تعهدات صندوق خواهد بود.

۴-۴-۱-۷- پرونده بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی، پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری سازمان بیمه سلامت ارسال می گردد.

##### ۴-۴-۲- پرونده های پیوند مشمول صندوق خاص و صعب العلاج

۴-۴-۲-۱- تخفیف های این بند شامل بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و سایر سازمان های بیمه گر پایه از قبیل: بانک ها، شرکت نفت، صنایع فولاد و ... می باشد.

۴-۴-۲-۲- سامانه های اطلاعات بیمارستانی می بایست نسبت به تنظیم مبالغ پرونده های پیوند خارج از تعهد بیمه پایه، شامل: پیوند قلب با (کد گلوبال ۹۹۰۶۲۵)، پیوند ریه با (کد گلوبال ۹۹۰۶۲۰، ۹۹۰۶۱۵، ۹۹۰۶۲۰)، پیوند پانکراس با (کد گلوبال ۹۹۰۶۴۰) و پیوند روده با (کد گلوبال ۹۹۰۶۴۵) بر اساس تعرفه های گلوبال پیوند ابلاغی از سوی



دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور در سهم صندوق و ستون ۲۲,۲ اقدام نمایند. در این نوع از پرونده‌ها هیچگونه هزینه‌ای در ستون سهم سازمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۴-۲-۳- تخفیفات مربوط به این بند فارغ از نتیجه وب سرویس تخفیفات بوده و ملاک شناسایی این بیماران، کدهای پیوند مندرج در پرونده بالینی می‌باشد

۴-۲-۴- پرونده بیمه‌شدگان مشمول بند ۴-۲-۱- پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، توسط بیمه سلامت مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری ارسال می‌گردد.

۴-۲-۵- مبالغ گلوبال ابلاغی، شامل مجموع هزینه گیرنده و دهنده عضو پیوندی بوده ( در قالب پرونده گیرنده) و هزینه‌های بستری دهنده عضو به صورت جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

۴-۲-۶- برای ارسال پرونده‌های پیوند خارج از تعهد سازمان بیمه گر پایه (پیوند قلب، ریه، پانکراس و روده) به صورت گلوبال، نیاز به ارسال جزء بیهوشی و جزء حرفه‌ای در گروه خدمات جراحی نمی‌باشد.

۴-۲-۷- تغییر درجه اعتباربخشی بیمارستان و خدمات ارائه شده توسط پزشکان تمام وقت و غیر تمام وقت، تاثیری در محاسبه سرجمع هزینه گلوبال پرونده‌های پیوند خارج از تعهد سازمان بیمه گر پایه (پیوند قلب، ریه، پانکراس و روده) ندارد.

۴-۲-۸- با توجه به اهمیت ثبت کلیه خدمات سطح ۳، سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی می‌بایست کمافی السابق نسبت به درج ریز خدمات در سطح ۳ پرونده‌های پیوند اعضاء اقدام نمایند.

۴-۲-۹- ارسال خدمات مازاد ( خارج از گروه خدمت گلوبال ) در سطح ۲ پرونده الزامی نبوده، ولیکن ثبت آنها در سطح ۳ پرونده‌های پیوند اعضاء ضرورت دارد.

۴-۲-۱۰- تا زمان تعیین و اجرای تعرفه مصوب خدمات پیوند توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور، بیمارستان‌ها می‌بایست نسبت به بازتوزیع درآمد پرونده‌های پیوند اعضاء (خارج از تعهد پوشش بیمه گر پایه) بر اساس جداول ابلاغی توسط معاونت درمان وزارت بهداشت اقدام نمایند (مکاتبه شماره ۴۰۰/۱۹۹۸۸ د مورخ ۱۴۰۲/۸/۸).

۴-۲-۱۱- سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی می‌بایست نسبت به تنظیم مبالغ پرونده‌های پیوند تحت پوشش بیمه سازمان بیمه گر پایه شامل: پیوند کلیه با (کد گلوبال ۹۹۰۶۶۵، ۹۹۰۶۶۰) و (کد ارزش نسبی ۵۰۰۹۰، ۵۰۰۹۵)، پیوند کبد با ( کد گلوبال ۹۹۰۶۳۵، ۹۹۰۶۳۶) و (کد رزش نسبی ۴۰۱۷۰۰)، پیوند مغز استخوان (کد گلوبال ۹۹۰۶۵۰) و (کد ارزش نسبی ۳۰۲۸۴۲، ۳۰۲۸۴۱، ۳۰۲۸۴۰)، در سهم سازمان اقدام نمایند.

**تبصره ۱:** مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی اعم از تحت پوشش بیمه و یا خارج از تعهد بیمه، در سهم سازمان قابل پرداخت خواهد بود.

**تبصره ۲:** در خصوص پیوندهای تحت پوشش سازمان بیمه گر پایه، ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای پزشکان غیر تمام وقت معادل اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیا محاسبه شده و مابه‌التفاوت تمام وقتی و غیر تمام وقتی از محل منابع صندوق و در ستون ۲۲,۲ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

**تبصره ۳:** مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می‌بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

#### **۴-۴-۳- پرونده‌های کاشت حلزون شنوایی**

**۴-۴-۳-۱-** تخفیف‌های این بند شامل بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و سایر سازمان‌های بیمه گر پایه از قبیل: بانک‌ها، شرکت نفت، صنایع فولاد و ... می‌باشد.

**۴-۴-۳-۲-** سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی می‌بایست نسبت به تنظیم مبالغ پرونده‌های کاشت حلزون شنوایی در سهم صندوق و ستون ۲۲,۲ اقدام نمایند. در این نوع از پرونده‌ها هیچگونه هزینه‌ای در ستون سهم سازمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

**۴-۴-۳-۳-** تخفیفات مربوط به این بند فارغ از نتیجه وب سرویس تخفیفات می‌باشد و شرط پرداخت برای پرونده‌های کاشت حلزون، وجود کد ملی ۶۰۳۰۱۵ با عنوان "کاشت حلزون شنوایی" و همچنین ۶۰۲۹۶۰ و ۶۰۲۹۶۵ با عنوان "تعویض ایمپلنت استخوان گیجگاهی..." در پرونده بیمار می‌باشد.

**۴-۴-۳-۴-** پرونده بیمه‌شدگان مشمول بند ۴-۴-۳-۱- پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، توسط بیمه سلامت مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری ارسال می‌گردد.

**۴-۴-۳-۵-** هزینه‌های مربوطه، مطابق با آخرین نسخه شیوه نامه کاشت حلزون به صورت غیر گلوبال ( در قالب پرونده بستری) ثبت و محاسبه می‌گردد.

**۴-۴-۳-۶-** مابه‌التفاوت هزینه اقامت در اتاق یک تخته و دو تخته بر اساس درجه ارزشیابی مراکز مجاز به ارائه خدمت و همچنین بخش‌های خدمات رفاهی ویژه از محل اعتبارات صندوق قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

**۴-۴-۳-۷-** کلیه مبالغ بر اساس تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

#### **۴-۴-۴- پرونده‌های تعویض دریچه از راه کاتتر گذاری (TAVI)**

**۴-۴-۴-۱-** تخفیف‌های این بند شامل بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت و سازمان بیمه تامین اجتماعی می‌باشد.

۴-۴-۲- سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی می‌بایست نسبت به تنظیم مبالغ پرونده‌های تعویض دریچه آئورت (TAVI) در سهم صندوق و ستون ۲۲,۲ اقدام نمایند. در این نوع از پرونده‌ها هیچگونه هزینه‌ای در ستون سهم سازمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۴-۴-۳- تخفیفات مربوط به این بند فارغ از نتیجه وب سرویس تخفیفات می‌باشد. شرط پرداخت برای خدمات تاوی، وجود کد ملی ۹۰۰۶۹۸ با عنوان "تعویض دریچه از راه کاتترگذاری یا TAVI" در پرونده بیمار می‌باشد.

۴-۴-۵- پرونده بیمه‌شدگان مشمول بند ۴-۴-۱-۴ پس از تبادل از مسیر سپاس، جهت پرداخت مبالغ مندرج در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب بیمار، توسط بیمه سلامت مطابق با قوانین و مقررات ابلاغی، به سامانه رسیدگی به اسناد بستری ارسال می‌گردد.

۴-۴-۶- هزینه‌های مربوطه، مطابق با آخرین بخشنامه ابلاغی خدمت مذکور و به صورت غیر گلوبال ( در قالب پرونده بستری) ثبت و محاسبه می‌گردد.

۴-۴-۷- مابه‌التفاوت هزینه اقامت در اتاق یک تخته و دو تخته بر اساس درجه ارزشیابی مراکز مجاز به ارائه خدمت و همچنین بخش‌های خدمات رفاهی ویژه از محل اعتبارات صندوق قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

۴-۴-۸- کلیه مبالغ بر اساس تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

#### ۴-۵- حذف فرانشیز شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال

۴-۵-۱- این تخفیف، شامل کلیه خدمات بستری، بستری فوریت‌های پزشکی (اورژانس دارای پرونده) و بستری‌های دارای پرونده با اقامت کمتر از ۶ ساعت می‌باشد.

**تبصره:** تخفیف پرونده‌های با اقامت کمتر از ۶ ساعت، شامل هزینه‌های دارویی نمی‌باشد.

۴-۵-۲- تخفیف‌های تعلق گرفته به بیمار در زمان پذیرش، ملاک عمل در زمان رسیدگی در سامانه رسیدگی به اسناد بستری می‌باشد.

**تبصره:** با توجه به اینکه این تخفیف، مبتنی بر سن بیمار در زمان پذیرش می‌باشد، ملاک محاسبه خروجی استعلام از وب سرویس استحقاق سنجی می‌باشد.

۴-۵-۳- این تخفیف شامل پرداخت ۱۰۰ درصد سهم سازمان برای دارو، تجهیزات و خدمات در تعهد، مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی در تعهد و خدمات ستاره‌دار درمانی (جنبه درمانی دارند) می‌باشد.

۴-۵-۴- با توجه به پوشش مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی برای تخفیفات مربوط به بیمه‌شدگان زیر ۷ سال، مابه‌التفاوت دارو و لوازم پزشکی در تعهد، پس از کسر سهم ارز ترجیحی تا سقف قیمت مصرف کننده دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی قابل پرداخت می‌باشد.

**تبصره:** مابه‌التفاوت تجهیزات و لوازم پزشکی که فاقد قیمت مصرف کننده می‌باشند، تا سقف قیمت مورد تعهد سازمان‌های بیمه گر پایه قابل پرداخت خواهد بود.

۴-۵-۵- دارو و لوازم خارج از تعهد بیمه این بیماران صرفاً در صورتی که بیمار مشمول حمایت‌های صندوق خاص و صعب‌العلاج باشند، از منابع صندوق قابل پرداخت می‌باشد.

۴-۵-۶- در بیماران غیر صعب‌العلاج، اقلام مشمول برنامه کاهش پرداختی بیمار بستری (یارانه سلامت) تحت پوشش حمایت برنامه مربوطه قرار می‌گیرد.

۴-۵-۷- مبالغ سهم ارز دارو و تجهیزات پزشکی می‌بایست به صورت مجزا در ستون "ارز ترجیحی" درج گردند.

۴-۵-۸- برنامه‌های حمایتی وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منجمله برنامه کاهش پرداختی (یارانه سلامت) در بیماران بستری و برنامه حمایتی سنی (به شماره ۴۰۰/۳۲۴۷ د مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۹)، جهت این بیماران کماکان مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی قابل پرداخت می‌باشد.

#### **۴-۶- حذف فرانشیز خدمات مشمول دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی ابلاغی**

۴-۶-۱- محاسبات در پرونده‌های بستری موقت خاص (۵ بیماری مشمول قبلی) تابع ضوابط دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی "ابلاغی به شماره ۱۴۲/۵۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۹/۲۹" دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد و می‌بایست سهم سازمان بیمه‌گر پایه برای خدمات مرتبط، با سهم سازمان ۱۰۰ درصد تنظیم گردد.

#### **۴-۷- کاهش فرانشیز خدمات درمان ناباروری**

۴-۷-۱- با عنایت به ابلاغیه شماره ۱۴۲/۵۱۲ مورخ ۱۴۰۲/۸/۳۰ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور، نحوه پذیرش و پرداخت هزینه‌های اسناد مطابق با آخرین دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری می‌باشد.

#### **۴-۸- کاهش فرانشیز تمامی دستورالعمل‌های حمایتی سازمان‌های بیمه‌گر طبق ضوابط داخلی**

۴-۸-۱- کلیه حمایت‌های داخلی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی از قبیل پوشش حمایتی بیماران بالای ۶۵ سال، بیماران فوتی و ... در چارچوب ضوابط داخلی و منابع همان سازمان به قوت خود باقی مانده و هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌گر مجاز به کاهش تعهدات پیشین خود نمی‌باشند.