

شوه نامه

تبادل و رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمارستانی

(نسخه 01)

دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

دفتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی

(تابستان ۱۴۰۲)

مقدمه:

در راستای تحقق اهداف دولت الکترونیک و اجرای موضوع بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، در خصوص استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و توسعه ساختار نظام مند جهت تسهیل فرآیند رسیدگی اسناد بستری به صورت الکترونیکی، سازمان بیمه سلامت ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام به راه اندازی و استقرار برنامه تبادل و رسیدگی الکترونیک اسناد بستری نمودند و این شیوه نامه در این راستا تدوین شده است.

۱-اهداف:

۱-۱-رسیدگی الکترونیک اسناد بیمارستانی و تولید صورتحساب مکانیزه و حذف اسناد کاغذی در فرآیند رسیدگی

۱-۲-ایجاد بستر مبادله الکترونیکی اطلاعات خدمات ارائه شده به بیمه شدگان در مراکز ارائه دهنده خدمت

۱-۳-تنظیم هوشمند اسناد بر اساس قوانین اسنادی با رویکرد حداقل نیاز به رسیدگی دستی

۱-۴-جلوگیری از تولید اطلاعات الکترونیکی تکراری در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با توجه به ارسال الکترونیکی پرونده رسیدگی شده به سازمان بیمه گر

۱-۵-مدیریت اطلاعات و رصد آن به منظور مدیریت هزینه در ارائه خدمات سلامت

۱-۶-شفاف سازی خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی

۱-۷-شفاف سازی و ایجاد وحدت رویه در روند رسیدگی به اسناد پزشکی و کسور (به تفکیک ارائه دهنده خدمت، نوع و علت) توسط سازمان های بیمه گر و جلوگیری از خطاهای انسانی و تفسیرهای فردی

۱-۸-دسترسی به کلیه سطوح خدمات ارائه شده به بیمه شدگان به صورت الکترونیک و ایجاد بستر داده ای قابل استناد جهت اخذ گزارشات آماری در سطوح مختلف مدیریتی

۲-دامنه عملکرد:

محدوده عملیاتی مفاد این شیوه نامه شامل ادارات کل بیمه سلامت ، بیمارستانها و مراکز جراحی محدود کشور است.

۳- تعاریف و اصطلاحات:

۳-۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۲- سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

۳-۳- اداره کل: اداره کل بیمه سلامت استان

۳-۴- 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 الکترونیک سلامت (سپاس) بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت می باشد و در این شیوه نامه به اختصار HIS نامیده می شود.

۳-۵- سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس): پرونده الکترونیک سلامت مجموعه‌ای از کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان، از پیش از تولد (شامل: اطلاعات دوران جنینی و ماقبل آن، مانند اطلاعات مربوط به لقاح آزمایشگاهی) تا پس از مرگ (مانند: اطلاعات به‌دست‌آمده از اتوپسی، محل دفن و...) است که به‌صورت مداوم و با گذشت زمان به شکل الکترونیکی ذخیره می‌شود و در صورت نیاز، بدون ارتباط با مکان یا زمان خاص، تمام یا بخشی از آن، به‌سرعت در دسترس افراد مجاز قرار می‌گیرد. سپاس مخفف "سامانه پرونده الکترونیک سلامت" و میان افزاری برای ارسال اطلاعات به سازمانهای بیمه گریایه و تکمیلی می باشد که در این دستورالعمل به اختصار "سپاس" نامیده می شود.

۳-۶- سامانه پردازشگر الکترونیک اسناد بیمارستانی سازمان: این سامانه با دریافت جزئیات هزینه ای هر یک از خدمات ارائه شده به بیمار و اطلاعات پرونده بیمار، بر اساس مقررات و ضوابط بیمه گری و مورد تعهد سازمان، پرونده را پردازش نموده و فرآیند رسیدگی به صورت الکترونیکی انجام می گردد و در این دستورالعمل به اختصار "پردازشگر" نامیده می شود. آدرس سامانه <http://iehr.ihio.gov.ir> می باشد.

۳-۷- شناسه رهگیری سمد (HID): شناسه ای است برای بستری شدن بیمه شده که برای هر بار مراجعه به صورت یکتا از سامانه استحقاق سنجی سازمان اخذ و بر روی صورتحساب بیمه شده درج می شود. این شناسه تایید کننده اعتبار هویتی بیمه شده برای پذیرش در بیمارستان است و همچنین معادل یک برگ دفترچه بیمه محسوب می شود

۳-۸- پرونده کاغذی: پرونده بستری بیمار است که به ازای هر بیمار در هنگام پذیرش در بیمارستان تشکیل می شود و حاوی کلیه وقایع و خدمات ارائه شده به بیمار می باشد.

۳-۹- پرونده الکترونیک: پرونده بستری بیمار که در قالب مجموعه ای از داده های الکترونیک توسط پرسنل و کاربران مجاز بیمارستان در HIS ایجاد و ذخیره می شود.

۳-۱۰- سطح یک اطلاعات پرونده بستری: هزینه ها و تعداد مراجعات بستری به تفکیک سازمان بیمه گر و نوع صندوق بیمه ای شامل سهم سازمان، سهم بیمه شده، سهم بیمه تکمیلی، سهم صندوق خاص و صعب العلاج، سهم یارانه، سهم ارزش ترجیحی دارو و تجهیزات و کای ترجیحی مناطق محروم است.

۳-۱۱- سطح دو اطلاعات پرونده بستری: هزینه ها و تعداد مراجعات بستری به تفکیک گروه خدمت و بیمه شده که معادل صورتحساب مصوب شورای عالی بیمه می باشد.

۳-۱۲- سطح سه اطلاعات پرونده بستری: شامل هزینه های بستری و تعداد خدمات ارائه شده به تفکیک ریز خدمات می باشد.

- ۳-۱۳- سطح چهار اطلاعات پرونده بستری:** شامل هزینه های بستری و تعداد خدمات به تفکیک کدهای تعدیلی کلیه خدمات می باشد.
- ۳-۱۴- رسیدگی:** فرآیندی است که طی آن سازمانهای بیمه گر مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته برای بیمار را بر اساس ضوابط، مقررات و تعرفه های مصوب، بررسی و تأیید می نمایند.
- ۳-۱۵- رسیدگی اولیه:** رسیدگی که توسط کارشناس ناظر مقیم اداره کل استان در بیمارستان با بررسی پرونده کاغذی و الکترونیک انجام می گردد.
- ۳-۱۶- رسیدگی ثانویه:** رسیدگی که توسط کارشناس رسیدگی دوم با نظارت کارشناس مسئول اسناد بیمارستانی اداره کل استان در اداره کل و با بررسی مستندات مربوطه در صورتحساب انجام می گردد.
- ۳-۱۷- کسوراسناد:** مبالغی است که سازمان بر اساس مستنداتی از قبیل تعرفه سالیانه خدمات تشخیصی درمانی، دستورالعمل های ابلاغی و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت و پس از بررسی مدارک مثبت، در صورت عدم انطباق با ضوابط از صورتحساب اسناد بستری کسر می نمایند.
- ۳-۱۸- صورتحساب:** مجموعه هزینه پرونده های بیمارستانی رسیدگی شده مطابق ضوابط قانونی، در بازه زمانی یک ماهه بر اساس زمان ترخیص بیماران به تفکیک نوع پرونده (بستری، بستری موقت و اورژانس تحت نظر) و صندوق بیمه است که توسط بیمارستان تایید و جهت پذیرش به اداره کل ارسال می گردد.
- ۳-۱۹- اسناد بیمارستانی:** شامل کلیه پرونده های بیماران بستری، بستری موقت و اورژانس تحت نظر دارای پرونده می باشد.
- ۳-۲۰- پرونده بستری:** کلیه پرونده های بیمارانی که بالای شش ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستان بستری می گردند و ممکن است الکتیو یا اورژانسی به بیمارستان مراجعه نموده باشند. و به صورت دو نوع پرونده گلوبال یا غیر گلوبال مورد محاسبه و پرداخت قرار می گیرد.
- ۳-۲۱- پرونده اورژانس تحت نظر:** کلیه پرونده های بیمارانی که در قالب سطح تریاژ (سطح ۱، ۲، ۳ و ۴ دارای پرونده با پروسیجر)، از محل اورژانس پذیرش و تحت نظر بوده و کمتر از ۶ ساعت مرخص می گردند را شامل می شود.
- ۳-۲۲- پرونده بستری موقت:** کلیه پرونده های بستری زیر ۶ ساعت که از محلی غیر از اورژانس پذیرش شده باشند و شامل مراجعات خدمات بیماران خاص و صعب العلاج، خدمات کمک باروری، اسکوپپی ها، ERCP، سنگ شکن، خدمات درمانگاهی و جراحی های سرپایی، خدمات اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی می باشد.
- ۳-۲۳- واحد درآمد شامل:**
- الف- واحد ترخیص:** واحدی که مسئول محاسبه هزینه کرد پرونده و صدور مجوز ترخیص بیمار می باشد.
- ب- واحد مالی/بیمه گری:** واحدی که مسئول بررسی و تطابق خدمات ثبت شده در پرونده کاغذی با سیستم (HIS)، الصاق مستندات و اسناد مثبت مورد نیاز به پرونده مالی جهت ارسال به سازمان می باشد.
- ۳-۲۴- واحد مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان (مدارک پزشکی):** واحدی که مسئولیت طبقه بندی، نگهداری اسناد و درج کد تشخیص در پرونده کاغذی را به عهده دارد.

۳-۲۵- کارشناس ناظر بیمارستانی: نماینده صاحب صلاحیت اداره کل در مراکز درمانی طرف قرارداد سازمان است. در این شیوه نامه به نام "کارشناس ناظر" ذکر می گردد.

۳-۲۶- اسناد جا مانده: پرونده هایی است که در بازه زمانی تعیین گردیده پس از ترخیص بیمار تبادل و رسیدگی نشده اند و به عنوان پرونده های جامانده در ماه ترخیص بعدی امکان ارسال دارند.

۳-۲۷- اسناد متمم: کلیه اسناد جا مانده ای می باشند که در بازه زمانی یک ساله مالی در پایان اسفند ماه قابلیت تبادل، رسیدگی و پرداخت دارند.

۳-۲۸- حواله: مبلغ نهایی قابل پرداخت تایید شده (متناظر با صورت حساب رسیدگی) که جهت پرداخت به سامانه ثنا ارسال می گردد.

۳-۲۹- XML: داده های الکترونیکی ذخیره شده در سامانه HIS که مطابق با ساختار استاندارد سپاس بوده و قابل گزارش گیری از HIS می باشد.

۳-۳۰- اصالت سنجی: فرایندی جهت رصد اقلام سلامت محور از تولید، واردات تا مرحله مصرف که توسط سامانه سازمان غذا و دارو راه اندازی گردیده است. در این فرآیند سامانه رهگیری و کنترل اصالت (TTAC) توسط سامانه های بیمارستانی HIS فراخوانی شده و شناسه های UID سوزانده و مصرف می گردد.

۳-۳۱- یارانه ارز ترجیحی (طرح دارویار): شامل مبلغ مابه التفاوت ناشی از حذف ارز ترجیحی اقلام سلامت محور می باشد.

۳-۳۲- صندوق بیماریهای 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 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.

۳-۳۳- سهم صندوق: در صدی از هزینه های مشمولین صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج که از اعتبارات صندوق مذکور بعد از کسر سهم بیمه پایه و بیمه تکمیلی بیمار به مراکز ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد. این هزینه می بایست در ستون ۲۲,۲ صورتحساب درج گردد.

۳-۳۴- مشمولین صندوق: بیماران مبتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج که فهرست این بیماری ها از طریق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان بیمه سلامت ابلاغ می گردد.

۳-۳۵- پوشش های حمایتی داخلی سازمان بیمه سلامت: تخفیفاتی که به استناد تکالیف قانونی، سازمان بیمه سلامت متعهد به پرداخت آنهاست و باعث افزایش درصد مبالغ ستون سهم سازمان می گردد که شامل موارد زیر می شود:

الف) تعهد سازمان بیمه سلامت ایران به کاهش فرانشیز بیمه شدگان ملزم به رعایت سیستم ارجاع شامل: مددجویان کمیته امداد و بهزیستی، و بیمه شدگان روستایی، به استناد آخرین مصوبات سالیانه هیئت محترم وزیران

ب) حذف فرانشیز دارو و لوازم مصرفی و خدمات ارایه شده به بیماران ۳ دهک اول صندوق بیمه ایرانیان با رعایت سیستم ارجاع، به استناد آخرین مصوبات سالیانه هیئت محترم وزیران

ج) حذف فرانشیز دارو و لوازم مصرفی و خدمات ارایه شده به بیماران صعب العلاج (EB, CF, متابولیک و SMA) با سهم سازمان ۱۰۰٪ هزینه های آنان مطابق تصویب نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور

د) خدمات مشمول بسته بیماران خاص و صعب العلاج (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، با سهم سازمان (۱۰۰٪ تعهد بیمه پایه)

۳-۳۶- سرویس تخفیف بیمه: سرویسی است که توسط سازمان بیمه سلامت ارائه می گردد و تخفیف های مشمول بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران را به تفکیک جهت محاسبه در صورتحساب بیمار اعلام می نماید.

۳-۳۷- سهم بیمه پایه: بخشی از هزینه های انجام خدمات تشخیصی درمانی، دارو و تجهیزات در مراکز طرف قرارداد که در تعهد سازمان های بیمه گر پایه می باشد.

۳-۳۸- 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 کاهش پرداختی بیماران بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده می گردد.

۳-۳۹- 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.

۳-۴۰- نظام ارجاع: نظامی است که به موجب آن، بیمه شده می تواند به صورت هدایت شده از خدمات تشخیصی درمانی استفاده نماید. در این شیوه نامه منظور از سیستم ارجاع بیماران صندوقهای بیمه ای است که به موجب قانون، بیمه شده جهت دریافت خدمات سلامت محور بیمارستانی (سطح ۲ و ۳ خدمات سلامت) ملزم به رعایت سیستم ارجاع بوده که این امر برای بیمه شدگان مشمول می تواند موجب کاهش فرانشیز پرداختی گردد. (رجوع به بند ۳-۳۵-الف وب)

۳-۴۱- سامانه مکسا: مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) شامل کلیه کدهای استاندارد تبادل الکترونیک به آدرس الکترونیک <https://maxa.behdasht.gov.ir> است.

۳-۴۲- وب سرویس ثبت کسورات: وب سرویسی است که توسط مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت جهت ثبت شرح کسورات اعمال شده در سطوح ۱، ۲ و ۳ پرونده به سپاس ایجاد و در اختیار پردازشگر الکترونیکی قرار داده شده است.

۳-۴۳- وب سرویس برگشت کسورات: وب سرویسی است که توسط مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت جهت بازگرداندن شرح کسورات اعمال شده در سطوح ۱، ۲ و ۳ پرونده ایجاد و در اختیار شرکتهای توسعه دهنده HIS قرار داده شده است.

۳-۴۴- کد یکتا: شناسه ای است برای دریافت خدمات سلامت بیمه شدگانی که فاقد کد ملی بوده و از سامانه بیمه گری سازمان اخذ شده و بر روی صورتحساب بیمه شده درج می شود.

۳-۴۵- سامانه ثنا: سامانه مالی ثبت و شناسایی و پرداخت هزینه های درمان قابل رسیدگی و پرداخت بیمه شدگان سازمان که در این شیوه نامه به اختصار ثنا گفته می شود.

۴- مسئولیت اجرا:

- دفتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی، مرکز فن آوری اطلاعات، امنیت و هوشمندسازی سازمان با همکاری دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت
- ادارات کل بیمه سلامت با همکاری دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی استان ها و سایر سازمان های مرتبط

۵- مدارک مرتبط:

- بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه
- تعرفه های مصوب هیئت وزیران
- آخرین ویرایش کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت ایران
- مصوبات شورای عالی بیمه سلامت
- دستورالعمل های مشترک رسیدگی به اسناد پزشکی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
- قیمت های دارو و تجهیزات مصوب سازمان غذا و دارو
- شیوه نامه صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج
- بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت موضوع مصوبه شماره ۵۵۷۱۸ / ت ۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۳۱ هیئت محترم وزیران

۶- شرح اقدامات:

فرآیند اجرایی شامل مراحل: پذیرش بیمار، ارائه و ثبت خدمات، ایجاد صورت حساب مالی و ترخیص بیمار، تبادل الکترونیک، رسیدگی اولیه، تولید صورتحساب، پذیرش اسناد، رسیدگی ثانویه، تولید حواله، ارسال به سامانه مالی (ثنا) می باشد.

الف) انواع پذیرش بیمار و تشکیل پرونده:

❖ بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر

۶-۱- این بیماران به دو صورت اورژانسی و یا به صورت الکتیو به بیمارستان مراجعه می کنند.

۶-۲- در صورت مراجعه اورژانسی، پس از تریاژ بیمار و تعیین سطح اولویت بیماری برای وی، پرونده اورژانس تحت نظر و در صورت نیاز پرونده بستری تشکیل می گردد.

۶-۳- جهت تشکیل پرونده، بیمار/ همراه بیمار به واحد مدیریت اطلاعات بیمارستانی(پذیرش) مراجعه و شماره ملی بیمه شده، توسط واحد پذیرش در سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی HIS ثبت و این سامانه از طریق سرویس استحقاق سنجی، اعتبارسنجی اطلاعات بیمه ای و هویتی بیمه شده را دریافت، نمایش و کدHID را در پرونده درج میکند.

۶-۴- در HIS برای پرونده های اورژانس تحت نظر که بیمار از اورژانس ترخیص می گردد ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت اورژانس با کد "۴" و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت اورژانس تحت نظر با کد "۴" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

۶-۵- در HIS برای پرونده های بستری الکتیو ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت بستری الکتیو با کد "۲" و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری غیر گلوبال با کد "۸" و به صورت پرونده بستری گلوبال با کد "۳" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

۶-۶- در مواردی که پذیرش بیمار از اورژانس صورت گرفته و پس از آن بیمار برای بستری به بخش منتقل میگردد، لازم است دو پرونده مجزا (۱). خدمات ارائه شده در اورژانس ۲. خدمات ارائه شده در بخش بستری) ایجاد گردد. برای این موارد نوع Condition On Discharge در پرونده اورژانس بیمار مقدار «تبدیل به بستری» با کد ۹ و Admission Type مقدار «اورژانس» با کد ۴ و در پرونده بستری آن Admission Type برابر با «بستری از اورژانس» با کد ۵ 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 می گردد.

❖ بستری موقت بیمارستانی

۶-۷- برای کلیه پرونده های بستری زیر ۶ ساعت که از محلی غیر از اورژانس پذیرش شده باشند و شامل مراجعات خدمات بیماران خاص و صعب العلاج/خدمات ناباروری/اسکوپي ها/سنگ شکن/خدمات درمانگاهی/جراحی های سرپایی/خدمات پرتوپزشکی همراه با بیهوشی باشد، پرونده بستری موقت تشکیل می گردد.

۶-۸- در HIS برای پرونده های بستری موقت ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت سرپایی با کد "۸" و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری موقت با کد "۵" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

توضیح ۱: پرونده بیمارانی که برای دریافت خدمات بستری موقت مراجعه نموده اند و در حین دریافت خدمات مربوطه و برحسب شرایط، نیاز به بستری پیدا می کنند، نوع پرونده (Medical Record Type) از بستری موقت به بستری تبدیل می گردد.

❖ موارد مشترک کلیه اسناد بیمارستانی:

۶-۹- کلیه خدمات ارائه شده به بیمار با دریافت یک کد HID و در قالب یک پرونده، قابل درخواست و محاسبه بوده و نیازی به اخذ کد HID دیگری نمی باشد.

۶-۱۰- کلیه مراکز ملزم می باشند کدهای HID رزرو صادر شده را تا پیش از ترخیص بیمار به روز رسانی و به HID معتبر تبدیل نمایند لازم به ذکر است برای صندوق های بیمه ای که امکان دریافت HID معتبر وجود دارد، در صورت ارسال پرونده به سپاس با کد رزرو یا نامعتبر، پرونده مذکور قابل رسیدگی نبوده و با پیغام خطا عودت داده می شود.

توضیح ۲: برای مواردی که امکان دریافت کدهای HID معتبر با استفاده از کد ملی بیمار وجود ندارد (مانند بیماران مجهول الهویه و ...) می بایست بر اساس کد یکتا اقدام به استحقاق سنجی بیمار نمود.

ب) ارائه و ثبت خدمات :

❖ بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:

۶-۱۱- بلافاصله بعد از پذیرش تا موقع ترخیص بیمار، کلیه خدمات ارائه شده در پرونده کاغذی وی ثبت می گردد و در صورت نیاز به مستنداتی نظیر گزارش خدمات پاراکلینیک و... باید توسط منشی بخش مربوطه به پرونده اضافه گردد. در صورت امکان اسکن گزارش و یا ثبت آنها در HIS، نیازی به اضافه شدن به پرونده کاغذی نمی باشد.

۶-۱۲- همزمان با پرونده کاغذی، خدمات ارائه شده به صورت داده های الکترونیک، توسط کاربران مجاز در HIS ثبت شده و در پرونده الکترونیک بیمار در قالب استاندارد سپاس ذخیره می گردد.

❖ بستری موقت:

خدمات ارائه شده به بیمار بر حسب نوع بیماری همزمان در پرونده کاغذی و پرونده الکترونیک بیمار در قالب استاندارد سپاس ذخیره می گردد. این خدمات صرفاً شامل:

۶-۱۳- خدمات بیماران خاص و صعب العلاج :

این خدمات شامل دو قسمت می باشد:

۱-۱۳-۶- خدمات مشمول بسته بیماران خاص و صعب العلاج (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، با سهم سازمان (۱۰۰٪ تعهد بیمه پایه)، مطابق جدول ذیل:

بیماری	گروه خدمت	عنوان خدمت	کد ارزش نسبی
تالاسمی	تزریقات	تزریق خون در بیماران تالاسمی به صورت گلوبال	۳۰۲۳۴۵
		گلوبول قرمز با حذف لوکوسیت	۸۰۲۶۶۰
		گلوبول قرمز شسته شده	۸۰۲۶۷۶
		تزریق داخل وریدی دفروکسامین	۹۰۰۰۴۰
هموفیلی	تزریقات	تزریق فاکتورهای انعقادی	۳۰۲۳۵۰
		تزریق خون یا فرآورده های خونی به هر روش در اطفال و نوزادان	۳۰۲۳۴۰
		تزریق خون یا فرآورده های خونی به هر روش در بالغین	۳۰۲۳۵۵
		آسپیراسیون و یا تزریقات داخل مفصل	۲۰۰۰۶۷-۲۰۰۰۶۶-۲۰۰۰۶۵
نارسایی کلیوی	همودیالیز	همودیالیز حاد	۹۰۰۱۴۰
		همودیالیز مزمن	۹۰۰۱۴۵
سرطان	شیمی درمانی	مدیریت خدمات دارویی:	۹۰۲۰۱۰
		آماده سازی محلولهای تزریقی شیمی درمانی (حجیم و غیر حجیم)	
		کدهای گلوبال آماده سازی محلول های شیمی درمانی	از کد ۹۰۴۰۱۰ تا ۹۰۴۰۵۱
	پرتو درمانی	تجویز شیمی درمانی	از کد ۹۰۱۵۳۵ تا کد ۹۰۱۵۷۰ (به جز کد ۹۰۱۵۶۵)
		رادیوتراپی	از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵
		براکی تراپی	از کد ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵
		IMRT	از کد ۷۰۵۴۴۵ تا کد ۷۰۵۴۸۰

۲-۱۳-۶- خدمات مشمول صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج بر اساس تصویب نامه هیئت وزیران شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ که فهرست این بیماری ها از طریق وزارت به سازمان ابلاغ می گردد.

توضیح ۳: 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 ۲۲،۲ صورتحساب درج گردد.

۶-۱۴- خدمات کمک باروری:

این خدمات در "دستورالعمل خرید راهبردی وضوابط پوشش بیمه ای خدمات درمان ناباروری" مصوب شورایعالی بیمه سلامت کشور به تفصیل ذکر گردیده که شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی برای زوجین نابارور اولیه و ثانویه که نشان دار شده اند، می شود. خدمات تخصصی اصلی درمان ناباروری شامل:

- ❖ IVF=Invitro Fertilization
- ❖ IUI=Intrauterine Insemination
- ❖ ICSI=Intracytoplasmic Sperm Injection
- ❖ FET: Frozen Embryo Transfer

بوده که با توجه به ماهیت خدمات همراه(دارو، تجهیزات و بیهوشی)، می بایست در قالب پرونده های بستری موقت ثبت و ارسال گردد.

۶-۱۵- اسکوپپی ها:

به اسکوپپی های تشخیصی اطلاق می گردد که در خارج اتاق عمل جنرال انجام می گیرد.

۶-۱۶- ERCP:

صرفاً شامل ERCP های تشخیصی با کد ارزش نسبی ۴۰۰۶۴۰ می باشد.

۶-۱۷- سنگ شکن:

پرونده بیماران مراجعه کننده جهت دریافت خدمت سنگ شکن، به عنوان بستری موقت محسوب می گردد و با سهم سازمان مطابق با قوانین و مقررات مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد

۶-۱۸- خدمات درمانگاهی:

پرونده بیماران جهت دریافت غیر از خدمات اورژانس، در قالب بستری موقت صرفاً شامل: تزریق خون و فرآورده های خونی(بجز در بیماران خاص و اورژانس) شامل: کدهای ارزش نسبی ۳۰۲۳۴۰، ۳۰۲۳۵۵ و کدهای ۸۰۲۶۵۲ تا ۸۰۲۶۷۸ تزریق داروهای حساس و بیولوژیک شامل: کدهای ارزش نسبی ۹۰۰۰۳۶، ۹۰۰۰۳۷ و ۹۰۰۰۳۸ به عنوان بستری موقت محسوب می گردد و با سهم سازمان مطابق با قوانین و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۶-۱۹- خدمات اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی:

خدمات اینترونشنال رادیولوژی شامل تزریقات، آسپراسیون، بیوپسی، پونکسیون، تخریب تومور، کارگذاری کاتتر یا کانولا، تعویض کاتتر یا کانولا، خارج کردن مواد انسدادی و ... که تحت گاید خدمات پرتوپزشکی مطابق کدهای مربوطه در کتاب ارزش نسبی انجام می گیرند

۶-۲۰- جراحی های سرپایی:

جراحی های تشخیصی و درمانی که با بی حسی موضعی در خارج از اتاق عمل جنرال شامل بخیه (موارد غیر اورژانس)، آتل و گچ گیری (موارد غیر اورژانس)، پیگیری درمان سوختگی (موارد غیر اورژانس دبریدمان و پانسمان)، بیوپسی ها، برداشتن توده، جراحیهای دندانپزشکی دارای بیهوشی، تزریق آواستین، خدمات بی دردی، ECT و موارد مشابه دیگر باشد (در قالب پرونده بستری موقت به علت لزوم ثبت کد خدمت به همراه دارو و لوازم مصرفی ارسال می گردد)

❖ موارد مشترک کلیه اسناد بیمارستانی:

۶-۲۱- طی کردن فرایند اصالت سنجی و محاسبه یارانه ارز ترجیحی جهت دارو و تجهیزات مشمول، مطابق با آخرین لیست اعلامی سازمان غذا و دارو الزامی است.

۶-۲۲- اگر بیمار دریافت کننده خدمت بستری موقت حین دریافت خدمت مربوطه نیاز به بستری در بخش های بیمارستانی پیدا کرد سهم سازمان و فرانشیز پرونده وی (بجز بیمار خاص و صعب العلاج) از قوانین حاکم بر بستری تبعیت می کند.

۶-۲۳- اگر بیمار بستری نیاز به دریافت خدمات مشمول بستری موقت پیدا کرد خدمت مذکور به عنوان خدمت بستری محاسبه و با سهم سازمان و فرانشیز پرونده وی (بجز بیمار خاص و صعب العلاج) از قوانین حاکم بر بستری تبعیت می کند.

پ) ترخیص بیمار و ایجاد صورت حساب مالی:

❖ بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:

۶-۲۴- دستور ترخیص در پرونده کاغذی/الکترونیک بیمار توسط پزشک معالج ثبت می گردد.

۶-۲۵- منشی و پرستار بخش (با نظارت سرپرستار) پرونده را از نظر ثبت خدمات ارائه شده در HIS بررسی و تکمیل نموده و مستندات مورد نیاز در پرونده کاغذی را الصاق و ثبت می نمایند.

۶-۲۶- نواقص پرونده توسط منشی بررسی و رفع شده و ترخیص بیمار در HIS اعلام می شود.

۶-۲۷- پرونده کاغذی به واحد ترخیص تحویل داده می شود.

۶-۲۸- اطلاعات هویتی بیمار بررسی شده و نوع بیمه و صحت محاسبات تایید و در نهایت برگه ترخیص توسط واحد ترخیص صادر می گردد.

۶-۲۹- پرونده کاغذی به واحد مالی / بیمه گری جهت بررسی مجدد مستندات و تهیه صورتحساب مالی تحویل داده می شود.

۶-۳۰- در صورتی که پرونده کاغذی مشکل مستنداتی نداشته باشد، کد ICD10 در HIS ثبت و مطابق با ضوابط و استاندارد های وزارت برای سامانه سپاس با وضعیت نهایی ارسال گردد.

توضیح ۴: در صورتی که فرآیند ثبت کد ICD10 پیش از ترخیص یا همزمان با ترخیص بیمار صورت پذیرد، اطلاعات بستری بیمار می تواند بلافاصله بعد از ترخیص برای سامانه سپاس ارسال گردد.

۶-۳۱- در صورتی که پرونده کاغذی مشکل مستنداتی داشته باشد، ضمن ثبت کد ICD10 توسط واحد مدارک پزشکی و ارسال پرونده به سامانه سپاس مطابق با ضوابط و استاندارد های وزارت، تا زمان تهیه و الصاق مستندات لازم، پرونده در واحد مالی/ بیمه گری نگهداری می گردد.

توضیح ۵: تا زمان الصاق مستندات لازم، پرونده کاغذی به کارشناس ناظر تحویل نگردیده و در واحد مالی/ بیمه گری به نحو قابل بازیابی نگهداری شود (به عنوان مثال بر اساس تاریخ ترخیص یا نام پزشک یا نام بخش و...).

توضیح ۶: تا زمان فراهم شدن امکان ارسال الکترونیکی مستندات به سامانه سپاس و سامانه پردازشگر، می بایست مستندات به صورت فیزیکی به پرونده کاغذی الصاق شود. شایان ذکر است تعداد این مستندات با رسیدگی الکترونیک کاهش یافته که در ادامه شیوه نامه آمده است.

توضیح ۷: حداکثر زمان تکمیل مستندات پرونده و ارسال آن به کارتابل ناظر حداکثر ۲ هفته پس از ترخیص بیمار می باشد.

❖ بستری موقت:

۶-۳۲- به دلیل اینکه این گونه پرونده ها عمدتاً شامل خدمات بیماران خاص و صعب العلاج و خدمات درمانگاهی می باشند، ثبت دستور ترخیص در پرونده کاغذی/ الکترونیک بیمار توسط پزشک معالج الزامی نبوده و کلیه مراحل ترخیص بیمار و ایجاد صورت حساب مالی مانند موارد بستری و اورژانس تحت نظر می باشد.

❖ موارد مشترک کلیه اسناد بیمارستانی (سهم سازمان و فرانشیز بیمار):

۶-۳۳- بطور کلی سهم سازمان خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاز ۱ تا ۴ دارای پرونده با پروسیجر) بیمه شدگان عادی مطابق با تعرفه های سالیانه هیات وزیران به صورت ۹۰ درصد و خدمات بستری موقت ۷۰ درصد محاسبه و پرداخت می گردد.

۶-۳۴- سهم سازمان خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاز ۱ تا ۴ دارای پرونده با پروسیجر) بیمه شدگان عادی صندوق های مشمول نظام ارجاع (مددجویان کمیته امداد و سازمان بهزیستی، بیمه روستائی) به صورت ۹۵ درصد و خدمات بستری موقت ۸۵ درصد و همچنین برای بیمه شدگان سه دهک اول درآمدی، کلیه خدمات بستری و سرپایی در صورت داشتن ارجاع به صورت ۱۰۰٪ محاسبه و پرداخت می گردد.

۶-۳۵- خدمات بیمارستانی ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری خاص و صعب العلاج بر اساس تصویب نامه هیئت وزیران شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ شامل تخفیفاتی بر اساس فهرست این بیماری ها می گردد که بعد از کسر سهم سازمان و سهم بیمه تکمیلی، در تعهد صندوق می باشد.

توضیح ۸: این هزینه ها می بایست در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب درج و به سپاس ارسال گردد.

۶-۳۶- سهم سازمان کلیه خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاز ۱ تا ۴ دارای پرونده با پروسیجر) ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری صعب العلاج EB، CF، متابولیک و SMA مطابق تصویب نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور به صورت ۱۰۰ درصد محاسبه و پرداخت می گردد.

۶-۳۷- سهم سازمان خدمات مشمول بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج (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) ، به صورت ۱۰۰ درصد محاسبه و پرداخت می گردد.

ت) تبادل الکترونیک:

۶-۳۸- اطلاعات پس از ارسال موفق به سپاس، پرونده الکترونیکی به سامانه پردازشگر ارسال شده و در آن قابل مشاهده است.

۶-۳۹- مسئول واحد درآمد در سامانه پردازشگر با ثبت نام کاربری خود در سایت <http://iehr.ihio.gov.ir> نسبت به مشاهده پرونده الکترونیک بیمار در کارتابل مربوطه اقدام می نماید.

توضیح ۹: در صورت عدم مشاهده پرونده الکترونیکی در سامانه پردازشگر، مسئول درآمد بیمارستان باید در پنل مراکز طرف قرارداد در منوی گزارشات (جستجوی پرونده) با درج شماره پرونده، علت عدم پذیرش پرونده در سامانه پردازشگر را جهت اصلاح مشاهده نماید.

۶-۴۰- مسئول درآمد موظف است تا پایان روز دریافت پرونده، نسبت به تعیین تکلیف پرونده الکترونیک اقدام نماید و در این راستا در صورت تأیید صحت اطلاعات در سامانه پردازشگر، پرونده الکترونیکی را به کارشناس ناظر ارجاع می نماید و همزمان پرونده کاغذی/ اسکن پرونده بیمار نیز در اختیار وی قرار می گیرد.

توضیح ۱۰: در صورت عدم تأیید صحت اطلاعات، پرونده الکترونیکی در سامانه پردازشگر توسط مسئول درآمد ابطال شده و پس از اصلاح در HIS، مجدداً برای سپاس ارسال می شود، تا فرآیند مجدد پیگیری گردد.

ث) رسیدگی اولیه:

۶-۴۱- کارشناس ناظر نیز برای دسترسی به سامانه پردازشگر از آدرس <http://iehr.ihio.gov.ir> استفاده می نماید.

۶-۴۲- کارشناس ناظر پس از ورود به کارتابل مربوطه در قسمت پنل وظایف، پرونده های ارسال شده از طرف مسئول واحد درآمد بیمارستان را مشاهده می نماید.

۶-۴۳- کارشناس ناظر می تواند برای رسیدگی، با وارد نمودن مشخصات پرونده (نام بیمه شده یا کد ملی در قسمت عنوان یا شماره پرونده در قسمت بارکد) در منوی جستجو سامانه، پرونده الکترونیکی مورد نظر را دریافت نماید.

۶-۴۴- پرونده پس از انتخاب توسط کارشناس ناظر و انجام فرآیند پذیرش، جهت رسیدگی به وی اختصاص داده می شود.

توضیح ۱۱: حداکثر زمان رسیدگی پرونده و ارسال آن به کارتابل درآمد، ۳ روز کاری پس از دریافت پرونده کاغذی و الکترونیک می باشد.

۶-۴۵- در صورتیکه کارشناس ناظر پس از مشاهده پرونده پذیرش شده در چارچوب دستورالعمل نتواند مسئولیت رسیدگی را بر عهده گیرد، می بایست با ذکر علت نسبت به انصراف از پذیرش پرونده به مرحله قبل در سامانه اقدام نماید. در این صورت، سایر کارشناسان ناظر نیز قادر خواهند بود این پرونده را انتخاب و رسیدگی نمایند.

۶-۴۶- در حین رسیدگی، نتایج بررسی الکترونیک قوانین بیمه ای بر روی پرونده به صورت هشدار برای کارشناس ناظر نمایش داده می شود.

۶-۴۷- کارشناس ناظر می تواند پس از بررسی و مطابقت مستندات پرونده کاغذی با پرونده الکترونیکی به صورت گروهی و موردی بر روی اجزای پرونده اقدام به اعمال کسور نماید.

۶-۴۸- در صورتی که به تشخیص کارشناس ناظر، پرونده ای قابل رسیدگی نباشد، پرونده را در سامانه پردازشگر به مسئول واحد درآمد عودت نموده و مسئول واحد درآمد بیمارستان مستندات پرونده را تکمیل و یا در صورت لزوم پرونده الکترونیک را در سامانه پردازشگر ابطال و پس از اصلاح در HIS مجدداً به سامانه سپاس ارسال می نماید.

توضیح ۱۲: پس از حداکثر دو بار رفت و برگشت موارد عودتی بین کارشناس ناظر و مسئول واحد درآمد بیمارستان، امکان اصلاح و ارجاع مجدد در سامانه پردازشگر، غیرفعال می گردد.

ج) تولید صورتحساب:

۶-۴۹- پس از رسیدگی کارشناس ناظر پرونده الکترونیکی مجدداً جهت مشاهده و اطلاع مسئول درآمد در سامانه پردازشگر ارسال می گردد. در صورت بررسی پرونده کاغذی توسط ناظر، پرونده مذکور نیز به واحد درآمد مرجوع می گردد.

۶-۵۰- در صورتی که نتیجه رسیدگی پرونده الکترونیک مورد تایید مسئول درآمد بیمارستان باشد، پرونده الکترونیک برای لیست گیری در آخر ماه آماده و پرونده کاغذی، جهت بایگانی به واحد فناوری اطلاعات سلامت ارسال می گردد.

توضیح ۱۳: در صورتی که نتیجه رسیدگی پرونده الکترونیک مورد تایید مسئول درآمد بیمارستان نباشد، اقدام به درخواست رسیدگی مجدد به پرونده با ذکر توضیحات نموده و پرونده الکترونیکی را در سامانه پردازشگر برای کارشناس ناظر ارسال می نماید. (در سقف دو بار قید شده در توضیح ۱۱)

توضیح ۱۴: پرونده هایی که کارشناس ناظر بر روی آنها کسور ثبت نموده، توسط مسئول واحد درآمد بیمارستان قابل ابطال نمی باشد.

توضیح ۱۵: موارد اختلاف در نتیجه رسیدگی، پس از حداکثر دو بار رفت و برگشت پرونده الکترونیکی بین کارشناس ناظر و مسئول واحد درآمد بیمارستان در سامانه، می بایست توسط مدیر بیمارستان و رئیس اداره اسناد پزشکی استان تعیین تکلیف گردد.

۶-۵۱- پس از انجام فرآیند رسیدگی توسط کارشناس ناظر و تایید آن توسط درآمد، نتیجه رسیدگی از سامانه پردازشگر به سپاس ارسال می گردد.

توضیح ۱۶: لازم به ذکر است حداکثر تا ۲۰ درصد از کل پرونده های پذیرش شده یک ماهه سازمان می تواند به عنوان پرونده های جا مانده در اسناد مربوط به ترخیص ماه بعد تبادل و رسیدگی گردند.

چ) پذیرش اسناد:

۶-۵۲- نامه درخواست هزینه به امضای مدیر بیمارستان به همراه صورتحساب مالی و اسناد مثبت مذکور در این دستورالعمل برای اداره کل ارسال می گردد.

۶-۵۳- با هدف کاهش و حذف اسناد مثبت کاغذی، در سامانه رز امکان بارگذاری تصویر الکترونیک برگه شرح عمل و شرح بیهوشی فراهم گردیده است .

توضیح ۱۷: مهلت زمانی ارسال صورتحساب الکترونیک هر ماه و اسناد فیزیکی به ادارات کل بیمه سلامت استانی در کلیه مراکز ۳۵ روز پس از آخرین روز ماه ترخیص می باشد. شایان ذکر است ارسال اسناد پس از بازه های زمانی اعلامی، مشمول مقررات مربوطه می گردد.

۶-۵۴- اسناد مثبت در فرآیند رسیدگی الکترونیک اسناد بیمارستانی برای هر بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظرو بستری موقت:

۶-۵۴-۱- اسنادی که می بایست به صورت الکترونیک/اسکن شده بجای ارسال فیزیکی در سامانه بارگذاری ارسال شود عبارتند از:

- تصویر شرح عمل جراحی / گزارش خدمات آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی / گزارش و مستندات رادیوترایی
- تصویر برگه بیهوشی
- تصویر گزارش پاتولوژی

توضیح ۱۸: نیازی به ارسال الکترونیکی/اسکن شده برگ شرح عمل و بیهوشی پرونده های اعمال گلوبال شایع و تحت نظر اورژانس، نمی باشد.

۶-۵۴-۲- اسناد الکترونیکی که در سامانه پردازشگر موجود می باشد و نیازی به ارسال فیزیکی آنها نمی باشد عبارتند از:

- صورتحساب استاندارد بیمارستانی (سطح دو)
- لیست الکترونیکی کلیه خدمات سطح ۳ صورتحساب
- لیست سفره ای الکترونیکی

۶-۵۴-۳- اسنادی که لازم است در اصل پرونده کاغذی موجود بوده و به رویت نماینده بیمه در بیمارستان برسد (اصل اسناد یا اسکن اسناد) عبارتند از:

- دستور بستری با ذکر تشخیص اولیه در سرنسخه مطب یا بیمارستان
- درج کد HID در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص

توضیح ۱۹: تمامی صورتحساب های بیمارستانی چه به صورت الکترونیکی و کاغذی می بایست حاوی شناسه HID باشند

- برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح (در صورت حضور) و درج کد های مربوطه بر اساس کتاب ارزشهای نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی
 - برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضاء متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، ریکاوری و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزشهای نسبی بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی
 - الصاق برچسب تجهیزات پزشکی لیبل دار گران قیمت (بالای یک میلیون تومان) استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل
 - گزارش خدمات پرهزینه پاراکلینیک نظیر: CT، MRI، پاتولوژی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، اکوکاردیوگرافی، انواع آندوسکوپی، انواع اسکن رادیوایزوتوپ، شیمی درمانی، رادیوتراپی، دیالیز، فیزیوتراپی و توانبخشی و ...
- توضیح ۲۰:** برای داروها و تجهیزاتی که مشمول استعلام اصالت می گردند نیازی به الصاق لیبل نمی باشد.

۶-۵۴-۴- مستنداتی که بیمارستان برای رسیدگی به صورت کلی در اختیار ناظر بیمارستانی قرار می دهد:

- شامل تصویر برابر اصل یک نسخه فاکتور خرید تجهیزات پزشکی مانند پروتز، مش، استنت و ... توسط بیمارستان بصورت فاکتور یکجا و با صورتحساب ماهانه می باشد.
- توضیح ۲۱:** کلیه تجهیزات پزشکی باید از شرکت های مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردد.
- توضیح ۲۲:** پرونده کاغذی بیمار مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه و استانداردهای وزارت تنظیم گردیده و می بایست در بیمارستان طرف قرارداد بایگانی شود و در صورت نیاز سازمان به رسیدگی و یا ارائه مستندات به نهاد های نظارتی مرتبط، در کوتاهترین مدت زمانی ممکن در اختیار سازمان قرار گیرد.

ح) رسیدگی ثانویه :

- ۶-۵۵-** پس از ارسال صورتحساب الکترونیک هر ماه و نامه درخواست هزینه بیمارستان به اداره کل استان، توسط کارشناس مسئول رسیدگی به اسناد بیمارستانی، رسیدگی ثانویه در سامانه پردازشگرانجام می شود. نتیجه رسیدگی، برای بیمارستان در سامانه قابل رویت می باشد.
- توضیح ۲۳:** در صورتی که نتیجه رسیدگی ثانویه مورد تایید بیمارستان نباشد، مسئول واحد درآمد بیمارستان اقدام به درخواست ارزیابی مجدد با ذکر توضیحات می نماید. در این صورت فرآیند رسیدگی ثانویه در ادارات کل مجدداً انجام شده و نتیجه در سامانه پردازشگر ثبت می شود.
- توضیح ۲۴:** در صورتی که نتیجه رسیدگی پس از ارسال به امور مالی همچنان مورد تایید بیمارستان نباشد، مسئول واحد درآمد بیمارستان می بایست تا یک ماه از اعلام پایان فرآیند رسیدگی، اقدام به درخواست کتبی وخواهی نماید. ۲) کسورات اعمال شده بر روی اسناد از طریق وب سرویس ثبت کسورات به سپاس اعلام می گردد و پس از آن از طریق وب سرویس برگشت کسورات در HIS قابل احصاء و بهره برداری می باشد.
- ۶-۵۶-** در سامانه HIS مراکز استعلام کسورات ثبت شده از طریق سازمان به تفکیک پرونده های ارسالی امکان پذیر می باشد.

خ) تولید حواله:

- ۶-۵۷-** پس از رسیدگی ثانویه و انجام پایشهای مربوطه، توسط کارشناس مسئول رسیدگی به اسناد بیمارستانی حواله متناظر با صورتحساب در سامانه پردازشگر ایجاد گردیده و جهت تایید نهایی مبالغ قابل پرداخت، به کارتابل رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی ارسال می گردد.

(د) ارسال به سامانه مالی:

۶-۵۸- رییس اداره رسیدگی به اسناد پزشکی پس از بررسی و کنترل مبالغ، حواله های تولید شده را جهت پرداخت به ثنا ارسال می نماید.

(ذ) گزارش عملکرد تعدیلات:

۶-۵۹- 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.

(ر) تغییرات در مبالغ درخواستی اسناد ارسال شده:

۶-۶۰- به دو صورت افزایش یا کاهش مبالغ رسیدگی شده در زمان ایجاد حواله اعمال می گردد.

۶-۶۰-۱- موارد افزایشی شامل مابه التفاوت تعرفه های سالیانه، حذف تعدیلات اعمال شده، پرداخت موارد کم درخواست شده یا درخواست نشده
و...

۶-۶۰-۲- موارد کاهشی شامل تعدیلات نظارتی (مانند تمام وقتی)

این شیوه نامه در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۶ در ۶۰ بند و ۲۴ توضیح با حضور کلیه ذینفعان مربوطه،
ویرایش نهایی و تصویب گردید.