

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

معاونت توسعه مدیریت و منابع

کمیته کسورات دانشگاه

آخرین ضوابط و دستورالعمل های اجرایی سازمان بیمه گر در مراکز تابعه

تهیه و تنظیم

آقایان دکتر رضا صادقی - مسلم مرودشتی

و خانم زیبا عنایتی

و همکاری

آقایان دکتر شکیب و احمدی فر

سال ۱۳۸۷

فهرست :

- 1- نحوه پذیرش بیمار در بیمارستان
- 2- انواع بخش های بیمارستانی يك يا دو جراح ويا بیشتر
- 3- نحوه محاسبه هزینه اقامت یا تخت روز (هتلینگ)
- 4- نحوه محاسبه هزینه تخت روز ایزوله
- 5- نحوه محاسبه هزینه تخت روز سوختگی
- 6- نحوه محاسبه هزینه تخت روز روانی
- 7- نحوه محاسبه هزینه تخت روز نوزاد
- 8- نحوه محاسبه هزینه تخت روز
- 9- نحوه محاسبه خدمات پرستاری اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی
- 10- نحوه محاسبه انواع ویزیت
- 11- نحوه محاسبه حق الزحمه انجام مشاوره
- 12- اصول و کلیات جراحی
- 13- حق الزحمه جراح
- 14- نحوه محاسبه میکروسکوپ در جراحی
- 15- احتساب بیهوشی و بی حسی توسط جراح
- 16- نحوه محاسبه اعمال جراحی همزمان توسط
- 17- آیین نامه اجرایی تعرفه سرجمع (گلوبال)
- 18- مواردیکه از اعمال جراحی گلوبال خارج می شوند
- 19- هتلینگ اتاق عمل جراحی
- 20- نکات خاص در محاسبه هتلینگ اتاق عمل

- 21- آیین نامه بیهوشی
- 22- NICU محاسبه هزینه درمان بر اساس ۲ K جهت
- 23- نحوه محاسبه حق الزحمه فیزیوتراپی
- 24- نحوه محاسبه حق الزحمه خدمات پرتوپزشکی
- 25- نحوه محاسبه حق الزحمه خدمات آزمایشگاه
- 26- ضوابط نسخه نویسی
- 27- ضمانت صوتحساب بالینی درمورد غیرگلوبال
- 28- ضمانت صوتحساب بالینی درمورد گلوبال
- 29- ضمانت صوتحساب بالینی درموردتالاسمی
- 30- ضمانت صوتحساب بالینی درمورد دیالیزی
- 31- ضمانت صوتحساب بالینی درمورد هموفیلی
- 32- تغییرات قوانین کاربردی - اجرایی درسال ۱۳۸۷ مربوط به سازمان خدمات درمانی

مقدمه :

رسالت خطیر مراکز بیمارستانی ارائه خدمات تشخیصی، درمانی به انسانهای دردمند بوده و مهمترین چالش این مؤسسات در ارائه خدمات مناسب؛ منابع محدود مالی می باشد. ، و کلید حل معضلات موجوده فقط در تزریق منابع مالی بلکه ایجاد مدیریت علمی و اندیشمند و تحول گرا نهفته است تا بتواند از منابع انسانی موجود که از مهمترین منابع در اختیار است استفاده بهینه برده و رسالت خویش را به سر منزل مقصود رساند .

مدیریت هوشمند و پویا با استفاده صحیح از امکانات و منابع موجود می تواند حرکت روبه جلو مراکز را هدایت نموده و از عوامل خطر ساز ایمن نگاه داشته و در مواقع خطیر راه حل های مناسب را ارائه نماید. یکی از عوامل خطر ساز اتلاف منابع مالی حاصل از کارکرد بعلت مشکلات موجود در ثبت و تنظیم و نحوه ارسال اسناد مالی خدمات ارائه گردیده بوده که خود را بصورت کسورات بیمه ای نشان می دهد و باعث می شود نه تنها منابع مالی هزینه های انجام یافته و خدمات ارائه گردیده تحقق نیابد بلکه از طرف دیگر کارائی سیستم را نیز مخدوش ساخته و ناکارآمد جلوه می نماید .

بررسی ها نشان می دهد نبود آموزش مناسب منابع انسانی از عوامل اصلی ایجاد کسورات بیمه ای و اتلاف منابع مالی می باشد و منابع مالی حاصل از بیمه ها از مهمترین محل های کسب درآمد بیمارستانها می باشد و ایجاد خدشه بر تحقق منابع مالی حاصل از خدمات میتواند باعث به باعث انحطاط کساندن فعالیت های این مراکز گردد .

کمیته کسورات دانشگاه علوم پزشکی ایران در راستای آموزش کارکنان و استفاده بهینه از منابع انسانی اعتقاد دارد که آموزش پرسنل دخیل در تنظیم و ارسال اسناد بیمه ای از اهم آموزش های لازم برای پرسنل بوده و جزوه حاضر در راستای آموزش این عزیزان تهیه شده است اگر چه میتواند قابل استفاده برای تمامی گروههای مختلف ارائه دهنده خدمات در مراکز بیمارستانی نیز باشد و در پایان از زحمات تمامی عزیزان بخصوص اعضاء کمیته کسورات دانشگاه بالاخص سرکار خانم زیبا عنایتی و جناب آقای مسلم مروودشتی که از تهیه کنندگان اصلی جزوه بوده و همچنین از کمکهای فراوان جناب آقای دکتر علیرضا شکیب و آقای محمد جعفر احمدی فر که در تهیه و تنظیم این جزوه ارزشمند نقش داشته اند قدردانی بعمل آورده و جزای خیر برایشان مسئلت دارم .

دکتر رضا صادقی

دبیر کمیته کسورات

با تشکر از سایر همکاران کمیته کسورات دانشگاه

خانم همائی - خانم آسرائی- آقای محسنی

نحوه پذیرش بیمار در بیمارستان :

الف: نکات قابل توجه در پذیرش مراجعین سرپایی

1- بیمارستان با این دفترچه بیمه طرف قرارداد است یا خیر

2- کنترل مشخصات صاحب دفترچه و تاریخ اعتبار آن

3- از نظر مشخصات صاحب دفترچه و تاریخ اعتبار آن

4-- ثبت دقیق نوع بیمه و سازمان بیمه گروه مشخصات لازم فردی بیمه شده در رایانه و ثبت علت مراجعه

- علت مراجعه) در رایانه ثبت می گردد .

5- هدایت بیمار به درمانگاه یا اورژانس

ب : نحوه پذیرش بیمار در بخش اورژانس

1- کنترل دستور پزشک مبنی بر بستری شدن در اورژانس

2- ثبت مشخصات فردی بصورت کامل در رایانه

3- تشکیل پرونده اورژانس

ج: نکات قابل توجه در پذیرش مراجعین بستری

1- کنترل دستور پزشک مبنی بر بستری شدن در بخش

2- ثبت مشخصات فردی بصورت کامل در رایانه در قسمت ایستگاه پرستاری شامل F1,

F2

3-F1 شامل مشخصات فردی F2- شامل نام پزشک -نوع بیمه -شماره تخت و شماره پرونده بیمار

4- تشکیل پرونده بستری

5- ارجاع به بخش

بخشهای بیمارستانی :

الف: بخش معمولی

ب: بخش ویژه :

1- بخش 4-CCU بخش سوختگی

5-ICU 2- بخش روانی

NICU-3

انواع تخت روز

نحوه محاسبه هزینه اقامت یا تخت روز (هتلینگ)

الف:مدت زمان لازم برای محاسبه یک تخت روز :

حداقل زمان برای محاسبه تخت روز ۶ ساعت می باشد .

ب:نحوه محاسبه روزهای بستری :

تعداد روزهای بستری از تفاضل تاریخ ترخیص و تاریخ بستری به دست آمده و ملاک روز ترخیص تاریخ و ساعت دستور

ترخیص پزشک معالج می باشد .

تبصره :هزینه تخت روز در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه نیست .

درجه ارزشیابی :

کلیه بیمارستان ها بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هر

سال حداقل یکبار مورد ارزشیابی قرار گرفته و بر اساس امتیازات مکاتبه درجه بندی می شوند که شامل بیمارستانهای درجه

۱، ۲ و ۳ و زیر استاندارد می باشد .

نحوه ارزشیابی :

الف: ارزشیابی در تخت های معمولی، تخت سوختگی، نوزاد سالم، نوزاد بیمار سطح دوم، بیمار روانی همان درجه ارزشیابی بیمارستان می باشد .

ب: ارزشیابی تخت های CCU ، ICU و NICU ، هر کدام بطور مستقل ارزشیابی آن مشخص می گردد .

ج- درجه ارزشیابی بخش های POST/ CCU و POST/ ICU برابر ارزشیابی جنرال بیمارستان در نظر گرفته می شود .

نحوه محاسبه تعرفه تخت روز:

ملاک محاسبه تعرفه تخت روز درجه ارزشیابی بیمارستان و بخش های ویژه ابلاغی لیست وزیران و وزارت متبوع می باشد براین اساس وشامل انواع موارد ذیل می باشد .

تخت ICU	تخت POST CCU	تخت CCU	تخت روانی	تخت سوختگی	نوزاد بیمار (سطح دوم)	نوزاد سالم	همراه بیمار در اتاق یک تختی	اتاق سه تختی	اتاق دو تختی	اتاق یک تختی	درجه ارزشیابی
------------	--------------------	------------	--------------	---------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	------------------

تبصره ۱: هزینه اقامت هر روز در بیمارستان ها و بخش های مراقبت ویژه زیر استاندارد در طی مدت زمان قانونی (حداکثر ۳ ماه) جهت رفع نواقص برابر ۸۰٪ تعرفه های بیمارستان و بخش مراقبت ویژه درجه ۳ قابل محاسبه خواهد بود .

تبصره ۲: تخت روز بخش هایی که توسط شورای عالی بیمه تعریفی از آن ارائه نگردیده (همچون RCU و PICU و ...) مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می باشد .

تبصره ۳- درجه ارزشیابی هر بخش یا تخت ویژه مخصوص به همان بخش می باشد .

تبصره ۴- در بخش دولتی و تأمین اجتماعی، درجه ارزشیابی بیمارستانها و بخش های ویژه جدیدالاحداث که ارزشیابی نشده باشند تا مدت یک سال از زمان راه اندازی درجه یک و پس از این مدت در صورتی که باز هم ارزشیابی صورت نگیرد به صورت درجه ۳ محاسبه می گردد .

تبصره ۵- مبلغ یا هزینه مورد تعهد بیمه در بخش های عادی، هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر بخش دولتی می باشد .

تبصره ۶- در صورتی که بیمار در بخش ویژه ای از بیمارستان بستری شده باشد باید اولاً وجود آن بخش رسماً از سوی ادارات کل تایید شده و ثانیاً تاریخ و زمان پذیرش و ترخیص بیمار از آن بخش ویژه توسط کارشناس بیمارستانی در معرفی نامه قید و مهر و امضاء شده باشد .

نحوه محاسبه تعرفه تخت ایزوله

هزینه اتاق ایزوله در مواردی مانند (بیماری عفونی- درمان با مواد رادیواکتیو- ضعف سیستم ایمنی بیمار یا ایزوله معکوس) با تأیید کارشناس بیمارستانی و در صورت نیاز پزشک معتمد معادل اتاق یک تختی و بر اساس درجه ارزشیابی بیمارستان در بخش دولتی محاسبه می گردد .

نحوه محاسبه تعرفه سوختگی

هزینه بستری بیمار در بخش سوختگی و با تأیید کارشناس بیمه مستقر در بیمارستان قابل محاسبه می باشد اما ادامه بستری بیمار در سایر بخشها مانند :

- در بخش های گرافت در سانتر سوختگی معادل تخت سوختگی محاسبه می گردد

- در بخش های ترمیمی در سانتر سوختگی معادل تخت عادی محاسبه می شوند

- روزهای مرخصی موقت (تأیید شده کارشناس بیمه) از تخت روز کسر می گردد .

نحوه محاسبه تعرفه بیمار در بخش روانی

أ- بیمار روانی حاد : بیماران روانی حاد سالیانه ۲ ماه قابل پرداخت می باشد .

2 - بیمار روانی مزمن : بیماران روانی مزمن تا ۴ ماه علاوه بر ۲ ماه اول قابل پرداخت می باشد .

(هزینه بستری بیش از ۶ ماه مورد تعهد سازمانهای بیمه گر نمی باشند)

هزینه تخت نوزاد : بر حسب شرایط به اشکال ذیل قابل محاسبه می باشد .

الف : نوزاد سالم (نوزادی که در مرکز درمانی به دنیا آمده است) هزینه تخت روز معادل با ۵۰٪تخت مادر محاسبه می شود .

ب : نوزاد سطح دوم (نوزادی که به هر علت بیمار باشد) بایستی بعد از ترخیص مادر مبالغ تخت روز کامل محاسبه شود .

تعداد تخت روز قابل محاسبه نوزاد سطح ۱ در سزارین ۴۸ ساعت و در زایمان طبیعی ۲۴ ساعت است .

ج) هزینه نوزاد در بخش (NICU) برابر تخت روز ICU بالغین می باشد که ۷۰ درصد این مقدار بابت تخت روز و ۳۰ درصد بابت یک سری خدمات پزشکی به شرح ذیل (به صورت گلوبال) می باشد :

خونگیری متناوب از نوزاد

کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی)

اکسیژن تراپی

کارگذاری لوله تراشه

اتصال به بنت و ، تنظیم مکرر دستگاه

کلیه اقدامات برای بررسی عفونت خونی) (sepsis) نظیر LP ، کشت خون و ترشحات تنفسی)

نمونه گیری برای گازهای خونی (ABG)

پالس اکسیمتری

گذاشتن لوله بینی معده (NG)

لاواژ و گواژ

تخلیه ترشحات ریوی، کارگذاری chest Tube سونداژ

فتوترابی، فیزیوتراپی تنفسی، تزریقات، سرم درمانی، تزریق خون، انجام تزریقات توسط پمپ (انفوزیون مداوم)

خدمات زیر در بخش NICU بطور جداگانه قابل محاسبه می باشد :

1- کارگذاری کاتتر غیر نافی،

2- مشاوره،

3 - اعمال جراحی

4- تزریق سورفاکتانت

5 - تعویض خون

تخت نمونه :

هزینه تخت نمونه در صورت احراز و اکتساب امتیاز تخت نمونه متناسب با مصوبه سالانه هیئت وزیران قابل محاسبه خواهد

بود .

خدمات پرستاری

1- هزینه خدمات پرستاری در بخش های ویژه ICU از سوی سازمان بیمه گر خدمات درمانی و NICU در تامین اجتماعی

۴/۲ درصد است و در سایر بخشها برای تامین اجتماعی - ارتش - خدمات درمانی و کمیته امداد ۶% می باشد .

تبصره ۱: خدمات پرستاری بخش های ویژه مشمول کلیه خدمات انجام یافته بوده مگر موارد ۵ گانه ذیل :

کاتتر گذاری غیر نافی / مشاوره / جراحی / تعویض خون / تزریق سورفاکتانت

تبصره ۲: لوآرم مصرفی ذیل جزء خدمات پرستاری بوده و بصورت جداگانه قابل محاسبه نمی باشد :

باند ، گاز، الکل، بتادین و سرنگ

تبصره ۳: بعضی از اقلام نظیر آنژیوکت و میکروست ، دستکش استریل در سوختگی ها جزء موارد فوق الذکر نبوده و قابل

محاسبه برای دریافت از بیمه ها است .

2- هزینه خدمات پرستاری در مراکزی که دارای بخش سوختگی فقط در خدمات درمانی ۱۲ درصد می باشد بقیه سازمانها ۶% می باشند .

ویزیت

مبنای تعرفه ویزیت بستری در بیمارستان بستری در بیمارستان بیمار ارائه می شود ضریب K داخلی می باشد که این ضریب هر ساله توسط مصوبه هیئت محترم وزیران جهت اجرا، ابلاغ می گردد .

که در هر روز حداکثر یک حق ویزیت برای هر بیمار قابل محاسبه می باشد .

نکات :

- 1- ویزیت های منجر به عمل جراحی توسط جراح قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود .
- 2- ویزیت و مشاوره منجر به بیهوشی به متخصص بیهوشی قابل پرداخت نخواهد بود .
- 3- ویزیت روزهای پیگیری و ترخیص بیماران جراحی تعلق نمی گیرد .
- 4- در بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان هفته ای یک ویزیت حداکثر چهار ویزیت روان پزشک در ماه قابل محاسبه می باشد .
- 5- جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .
- 6- ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ پزشک مقیم لحاظ گردیده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد. مگر مواردیکه بیمارستان پزشک مقیم معرفی نکند .
- 7- در مراکز آموزشی حق الزحمه ویزیت رزیدنت معادل متخصص محاسبه و پرداخت می گردد .
- 8- ویزیت پزشکانی که دوره فلوشیپ گذرانیده اند معادل پزشک متخصص قابل محاسبه و پرداخت است .
- 9- تعرفه و پرداخت متخصصین رشته های غیر بالینی مانند بیهوشی ، رادیولوژی ، پزشکی هسته ای ، اجتماعی ، قانونی ، طب کار ، رادیوتراپی، بهداشت مادر و کودک ، علوم آزمایشگاهی ، تغذیه ، طب فیزیکی ، بهداشت خانواده معادل تعرفه پزشک عمومی می باشد

جهت تشخیص یا درمان بیماری معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی به متخصص طب پیشگیری پرداخت می شود (در صورت شناسایی و کشف بیماریها در تعهد نمی باشد)

- 10- ویزیت همزمان با اعمال سرپایی قابل پرداخت نیست مگر اینکه مبالغ خدمات کمتر از مبلغ ویزیت باشد. مثلاً پاپ اسمیر .
- 11- در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش و عدم استفاده از دفترچه در ویزیت اورژانس می توان علاوه بر ویزیت روز اول یک ویزیت سرپایی نیز محاسبه نمود .

12- حق ویزیت دندانپزشکان معادل ویزیت پزشک عمومی است .

13- حق ویزیت دندانپزشکان متخصص معادل پزشکان متخصص است .

14- ویزیت پزشکان عمومی تنها در بخش اورژانس و در ارتباط با خدمات سرپایی پذیرفته است . دستور بستری و ویزیت در بخش بستری مورد قبول توسط پزشک عمومی نمی باشد .

15- در پزشکی هسته ای هزینه ویزیتی که به همراه خدمت انجام می گردد محاسبه نمی شود .

16- حداکثر ویزیت پزشک معالج در **ccu** و **Icu** همانند سایر بخش ها یک ویزیت طی ۲۴ ساعت می باشد .

17- در **Nicu** ویزیت روزانه محاسبه نمی شود .

نحوه محاسبه هزینه انواع ویزیت بستری :

1- ویزیت روز اول : معادل **K 20** داخلی قابل محاسبه و پرداخت می باشد

2- ویزیت روز اول نوزادان : معادل **K 23** داخلی خواهد بود .

2- ویزیت روزهای بعد: معادل **K 15** داخلی قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

3- ویزیت روز ترخیص : معادل **K 5/8** داخلی قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

- حداکثر تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می باشد ویزیت روز ترخیص جهت بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص میگردند قابل محاسبه نمی باشد. مگر اینکه قبلاً توسط پزشک ویزیت شده و بعداً با رضایت شخصی مرخص شود .

4- ویزیت ماما یا پزشک متخصص در زایمان طبیعی طبق آئین نامه جراحی جداگانه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد .

نحوه انجام و محاسبه هزینه مشاوره

مشاوره: عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشک متخصص دیگری با تخصص متفاوت به صورت اظهار نظر یا پیشنهاد به منظور ارزیابی درمانی بهتر بیمار ارائه می گردد.

شرایط قابل پرداخت بودن هزینه انجام مشاوره:

- 1- درخواست پزشک متخصص معالج بر روی برگه مخصوص مشاوره با مهر و امضاء و مشخصات بیمار
 - 2- جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره باشد.
- نحوه محاسبه حق الزحمه انجام مشاوره:
- 1- هزینه هر بار مشاوره معادل **K 20** داخلی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
 - 2- جهت یک بیمار در طول زمان بستری حداکثر شش مشاوره که توسط پزشکان با تخصص های مختلف انجام پذیرفته است قابل محاسبه خواهد بود.
 - 3- حداکثر مشاوره مورد قبول برای یک تخصص جهت یک بیمار سه نوبت خواهد بود.
 - 4- انجام مشاوره بیش از سه نوبت توسط یک تخصص به عنوان ویزیت روزانه محاسبه و پرداخت می شود.
 - 5- انجام مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی گردد قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
 - 6- حق الزحمه مشاوره پزشک مدعو توسط سازمان بیمه تامین اجتماعی معادل ۴۲ واحد داخلی محاسبه و پرداخت می باشد.
 - 7- حق الزحمه مشاوره پزشک مدعو توسط سازمان بیمه خدمات درمانی معادل ۲۰ واحد داخلی محاسبه و پرداخت می باشد.
 - 8- حق مشاوره سرپایی بصورت ویزیت سرپایی قابل پرداخت می باشد.
 - 9- در اعمال جراحی الکتیو مشاوره های معمول مانند تخصص های قلب و داخلی اگر دلایل علمی و یا ریسک جراحی ۳ یا بیشتر نداشته باشند در تعهد سازمان های بیمه گر نمی باشند.

10- مشاوره ژنتیک در تعهد سازمان بیمه نمی باشد .

اصول و کلیات جراحی :

- هر یک از اعمال جراحی در کتابچه تعرفه یک کد پنج رقمی منظور شده است یعنی هر عمل جراحی با یک کد مشخص قابل شناسایی است. بعنوان مثال کد استئوتومی فمورال ۲۷۱۵۱ میباشد .

- در مقابل هر کد جراحی سه عدد نوشته شده است که به ترتیب نمایانگر واحد جراحی، روز های پیگیری و پایه بیهوشی هستند. با استفاده از واحد جراحی، می توان حق الزحمه جراحی را در تاریخ مورد نظر محاسبه نمود. در این مورد باید ضریب **k** را داشته باشیم .

ضریب **k** جراحی، بیهوشی و داخلی همه ساله از طریق وزارت بهداشت و درمان اعلام می گردد .

بعنوان مثال : ضریب **k** جراحی در سال ۱۳۸۷ معادل ۳۷۰۰۰ ریال می باشد .

نحوه محاسبه حق العمل جراحی :

برای محاسبه حق الزحمه جراحی کافی است ابتدا کد عمل جراحی را از کتاب تعرفه (کالیفرنیا) پیدا نمود و سپس واحد جراحی را در ضریب **k** جراحی ضرب نمائیم .

مثال : نحوه محاسبه حق العمل جراحی برای هیستریکتومی کامل شکمی در سال ۱۳۸۷ به صورت زیر است :

K جراحی(سال ۱۳۸۷) = ۳۷۰۰۰ ریال

کد جراحی = ۵۸۱۵۰

واحد جراحی = ۱۷

حق الزحمه جراحی هیستریکتومی **37000*17 : 639000**

لازم به توضیح است نحوه محاسبه حق الزحمه جراحی در خصوص اعمال جراحی متعدد دو طرفه، اندام تحتانی و فوقانی و... شرایط ویژه ای دارند که متعاقبا مطرح خواهد شد.

حق الزحمه جراح :

محاسبه حق الزحمه جراح در سازمان خدمات درمانی

- 3-1- اگر شرح عمل ناخوانا باشد حداقل کد جراحی مرتبط محاسبه شود .
- 3-2- اگر کاتاراکت بالنز + فیکساسیون اسکلا + ویتراکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کد ۸۴-۶۶۹ و ۲/۱ کد ۱۰ - 670 محاسبه شود .
- 3-3- اگر گذاشتن ثانویه عدسی + فیکساسیون اسکلا + ویتراکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کدهای ۸۵-۶۶۹ و ۲/۱ کد 670 - 10 محاسبه شود .
- 3-4- بجز در اعمال چشم اگر عملی با لیزر انجام گیرد ۲۰٪ به کد پایه جراحی اضافه شود .
- 3-5- اعمال جراحی قلب باز موارد برداشتن ورید صافن یک پا (k 5/17) ، دوپا (k 35) و برداشتن رادیال دست (k 20) و استفاده از مامری (k 20) علاوه بر کد CABG بصورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ در شکاف غیر مشترک 100% ، 50% ، 25% در شکاف مشترک محاسبه شوند .
- 3-6- اعمالی که مستقل در کالیفرنیا قید شده اند فقط در صورت انجام به تنهایی قابل محاسبه اند .
- 3-7- در جراحی روی پاها اگر ۲ شکاف روی یک پا باشد ۱۰۰٪، ۷۵٪ و مابقی ۲۵٪ محاسبه شوند و اگر جراحی روی ۲ پا باشد 100% و ۸۰٪ محاسبه شوند .
- 3-8- نمونه برداری گوه ای از کبد ، لوزالمعده و معده طی عمل جراحی = اضافه نمودن ۲۵٪ به کد پایه جراحی .
- 3-9- اگر چند عمل جراحی (بجز پاها) از ۱ شکاف انجام شود بصورت ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪، ۱۰٪ و ۵٪ محاسبه می شود .
- 3-10- اگر چند عمل جراحی (بجز پاها) از ۲ شکاف توسط ۲ جراح باتخصص های متفاوت انجام شوند ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ و اگر یک جراح باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪.... محاسبه شوند .

3-11- در بای پس قلب کد پریکارد کتومی، در بای پس قلب کد اندارتر کتومی کروزر همزمان، در کوله سیستم کتومی کد لاپاراتومی، در آپاندکتومی کد لاپاراتومی، در تومور مغز کدهای کرانیاتومی و ترمیم دورا، در شکستگی داخلی مفصل کدهای کیسولوتومی یا استئوتومی، در فورامینوتومی کد لامینکتومی، در کولپورافی قدامی - خلقی کد پرینورافی و در پروستاتکتومی سوپرابویک کد خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشند.

3-12- کد ۴۶-۴۳۲ بابت کارگذاری کانتر PEG استفاده شود.

3-13- کد ۷۰-۶۶۱ بابت کارگذاری الواحد استفاده شود.

3-14- سزارین برابر موارد قید شده در کتابچه مربوطه تأیید شده با پر کردن فرم لیبره اضافه رعایت اندیکاسیون مربوطه تأیید می شود. در غیر این صورت معادل NVD و در صورت رضایت شخصی کسر کلی انجام شود.

3-15- حق استفاده از میکروسکوپ معادل ۲۵٪ کد پایه جراحی بوده و تنها به اعمالی که کلم

ه میکروسکوپ در کد آورده نشده است تعلق می گیرد. (بجز مواردی که استفاده از این روشها جزء عمل محسوب می شوند)

3-16- در درمان باروش DCS از کدهای ۵۰-۶۴۵ الی ۹۵- استفاده شود.

3-17- بی دردی در NVD توسط پزشک زنان: گلوبال $NVD + 20\%$ پایه K (NVD جراحی ۱۳) محاسبه شود

3-18- ترمیم اسکارهای ناشی از اعمال جراحی (مثل لب شکری یا سوختگی) در تعهد است.

3-19- سپتورینوپلاستی در لب شکری، سوختگی و اسکار شدید بینی در تعهد است.

3-20- بابت ویتراکتومی عمقی بادکلما جمعاً K 100 جراحی (بیهوشی K 22 =، کمک جراح K 13 =، جراح K 65 =
(می باشد)

زمان بی هوشی بیش از ۴ ساعت اضافه شود. (در تعرفه اعلام شده تا ۴ ساعت محاسبه شده است.)

3-21- بابت ویتراکتومی عمقی بدون دکلمان جمعاً K 80 جراحی (بیهوشی K 14 =، کمک جراح K 11 =، جراح K =
(55 محاسبه شود.)

توضیح ۱: زمان بی هوشی بیش از ۲ ساعت اضافه شود (در تعرفه اعلام شده تا ۲ ساعت محاسبه شده است.)

توضیح ۲: در صورت عدم انجام بیهوشی K 22 و K 14 قابل محاسبه نبوده و اگر بی حسی توسط جراح انجام شود ۲۰٪ به کد جراح اضافه گردد.

3-22- پیوند کلیه جهت نوبت دوم در صورت تأیید اداره کل در تعهد است (هزینه پیوند کلیه بصورت گلوبال با رعایت موارد بخشنامه معادل K 650 جراحی می باشد)

3-23- واژینوپلاستی بدلائل درمانی مثل آنومالی مادر زادی باهرمافرودیسیم در تعهد است .

3-24- در پیوند کلیه :

الف K 650 - جراحی بطور گلوبال بابت مجموع خدمات دهنده و گیرنده کلیه

ب k 2 - هیئت علمی ندارد .

ج- سه قلم دارویی خاص به سر جمع اضافه می شوند . (طبق بخشنامه)

د- آماده سازی قبل پیوند ، دهنده و گیرنده جداگانه قابل محاسبه است

ه- درمان های جراحی در عوارض بعد پیوند تا ۹۰ روز در تعهد نیست

و- هزینه اسکن و سونوداپلر در گلوبال محاسبه نشده است

ز- خارج ساختن کاتتر پیکتیل در گلوبال لحاظ شده است .

3-25- لیتوتریپسی پس از تایید نماینده بیمه در تعهد است .

3-67-20% حق لیزر در جراحی های چشم محاسبه نمی گردد .

3-27- آنژیوگرافی در پایان آنژیوپلاستی عروق کرونر جهت چک مجدد عروق قابل محاسبه نمی باشد ولی چنانچه

آنژیوگرافی در ابتدای عمل PTCA باشد هزینه آن پرداخت می گردد .

3-28- هرگاه آنژیوگرافی کرونر همراه با کت راست و چپ قلب به طور همزمان انجام گردد تنها آنژیوگرافی کرونر + کت

راست محاسبه شود . { داخلی } $K 800 = K 220 + K 580$

3-30- مبلغ قابل محاسبه جهت انجام ختنه K 5 جراحی بصورت گلوبال می باشد

توضیح ۱: اگر همراه با اعمال دیگر گلوبال یا غیر گلوبال انجام گیرد k 5 به جمع کل اضافه می شود .

توضیح ۲- انجام ختنه تحت بیهوشی عمومی تحت بی حسی موضعی و در هر سنی تفاوتی در نحوه محاسبه ایجاد نمی نماید .

- 3-31- به ازای تعبیه استنت اول در داخل عروق کرونر ۴۲ جراحی و بابت استنت های بعدی ۸۰٪ از ۴۲ کای جراحی (6/33 جراحی) به همراه کد آنژیوپلاستی قابل پرداخت می باشد .
- 3-32- اعمالی که با لاپاراسکوپ / اندوسکوپ / کلو نوسکوپ / توراسکوپ / ارتروسکوپ انجام می شوند معادل ۲۵٪ به کد پایه جراحی افزوده شود به شرطی که کدهای مربوطه جزء عمل با دستگاه فوق نباشد .
- 3-33- اگر N.V,D را ماما انجام دهد و بدون قبول مسئولیت توسط پزشک متخصص باشد فقط ۵ کا جراحی حق الزحمه تعلق می گیرد .
- 3-34- تزریق سیلیکون در داخل مجرای ادرار به علت بی اختیاری از کد ۰۵-۵۲۱ استفاده شود .
- 3-35- در اعمال جراحی ستون فقرات بابت لاپاراتومی و توراوتومی هزینه ایی بصورت جداگانه لحاظ نگردد .
- 3-36- در آنژیوپلاستی عروق مغز ردیف های ۲۴ و ۲۵ از ۸۱ مورد قلب و عروق مورد استفاده قرار گیرند .
- 3-37- در عمل فیکساسیون ستون فقرات به وسیله سیستم OSMIUM تنها هزینه وسیله از تعهد خارج است .
- 3-38- عمل کاتاراکت به روش فیکو تفاوتی از نظر هزینه با سایر روشها ندارد و فاکو فراگما نتاسیون جداگانه قابل محاسبه نمی باشد .
- 3-39- کشیدن بخیه چشم زیر بیهوشی بر اساس کد کالیفرنیا ۵۰-۱۵۸ معادل ۶ واحد جراحی و ۳ واحد بیهوشی است .
- 3-40- فرانشیز عمل جراحی شالدون گذاری جهت بیماران خاص رایگان می باشد .
- 3-41- عوارض پیوند کلیه شامل دو گروه ۱- عوارض مربوط به عمل جراحی
- 2- عوارض ایمونولوژیک باعث پس زدن پیوند بوده که عوارض ایمونولوژیک در روزهای پیگیری نبوده و جداگانه پرداخت می شود .
- 3-42- پروستاتکتومی سوپراپوبیک با کد ۲۱-۵۵۸ همراه TUR جزء اعمال گلوبال نبوده و جداگانه محاسبه می شود .
- 3-43- استروبوسکوپی برابر کد 315-79 معادل ۲ واحد جراحی است
- 3-44- تخریب ضایعات و توده های برونش یا تراشه بالیزر برابر کد ۴۱-۳۱۶ قابل محاسبه بوده و هزینه فیبر مربوطه در 50٪ اتاق است

3-45- کد ۳۸-۲۷۲ شامل جا+ اندازی اینتروترو کانتريک يا پروتر و کانتريک بسته بدون جا اندازی از بيست واحد به دو واحد تغيير می يابد .

3-45- کد ۱۲-۴۷۶ کوله سيستکنومي باکولد و کوانتر و ستومي از سه واحد به سي واحد تغيير يافت .

3-47- تعويض مفصل که علت اوليه آن عفونت باشکستگی باشد در هر فاصله زماني بعدی که اقدام به جراحی شده باشد قابل پرداخت است .

3-48- در شکستگی های بدون جا اندازی گچ گیری پرداخت نمی شود ولی در فيکاسيون با درمان جراحی و يا جا اندازی بسته بادستکاری هزینه گچ گیری جداگانه پرداخت می شود .

3-49- در آرتروپلاستی قلب در صورتیکه بيمار تحت بيهوشی عمومي در اتاق عمل توسط جراح عمل جراحی گردد ولی عمل جراحی ناموفق باشد کلیه هزینه های بيمار از جمله حق العمل پزشک جراح پرداخت می گردد .

3-50- ليزرتراپی عروق کرونردر تعهد سازمان نمی باشد .

3-51- هزینه تست های ASI و (ESI مربوط به تصلب شرايين) در تعهد نمی باشد .

3-52- تعرفه شالدون گذاری برابر کد ۰۰-۳۶۸ معادل سه واحد جراحی است و اگر AVF يا عمل های مشابه انجام شود برابر عمل انجام شده از کد ۱۰-۳۶۸ تا ۲۱-۳۶۸ قابل محاسبه است .

3-53- در موارد درمانی در صورت تایید توسط پزشک معتمد اداره در تعهد است و در موارد زیبایی در تعهد نیست .

3-54- عمل جراحی تخلیه چشم جزو تعهدات بوده و هیدروکسی آپاتیت و اعمال جراحی مربوط به جاگذاری آن در تعهد است ولی پروتز (shell روکش) در تعهد نیست .

3-55- foot يا پا در کتاب تعرفه از مچ پا به پايين است و به کل اندام تحتانی اطلاق نمی شود .

3-56- تنها در ۳ مورد می توان معرفينامه جهت سپتور ينوپلاستی صادر نمود :

الف- لب شکری

ب- ترميم سوختگی

ج- اسکار شديد بينی (فقط باتاييد اداره کل اقدام شود)

3-57- تنها در مورد می توان معرفی نامه جهت ترمیم اسکار جراحی صادر نمود : الف - ناشی از لب شکری و ناشی از سوختگی .

3-58- تنها در ۲ مورد میتوان معرفی نامه جهت واژینوپلاستی صادر نمود : الف - در آنومالی مادرزادی

ب- در هر مافرودیسسم .

3-59- در جراحی های فک صدور معرفی نامه نیاز به تائید پزشک معتمد بیمه می باشد .

3-60- صدور معرفی نامه در توتال هیپ و توتال نی بعللی بجز عفونت و شکستگی تائید پزشک معتمد اداره کل الزامی است

3-61- صدور معرفی نامه جهت جراحی باز کردن لوله های رحم جهت باروری تنها در صورت فوت فرزند و یا ازدواج مجدد انجام گیرد .

3-63- توتال هیپ در ۴ حالت در تعهد میباشد :

1- شکستگی

2- تخریب مفصل بدلیل بیماری عفونی

3- تخریب مفصل بدلیل ابتلا به شرایطی که بدنبال شکستگی گردن ران بوجود آمده باشد مانند نکروز آواسکولر AVN

4- تعویض پروتز های قبلی اگر اندیکاسیون اولیه داشته اند و ۱۵ سال از کارگذاری گذشته باشد .

نحوه احتساب میکروسکوپ در جراحی

حق استفاده از میکروسکپ معادل ۲۵٪ کد پایه جراحی بوده و تنها به اعمالی که کلمه میکروسکوپ در کد آورده نشده است تعلق می گیرد .

- کلیه اعمال جراحی که با استفاده از لاپاراسکوپ، کولونوسکوپ، ارتروسکوپ، توراسکوپ و سایر موارد مشابه صورت گیرد. به کد پایه جراحی آن اعمال ۲۵٪ اضافه می گردد و این شامل اعمالی که استفاده از روش های فوق جزء عمل باشند نخواهد بود .

ضمناً ۲۵٪ به ۵۰٪ اتاق عمل تعلق نمی گیرد .

- به کلیه اعمال جراحی که به کمک لیزر انجام می گردد ۲۰٪ به کد پایه جراحی آن اضافه می گردد به جزء اعمال چشم .

- لاپاراسکوپیی برای تشخیص نازایی در تعهد بیمه نیستند .

احتساب بیهوشی توسط جراح

در صورتی که بیهوشی ناحیه ای (ایپی دورال، اسپانیال و کودال) یا عمومی توسط خود جراح اعمال شود، ارزشی معادل ارزش پایه برای بیهوشی بدون اینکه ارزشی برای زمان ملحوظ شود، قابل محاسبه می باشد .

احتساب بی حسی موضعی توسط جراح :

وقتی که جراح برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می گردد از بی حسی موضعی استفاده کند. می تواند ارزش اضافی را درخواست نماید. ۲۰٪ به کد جراحی اضافه می شود. در این مورد از ارزش پایه بیهوشی نباید استفاده کرد .

واین ۲۰٪ به ۵۰٪ اتاق عمل اضافه نمی شود .

نحوه محاسبه اعمال جراحی همزمان توسط یک یا دو جراح ویا بیشتر

I- انجام چند عمل جراحی بوسیله یک یا دو جراح :

الف: در همان روز در جریان همان بیهوشی :

1- جراحی یک ناحیه و با یک برش جراحی مشترک

توسط یک یا دو جراح :

50% برای عمل دوم

25 % برای عمل سوم

10% برای عمل چهارم

5% برای عمل پنجم

2- جراحی در دوناحیه با دو شکاف جراحی

توسط یک جراح :

100% برای عملی که بیشترین ارزش را دارد .

80% برای دومین عمل و هر کدام از اعمال بعد از آن .

3- جراحی دو ناحیه با دو شکاف جراحی

توسط دو جراح :

100% برای عمل اول

100% برای عمل دوم

4- اعمال جراحی دو طرفه) : مثل شکستگی کالیس دو طرفه) توسط یک جراح :

100% برای عمل اول

80% برای عمل دوم

تبصره: به شرایط غیر معمول مثل فوریتها یا تروما، در صورتی که گزارش ویژه ای موجود باشد جداگانه رسیدگی خواهد شد .

5- جراحی پا: (موارد ۱ تا ۴ با توجه به ناحیه محدود مورد عمل در پا کاربرد ندارند).

الف- ناحیه و یا شکاف واحد، یا دو ناحیه و دو شکاف متفاوت روی یک پا

100% برای عملی که بیشترین ارزش را دارد

75% برای عمل دوم

25% برای هر کدام از اعمال بعدی

ب- اعمال جراحی دو طرفه (پای چپ و راست)، یا دو عمل جراحی روی دو یا (یک عمل روی پای راست و دیگری روی

پای چپ)

100% برای عمل اول

80% برای عمل دوم

6- اعمال جراحی تکمیلی :

مثل نمونه برداری گوه ای کبد، نمونه برداری لوزالمعده، یا نمونه برداری از معده که در جریان اعمال مختلف سبب افزایش میزان خطرات ناشی از جراحی می گردند، ارزشی اضافی مطالبند. بدین منظور معادل 25% تعرفه جراحی را برای عمل تکمیلی به مبلغ کل تعرفه اضافه نمود .

ب- جراحی های متعددی که در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی انجام می گردند .

100% برای تمام اعمال در نظر گرفته می شود .

. اعمال تشخیصی جراحی :

اینگونه اعمال طبیعتاً درمانی نیستند (مثل برونکوسکوپی، کولوئوسکوپی). در این حالت جهت درمان بیمار اغلب نیاز به مراقبت های پزشکی و اعمال جراحی وجود دارد. بدین منظور اعمال تشخیصی جراحی -خواه توسط یک پزشک یا پزشکان متفاوت انجام گرفته باشد- در کل با مراقبت های پزشکی و اعمال جراحی انجام شده در طی دوران بستری احتساب می شوند .

آیین نامه اجرایی تعرفه سرجمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع

1- سرجمع میانگین ارزش خدمات ارائه شده به بیماران می باشد .

2- سهم بیمار بیمه شده در مورد اجرای تعرفه سرجمع همان ۱۰٪ فرانشیز مورد براساس تعرفه سرجمع می باشد .

3- در مواردی که درمان بیمار در بیمارستان نیازمند مصرف پروتز (پیچ-پلاک-لنز) باشد بایستی هزینه آن به قیمت سرجمع اضافه گردد .

4- ارائه خدمات - MRI سی تی اسکن - آنژیوگرافی - رادیوتراپی - اکو - آندوسکوپی و تست ورزش و مشابه آن در تعرفه سرجمع منظور نگردیده و در صورت ارائه خدمات باید جداگانه به هزینه سرجمع گلوبال اضافه شود .

5- مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال (خونریزی بعد عمل) و سایر مشکلات مرتبط با عمل به عهده مراکز درمانی است .

6- چنانچه اعمال گلوبال بصورت سر پایی در بیمارستان انجام گردد بشرط عدم کاهش کیفیت خدمات درمانی هزینه مربوطه طبق تعرفه گلوبال قابل محاسبه است .

* ضمناً خدمات الکترو - مشاوره - سونوگرافی - پاتولوژی - آزمایش - رادیولوژی - دارو و وسایل مصرفی در سرجمع گلوبال منظور گردیده و جداگانه محاسبه نمی شود .

* آمپول روگام به سرجمع گلوبال اضافه می شود (برابر ضوابط)

مواردیکه از اعمال گلوبال خارج می شود :

الف: اگر دو عمل گلوبال باهم یا یک عمل گلوبال با یک عمل غیر گلوبال انجام شود از سرجمع خارج می شود .

ب: اگر نیاز به ICU و CCU پیدا کند نیز از گلوبال خارج میگردد .

نحوه محاسبه حق الزحمه کمک جراح

کمک جراح : در اعمال جراحی که به حضور کمک جراح نیاز باشد یک نفر جراح تحت عنوان کمک جراح در عمل جراحی شرکت می نماید .

شرایط لازم جهت محاسبه حق الزحمه کمک جراح :

الف- عمل جراحی نیاز به کمک جراح داشته باشد .

ب- شرح عمل جراحی علاوه بر مهر جراح ممهور به مهر و امضاء کمک جراح باشد .

ج- کمک جراح رزیدنت نباشد .

د- کمک جراح الزاماً نباید هم تخصص و هم ردیف جراح اول باشد ولی دلایل و مستندات کافی برای حضور وی بایستی وجود داشته باشد .

* در خدمات درمانی به اعمال جراحی زیر ۱۵K کمک جراح تعلق نمی گیرد.(برابر ضوابط)

* در تامین اجتماعی اعمال جراحی زیر ۵K کمک جراح تعلق نمی گیرد. (برابر ضوابط)

میزان حق الزحمه کمک جراح

- 1- حق الزحمه کمک جراح اول معادل ۲۰٪ حق الزحمه جراح می باشد .
- 2- اعمال جراحی که دارای بیش از یک کمک جراح می باشند معادل ۳۰٪ حق الزحمه جراح برای کمک جراح ها محاسبه می گردد .
- 3- حق الزحمه کمک جراح دوم با رعایت شرایط فوق الذکر معادل ۱۰٪ حق الزحمه جراح می باشد .

هتلینگ اتاق عمل جراحی

الف: مبلغ ۵۰٪ حق العلاج بابت هزینه های اتاق عمل فقط برای استهلاك تجهيزات ثابت اتاق عمل که به طریق معمول در همه اعمال جراحی وجود دارد محاسبه و قابل پرداخت است .

موارد مشمول ۵۰٪ حق العلاج بابت هزینه های اتاق عمل

1- تجهيزات ثابت :

تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، ساکشن، دستگاه الکتروکوتر، (قلم کوتر، پلیت کوتر...) دستگاه مانیتور با متعلقات، دستگاه TUR (پروپ، لوپ TUR و...) دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، چراغ اشعه ماوراء بنفش، انواع ست های جراحی، پد جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و...) ست های جراحی (ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و...)، دستگاه استرایکر، دستگاه آرتروسکوپ، دستگاه لاپاراسکوپ، دستگاه اشعه (تلوزیون)، دستگاه ونتیلاتور) لوله های خرطومی، کانکتور و...)، گاز N2O ، O2 .

2- مواد شوینده و استریل کننده :

هایژن، دتول، فرمل، سایدکس، دکونکس، دکوسپت، بتادین قهوه ای ، فرمالین، ساوین، کلروهگزیدین و ...

(یعنی تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، ساکشن، الکتروکوتر، مواد شوینده و استریل کننده اتاق عمل، چراغ اشعه ماوراء بنفش و نظایر آن می باشد

ب: مواردی که جزء ۵۰٪ حق العلاج بابت هزینه های اتاق عمل نمی باشند و باید جداگانه درخواست گردد :

1- داروی بیهوشی

2- سایر دارو ها

3- گاز

4- دستکش جراحی

5- نخ های بخیه

6- دریچه های قلب

7- پروتز ها

لازم است برای کلیه موارد فوق لیست جداگانه تهیه و به امضاء جراح، متخصص بیهوشی و سرپرست اتاق عمل برسد.

پس از قیمت گذاری توسط (داروخانه) جزء صورتحساب بیمار منظور می گردد.

نکات خاص در محاسبه هتلینگ اتاق عمل

- هتلینگ اتاق عمل در اعمال جراحی که بیمار به اتاق عمل نمی رود (مانند بخیه سرپایی و ...) قابل محاسبه نمی باشد

- بابت خدماتی نظیر آندوسکپی، اکو، رادیوگرافی، تست ورزش، هولتر مانیتورینگ ۵۰٪ اتاق عمل قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد

آئین نامه بیهوشی

اطلاعات و دستورالعمل های کلی :

کلیات: تعرفه های خدمات بیهوشی برای هر یک از اعمال جراحی در بخش مربوطه آورده شده است. این ارقام تنها زمانی که

لزوم انجام بیهوشی توسط پزشکی مورد تأیید تعیین گردد، کاربرد پیدا می کنند. ویزیت قبل و بعد از عمل، تجویز داروی

بیهوشی و تجویز مایعات و یا خون به علت بیهوشی یا عمل جراحی مشمول این ارقام می باشند. ارزش خدمات بیهوشی بسته به

نوع عمل تعیین می گردد. لذا صورتحساب بیهوشی می بایست با کد عمل جراحی ذکر شود. (۱)

تعاریف

بیهوشی و بی حسی :

بیمارانیکه تحت عمل جراحی قرار می گیرند ، ممکن است با توجه به وضعیت جسمانی بیمار ، نوع عمل و تحت بیهوشی عمومی ، ناحیه ای ، لوکال و.... قرار بگیرند، بدیهی است نحوه محاسبه هزینه بیهوشی در هر مورد متفاوت خواهد بود .

انواع بیهوشی : بیهوشی عمومی شامل نورولیت، اینهالیشن، آی وی سدیشن و نوع تعادلی است .

بیهوشی تحت مراقبت :

زمانی که پزشک مسئول از متخصص بیهوشی حضور مستمری را برای مراقبت و نظارت می طلبد- حتی اگر عمل جراحی با بی حسی موضعی انجام گردد- نحوه محاسبه آن مشابه زمانی است که بیهوشی عمومی انجام شود .

محاسبه ارزش تام بیهوشی

ارزش تام بیهوشی :

برای اکثر روش ها ارزش پایه ای ذکر گردیده که تمام خدمات بیهوشی به غیر از زمان دقیقی که صرف انجام آن شده است را شامل می گردد .

- اگر در جریان بیهوشی اعمال جراحی متنوعی انجام گردند بالاترین ارزش پایه مربوط به مهمترین عمل مدنظر قرار می گیرد .

ارزش زمانی : ارزش زمانی مقدار واحدی است که با توجه به مدت زمان بیهوشی محاسبه می گردد .

نحوه محاسبه ارزش زمانی :

محاسبه زمان بیهوشی برای ۴ ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یک K بعد از آن هر ۱۰ دقیقه یک K می باشد در صورتی که زمانی باقی مانده باشد یک K می گیرد .

برای بیهوشی اعمال مامائی ۱ واحد به ازای هر ۱۵ دقیقه از ابتدا تا پایان بیهوشی تعیین می گردد.

- در همه موارد ۵ دقیقه یا بیشتر به عنوان جزء قابل توجهی از ۱۰ یا ۱۵ دقیقه در نظر گرفته می شود .

- زمان بیهوشی عمومی از ابتدای القاء بیهوشی تا نیم ساعت پس از اتمام جراحی محاسبه می گردد در صورت اختلاف بین چارت بیهوشی و شرح عمل بیمار ؛ ملاک برای زمان بیهوشی ؛ شرح عمل می باشد .

نحوه محاسبه شروع و پایان بیهوشی :

- شروع بیهوشی از زمانی که متخصص این امر عملاً بیمار را جهت القاء آن در اطاق عمل (یا معادل های آن) آماده می سازد در نظر آمده و پایان آن با ختم حضور مستمر وی تعریف می شود (زمانی که بیمار صحیح و سالم تحت مراقبتهای بعد از عمل قرار می گیرد.) را شامل می گردد .

به مثالی در مورد نحوه محاسبه ارزش تام بیهوشی توجه کنید :

ارزش پایه

+ ارزش زمانی

ارزش تام بیهوشی (مجموع ارزشهای پایه و زمانی)

نمونه برداری شکافی پستان که در ظرف ۴۸ دقیقه (سه واحد زمان) انجام گرفته است :

کد عمل (۱۹۱۰۱) ارزش پایه (3)

+ ارزش زمانی (۳) ارزش تام بیهوشی (۶))

کلیات و دستورالعمل هادر رابطه با بیهوشی در پرونده اعمال جراحی (درتامین اجتماعی)

- 1- شرایط القای همزمان بیهوشی توسط متخصصین بیهوشی :
- الف) بیمار غیر اورژانس : متخصص بیهوشی بطور همزمان مجاز به اداره حداکثر دو اتاق عمل با کمک کاردان هوشبری در هر اتاق می باشد .
- ب) بیمار اورژانس : با توجه به درجه اورژانس بودن بیمار اداره بیماران درجه ۱ و ۲ حداکثر دو اتاق عمل با کمک کاردان بیهوشی در یک طبقه اتاق عمل
- ج) بیمار اورژانس درجه ۳ و ۴ بطور همزمان مجاز به اداره آنها در یک اتاق عمل با کمک کاردان بیهوشی است .
- 2- بیهوشی با ارزش پایه ۳، که در اثر قرار گیری در وضعیت دمر یا پهلو به دلیل دوری از موضع جراحی و بالا خره الزامات پزشکی به سادگی انجام پذیر نیست یک واحد بیهوشی به ارزش پایه اضافه می شود .
- 3- انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد ، ۵ واحد تعدیلی .
- 4- استفاده از جریان خون برون پیکری (پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کمکی) ۱۰ واحد تعدیلی .
- 5- بیمار غیر اورژانس به دلیل وجود بیماری یا بیماریهای زمینه ای مستعد و خطرناک در معرض خطرات جانبی تهدید کننده حیات باشد. ۲ واحد تعدیلی اضافه می گردد . (دیابت – فشارخون)
- 6- در موارد اورژانس برای کسی که بیماری مهلکی دارد ۳ واحد تعدیلی اضافه می گردد .
(قابل ذکر است بند ۵ و ۶ با هم قابل پرداخت نمی باشد .
- 7- اگر بی حسی ناحیه ای یا عمومی توسط جراح انجام شود فقط پایه بیهوشی را صرف نظر از ارزش زمانی آن قید می کنیم .
- 8- پرداخت هزینه های بیهوشی جنرال در آندوسکوپی فعلا مقدور نمی باشد .
- 9- حق الزحمه زایمان طبیعی بدون درد توسط متخصص بیهوشی به روش کاتترایی دورال بصورت گلوبال ۱۶ کای بیهوشی و سایر روش ها ۱۴ کای بیهوشی می باشد. در صورت انجام توسط پزشک عامل زایمان معادل ۲۰% کد پایه جراحی می باشد .
- 10- هزینه های مربوط به حضور بیهوشی در کاتتریسیم و آنژیوگرافی اطفال بصورت گلوبال معادل ۱۰ کای بیهوشی قابل پرداخت است .
- 11- در مواردی که متخصص بیهوشی بیمار را استند بای جهت عملی آماده می کند و با Sedation مانیتورینگ تحت نظر می گیرد (جهت اعمال آنژیو پلاستی) معادل ۵۰% حق العمل پرداخت می گردد .

12- اگر بی حسی موضعی توسط جراح برای عملی که معمولا تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می گردد انجام بگیرد ،
20% کای جراحی به جراح اضافه می شود .

13- انواع بی حسی و بیهوشی :

14- الف- بی حسی لوکال یا موضعی ۲۰٪ حق العمل جراحی ب- بیهوشی عمومی یا جنرال که شامل **iv – inhalation** –
sedation- standby اسپاینال پایه + زمان پرداخت می گردد .

ج- بی حسی رژیونال یا ناحیه ای مانند کودال ، بلوک ها مثل **Wrist block** یا اگزیلاری فقط پایه بیهوشی می گیرد .
1)

15- در اعمال جراحی که سن بیمار بالای ۷۰ سال باشد در خدمات درمانی ۲ K به پزشک تعلق می گیرد در تامین اجتماعی ،
کمیته ، ارتش ۳ K به پزشک بیهوشی تعلق نمی گیرد .

محاسبه هزینه درمان براساس 2K جهت اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی

1- اعضاء هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به کسانی اطلاق می گردد که بصورت تمام وقت در دانشگاه محل خدمت خود
اشتغال داشته وحق هیچ گونه فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از دانشگاه همانند موسسات دولتی غیر دانشگاهی
،خبریه ،خصوصی و... ندارد .

2- احکام این پزشکان باید از طرف دانشگاه به دفاتر اسناد ارسال گردد .

تبصره: موارد خارج از کتاب تعرفه بنا بر درخواست دانشگاه در کمیته همسویی سازمانهای بیمه گر مطرح و نسبت به اعمال روش
تصمیم گیری خواهد شد .

3- در صورت اثبات فعالیت انتفاعی پزشک ۲ K در خارج از دانشگاه ، مراکز اسناد پزشکی موظف می باشد که کلیه اسناد
ارسالی را بر حسب ضریب ۱ K محاسبه نماید .

4- میزان پرداخت توسط سازمان در این طرح برابر ۹۰٪ ۲ K در اعمال جراحی بستری ، ۷۰٪ ۲ K در اعمال جراحی سرپایی
خواهد بود .

5- استهلاك اتاق عمل کما فی السابق براساس ۵۰٪ ۱ K قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

6- در مورد نحوه محاسبه هزینه کمک جراح دراعمالی که نیاز به کمک جراح وجود داشته باشد :

- اگر جزء پزشکان ۲ K اگر باشد 20% از ۲ K

- اگر نباشد ۲۰٪ از ۱ K قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

7- حق محرومیت از مطب نباید جایگزین حکم ۲ K گردد .

8- پزشکان ۲ K که حین خدمت سربازی بصورت تمام وقت در دانشگاه خدمت می کنند در صورت صدور حکم حقوقی تمام وقت پرداخت ۲ K بلامانع است .

9- خدمات سرپایی (غیر از ویزیت) مانند آندوسکوپی ، EMg ، ENG

الف- ۳۰٪ فرانشیز برحسب ۱ K به عهده بیمار است .

ب- ۷۰٪ سهم سازمان برحسب ۲ K

ج- ۳۰٪ ۱ K اضافی تخفیف دانشگاه علوم پزشکی در نظر گرفته شده است .

10- درارتباط با خدمات بستری

الف- میزان پرداختی فرانشیز توسط بیمه شده ۱۰٪ برحسب ۱ K طبق تعرفه دولتی

2-90% برحسب ۲ K تعرفه دولتی سهم سازمان

3-10% یک K اضافی هم تخفیف دانشگاه در نظر گرفته شده است .

* متخصصین آزمایشگاه رادیولوژی مشمول ۲ K نمی گردند .

فیزیوتراپی یا فیزیکیال تراپی

« فیزیوتراپی یا فیزیکیال تراپی در لغت به درمان جسم (جسم + Physical = درمان (Therapy = می باشد فیزیوتراپی
حیطه ای از دانش پزشکی که در آن هدف حداکثر کردن عملکرد جسمانی (body) می باشد فیزیوتراپیست در این رشته به

عنوان درمانگر شناخته می گردد. دانش فیزیوتراپیست بر اساس شناخت فیزیولوژی و پاتوفیزیولوژی حرکت می باشد فیزیوتراپی به عنوان یک رشته کلینیکی که با استفاده از امکاناتی مانند مدالیتها، درمانهای دستی و تمرینات بدنی گروه های مختلف بیماری و ناتوانی ها را درمان می کند این رشته همچنین با شناسایی گروههای خاص افراد اقدام پیشگیری از بیماری ها و ناتوانی ها می نماید.

درخواست روش فیزیوتراپی یا درخواست انجام فیزیوتراپی باید بر اساس درخواست پزشک معالج انجام پذیرد (یعنی روشها باید در خواست گردد).

تبصره ۱- بیش از یک اندام و بیش از ۱۰ جلسه نیاز به تأیید دفتر بیمه مربوطه دارد.

تبصره ۲- استفاده از لیزر در فیزیوتراپی به میزان ۵ واحد فیزیوتراپی قابل پرداخت است.

حیطه درما نهایی فیزیوتراپی :

1- فیزیوتراپیست ظرفیت هوایی و عملکرد ریه را ارزیابی می کند.

2- حرکت مفاصل را ارزیابی می کند.

3- تحمل و قدرت عضلات را ارزیابی می کند

4- پوسچرا ارزیابی می کند

5- درد را ارزیابی و کنترل می کند.

6- عملکرد قلب و ریه را ارزیابی می کند.

کاربرد فیزیوتراپی :

اکنون برای تمامی گروههای بیماری های روشهای فیزیوتراپی وجود دارد. مانند: قلب، ریه، مثانه، سیستم اعصاب سیستم گردش خون، زنان، اطفال، صدمات ورزشی، ارتوپدی، سوختگی و دیگر بیماری ها.

مهمترین کاربرد فیزیوتراپی بکار گیری برای بیماران بستری می باشد به خصوص در بخش های ویژه کارایی بسیاری دارد.

برخی از تکنیک های درمانی که توسط فیزیوتراپیست بکار گرفته میشود.

- 1- تمرین درمانی (Exercises)
- 2- مانوال تراپی (Manual Therapy)
- 3- تمرینات افزایش تحمل قلب و عروق
- 4- ریلکسیشن (Relaxation)
- 5- بیوفیدبک تراپی (Biofeedback)
- 6- فیزیوتراپی قلب و ریه (Cardiopulmonary Physical therapy)
- 7- انواع مدالیتیه ها مانند : تراکش – (traction) اولتراسوند (ultra sound) ها ت پک- (Hot Pack) لیزر (laser) الکتروتراپی (Electro therapy) و وسایل دیگری است .

برخی ضوابط خدمات فیزیوتراپی توسط سازمان های بیمه گر

- 1- ملاک محاسبه و پرداخت خدمات فیزیوتراپی کتاب تعرفه خدمات تشخیصی – درمانی (کتاب کالیفرنیا) می باشد
- 2- کد های ۱۰-۹۷۰ الی 28-970 و ۱۰-۹۷۱ الی ۲۹-۹۷۱ کد ۵۰-۹۷۰ کتاب تعرفه خدمات تشخیصی – درمانی در حال حاضر مورد تعهد می باشد
- 3- درج تشخیص بیماری درنسخ درخواست فیزیوتراپی الزامی است .
- 4- هزینه فیزیوتراپی دردردهای ارجاعی ستون فقرات به عنوان یک عضو پرداخت می گردد
- 5- تمام موسسات فیزیوتراپی ملزم به داشتن شناسنامه شامل مشخصات فضای فیزیکی ، پرسنل ، تجهیزات و ... گردد. بدیهی است طراحی شناسنامه مذکور به عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود .
- 6- تشکیل پرونده جهت بیمارانی که تحت فیزیوتراپی قرار می گیرد و ارسال تصویر گزارش انجام خدمات مذکور به همراه درج تعداد جلسات ارزیابی اولیه و نتیجه درمان توسط فیزیوتراپیست و ممهور به مهر وی بعنوان اسناد مثبت به همراه دستور فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپی پزشک (معالج) درج دربرگه دفترچه درمانی بیمار) جهت پرداخت هزینه الزامی گردد .
- 7- ملاک پرداخت هزینه خدمات فیزیوتراپی درخواستی عیناً براساس روش ها و اعمالی است که توسط پزشک معالج در متن نسخ ذکر گردیده و درچارچوب مقررات جاری سازمان های بیمه گر خواهد بود .

8- سایر ضوابط از جمله سقف تعرقه های هر جلسه تعداد اندامها و ... باید بین سازمان های بیمه گر هماهنگ گردد .

خدمات پرتو پزشکی :

منظور مجموعه ای از روشهای تصویر برداری تشخیصی، درمانی و مداخله ای می باشد که با استفاده از پرتوهای الکترومغناطیسی از قبیل (ایکس و گاما) ذره ای (از قبیل الکترون) مکانیکی (از قبیل الکترو سوند) و میدان مغناطیسی (مثلا MRI) انجام می شود .

خدمات پرتو پزشکی با توجه به سرفصل های مندرج در کلیات تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی شامل خدمات رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیولوژی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی می باشد. که غالباً توسط متخصصین رادیولوژی، پزشکی هسته ای و رادیوتراپی انجام می شود .

لازم به ذکر است آن دسته از خدمات پرتو پزشکی که غالباً توسط متخصصی کلینیکی انجام می شود (مثل آندوسکوپی توسط فوق تخصص گوارش و یا سنگ شکن توسط متخصص ارو لوژی) در بسته خدمات سرپایی پزشکان گنجانده شده است. ضوابط مشترک و مورد توافق سازمان بیمه گر :

ضوابط هریک از سازمان در مورد پذیرش و پرداخت نسخ خدمات پرتو پزشکی خاص خود بوده علی ایحال مهمترین ضوابط مشترک و مورد توافق سازمان بیمه گر به شرح ذیل می باشد :

1- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده قابل محاسبه و پرداخت می باشد

2- با توجه به اینکه قبل از انجام آزمونهای رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می گردد (هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی با ماده حاجب لحاظ شده است) لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی ساده با ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) از عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد (مثلاً در صورت درخواست همزمان KUB، IVP توسط پزشک معالج تعرفه KUB قابل پرداخت نخواهد بود)

3- در صورت درخواست رادیوگرافی میج دست جهت تعیین سن استخوانی، ردیف ۲۰۷ خدمات رادیولوژی اندام فوقانی (تعیین سن استخوانی هر کلیشه) قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

4- نسخ خدمات پرتو پزشکی از جمله سونوگرافی تجویز شده بوسیله فارغ التحصیلان رشته مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد

5- با توجه به اینکه برای سی تی اسکن، از یک ناحیه ابتدا تصاویر ساده (تومو گرافیک) آن ناحیه تهیه می گردد و هزینه این تصاویر در تعرفه سی تی اسکن سه بعدی لحاظ شده است، لذا در صورت درخواست همزمان سی تی اسکن ساده و سه بعدی از هر ناحیه، تعرفه سی تی اسکن ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد .

6- درصد فرا نشیز MRI در موارد بستری یا سر پایی همانند فرانشیز سایر خدمات در بخش بستری و سر پایی، مطابق مصوبه هیئت محترم وزیران حسب مورد محاسبه و قابل پرداخت می باشد .

7- هزینه انجام MRI از سوی سازمان بیمه گر قابل پرداخت است .

8- MRI سرپایی جهت بیش از دو ناحیه نیاز به تایید توسط نماینده و یا اداره کل ندارد و هزینه آن بر اساس ضوابط مربوط به MRI قابل پرداخت است .

8- برای بیماران تحت درمان به طریق رادیو تراپی موارد ذیل قابل محاسبه و پرداخت می باشد :

الف: ویزیت پزشک برای بیماران فوق الذکر (شامل بررسی پرونده، گرفتن شرح حال، مطالعه کلیه سوابق بیماری، معاینه بیمار و نقشه کشی بالینی اولیه) در بیمارستان و مطب مطابق کد ۲۶-۹۰۰ کتاب تعرفه معادل ۲۶ واحد داخلی می باشد .

ب) حق الزحمه پزشک درمان کننده در طول مدت درمان یا کنترل مستمر بیمار تحت درمان حین رادیو تراپی به ازاء هر 3 جلسه رادیو تراپی بر اساس Plan طرح شده مطابق کد ۵۰-۹۰۲ کتاب تعرفه معادل ۸ واحد داخلی می باشد .

تذکر: ثبت دقیق شرح معاینات هر جلسه در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیو تراپی و آنکولوژی و تایید ناظر بیمه آن مرکز ضروری می باشد .

9- تعرفه خدمت سیمولاتور معادل تعرفه سی تی اسکن (معمول یا اسپیرال) ناحیه آندومیک مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

آزمایشگاه :

ا- برگه آزمایشگاه در اسناد بستری (یا پرینت اسناد) و اسناد سرپایی باید دارای مهر و امضاء مسئول فنی و مهر آزمایشگاه باشد .

2- نام پزشکان مسئول آزمایشگاه در مهر باید قید شود .

3- بیلای رویین توتال و دایرکت جمعاً یک مبلغ تعرفه در خواست گردد .

4 - هزینه **WBC-RBC-HCT-HBT** همزمان با **CBC diff** در تعهد نمی باشد .

5 - هزینه تفسیر گاز های شریانی به همراه **ABG** در تعهد نمی باشد .

6- خدمات یورودینامیک طبق کتاب کالیفرنیا محاسبه می گردد .

ضوابط نسخه نویسی :

1- تاریخ درخواست نسخ مخدوش نباشد (موارد مخدوش شامل: خط خوردگی ، کاربنی، لاک گیری، پانچ شدگی، دو خط و دو رنگ بودن متن نسخه است .)

2- ممهور به مهر پزشک و بیمارستان باشد.(مهر پزشک فاقد نام بیمارستان نیاز به مهر جداگانه بیمارستان دارد .)

3- معتبر بودن تاریخ اعتبار و قید نمودن در نسخ .

4- نسخه توسط پزشک و بروز تاریخ گذاری گردد و در لیست همان ماه منظور گردد .

5- هر گونه قلم خوردگی در متن نسخ (از جمله تاریخ) مجدداً باید توسط پزشک معالج تأیید و ممهور گردد .

6- کپی نسخ با نسخ کاربینه جزء تعدیلات محسوب میگردد .

7- نسخ متفرقه (برگ مخصوص بیمار) و تغییر صندوق توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت نمی باشد

8- برخی نسخ قبل از انجام خدمات برابر ضوابط باید به تایید سازمانهای بیمه گر مربوطه رسیده باشد از جمله **CT** اسکن بیش از دو ناحیه و داروهای بیش از سقف .

9- درخواست برخی از خدمات بایستی توسط پزشک متخصص مربوطه نوشته شود (نظیر ام آر آی- سنجش تراکم استخوان - فیزیوتراپی رادیوتراپی- شیمی درمانی و ...) .

10- شماره ثبت شده روی نسخ منطبق با لیست ارسالی باشد .

- 11- در صورتیکه درحین جدا کردن نسخ از دفترچه مشخصات مربوطه پاره گردد، می بایست قسمت مربوطه چسبانیده و در پشت نسخه توسط پزشک معالج توضیح داده شده و مهر و امضاء گردد .
- 12- هزینه خدمات غربالگری وروتین در نسخ سرپایی قابل پرداخت نمی باشد .
- 13- نسخ پر هزینه با خدمات تخصصی نیاز به الصاق گزارش دارند نظیر ام آر آی- س تی اسکن- رادیوتراپی- آنژیوگرافی و پزشکی هسته و ...
- 14- در واحدهای دارای مسئول فنی نسخ مهور به مهر و امضاء مسئول فنی قرار بگیرد و یا قائم مقام و یا ریاست بیمارستان طبق ضوابط .
- 15- در صورتیکه پزشک معالج نوع خدمت و تعداد جلسات را مشخص نکرده باشد حداقل تعرفه پرداخت میشود .
- 16- نسخ دارای مهر انترن ورزیدنت فقط در مراکز آموزشی درمانی برابر ضوابط قابل پرداخت است .
- 17- پذیرش نسخ روستائیان جهت خدمات سرپایی تا اطلاع ثانوی با رعایت ارجاع امکان پذیر است.(مهر ارجاع و یا کپی مهر و امضاء تایکماه بعد از صدور برابر ضوابط)
- 18- خدمات درخواستی بایستی به تفکیک روی نسخه قیمت گذاری شده و جمع کل آن همراه با سهم سازمان و سهم بیمه شده در انتهای نسخه قید گردد .
- 19- مبهم بودن مشخصات پزشک معالج جزء تعدیلات است .
- 20- در صورت غیر معمول بودن فرم دفترچه بایستی به نماینده بیمه یا اداره کل جهت تأیید ارجاع گردد .
- 21- کلیه نسخ ویزیت پزشکان 2K به تفکیک صندوق جداگانه لیست گردد .
- 22- خدمات اعلام شده جهت بیماران خاص بایستی در فرم مربوطه تنظیم و ارائه شوند. (نیاز به تفکیک صندوق ندارد .)
- 23- بیمارانیکه روی دفاتر بیمه آنان کلمه خاص قید نشده باشد بایستی مانند سایر بیماران عمل گردد .
- 24- نسخ ویزیت بر اساس نوع پزشک معالج (عمومی- متخصص- فوق تخصص- روانپزشک- دندانپزشک) لیست گردد .
- 25- نسخ ویزیت پزشکان 2 K بر اساس نوع صندوق و درجه علمی (استاد- دانشیار- استادیار) و نوع تخصص آنان تنظیم شود .

26- نسخ برخی از خدمات دو برگ از دفترچه جدا شود. (نسخه اول و نسخه دوم) جهت پرداخت باشد نظیر :
اکوکاردیوگرافی- تست ورزش- نوار قلب- نوار مغز وویزیت شده ،آندوسکوپی)

27- حداکثر مدت زمان ارسال لیست و نسخ درخواست از زمان شروع تا پایان ماه بعد می باشد .

ضمائم صورتحساب بالینی در موارد غیر گلوبال :

1- اصل معرفی نامه با مهر و امضاء نماینده بیمه

2- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری بیمارستان و پزشک معالج

3- تصویر صفحه عکسدار دفترچه یا تصویر کارت بیمه (در بیمه روستایی کودکان کمتر از ۷ سال و در سایر بیمه نامه ها کودکان کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارند .)

4- تصویر صفحه اول شناسنامه واصل یکی از کوپن ها در بیمه بستری شهری

5- تصویر صفحه اول شناسنامه سر پرست و تایید نامه بیمه گری جهت نوزادان فاقد دفترچه (به جز سه فرزند کارمند مرد)

6- تصویر یا رونوشت کاربنی شرح عمل با مهر و امضاء پزشک معالج و هر بیمارستان و در صورت وجود کمک جراح بایستی مهر و امضاء کمک جراح نیز داشته باشد .(این صفحه باید خوانا بوده و دارای نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ عمل ، ساعت شروع و خاتمه عمل باشد)

7- فهرست وسائل مصرفی اتاق عمل و پروتز های تهیه شده از طرف بیمارستان بدون قلم خوردگی در تاریخ و تعداد اقلام و ذکر تعداد اقلام مصرفی به عدد و حروف و قیمت گذاری با مهر و امضاء سر پرست اتاق عمل ،پزشک جراح و متخصص بیهوشی (ارسال تصویر فاکتورهای خرید لوازم مصرفی بصورت خرید جمعی ماهانه یا انفرادی)به همراه مهر داروخانه و مهر مسئول فنی

8 - اصل نسخ دارویی و لیست وسایل مصرفی در بخش که قیمت گذاری شده و ممهور به مهر پزشک معالج و مهر بیمارستان و هر داروخانه و مسئول فنی آن باشد .در صورت مکانیزه بودن بیمارستان ضمیمه کردن پرینت دارو و لوازم مصرفی بخش با مهر و امضاء پزشک معالج و بیمارستان و داروخانه و مسئول فنی آن ضروری می باشد .

9- فهرست یا پرینت آزمایشات ،پرتو پزشکی با ذکر تاریخ انجام خدمت همراه با مهر و امضاء مسئول فنی ،بیمارستان ،آزمایشگاه یا رادیولوژی

- 10- تصویر گزارش پاتولوژی و پاپ اسمیر در صورت انجام (یا رسید نمونه ارسالی)
- 11- تصویر گزارش سی تی اسکن ، MRI ، آنژیوگرافی ، سونوگرافی داپلر ، پزشکی هسته ای ، رادیو تراپی و خدمات مکمل در رادیو لوژی در صورت انجام .
- 12- تصویر یا رونوشت کاربندی برگه بیهوشی (چارت) که توسط متخصص بیهوشی مهر و امضاء شده باشد .
- 13- اصل برگه تعهد نامه سزارین با مهر و امضاء پزشک معالج
- 14- گزارش انجام فیزو تراپی به همراه ذکر نوع روشها و اعمال و تعداد جلسات با تاریخ مربوطه با مهر و امضاء مسئول فنی و فیزیو تراپیست
- 15- الصاق گزارش خدمات تشخیصی پزشکان متخصص شامل اکو - تست ورزش و ...
- 16- تفکیک تخت روز بیماران براساس نوع و تعداد تخت
- 17- الصاق برگه دیالیز با مشخصات و امضاء بیمار در صورت انجام
- 18- درج شماره سریال منطبق با لیست هر صندوق بیمه ای در تک تک صورتحسابها
- 19- دارو و لوازم مصرفی هر صورتحساب می بایست در ۴ آیتم جداگانه شامل: داروی اتاق عمل ، داروی بخش ، لوازم اتاق عمل ، لوازم بخش تنظیم شود .

ضمائم صورتحساب در موارد گلوبال

- 1- اصل معرفی نامه با مهر و امضاء نماینده بیمه
- 2- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری بیمارستان و پزشک معالج
- 3- تصویر صفحه عکسدار دفترچه یا تصویر کارت بیمه (در بیمه روستایی کودکان کمتر از ۷ سال و در سایر بیمه نامه ها کودکان کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد) .
- 4- تصویر صفحه اول شناسنامه و اصل یکی از کوپن ها در بیمه بستری شهری
- 5- تصویر یا رونوشت کاربندی شرح عمل یا زایمان با مهر و امضاء پزشک معالج و بیمارستان

6- در صورت مصرف پروتز (پیچ و پلاک، لنز و...) گواهی جراح با مهر مسئول فنی و مهر بیمارستان

7- در صورت ارائه خدمات MRI، سی تی اسکن، آنژیوگرافی، رادیو تراپی و نظایر آن (مواردی که در ریز هزینه های گلوبال ذکر نشده است) گزارش خدمات فوق با مهر و امضاء مسئولین فنی مربوطه و مهر و امضاء شده باشد.

8- تصویر یا رونوشت کارینی برگه بیهوشی (چارت) که توسط متخصص بیهوشی مهر و امضا شده باشد.

9- الصاق گزارش خدمات تخصصی مانند اکو-تست ورزش و ...

تنظیم اسناد بیماران تالاسمی

1- هزینه هر بیمار تالاسمی که دارای کارت هوشمند و یا ذکر کلمه خاص در دفترچه می باشد در لیست بیماران خاص ثبت می گردد.

2- در ثبت هزینه بیماران خاص نیاز به تفکیک صندوق های بیمه ای نمی باشد.

3- بابت هر بار تزریق دیسفرال در مرکز درمانی با احتساب کلیه لوازم (بجز آمپول) ۱۲K داخلی توسط سازمان تماما پرداخت شده و بیمار هزینه ای نمی دهد. در ردیف تزریق داخل وریدی دیسفرال درخواست شود.

4- بابت یک ماه تزریق دیسفرال در منزل با احتساب کلیه لوازم (بجز آمپول و پمپ) ۵۰K داخلی توسط سازمان تماما پرداخت شده و بیمار هزینه ای نمی دهد. در ردیف تزریق دیسفرال در منزل درخواست شود.

5- چنانچه آمپول DEFEROXAMINE MESYLATE از داروخانه بیمارستان در اختیار بیمار قرار گیرد بیمار هزینه ای پرداخت نکرده بلکه ۹۰٪ را سازمان بیمه و ۱۰٪ الباقی را وزارت بهداشت پرداخت می نماید. در ردیف دارو درخواست شود.

6- هزینه هر بار تزریق خون و کلیه لوازم (بجز فیلتر) ۳۸K داخلی توسط سازمان تماما پرداخت شده و بیمار هزینه ای نمی دهد و در ردیف تزریق خون ثبت و درخواست گردد. هزینه فیلتر نیز توسط سازمان پرداخت می شود و بیمار فرانشیزی نمی دهد و در ردیف فیلتر خون درخواست شود.

7- مواردی که در ردیف تزریق دیسفرال در منزل درخواست می شوند پزشک معالج می بایست در نسخه دوبرگی دفترچه تحت عنوان لوازم مصرفی ماهیانه دیسفرال در منزل درخواست نموده و مهر داروخانه داشته باشند و نیازی به ریز لوازم نمی باشد

8- مواردی که در ردیف فیلتر خون درخواست می شوند می بایست در سر برگ بیمارستان و با مهر معالج و داروخانه و الصاق به نسخ تزریق خون باشند.

9- هزینه پمپ دیسفرال در صورت خرید توسط بیمار و با ارائه فاکتور مربوطه از طرق خسارت متفرقه اداره کل با فرانشیز رایگان پرداخت می گردد .

10- هزینه بستری بابت عمل جراحی اسپلنکتومی در این بیماران بصورت رایگان می باشد .

11- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای مینور با ارجاع از سیستم مشاورین شبکه به آزمایشگاههای ژنتیک مشمول حذف فرانشیز است

تنظیم اسناد بیماران دیالیزی

1- هر بیمار دیالیزی که دارای کارت هوشمند و یا ذکر کلمه خاص در دفترچه می باشد در لیست بیماران خاص ثبت می گردد .

2- هر جلسه همودیالیز با احتساب کلیه لوازم (استات ۸۵ و بی کربنات ۹۲ (K) توسط سامان تماما پرداخت شده و بیمار هزینه ای

نمی پردازد. در ردیف دیالیز مزمن ثبت می گردد. خدمات درمانی دیالیز بیش از ۱۴ جلسه پرداخت نمی کند .

3- دیالیز صفاقی پس از تایید اداره کل (ثبت یکبار برای هر بیمه شده) به صورت گلوبال و با تمامی هزینه ها (معادل 100K جراحی) تماما توسط سازمان پرداخت می گردد در ردیف دیالیز صفاقی ثبت می گردد .

4- چنانچه اقلام دارویی در لیست ۳۰ قلم داروی بیماران خاص از داروخانه بیمارستان در اختیار بیمار قرار گیرد بیمار هزینه ای پرداخت نکرده بلکه ۱۰۰٪ هزینه را سازمان پرداخت می نماید در ردیف دیالیز ثبت گردد .

5- دیالیز در بیماران غیر خاص باید در لیست های جداگانه و به تفکیک صندوق (در بیمارستانها با لیست سر پایی) درخواست شوند .

6- در ثبت هزینه بیماران خاص نیاز به تفکیک بیمه ای نمی باشد .

7- داروی Eprex در همودیالیز سر پایی رایگان است .

8- داروی Eprex در موارد غیر همودیالیز سر پایی و بستری رایگان است .

9- داروی Venofer در موارد سر پایی و بستری رایگان است .

10- شالدون گذاری در موارد سر پایی رایگان است .

11- ست دیالیز (لوله رابط، سوزن و صافی دیالیز) در بیمارستانها و مراکز دیالیز علاوه بر تعرفه دیالیز مطابق تعرفه پرداخت می گردد .

تنظیم اسناد بیماران هموفیلی

1- هر بیمار هموفیلی که دارای کارت هوشمند و یا ذکر کلمه خاص در دفترچه می باشد در لیست بیماران خاص ثبت می گردد .

2- بابت هر نوبت تزریق فاکتور های انعقادی و یا تزریق پلازما با احتساب کلیه لوازم مصرفی ۳۲K داخلی محاسبه و ۱۰۰٪ مبلغ توسط سازمان پرداخت و برای بیماران رایگان است در ردیف تزریق فاکتور یا خون ثبت گردد .

3- بابت هر نوبت تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی بجز فیلتر ۳۲K داخلی و ۱۰۰٪ مبلغ توسط سازمان پرداخت و برای بیماران رایگان است. هزینه فیلتر نیز جداگانه و بصورت ۱۰۰٪ قابل پرداخت می باشد فیلتر خون در ردیف مربوطه ثبت گردد .

4- اقلام دارویی در لیست ۳۰ قلم داروی بیماران خاص در موارد سر پایی و بستری مشمول حذف فرانشیز می باشد

ضوابط خدمات پاراکینیک و سایر خدمات

خم طحالی کلونوسکوپی زیرخم زاویه طحالی برابر کد ۳۰-۴۵۳/1 K-جراحی) قابل محاسبه است .

ECT هر جلسه ECT معادل 10 K داخلی بابت انجام خدمت 15 K+ داخلی بابت ویزیت 4 K + بیهوشی قابل محاسبه است .

بیوشهی استخوان ۱۶-۳- انجام بیوشهی مغز استخوان به تنهایی معادل کد ۲۰-۲۰۲ برابر ۱/۴ K داخلی بابت یک و یا دو چشم قابل محاسبه است .

پریمتری پریمتری برابر ۳۰ K داخلی بابت یک و یا دو چشم قابل محاسبه است .

PRP PRP در یک دوره حداکثر شامل ۳ جلسه هر جلسه، ۶ واحد جراحی قابل محاسبه است (در صورت درخواست و نیاز جلسه چهارم نیز قابل پرداخت)

بار توانی خدمات بارتوانی قلب بابت هر جلسه 62 K داخلی به صورت گلوبال و حداکثر ۱۰ جلسه در تعهد بوده و مشمول K 2 علمی نمی باشد .

کبالت در کبالت تراپی علاوه بر هزینه شان و محاسبه فیزیک جهت اولین جلسه ۲۶ داخلی و از جلسه دوم بعد به ازاء هر 3 جلسه بمیزان **K 8** داخلی ویزیت محاسبه شود (۱۲۰-۰۱)

تالاسمی در تالاسمی ها : هر نوبت تزریق خون معادل ۳۸ واحد داخلی و تزریق وریدی دیسفرال در مرکز معادل ۱۲ واحد داخلی علاوه بر هزینه های فیلتر و آمپول قابل محاسبه اند. (کراس مچ و **Hb** همزمان محاسبه نشود)

هموفیلی هموفیلی ها : هر نوبت تزریق فاکتور با پلاسما معادل ۳۲ واحد داخلی محاسبه شود . (۱۲۳-۰۴۵)

بینایی پاکی متری و میدان بینایی معادل سونوگرافی چشم (**A**) اسکن یا **B** اسکن و **B** اسکن به تنهایی) و نوپوگرافی هر چشم معادل سونوگرافی چشم (**A**) اسکن و **B** اسکن هر دو باهم) در تعهد اند .

مانومتري مانومتري مری برابر کد ۲۰-۹۱ معادل ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود .

تنفسی اسپیرومتری ساده ۱۰/۵ ، بامصرف اسپری ۳۵ ، ارگواسپیرومتری ۷۲/۵ ، آستوگرافی ۱۲۵ ، بادی باکس پلتیسموگرافی ۳۰ و **DLCO** معادل ۳۰ واحد داخلی قابل محاسبه اند .

IVIG در محاسبه حق الزحمه **IVIG** از کدهای ۹۰۷-۸۰ بابت ساعت اول و ۹۰۷-۸۱ بابت ساعتهای بعدی استفاده شده و حداکثر **K ۳۰** بیشتر پرداخت نشود . (۲۷۰-۳۸) در مواردیکه هتلینگ پرداخت میشود هزینه انفوریون جداگانه پرداخت نمی شود .

(**EECP EECP**) توانبخشی گردش خون) در تعهد نمی باشد .

پواترابی کد ۹۶۹-۱۲ (پواترابی **P.U.V.A**) بابت هر جلسه ۲۱/۰۰۰ ریال + ۲/۳ واحد داخلی (کد ۹۶۹-۱۲) محاسبه شود . (۱۳۲-۱۰) و (۱۲۳-۴۲)

الکترونیستاکموگرافی باهمه هزینه ها بطور گلوبال ۴۵ واحد داخلی محاسبه شود . (۱۲۳-۱۴)

فتو - تعرفه محاسبه فتوترابی در هر ۲۴ ساعت ۱۱/۰۰۰ ریال است . (۱۰۵-۱۹)

BRAIN - برین مپینگ ۵۰ واحد داخلی محاسبه شود (۱۲۳-۲۳)

پرمتري پریمتری اتوماتیک بابت هر دو چشم ۳۰ واحد داخلی محاسبه شوند . (۱۲۳-۲۲) و (۲۷۰-۱۴)

هوش تست ارزیابی شخصیت معادل 38 واحد داخلی و هوش معادل ۲۸ کای داخلی و توام باهم ۶۶ واحد داخلی جهت بیماران روانی در تعهد میباشد . (۱۲۳-۲۷)

هزینه بنت (براساس کدهای 56 و 57-946) و مانیتورینگ (براساس کدهای 77 الی 58-946) بجز بخش های ویژه و اتاق عمل در سایر بخشها باتائید نماینده قابلا مجاسبه است. (40-123)

رژمی نحوه محاسبه رژیم اسکن: یک روز اقامت + ۸۶ پرستاری + ۲۰ واحد داخلی بابت ویزیت اول ۲ واحد جراحی بابت کد 50-542+50% اطاقا عمل (41-123)

یورو تعرفه یورو دیتامیک: کد 89-88-517 برابر ۳/۵ واحد داخلی بابت EMG باسیستومتر و گرام و یوروفلومتری (بابت هرلید اضافی ۱/۵ واحد جراحی اضافه شود). بررسی فشار تخلیه مثانه کد 30 و ۲۹+۵۱۷ بابت V.P باسیستومتر و گرام. (36-270)

کانترون - درمان باکانترون معادل ۷۰ شان مرکب محاسبه گردد. (07-123)

ذکر روش در اعمال پاراکلینیک اگر روش و یانوع قید نگردد حداقل تعرفه محاسبه شود. (08-104)

PDT فتوداینامیک تراپی (PDT) در تعهد نمی باشد. (47-800)

اینومتری اندازه گیری بنز داخل چشمی توسط دستگاه ابلومتری (IOLM) در تعهد نمی باشد.

OCT استفاده از دستگاه OCT برای تشخیص گلوکوم وضخامت شبکیه در تعهد نمی باشد.

گونئوسکوپری رفرکشن و گونئوسکوپری جزو معاینات روتین چشم پزشکی بوده و هزینه آن در حق ویزیت لحاظ شده است.

اکوجشم اکوگرافی چشم براساس تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی قابل پرداخت است. تست دید ۱۶-۳۱- تست دید رنگ اگر دستگاه صورت گیرد قابل پرداخت است در غیر اینصورت پرداخت نمی شود.

CMG CMG سیستومتر و گرام براساس کد 517-25 تا 33-517 کتاب کالیفرنیا پرداخت می شود.

NCV هزینه امواج H و F در NCV و تعداد اعصاب: یک اندام حداکثر ۶ عصب + ۲ موج F، دو اندام حداکثر ۹ عصب + ۲ موج H + 4 موج F، سه اندام حداکثر ۱۴ عصب + ۲ موج H + 5 موج F چهار اندام حداکثر ۱۶ عصب + ۲ موج H + 6 موج F هر عصب معادل ۶ واحد داخلی و هر موج H و یا F برابر ۳/۶ واحد داخلی می باشد.

NCV فاشیا جهت NCV اعصاب فاشیای دو طرفی همراه بارفلکس پلک زدن و EMG عضلات صورت حداکثر ۴۰ واحد داخلی است تعرفه های مذکور شامل کلیه هزینه های تست، تفسیر و ارائه نتیجه است.

EMG الکترومیوگرافی : **EMG** یک اندم ۵۰ واحد داخلی دو اندام ۵۳ واحد داخلی، سه اندام ۵۹ واحد داخلی و چهار اندام 5/63 واحد داخلی است .

EEG EEG الکتروآنسفالوگرافی بصورت گلوبال معادل ۴۴ واحد داخلی پرداخت می گردد .

خدمات پایه انجام خدمات پایه در **ICU** و **NICU** به عهده پزشک مقیم بوده که در ۳۰٪ تخت روز لحاظ شده است و جداگانه پرداخت نمی گردد مانند سونده معده ، سوندا دراری ، لوله تراشه و

رادیوترایی پرداخت هزینه شانهای مختلف رادیوترایی بادر نظر گرفتن جدول اعلام شده براساس حداکثر شان قابل محاسبه است و تومورهای نادر و خارج از لیست فوق مطابق نظر رادیوتراییست می باشد .

اسپیرومتری انجام اسپیرمتری توسط متخصص بیهوشی فقط به منظور بررسی عملکرد ریوی بیماران قبل ، حین و بعد از عمل جراحی قابل قبول است .

بروتکوسکوپی برونکوسکوپی تشخیصی همراه بانمونه برداری برابر کد ۲۵-۳۱۵ معادل ۵/۴ واحد جراحی قابل پرداخت است کرایوترایی ۱۶-۴۲- کرایوترایی براساس ۴۰-۱۷۳ حداکثر تاسقف ۵ واحد قابل پرداخت است .

آسپیراسیون تعرفه آسپیراستون مغز استخوان بصورت منفرد و یا توام با بیوپسی و مغز استخوان برابر ۱/۴ واحد جراحی قابل محاسبه است .

تست خواب تست های خواب در تعهد نمی باشد .

RFA خدمت **RFA** رادیوفرکوئنسی ایلش که برای تومورها با اشعه متمکز استفاده می شود در تعهد نمی باشد

کاپیلاروسکوپی کاپیلاروسکوپی -46-16 کاپیلاروسکوپی (روش تشخیصی جهت مویرگهای انتهایی اندامها) در تعهد نمی باشد .

انفوزیون- انفوزیون (توزریق آهسته مایعات درمانی با سرم درمانی) به جز خون کدهای ۸۱ و ۸۰-۹۰۷ بوده و تزریقات درمانی و ریدی جزء کدهای انفوزیون نمی باشند .

پانسمان - خدمات پیراپزشکی مانند گفتاردرمانی ، کاردرمانی ، گروه درمانی و..... در تعهد نمی باشد .

اندوسکوپی اندوسکوپی گوارش بایبیهوشی در موارد خاص باتایید پزشک معتمد و شورای فنی قابل پرداخت است .

استروئوسکوپی استروئوسکوپی برابر کد ۷۹-۳۱۵ معادل ۲ واحد جراحی و ۶ واحد بیهوشی قابل پرداخت است .

PH متری **PH** متری بابت طولانی طولانی برابر کد ۳۳-۹۱۰ (حداقل ۲۴ ساعت) معادل ۷۲/۵ واحد داخلی است .

TREMOR خدمت **TREMOR STUDY** در حین انجام **EMG** بوده و همزمان جداگانه پرداخت نمی گردد و در صورت عدم درخواست **EMG** می توان معادل آن پرداخت نمود .

گامانایف گامانایف در تعهد نمی باشد . (۴۱-۸۰۰)

CPR هزینه **CPR** توسط پزشک عمومی پرداخت نمی باشد .

لیزر تراپی لیزر تراپی بیماریها مانند آسم ، آرتروز ، وزوز گوش و در تعهد نمی باشد .

گچ در موارد سرپائی در اورژانس : پانسمان مطابق کد ۳۰-۹۰۰ و نیز بخیه و گچ گیری بر اساس کدهای کالیفرنیا قابل محاسبه اند (گاز ، باند ، دستکش، نخ بخیه ، ویبریل ، گچ حسب ضوابط محاسبه شوند) .

دندان پزشکی

حداکثر در پیوند لثه طی یسک جلسه حداکثر ۳۰۰K دندانپزشکی محاسبه شود. (۰۱-۲۴۰)

جرم گیری نواحی ایی که ژنژیوکتومی یا فلپ شده اند جرم گیری همزمان قابل محاسبه نیست (۰۳-۲۴۰) جرم گیری زیر لثه و بالای لثه در یک جلسه در تعهد است (۰۸-۲۴۰) جرم گیری در زیر لثه در سن کمتر از 12 سال در تعهد نمی باشد . (۰۹-۲۴۰)

عقل اگر جراحی یا خروج دندان عقل در بیمارستان و تحت بیهوشی عمومی انجام گردد میتوان بابت بیهوشی زمان + ۵ K بیهوشی محاسبه نمود. (۰۴-۲۴۰)

نوبت و جراحی در اعمال دندانپزشکی (بجز درخواست دارو + ویزیت +رادیوگرافی) میتوان ۱۰ واحد دندانپزشکی رابعنوان طرح درمان محاسبه نمود به شرطی که مبلغ کل خدمت از تعرفه ویزیت عمومی بخش خصوصی (تعرفه سال ۸۴=۱۴۲۰۰ ریال است) کمتر باشد . (۰۵-۲۴۰)

نوبت و جراحی حداکثر یک نوبت جراحی لثه بر روی یک قسمت و در یک جلسه قابل مجاسبه می باشد . (۰۶-۲۴۰)

خدمت همزمان در انجام همزمان خدمت و ویزیت علی یک جلسه اگر سهم سازمان از خدمت ارائه شده از سهم سازمان دوویزیت بیشتر نباشد . هم ویزیت و هم خدمت محاسبه مس شود و در غیر اینصورت ویزیت جذب می گردد . (۱۱-۲۴۰)

تعداد EXT حداکثر در یک جلسه فقط کشیدن سه دندان در تعهد می باشد. (۲۴۰-۰۷) در صورت کشیدن بیش از سه دندانهای خلفی و سپس قدامی براساس بالاترین واحد محاسبه گردد.

ریشه دندان کشیدن ریشه دندان معادل کشیدن همان محاسبه گردد (به شرطی که نیاز به جراحی نباشد) (۲۴۰-۰۷)

متخصصی - تعرفه خدماتی که توسط متخصصین دندانپزشکی انجام می گیرد ۵۰٪ بیسشتر از عمومی محاسبه شود. (۷۰-۲۴۰)

پروتز فک - کارگذاری پروتز کامل فک به دلیل تحلیل استخوان مربوطه باتایید پزشک معتمد اداره کل در تعهد است.

اطفال - درمانهای دندانپزشکی برای اطفال (زیر ۱۲ سال) ۳۰٪ اضافه بر تعرفه بزرگسالان است.

فلپ - اگر در یک جلسه و در یک نسخه، ژنژیوکتومی و فلپ هر دو قید شود فقط یک عمل قابل پرداخت است.

- پیوند لثه - محاسبه پیوند لثه فقط در صورت انجام توسط متخصص لثه (پریودنتیست) و با جراح فک مقذور است (07-240)

روسنایی - کشیدن دندان / جرم گیری / نسخه دارویی / ویزیت دندان پزشک و گرافی در صندوق روشنایی در تعهد نمی باشد.

(10-240)

K 2 هیئت علمی

انتفاعی ویزیت اعضای هیئت علمی چنانچه به طور تمام وقت در مراکز دانشگاهی فعالیت داشته و فعالیت درمانی انتفاعی خارج نداشته باشند براساس مبالغ اعلام شده ویزیت هیئت علمی سرپائی محاسبه می گردد.

ضرایب ضرایب داخلی جراحی و بیهوشی در زمان بستری چنانچه مستقیماً خدمت توسط اعضای هیئت علمی انجام شده باشند قابل محاسبه به صورت **K 2** می باشند. (۱۷-۱۰۰)

دستخط اگر شرح عمل یا ویزیت روزانه را پزشک غیر دوکابنویسید ولی پزشک **K 2** انجام دهنده خدمت مهر و امضاء نماید محاسبه بلامانع است. اما در اسناد سرپایی الزاماً تطبیق دستخط لازم است. (۲۸-۱۰۰) (استثناء در خصوص متخصصین بیهوشی اگر حضور داشته باشند ولی خدمتی را مستقیماً انجام ندهند و مدارک مربوط را مهر و امضای نمایند **K 2** پرداخت می شود.

پزشکی قانونی به متخصصین پزشکی قانونی **K 2** تعلق نمی گیرد. (۲۹-۱۰۰)

بیهوشی پرداخت **K 2** هیئت علمی به متخصصین بیهوشی به شرط حضور و مهر و امضاء اسناد توسط متخصصین مربوط قابل پرداخت سات .

سنگ شکنی به تعرفه سنگ شکنی کلیه **K 2** تعلق نمی گیرد .

کلینیک ویژه - پزشکان شاغل در کلینیک ویژه دانشگاه مشمول **K 2** نمی باشند .

دندانپزشک به دندانپزشکان متخصص جراحی فک و صورت در مورد اعمال جراحی که مبتنی بر کتاب کالیفرنیا باشد **K 2** تعلق می گیرد .

فرانشیز - پرداخت فرانشیز توسط بیماران براساس **K 1** بوده و فرانشیز **K** اضافی بعنوان تخفیف دانشگاهها است .

اتاق عمل - مبنای محاسبه هزینه استهلاک اتاق عمل براساس ۵۰٪ هزینه **K 1** می باشد .

بازتوانی - ضریب **K** بابت تعرفه بازتوانی قلب پرداخت نمی شود .

K 2 - دراعمال گلوبال در صورتیکه جراح ، بیهوشی ، پزشک معالج و مشاور **K 2** باشند برابر هزینه از ریز خدمات گلوبال به سر جمع آن افزوده می شود (توجه فرمائید به هیچ وجه از کدهای کتاب کالیفرنیا استفاده نشود) .

نوزاد - ویزیت نوزادان دراعمال سزارین و زایمان طبیعی چنانچه توسط پزشک **K 2** صورت گیرد پرداخت آن بلامانع است . (هزینه آن از ریز سر فصل گلوبال بایستی محاسبه شود) .

ویترکتومی - ویترکتومی اگر براساس **K 100** (و **K 80** با دکولمان و یا بدون دکولمان) پرداخت گردد مشمول **K 2** نمی شود ولی چنانچه ملاک محاسبه بر اساس کتاب کالیفرنیا باشد پرداخت **K 2** بلامانع است .

مدارک بیمه ای مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه

(پس از دستور بستری)

صندوق کارمندان - کپی صفحه عکسدار دفتر چه معتبر بیمار توجیه : سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد

صندوق خویش فرما- : کپی صفحه عکس دار دفتر چه معتبر بیمار (شروع اعتبار دفترچه از یکسال قبل از اتمام اعتبار ثبت شده بر روی دفتر چه محاسبه شود) توجیه : سن کمتر از ۲سال نیاز به عکس ندارد

صندوق سایر اقشار - کپی صفحه عکس دار دفتر چه معتبر بیمار توجیه : سن کمتر از ۲سال نیاز به عکس ندارد

صندوق روستائی - کپی صفحه عکسدار دفترچه روستائی معتبر (بالابین ۷ سال عکس دار باشد) تمامی روستایی تا پایان 85 معتبرانند)

مراکز درمانی طرف قرارداد درصندوق های مختلف بیمه ای

صندوق کارمندان : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح ، خصوصی و خیریه طرف قرارداد (کلیه مراکز طرف قرارداد)

صندوق سایر اقشار : مراکز دانشگاهی، تامین اجتماعی ، نیرومسلح ، خصوصی و خیریه به طرف قرارداد (۰۰۵-۶۴) کلیه مراکز طرف قرارداد صندوق خویش فرما: مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی ، نیروهای مسلح و مراکز (کلیه مراکز طرف قرارداد)

صندوق روستائیان : مراکز دانشگاهی ، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح و تعدادی از مراکز خصوصی طرف قرارداد

(منظور از مراکز دانشگاهی بیمارستان تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی ایران شهید بهشتی و تهران می باشند)

- صندوق کارمندان

1- فرزند چهارم و به بعد

جهت فرزند چهارم کارمندان مرد تا قبل از یک ماهگی می توان با برگ پرداخت حق بیمه معرفینامه صادر نمود اما بعد از سن یک ماهگی الزماً میبایست دفترچه مستقل داشته باشد و (۰۰۵-۰۰۵)

2- اعتبار دفترچه فرزندان

جهت فرزند چهارم و به بعد الزماً میبایست تاریخ اعتبار داشته باشد جهت فرزند اول / دوم و سوم کارمندان مرد میتوان دفترچه مستقل و با تأیید واحد بیمه گری معرفینامه صادر نمود (۰۰۵-۰۰۸)

3- کارمندان

جهت فرزندان بدون دفترچه کارمند زن تنها باتأیید اداره بیمه گری مبنی برکسر حق بیمه میتوانم معرفینامه صادر نمود.
(08-005)

4- فوت نوزاد

در صورتی که نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید باتعهد پرداخت سرانه و تأیید اداره بیمه گری معرفینامه صادر شود-34).
005)

5- سرباز

اگر فرد قبل از ۱۸ سالگی تحت پوشش بیمه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش میباشد.(۳۵-۰۰۵)

6- زندانی

اگر قبل از حبس تحت پوشش بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش میباشد.(۴۶-۰۰۵)

7- اتمام اعتبار

در تمامی مواقعی که دفترچه تاریخ اعتبار دارد توجه به تاریخ الزامی است (۵۱-۰۰۵)

8- زایمان

درمراجعه بیماری بانسبت فرزند جهت زایمان قبل از صدور معرفینامه تأیید اداره بیمه گری الزامی است.(۵۲-۰۰۵) اگر زائو مطلقه باشد باکپی صفحه اول و دوم شناسنامه نیاز به تأیید بیمه گری ندارد .

9- فرزند برزگسال ذکور

چنانچه بانسبت فرزند بیمه شده سن بالای بیست سال داشته باشد الزاماً میبایست تاریخ اتمام اعتبار دفترچه داشته باشد .

10- اتمام اوراق دفترچه

در دفترچه های صادره از شهرستانها که اوراق دفترچه شان تمام میشود الزاماً جهت ارائه خدمات مورد نیاز به برگ دفترچه می بایست دفترچه جدید از اداره بیمه مربوط به شهر خود تهیه نمایند (73-005).

11- نوزاد و خدمت سرپایی

نوزاد تا سن یک ماهگی می تواند بادفترچه مادر خدمت سرپایی بگیرد . (۷۵-۰۰۵)

- صندوق خویش فرما

1- شروع بستری

اگر بیمار قبل از تاریخ شروع بیمه بستری باشد می توان از تاریخ شروع بیمه جهت بیمار معرفی نامه صادر نمود-74).
005)

2- نوزاد

اگر والدین دارای بیمه خویش فرما باشند جهت نوزاد در صندوق خویش فرما پس از واریز حق بیمه گری میتوان معرفی نامه صادر نمود (در صورت عدم توان مالی سرپرست با تایید مددکاری بیمارستان چنانچه نوزاد فوت شده باشد میتوان از بیمه بستری شهری استفاده کرد). (۰۰۵-۰۸)

3- زیر ۱۸ سال

فرزندان زیر ۱۸ سال اجباراً تحت پوشش بیمه سرپرست خانواده قرار دارند. (۰۰۵-۲۸)

4- بالای ۱۸ سال

فرزندان اناث تا ازدواج و فرزندان ذکور تا ۲۵ سالگی می توانند تحت پوشش سرپرست باقی بمانند (۰۰۵-۲۸)

5- خاص

بیماران خاص می توانید تک نفره بیمه خویش فرما خاص شوند. (۰۰۵-۲۹)

6- سربار

فرزند ذکور اگر قبل از سربازی دفترچه را اخذ کرده است تا پایان اعتبار می تواند تحت پوشش خویش فرما باقی بماند .
(35-005)

7- زندانی

اگر بیمار قبل از حبس دارای دفترچه خویش فرما معتبر بوده تا پایان اعتبار دفترچه می تواند (۰۵-۴۶)

8- زایمان

زایمان باوابستگی سرپرست تنها اگر تاریخ ازدواج قبل از شروع بیمه باشد تحت پوشش نبوده و می بایست به بیمه گری هدایت شود. در غیر این حالت صدور معرفی نامه بلامانع می باشد. (۰۰۵-۵۲)

9- واریز وجه

هزینه های بستری بیمه شدگان خویش فرما دارای دفترچه از زمان تاریخ واریزی وجه مورد قبول است .

- صندوق سایر اقشار

1- نوزاد

صدور معرفی نامه در صندوق سایر اقشار جهت نوزادی که والدین دارای دفترچه سایر اقشار میباشند منوط به ارائه برگه تعهد گزار میباشد. (۰۰۵-۰۷) (در خدمات سرپایی تایک ماهگی نوزاد می تواند از دفترچه مادر استفاده نماید. (۰۰۵-۷۵)

2- فوت نوزاد

اگر نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید و والدین دارای دفترچه سایر اقشار باشند با تعهد بیمه گزار و تایید بیمه گری می توان معرفی نامه صادر نمود. (۰۰۵-۳۴)

3- سرباز

اگر در قبل سربازی فرد دفترچه سایر اقشار معتبر داشته است تا پایان اعتبار دفترچه می تواند تحت پوشش باشد-34) .
(005 صرفاً سربازی مامور در سایر دستگاهها و ادارات بامجوز سازمان ، دفترچه سایر اقشار دارند .

4- زایمان

مراجعه بیمار زایمان بانسبت فرزند الزما قبل از صدور معرفی نامه تائید یه به اداره بیمه گری اخذ گردد (۰۰۵-۵۲)

5- حمایتی

دفاتر حمایتی در صندوق سایر اقشار قرار دارند. (۰۰۵-۰۱)

6- تحت تکفل سرباز

سرباز با نسبت سرپرست در زمان سربازی نمی تواند خود و عاقله تحت تکفل خود را بیمه نماید. (۴۹-۰۰۵)

7- اعتبار

تمامی دفاتر سایر اقشار دارای تاریخ اعتبار درج شده در دفترچه میباشد و دفاتر آنها براساس تاریخ اعتبار ثبت شده معتبر می باشد (در صورت عدم درج اعتبار به اداره بیمه گری ارجاع شوند). (۷۶-۰۰۵)

8- زندانی اگر قبل از حبس دارای دفترچه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش است .

صندوق روستائیان

1- کارت های بیمه روستایی

کارت های روستائیان معتبر نمی باشند. (۷۱-۰۰۵)

2- فاقد دفترچه

روستائینی که هنوز دفترچه تحویل نگرفته اند اگر نامه از مرکز استان داشته باشند می توانند از خدمات بستری استفاده نمایند (۷۷-۰۰۵).

3- محصل

برای محصلین که در شهر در حال تحصیل بوده و دفترچه روستائی دارند رعایت سیستم ارجاع الزامی نمی باشد. (۱۳-۰۰۵)

4- دیالیز - شیمی درمانی

در درمان های مستمری مانند دیالیز ، شیمی درمانی ، یک برگ ارجاع اولیه بابت یکسال کافی است. (۱۴-۰۰۵)

5- فوت نوزاد

در فوت نوزاد زیر یک ماهگی صدور معرفی نامه بای دفترچه والدین بلامانع است به شرطی که نوزاد فرزند چهارم و به بعد نباشد. (۳۴-۰۰۵) در غیر این صورت می بایست پس از تأیید اداره بیمه گری مبنی بر پرداخت یکماه حق سرانه معرفی نامه صادر نمود .

6- نوزاد

نوزاد روستائی تا یک ماه میتواند از دفترچه روستائی مادر جهت خدمات سرپایی و بستری استفاده نماید . (۰۰۵-۷۵) کپی دفترچه مادر + کپی ولادت ضمیمه شود .)

7- خارج از مرکز درمانی در همان استان

دفترچه روستائی جهت خدمات در خارج از مراکز درمانی در صورت تائید ناظر و مراجعه به مراکز دانشگاهی معتبر است .
(17-005)

8- عکسدار

دفترچه های روستائیان بالای هفت سال می بایست عکس دار باشند (۰۰۵-۴۲)

9- زندان

دفاتر روستائی در زمان زندانی بودن معتبر نمی باشد (۰۰۵-۴۶)

10- استاد تهران

دفترچه های صادره از استان تهران جهت استفاده از خدمات بستری در تهران و شهرستانها نیاز به نامه ارجاع ندارند و جهت خدمات سطح یک و سطح دوسرپایی پس از تائید نماینده ناظر و انضمام مهر یا نامه بهداشت بلامانع است .

12- سرباز

سربازان در تعهد بیمه روستائیان نمی باشد (۰۰۵-۵۳)

13- اعتبار دفاتر روستائی

تمامی دفترچه های روستائی تا پایان آخرین نسخه دفترچه معتبر می باشند (حتی مواردی که از تاریخ ثبت شده بر روی دفترچه گذشته باشد)

(71-005)

14- مهر ناظر

جهت استفاده از وراق دفترچه روستایی الزماً میبایست ناظرین براساس ضوابط پشت برگه مورد نیاز راممهور نمایند-71) .
005)

15- خدمات تخصصی (سطح دو)

باتکمیل فرم ارجاع دردفترچه های بیمه روستائیان توسط پزشک خانوار می توانند بدون معرفینامه از استان مبدا به پزشکان متخصص طرف قرارداد مراجعه نمایند .

16- ارجاع

بادستور بستری نیاز به ارجاع نبوده و جهت خدمات سرپایی فرم ارجاع با کد خانوار می باشد .

17- تولد نوزاد خارج از بیمارستان

نوزادنی که در بیمارستان به دنیا نیامده باشند گواهی ولادت با تایید خانه بهداشت و شورای اسلامی روستا برای صدور معرفی نامه نیاز است .

26 نکات مهم :

1- اوراق دفترچه

جهت دفترچه های شهرستانها که در تهران اوراق شان تمام میشود برگه معرفی نامه به انضمام کپی صفحه اول دفترچه صادر گردد تابیمار از بیمه جهت اقدامات بستری استفاده نماید . (۰۰۵-۰۴)

2- فوت نوزاد

فوت نوزاد بعد از یک ماهگی: در تمامی صندوق ها مدارک بیمه ای مستقل از والدین ضمیمه شود . (۰۰۵-۳۴)

3- سرباز

سربازان و عائله تحت تکفل آنان) همسر و فرزندان (تحت پوشش نیروهای مسلح بوده و نمیتوانند از بیمه خدمات درمانی استفاده نمایند(موارد استثناء در هر صندوق ذکر شده است)

4- دانش آموزی

حوادث دانش آموزی از تعهد تمامی صندوق ها خارج است . (۰۰۵-۴۴)

5- فرزند چهارم

فرزند چهارم وبه بعد تمامی صندوق ها اگر بیمه دیگری ندارند می توانند بستری شهری بشوند و همچنین فرزند چهارم سایر سازمانهای بیمه ای که از خدمات بیمه ای بر خوردار نیستند. (۵۳-۰۰۵)

6- گلوله

مصدومین باگلوله درصورت ارائه گزارش پلیس مبنی بر مجرم نبودن مصدوم و ناشناس بودن ضارب باتایید شورای فنی در تعهد می باشند (۰۲-۰۱۰) (تنها در موارد در گیری بین پلیس و اشرار)

7- تاریخ اتمام اعتبار دفترچه ها

کلیه دفاتر بیمه صندوق های خویش فرما/کارمندی/ سایر اقشار بابت خدماتی نظیر تأیید نسخ / انجام فیز تراپی / انجام اعمال پارکلینیک / محاسبه خدمات بستری تا قبل از تاریخ اتمام اعتبار دفترچه قابل محاسبه میباشد. (۵۱-۰۰۵)

8- مشکوک به تصادفات و ضرب و جرح

در موارد تصادفات و یا ضرب و جرح که علت در پرونده تروما ذکر شده است مجرز شدن برای نماینده مالک عمل در صدور و یا عدم صدور معرفی نامه می باشد. (۵۶-۸۰۰)

9- اقدام به خود کشی

هزینه درمان در اقدام به خود کشی در تعهد میباشد. (۳۸-۰۰۵)

10- حادثه

بجز در موارد تصادفات اگر حادثه اتفاقی بوده و حین انجام کار نباشد و مصدوم تحت پوشش بیمه های دانش آموزی / ورزشکاران / مسافرین / قانون کار نباشد و در تعهد میباشد و (۳۶-۰۰۵)

11- عوارض درمان نازایی

عوارضی مانند آسیت و ... که در اثر درمان نازایی (با روش هایی مانند I.V.F) پدید می آیند در تعهد هستند- (22).
007)

12- اعتبار دستی

برخی از استانها با استفاده از مهر دستی اقدام به تمدید اعتبار دفاتر درمانی می نمایند که مغایر با ضوابط بوده و صدور معرفی نامه یا پذیرش نسخ امکان پذیر نمی باشد .

13- نوزادان - سرپایی

کلیه نوزادان که فاقد دفترچه درمانی هستند تا یکماه پس از تولد میتواند جهت اخذ خدمات سرپایی از دفترچه مادر استفاده نمایند .

عدم تعهدات ببخشنامه ای در صدور معرفینامه

1- عورض پیوند تا ۳ ماه بعد از عمل

جهت درمان های جراحی پس از پیوند کلیه (معرفی نامه صادر نمی گردد . (۱۰۹-۳۴)

2- لیزیک و اعمال رفرکتیوسرجری

لیزیک ، RK لیزری ، آگزامرلیزر ، کراتوملیوسیسیس ، کراتوپلاستی انکاساری ، کراتوتومی رادیال در تعهد نمی باشند-01) .
800)

3- IVF و)

IVF و GIFT ، ZIFT ، میکروانژکسیون در تعهد نمی باشند . (۸۰۰-۰۲) (در درمانهای مربوط به باروری و یا ناتوانی جنسی تنها هزینه های گران قیمتی مانند ZIFT / IVF / ... و همچنین درمانهای جدید در تعهد نیستند و مابقی در تعهد اند .
) ۰۰۷-۲۹

4- لیپوساکشن و ...)

آبدومینوپلاستی ، لیپ کتومی و لیپوساکشن در تعهد نمی باشند . (۸۰۰-۰۳)

5- اعتیاد

ترک اعتیاد تحت هیچ شرایطی (حتی جهت بیماران روانی بصورت بستری در بیمارستان در تعهد نمی باشد . (۸۰۰-۴۴)

6- قانون کار

حوادث مشمول تعهدات قانون کار از تعهد بیمه خارج می باشد . (۸۰۰-۰۷)

7- T.L

T.L وواز کتومی درتعهد نمی باشند (۳۱-۸۰۰) دربرخی موارد خاص طبق بخشنامه عمل شود .

8- ادامه درمان نزاع

ادامه درمان درموارد ضرب و جرح و نزاع درتعهد نمی باشند . (۴۲-۸۰۰)

9- تصادفات

هزینه درمانهای اولیه و همچنین هزینه درمانهای بعدی (ادامه درمان) درتصادفات درتمامی حالتهاى ممکنه (ثالث / با نقصر و یا متواری /....) از ابتدای سال ۸۴ از تعهد بیمه خارج شده اند . (۵۴-۸۰۰) (اگر تصادفات درقبل از سال ۱۳۸۴ بوقوع پیوسته باشد و در نوبت اول درمان معرفی نامه صادر نمود . (۵۷-۸۰۰)

10- مجروحیت افراد شرور دردرگیری با پلیس

صدور معرفینامه جهت فرد شرور درتمامی صندوق ها خارج از تعهد میباشد . (۵۸-۰۰۵)

11- چشم

هزینه ها درمانی و پروتز درمانی و پروتز مصرفی درعمل جراحی رفع عیوب انکساری چشم درتعهد قرارندارد .

12- پروستات

مایکرو و یوترموتراپی پروستات درتعهد بیمه نمی باشد .

13- عروق کرونر

لیزرتراپی عروق کرونر درتعهد نمی باشد .

14- نزاع

ضرب و جرح و نزاع درتعهد نمی باشد (۳۸-۸۰۰) اگر نزاع بین اقوام درجه یک و خانوادگی باشد و ضارب سن کمتر از ۱۸ سال داشته باشند و شاکى هم نداشته باشد می توان معرفی نامه صادر کرد . (۵۸-۸۰۰) (اگر مصدوم توسط ضارب ناشناس و متواری صدمه دیده باشد با گواهی کلاتتری و پس از تأیید شورای فنی می توان معرفی نامه صادر کرد . (۵۲-۸۰۰) هزینه ضرب و جرح زوجین درتعهد قرارداد ایجاد ضرب و جرح توسط بیماران روانی به شرط احراز بیماری ضارب توسط پزشک قانونی پرداخت است .

عدم تعهدات کلی سازمان

1- زیبایی

خدمات فوق تخصصی مانند زیبایی

2- پیوند

پیوند دست و پاوانگشت (بجز وارد اورژانس) / پیوند مغز استخوان / پیوند کبد / پیوند ریه / پیوند قلب .

3- مفاصل

تعویض مفصل بجز موارد عفونت و شکستگی .

4- اسکولیوز

اسکولیوز بجز در سن کمتر از ۲۵ سالگی

5- گوش

کاشت حلزون شنوایی .

6- مثاله

اسفنکتر مصنوعی مثاله .

7- نازایی

برخی اعمال نمرایی (طبق بخشنامه ها)

8- حوادث کار

حوادث ناشی از کار

29- حسابداری اسناد / سهم سازمان / فرانشیز

1- فرانشیز در ویزیت تمام وقت جغرافیایی سرپایی براساس ویزیت‌های معمولی میباشد. (۱۶-۰۰۷)

2- ما به التفاوت فرانشیز ۲ K با فرانشیز معمول بعنوان بخشودگی بوده و توسط وزارت بهداشت به بیمارستان پرداخت می‌گردد (100-13) .

3- شیمی درمانی و سنگ شکن اصولاً بصورت سرپایی محاسبه می‌شود. مگر انجام این در زمان بستری که تابع صندوق مربوطه میباشد. (۰۰۷-۰۴)

4- دیالیز سرپایی در نوع خاص در تمامی صندوقهای (سهم سازمان) محاسبه میگردد. (۰۰۷-۱۵) به بخشنامه های بماران خاص توجه شود .

5- سهم سازمان در صندوق بستری شهری (فقط اسناد بستری دارد) ۹۰٪ می یابد

6- سهم سازمان در صندوقهای کارمندی / سایر اقشار و روستایی (در اسناد بستری ۹۰٪ میباشد .

7- سهم سازمان در صندوقهای کارمندی / سایر اقشار و روستایی (در اسناد بستری) ۹۰٪ میباشد . (۰۰۷-۲۱)

8- سهم سازمان در خدمات سرپایی (بجز ویزیت و بجز مواردی که بخشنامه خاص دارند) ۷۰٪ میباشد . (بستری شهری سند سرپایی ندارد) (۰۰۷-۲۱)

9- سهم سازمان در ویزیت سرپایی تابع بخشنامه های خاص سالبانه میباشد . (۰۰۷-۱۶)

10- تعديلات در خدمات سرپایی و بستری از سهم سازمان درخواستی کسر گردد . که از مبلغ کل درخواستی . (۰۰۷-۱۹)

11- فرانشیز در مراکز جراحی محدود برابر مراکز بستری است (۰۰۷-۰۹)

12- دیالیز سرپایی در دفتر چه های که کلمه خاص ندارند محاسبه شوند .

(15-007) به بخشنامه های بیماران خاص توجه شود .

13- در اسناد بیمارستان اگر پرونده ایی باتاریخ ترخیص خارج آن ماه وجود داشته باشد : در نوبت اول تذکر و در نوبت های بعد کسر گردد. (۰۰۷-۲۰)

14- مراکز خیریه و خصوصی طرف قرارداد میتوانند مابه التفاوت تعرفه خصوصی و دولتی را در موارد آزمایش / رادیولوژی / تحریوز از بیمه اخذ نمایند . (۰۰۵-۴۳)

15- مراکز وابسته به تامین اجتماعی / بنیاد شهید / جانبازان / هلال احمر / جهاد دانشگاهی تابع تعرفه دولتی میباشد. (۰۰۵-۵۷)

16- مراکز وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تابع تعرفه خصوصی میباشند. (۵۷-۰۰۵)

*17- ویزیت در مراکز خصوصی طرف قرارداد براساس ویزیت بخش خصوصی محاسبه گردد(۰۶-۲۲۰)

18- اگر علت بستری بیماری فقط انجام شیمی درمانی باشد سهم سازمان ۷۰٪ بوده و کل سند در لیست اسناد سرپایی درخواست شود. (حتی اگر تخت روز داشته باشد)(۲۸-۰۰۷)

منابع :

* قوانین و دستورالعمل های مربوط به سازمانهای بیمه گر