

آخرین ضوابط و قوانین

اجرائی سازمانهای بیمه گر

مقدمه:

مدیریت هوشمند و پویا با استفاده صحیح از امکانات و منابع موجود می‌تواند حرکت رو به جلو مراکز را هدایت نموده و از عوامل خطر ساز ایمن نگه داشته و در مواقع خطیر راه حل‌های مناسب را ارائه نماید. یکی از عوامل خطر ساز اتلاف منابع مالی حاصل از کارکرد به علت مشکلات موجود در ثبت و تنظیم و نحوه ارسال اسناد مالی خدمات ارائه گردیده بوده که خود را به صورت کسورات بیمه‌ای نشان می‌دهد و باعث می‌شود نه تنها منابع مالی هزینه‌های انجام یافته و خدمات ارائه گردیده تحقق نیابد بلکه از طرف دیگر کارایی سیستم را نیز مخدوش و ناکارآمد جلوه می‌نماید.

بررسی‌ها نشان می‌دهد نبود آموزش مناسب منابع انسانی از عوامل اصلی ایجاد کسورات بیمه‌ای و اتلاف منابع مالی می‌باشد و منابع مالی حاصل از بیمه‌ها از مهمترین محل‌های کسب درآمد بیمارستانها می‌باشد و ایجاد خدشه بر تحقق منابع مالی حاصل از خدمات می‌تواند باعث به انحطاط کشاندن فعالیت‌های این مراکز گردد.

امور مالی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در راستای آموزش کارکنان و استفاده بهینه از منابع انسانی اعتقاد دارد که آموزش پرسنل دخیل در تنظیم و ارسال اسناد بیمه‌ای از آموزش‌های لازم برای پرسنل بوده و جزوه حاضر در راستای آموزش این عزیزان تهیه شده است که اگرچه می‌تواند قابل استفاده برای تمامی گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات در مراکز بیمارستانی نیز باشد.

نحوه پذیرش بیمار در بیمارستان:

الف) نکات قابل توجه در پذیرش مراجعین سرپایی

- ۱- بیمارستان با این دفترچه بیمه طرف قرارداد است یا خیر؟
- ۲- کنترل مشخصات صاحب دفترچه و تاریخ اعتبار آن
- ۳- از نظر مشخصات صاحب دفترچه و تاریخ اعتبار آن
- ۴- ثبت دقیق نوع بیمه، سازمان بیمه گر، مشخصات لازم فردی بیمه شده و علت مراجعه در رایانه.

- ۵- هدایت بیمار به درمانگاه یا اورژانس

ب) نحوه پذیرش بیمار در بخش اورژانس

- ۱- کنترل دستور پزشک مبنی بر بستری شدن در اورژانس
- ۲- ثبت مشخصات فردی به صورت کامل در رایانه
- ۳- تشکیل پرونده اورژانس

ج) نکات قابل توجه در پذیرش مراجعین بستری

- ۱- کنترل دستور پزشک مبنی بر بستری شدن در بخش
- ۲- ثبت مشخصات فردی به صورت کامل در رایانه در قسمت ایستگاه پرستاری شامل F1 و F2
- ۳- F1 شامل مشخصات فردی F2 - شامل نام پزشک - نوع بیمه - شماره تخت و شماره پرونده بیمار

- ۴- تشکیل پرونده بستری

- ۵- ارجاع به بخش

بخشهای بیمارستانی:

الف) بخش معمولی

ب) بخش ویژه

۱- بخش CCU4 بخش سوختگی

ICU5 - ۲ بخش روانی

۳- NICU

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 بیمارستانها بر اساس دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی مصوب وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی هر سال حداقل یکبار مورد ارزیابی قرار گرفته و بر اساس امتیازات

مکتسبه 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 به طور مستقل ارزشیابی آن مشخص

می گردد.

ج) درجه کارشناسی 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 بخش‌های ویژه ابلاغی لیست وزیران و وزارت متبوع می‌باشد. بر این اساس و شامل انواع موارد ذیل می‌باشد.

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

تبصره ۲: تخت روز بخش‌هایی که توسط شورای عالی بیمه تعرفی از آن ارائه نگردیده (همچون RCU و PICU و ...) مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می‌باشد.

تبصره ۳: درجه ارزشیابی هر بخش یا تخت ویژه مخصوص به همان بخش می‌باشد.

تبصره ۴: در بخش دولتی و تأمین اجتماعی، درجه ارزشیابی بیمارستانها و بخش‌های 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 می‌گردد.

تبصره ۵: مبلغ یا هزینه مورد تعهد بیمه در بخش‌های عادی، هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر بخش دولتی می‌باشد.

تبصره ۶: در صورتی که بیمار در بخش ویژه‌ای از بیمارستان بستری شده باشد باید اولاً وجود آن بخش رسماً از سوی ادارات کل تأیید 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 می‌گردد.

نحوه محاسبه تعرفه سوختگی

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

- در بخش‌های گرافت در سانتر سوختگی معادل تخت سوختگی محاسبه می‌گردد.
- در بخش‌های ترمیمی در سانتر سوختگی معادل تخت عادی محاسبه می‌شوند.
- روزهای مرخصی موقت (تأیید شده کارشناس بیمه) از تخت روز کسر می‌گردد.

نحوه محاسبه تعرفه بیمار در بخش روانی

- ۱- بیمار روانی حاد: بیماران روانی حاد سالیانه ۲ ماه قابل پرداخت می‌باشد.
 - ۲- بیمار روانی مزمن: بیماران روانی مزمن تا ۴ ماه علاوه بر ۲ ماه اول قابل پرداخت می‌باشد.
(هزینه بستری بیش از ۶ ماه مورد تعهد سازمانهای بیمه‌گر نمی‌باشند).
هزینه تخت نوزاد: بر حسب شرایط به اشکال ذیل قابل محاسبه می‌باشد.
- الف) نوزاد سالم (نوزادی که در مرکز درمانی به دنیا آمده است) هزینه تخت روز معادل با ۵۰٪ تخت مادر محاسبه می‌شود.
- ب) نوزاد سطح دوم (نوزادی که به هر علت بیمار باشد) بایستی بعد از ترخیص بیمار 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 می‌باشد که ۷۰ درصد این مقدار بابت تخت روز و ۳۰ درصد بابت یک سری خدمات پزشکی به شرح ذیل (به صورت گلوبال) می‌باشد:

خونگیری متناوب از نوزاد

کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی)

اکسیژن تراپی

کارگذاری لوله تراشه

اتصال به بنت و تنظیم مکرر دستگاه

کلید 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

فتوتراپی، فیزیوتراپی تنفسی، تزریقات، سرم درمانی، تزریق خون، انجام تزریقات توسط پمپ

(انفوزیون مداوم)

خدمات زیر در بخش NICU به طور جداگانه قابل محاسبه می شود:

۱- کارگذاری کاتتر غیرنافی

۲- مشاوره

۳- اعمال جراحی

۴- تزریق سورفاکتانت

۵- 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

۱- هزینه خدمات پرستاری در بخش‌های ویژه ICU از سوی سازمان بیمه گر خدمات درمانی و NICU در تأمین اجتماعی ۴/۲ درصد است و در سایر بخش‌ها برای تأمین اجتماعی - ارتش - خدمات درمانی و کمیته امداد ۶٪ می‌باشد.

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

کاتتر گذاری غیرنافی / مشاوره / جراحی / تعویض خون / تزریق سورفکتانت

تبصره: لوازم مصرفی ذیل جزء خدمات پرستاری بوه و به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد:

باند، گاز، الک، بتادین و سرنگ

تبصره ۳: بعضی اقلام نظیر آنژیوکت و میکروست، دستکش استریل در سوختگی‌ها جزء موارد فوق الذکر نبوده و قابل محاسبه برای دریافت از بیمه‌ها است.

۲- هزینه خدمات پرستاری در مراکزی که دارای بخش سوختگی فقط در خدمات درمانی ۱۲ درصد می‌باشد بقیه سازمانها ۶٪ می‌باشند.

ویزیت

مبنای تعرفه ویزیت بستری در بیمارستان بیمار ارائه می‌شود ضریب K داخلی می‌باشد که این ضریب هر ساله توسط مصوبه هیئت محترم وزیران جهت اجرا، ابلاغ می‌گردد. که در هر روز حداکثر یک حق ویزیت برای هر بیمار قابل محاسبه می‌باشد.

نکات:

- ۱- ویزیت منجر به عمل جراحی توسط جراح قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۲- ویزیت و مشاوره منجر به بیهوشی به متخصص بیهوشی قابل پرداخت نخواهد بود.
- ۳- ویزت روزهای پیگیری و ترخیص بیماران جراحی تعلق نمی‌گیرد.

- ۴- در بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان هفته‌ای یک ویزیت حداکثر چهار ویزیت روان پزشک در ماه قابل محاسبه می‌باشد.
- ۵- جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید.
- ۶- ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ پزشک مقیم لحاظ گردیده و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد. مگر مواردی که بیمارستان پزشک مقیم معرفی نکند.
- ۷- در مراکز آموزشی حق الزحمه ویزیت رزیدنت معادل متخصص محاسبه و پرداخت می‌گردد.
- ۸- ویزیت پزشکانی که دوره فلوشیپ گذرانیده‌اند معادل پزشک متخصص قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۹- تعرفه و پرداخت متخصصین رشته‌های غیربالینی مانند بیهوشی، رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، اجتماعی، قانونی، طب، کار، رادیوتراژی، بهداشت خانواده معادل تعرفه پزشک عمومی می‌باشد.
- جهت تشخیص یا درمان معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی به متخصص طب پیشگیری پرداخت می‌شود (در صورت شناسایی و کشف بیماریها در تعهد نمی‌باشد).
- ۱۰- ویزیت همزمان با اعمال سرپایی قابل پرداخت نیست مگر اینکه مبالغ خدمات کمتر از مبلغ ویزیت باشد. مثلاً پاپ اسمیر.
- ۱۱- در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش و عدم استفاده از دفترچه در ویزیت اورژانس می‌توان علاوه بر ویزیت روز اول یک ویزیت سرپایی نیز محاسبه نمود.
- ۱۲- حق ویزیت دندانپزشکان معادل ویزیت پزشک عمومی است.
- ۱۳- حق ویزیت دندانپزشکان متخصص معادل پزشکان متخصص است.
- ۱۴- 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 نمی‌باشد.
- ۱۵- در پزشکی هسته‌ای هزینه ویزیتی که به همراه خدمت انجام می‌گردد محاسبه نمی‌شود.

۱۶- حداکثر ویزیت پزشک معادل در CCU و ICU همانند سایر بخش‌ها یک ویزیت طی ۲۴ ساعت می‌باشد.

۱۷- در NICU ویزیت روزانه محاسبه نمی‌شود.

نحوه محاسبه هزینه انواع ویزیت بستری

۱- ویزیت روز اول: معادل K۲۰ داخلی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۲- ویزیت روز اول نوزادان: معادل K۲۳ داخلی خواهد بود.

۳- ویزیت روزهای بعد: معادل K۱۵ داخلی قابل محاسبه و پرداخت می‌شود.

۴- ویزیت روز ترخیص: معادل K۵/۸ داخلی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

حداکثر تعداد ویزیت‌های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می‌باشد. ویزیت روز ترخیص جهت بیمارانی که با رضایت شخصی مرخصی می‌گیرند قابل محاسبه نمی‌باشد. مگر اینکه قبلاً توسط پزشک ویزیت شده و بعداً با رضایت شخصی مرخص شود.

۴- ویزیت ماما یا پزشک متخصص در زایمان طبیعی طبق آئین نامه جراحی جداگانه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

نحوه انجام و محاسبه هزینه مشاوره

۱- درخواست پزشک متخصص معالج بر روی برگه مخصوص مشاوره با مهر و امضاء و مشخصات بیمار

۲- جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره باشد.

نحوه محاسبه حق الزحمه انجام مشاوره

۱- هزینه هر بار مشاوره معادل K۲۰ داخلی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۲- جهت یک بیمار در طول زمان بستری حداکثر شش مشاوره که توسط پزشکان با تخصص‌های مختلف انجام پذیرفته است قابل محاسبه خواهد بود.

۳- حداکثر مشاوره مورد قبول برای یک تخصص جهت یک بیمار سه نوبت خواهد بود.

۴- انجام مشاوره بیش از سه نوبت توسط یک تخصص به عنوان ویزیت روزانه محاسبه و پرداخت می‌شود.

۵- انجام مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی گردد قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

۶- حق الزحمه مشاوره پزشک مدعو توسط سازمان بیمه تأمین اجتماعی معادل ۴۲ واحد داخلی محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۷- حق الزحمه مشاوره پزشک مدعو توسط سازمان بیمه خدمات درمانی معادل ۲۰ واحد داخلی محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۸- حق مشاوره سرپایی به صورت ویزیت سرپایی قابل پرداخت می‌باشد.

۹- در اعمال جراحی الکتیو مشاوره‌های معمول مانند تخصص‌های قلب و داخلی اگر دلایلی علمی و یا ریسک جراحی ۳ یا بیشتر نداشته باشند در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌باشند.

۱۰- مشاوره ژنتیک در تعهد سازمان بیمه نمی‌باشد.

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. به عنوان مثال کد استئوتومی فمورال ۲۷۱۵۱ می‌باشد.

در مقابل هر کد جراحی سه عدد نوشته شده است که به ترتیب نمایانگر واحد جراحی، روزهای پیگیری و پایه بیهوشی هستند. با استفاده از واحد جراحی، می‌توان 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 می‌گردد.

به عنوان مثال: ضریب **k** جراحی در سال ۱۳۸۷ معادل ۳۷۰۰۰ ریال می‌باشد.

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 برای هیستریکتومی کامل شکمی در سال ۱۳۸۷ به صورت زیر است:

K جراحی (سال ۱۳۸۷) = ۳۷۰۰۰ یال

کد جراحی = ۵۸۱۵۰

واحد جراحی: ۱۷

حق الزحمه جراحی هیستریکتومی ۶۳۹۰۰۰: ۱۷ × ۳۷۴۰۰۰

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

حق الزحمه جراح

محاسبه حق الزحمه جراح در سازمان خدمات درمانی

۱-۳- اگر شرح عمل ناخوانا باشد حداقل کد جراحی مرتبط محاسبه شود.

۲-۳- اگر کاتاراکت بالنز + فیکساسیون اسکلرا + ویتترکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کد ۸۴-۶۶۹ و ۲/۱ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود.

۳-۳- اگر گذاشتن ثانویه عدسی + فیکساسیون اسکلرا + ویتترکتومی قدامی در یک جلسه انجام شود کدهای ۸۵-۶۶۹ و ۲/۱ کد ۱۰-۶۷۰ محاسبه شود.

۴-۳- بجز در اعمال چشم اگر عملی با لیز انجام گیرد ۲۰٪ به کد پایه جراحی اضافه شود.

۵-۳- اعمال جراحی قلب باز موارد برداشتن ورید صافن یک پا (۱۷/۵k)، دوپا (۳۵k) و برداشتن رادیال دست (۲۰k) و استفاده از مامری (۲۰k) علاوه بر کد CABG به صورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ در شکاف غیر مشترک ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪ در شکاف مشترک محاسبه شوند.

- ۳-۶- اعمال که مستقل در کالیفرنیا قید شده‌اند فقط در صورت انجام به تنهایی قابل محاسبه‌اند.
- ۳-۷- 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 ۱۰۰٪ و ۸۰٪ محاسبه شوند.
- ۳-۸- نمونه برداری گوه‌ای از کبد، لوزالمعده و معده طی عمل جراحی = اضافه نمودن ۲۵٪ به کد پایه جراحی.
- ۳-۹- اگر چند عمل جراحی بجر پاها، از ۱ شکاف انجام شود.
- ۳-۱۰- اگر چند عمل جراحی جز پاها، از ۲ شکاف توسط ۲ جراح با تخصص‌های متفاوت انجام شوند ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ و اگر یک جراح باشد ۱۰۰٪ و ۸۰٪ و ۸۰٪ و ... محاسبه شوند.
- ۳-۱۱- در بای پس قلب کد پریکارد کتومی در بای پس قلب که اندازتر کتومی کرونر همزمان، در کوله سیستم کتومی کد لاپاراتومی، در آپاندکتومی کد لاپاراتومی، در تومور مغز کدهای کرانیاتومی و ترمیم دورا، در شکستگی داخلی مفصل کدهای کپسولوتومی یا استئوتومی، در فورامینوتومی کد لامینکتومی، در کولپورافی قدامی - خلقی که رینورافی و در پرسوستاتکتومی سوپرابوبیک کد خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی‌باشد.
- ۳-۱۲- کد ۴۳۲-۴۶ بابت کارگذاری کانتر PEG استفاده شود.
- ۳-۱۳- کد ۶۶۱-۷۰ بابت کارگذاری والواحمد استفاده شود.
- ۳-۱۴- سزارین برابر موارد قید شده در کتابچه مربوطه تأیید شده با پر کردن فرم لیبر به اضافه رعایت اندیکاسیون مربوطه تأیید می‌شود. در غیر این صورت معادل NVD و در صورت رضایت شخصی کسر کلی انجام شود.
- ۳-۱۵- حق استفاده از میکروسکوپ معادل ۲۵٪ کد پایه جراحی بوده و تنها به اعمالی که کلم به میکروسکوپ در کد آورده نشده است تعلق می‌گیرد. (بجر مواردی که استفاده از این روشها جزء عمل محسوب می‌شوند).
- ۳-۱۶- در درمان با روش DCS از کدهای ۵۰-۶۴۵ الی ۹۵- استفاده شود.

۱۷-۳- بی دردی در NVD توسط پزشکان زنان: گلوبال $NVD+20\%$ پایه K (NVD جراحی (۱۳ محاسبه شود.

۱۸-۳- ترمیم اسکارهای ناشی از اعمال جراحی (مثل لب شکری یا سوختگی) در تعهد است.

۱۹-۳- سپتورینوپلاستی در لب شکری، سوختگی و اسکار شدید بینی در تعهد است.

۲۰-۳- بابت ویتراکتومی عمقی بادکلمان جمعاً $K100$ جراحی (بیهوشی $K22$ = کمک جراح ۱۳ = K جراح $K65$ می باشد).

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

۲۱-۳- بابت ویتراکتومی عمقی بدون دکلمان جمعاً $K80$ جراحی (بیهوشی $K14$ = کمک جراح $K11$ = ، جراح $K55$ = محاسبه شود.

توضیح ۱: زمان بی‌هوشی بیش از ۳ ساعت اضافه شود (در تعرفه اعلام شده تا ۲ ساعت محاسبه شده است.)

توضیح ۲: در صورت عدم انجام بیهوشی $K22$ و $K14$ قابل محاسبه نبوده و اگر بی‌حسی توسط جراح انجام شود 20% به کد جراح اضافه گردد.

۲۲-۳- پیوند کلیه جهت نوبت دوم در صورت تأیید اداره کل در تعهد است. (هزینه پیوند کله به صورت گلوبال با رعایت موارد بخشنامه معادل $K650$ جراحی می باشد.)

۲۳-۳- واژینوپلاستی به دلایل درمانی مثل آنومالی‌م ادر زادی با هرمافرودیسیم در تعهد است.

۲۴-۳- در پیوند کلیه:

الف) $K650$ - جراحی به طور گلوبال بابت مجموع خدمات دهنده و گیرنده کلیه

ب) $K2$ 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) درمان‌های جراحی در عوارض بعد پیوند تا ۹۰ روز تعهد نیست.

و) هزینه اسکن و سونوداپلر در گلوبال محاسبه نشده است.

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

۳-۲۵- لیتوتریپسی پس از تأیید نماینده بیمه در تعهد است.

۳-۶۷-۲۰٪ حق لیزر در جراحی‌های چشم محاسبه نمی‌گردد.

۳-۲۷- 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 می‌گردد.

۳-۲۸- هر گاه آنژیوگرافی کرونر همراه با کت راست و چپ قلب به طور همزمان انجام گردد تنها

آنژیوگرافی کرونر + کت راست محاسبه شود. {داخلی} $K800 = K220 + K580$

۳-۳۰- مبلغ قابل محاسبه جهت انجام ختنه K۵ جراحی به صورت گلوبال می‌باشد.

توضیح ۱: اگر همراه با اعمال دیگر گلوبال یا غیرگلوبال انجام گیرد K۵ به جمع کل اضافه می‌-

شود.

توضیح ۲: انجام ختنه تحت بیهوشی عمومی تحت بی‌حسی موضعی و در هر سنی تفاوتی در

نحوه محاسبه ایجاد نمی‌نماید.

۳-۳۱- به ازای تعبیه استنت اول در داخل عروق کرونر ۴۲ جراحی و بابت استنت‌های بعدی

۸۰٪ از ۴۲ کای جراحی (۶/۳۳ جراحی) به همراه کد آنژیوپلاستی قابل پرداخت می‌باشد.

۳-۳۲- 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.

۳-۳۳- اگر N.V.D را ماما انجام دهد و بدون قبول مسئولیت توسط پزشک متخصص باشد فقط

K ۵ جراحی حق الزحمه تعلق می‌گیرد.

۳-۳۴- تزریق سیلیکون در داخل مجرای ادرار به علت بی‌اختیاری از کد ۰۵-۵۲۱ استفاده شود.

۳-۳۵- در اعمال جراحی ستون فقرات بابت لاپارتومی و توراکتومی هزینه‌ای به صورت جداگانه لحاظ نگردد.

۳-۳۶- در انژیوپلاستی عروق مغز ردیف‌های ۲۴ و ۲۵ از ۸۱ مورد قلب و عروق مورد استفاده قرار گیرند.

۳-۳۷- در عمل فیکساسیون ستون فقرات به وسیله سیستم OSMIUM تنها هزینه وسیله از تعهد خارج است.

۳-۳۸- عمل کاتاراکت به روش فیکو تفاوتی از نظر هزینه با سایر روشها ندارد و فاکو فراگما نتاسیون جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

۳-۳۹- کشیدن بخیه چشم زیر بیهوشی بر اساس کد کالیفرنیا ۵۰-۱۵۸ معادل ۶ واحد جراحی و ۳ واحد بیهوشی است.

۳-۴۰- فرانشیز عمل جراحی شالدون گذاری جهت بیماران خاص رایگان می‌باشد.

۳-۴۱- عوارض پیوند کلیه شامل دو گروه:

(۱) عوارض مربوط به عمل جراحی

(۲) عوارض ایمنولوژیک باعث پس زدن پیوند بوده که عوارض ایمنولوژیک در روزهای پیگیری نبوده و جداگانه پرداخت می‌شود.

۳-۴۲- پروستاتکتومی سوپراپوبیک با کد ۲۱-۵۵۸ همراه TUR جزء اعمال گلوبال نبوده و جداگانه محاسبه می‌شود.

۳-۴۳- استروبوسکوپی برابر کد ۳۱۵-۷۹ معادل ۲ واحد جراحی است.

۳-۴۴- تخریب ضایعات و توده‌های برونش یا تراشه با لیزر برابر کد ۴۱-۳۱۶ قابل محاسبه بوده و هزینه فیبر مربوطه در ۵۰٪ اتاق است.

۳-۴۵- کد ۳۸-۲۷۲ شامل جا + اندازی اینتروتروکانتریک یا پروتر و کانتر یک بسته بدون جا اندازی از بیست واحد به دو واحد تغییر می‌یابد.

۳-۴۵- کد ۱۲-۴۷۶ کوله سیستمی با کولد و کوانتر و ستومی از سه واحد به سی واحد تغییر یافت.

۳-۴۷- تعویض مفصل که علت اولیه آن عفونت با شکستگی باشد در هر فاصله زمانی بعدی که اقدام به جراحی شده باشد قابل پرداخت است.

۳-۴۸- در شکستگی‌های بدون جا اندازی گچ گیری پرداخت نمی‌شود ولی در فیکاسیون با درمان جراحی و یا جا اندازی بسته با دستکاری هزینه گچ گیری جداگانه پرداخت می‌شود.

۳-۴۹- در آنژیوپلاستی قلب در صورتی که بیمار تحت بیهوشی عمومی در اتاق عمل توسط جراح عمل جراحی گردد ولی عمل جراحی ناموفق باشد کلیه هزینه‌های بیمار از جمله حق العمل پزشک جراح پرداخت می‌گردد.

۳-۵۰- لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد سازمان نمی‌باشد.

۳-۵۱- هزینه تست‌های ASI و ESI مربوط به تصلب شرایین در تعهد نمی‌باشد.

۳-۵۲- تعرفه شالدون گذاری برابر کد ۰۰-۳۶۸ معادل سه واحد جراحی است و اگر AVF یا عمل‌های مشابه انجام شو برابر عمل انجام شده از کد ۱۰-۳۶۸ تا ۲۱-۳۶۸ قابل محاسبه است.

۳-۵۳- در موارد درمانی در صورت تأیید توسط پزشک معتمد اداره در تعهد است و در موارد زیبایی در تعهد نیست.

۵-۵۴- 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.

۳-۵۵- FOOT یا پا در کتاب تعرفه از مچ پا به پایین است و به کل اندام تحتانی اطلاق نمی‌شود.

۳-۵۶- تنها در ۳ مورد می‌توان معرفی‌نامه جهت سپتور ینوپلاستی صادر نمود:

الف) لب شکری

ب) ترمیم سوختگی

ج) اسکار شدید بینی (فقط با تأیید اداره کل اقدام شود).

۳-۵۷- تنها در دو مورد می‌توان معرفی نامه جهت ترمیم اسکار جراحی صادر نمود: الف) ناشی از لب شکری و ناشی از سوختگی.

۳-۵۸- تنها در ۲ مورد می‌توان معرفی نامه جهت واژینوپلاستی صادر نمود:

الف) در آنومالی مادرزادی

ب) در هر مافرودیسم

۳-۵۹- در جراحی‌های فک صدور معرفی‌نامه نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه می‌باشد.

۳-۶۰- صدور معرفی‌نامه در توتال هیپ و توتانل نی بعللی به جز عفونت و شکستگی تأیید پزشک معتمد اداره کل الزامی است.

۳-۶۱- صدور معرفی‌نامه جهت جراحی باز کردن لوله‌های رحم جهت باروری تنها در صورت فوت فرزند و یا ازدواج مجدد انجام گیرد.

۶۳- توتال هیپ در ۴ حالت در تعهد می‌باشد:

۱) شکستگی

۲) تخریب مفصل به دلیل بیماری عفونی

۳) تخریب مفصل به دلیل ابتلا به شرایطی که به دنبال شکستگی گردن ران به وجود آمده باشد

مانند نکروز آواسکولر AVN

۴) تعویض پروتزهای قبلی اگر اندیکاسیون اولیه داشته‌اند و ۱۵ سال از کارگذاری گذشته باشد.

نحوه احتساب میکروسکوپ در جراحی

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

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 می‌گردد و این شامل اعمالی که استفاده از روشهای فوق جزء عمل باشند نخواهد بود.

ضمناً ۲۵٪ به ۵۰٪ اتاق عمل تعلق نمی‌گیرد.

- به کلیه اعمال جراحی که به کمک لیزر انجام می‌گیرند ۲۰٪ به کد پایه جراحی آن اضافه می‌گردد به جز اعمال چشم.

- لاپاراسکوپی برای تشخیص نازایی در تعهد بیمه نیستند.

احتساب بیهوشی توسط جراح

در صورتی که بیهوشی ناحیه‌ای (اپی دورال، اسپینال و کودال) یا عمومی توسط خود جراح اعمال شود، ارزشی معادل ارزش پایه برای بیهوشی بدون اینکه ارزشی برای زمان ملحوظ شود، قابل محاسبه می‌باشد.

احتساب بی‌حسی موضعی توسط جراح

وقتی که جراح برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می‌گردد از بی‌حسی موضعی استفاده کند. می‌تواند ارزش اضافی را درخواست نماید. ۲۰٪ به کد جراحی اضافه می‌شود. در این مورد از ارزش پایه بیهوشی نباید استفاده کرد.

و این ۲۰٪ به ۵۰٪ اتاق عمل اضافه نمی‌شود.

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

I. انجام چند عمل جراحی به وسیله یک یا دو جراح:

الف) در همان روز در جریان همان بیهوشی

۱- جراحی یک ناحیه و با یک برش جراحی مشترک

توسط یک یا دو جراح:

۵۰٪ برای عمل دوم

۲۵٪ برای عمل سوم

۱۰٪ برای عمل چهارم

۵٪ برای عمل پنجم

۲- جراحی در دو ناحیه با دو شکاف جراحی

توسط یک جراح:

۱۰۰٪ برای عملی که بیشترین ارزش را دارد.

۸۰٪ برای دومین عمل و هر کدام از اعمال بعد از آن

۳- جراحی دو ناحیه با دو شکاف جراحی

توسط دو جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول

۱۰۰٪ برای عمل دوم

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

۱۰۰٪ برای عمل اول

۸۰٪ برای عمل دوم

تبصره: به شرایط غیرمعمول مثل فوریتها یا تروما، در صورتی که گزارش ویژه‌ای موجود باشد جداگانه رسیدگی خواهد شد.

۵- 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

۱۰۰٪ برای عملی که بیشترین ارزش را دارد.

۷۵٪ برای عمل دوم

۲۵٪ 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 وی پای چپ).

۱۰۰٪ برای عمل اول

۸۰٪ برای عمل دوم

۶- اعمال جراحی تکمیلی:

مثل نمونه برداری گوه‌ای کبد، نمونه برداری لوزالمعده، یا نمونه برداری از معده ک در جریان اعمال مختلف سبب افزایش میزان خطرات ناشی از جراحی می‌گردند، ارزشی اضافی می‌طلبند. بدین منظور معادل ۲۵٪ تعرفه جراحی را برای عمل تکمیلی به مبلغ کل تعرفه اضافه نمود.

ب) جراحی‌های متعددی که در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی انجام می‌گردند.

۱۰۰٪ برای تمام اعمال در نظر گرفته می‌شود.

اعمال تشخیصی جراحی

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

آیین نامه اجرایی تعرفه سرجمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع

۱- سرجمع میانگین خدمات ارائه شده به بیماران می‌باشد.

۲- سهم بیمار بیمه شده در مورد اجرای تعرفه سرجمع همان ۱۰٪ فرانشیز مورد بر اساس تعرفه سرجمع می‌باشد.

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

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

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

۶- چنانچه اعمال گلوبال به صورت سر پاییی در بیمارستان انجام گردد به شرط 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 نمی‌شود.

* آمپول روگام به سرجمع گلوبال اضافه می‌شود (برابر ضوابط).

مواردی که از اعمال گلوبال خارج می‌شود:

الف) اگر دو عمل گلوبال با هم یا یک عمل گلوبال با یک عمل غیر گلوبال انجام شود از سرجمع خارج می‌شود.

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 می‌نماید.

شرایط لازم جهت محاسبه حلق 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 باستی وجود داشته باشد.

* در خدمات درمانی به اعمال جراحی زیر K۱۵ کمک جراح تعلق نمی‌گیرد. (برابر ضوابط)

* در تأمین اجتماعی اعمال جراحی زیر K۵ کمک جراح تعلق نمی‌گیرد. (برابر ضوابط)

میزان حق الزحمه کمک جراح

۱- حق الزحمه کمک جراح اول معادل ۲۰٪ حق الزحمه جراح می‌باشد.

۲- اعمال جراحی که دارای بیش از یک کمک جراح می‌باشند معادل ۳۰٪ حق الزحمه جراح برای کمک جراح‌ها محاسبه می‌گردد.

۳- حق الزحمه کمک جراح دوم با رعایت شرایط فوق‌الذکر معادل ۱۰٪ حق الزحمه جراح می‌باشد.

هتلینگ اتاق عمل جراحی

الف) مبلغ ۵۰٪ حق‌العلاج بابت هزینه‌های اتاق عمق فقط برای استهلاک تجهیزات ثابت اتاق عمل که به طریق معمول در همه اعمال جراحی وجود دارد محاسبه و قابل پرداخت است. موارد مشمول ۵۰٪ حق‌العلاج بابت هزینه‌های اتاق عمل.

۱- تجهیزات ثابت

تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، ساکشن، دستگاه الکتروکوتر، (قلم کوتر، پلیت کوتر و ...) دستگاه مانیتور با متعلقات، دستگاه TUR پروپ، لوپ TUR و ... دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، چراغ اشعه ماوراء بنفش، انواع ست‌های جراحی، پد جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و ...) ست‌های جراحی (دست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و ...) دستگاه استرایکر، دستگاه آرتروسکوپ، دستگاه لاپاراسکوپ، دستگاه اشعه (تلویزیون)، دستگاه ونتیلاتور لوله‌های خرطومی، کانکتور و ... گاز O_2 ، N_2O .

۲- مواد شوینده و استریل کننده

هایزن، دتول، فرمل، سایدکس، دکونکس، دکوسپت، بتادین قهوه‌ای، فرمالین، ساولن، کلروهگزیدین و ...

یعنی تخت اتاق عمل، چراغ سیالتیک، ساکشن، الکتروکوتر، مواد شوینده و استریل کننده اتاق عمل، چراغ اشعه ماوراء بنفش و نظایر آن می‌باشد.

ب) مواردی که جزء ۵۰٪ حق العلاج بابت هزینه‌های اتاق عمل نمی‌باشد و باید جداگانه درخواست گردد:

۱- داروی بیهوشی

۲- سایر داروها

۳- گاز

۴- دستکش جراحی

۵- نخ‌های بخیه

۶- دریچه‌های قلب

۷- پروتزها

** لازم است بری کلیه موارد فوق لیست جداگانه تهیه و به امضاء جراح، متخصص بیهوشی و سرپرست اتاق عمل برسد. پس از قیمت گذاری توسط (داروخانه) جزء صورحساب بیمار منظور می‌گردد. **

نکات خاص در محاسبه هتلینگ اتاق عمل

- هتلینگ اتاق عمل در اعمال جراحی که بیمار به اتاق عمل نمی‌رود (مانند بخیه سرپایی و ...) قابل محاسبه نمی‌باشد.

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

آئین نامه بیهوشی

اطلاعات و دستورالعمل‌های کلی

کلیات: تعرفه‌های 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 می‌کنند. ویزیت قبل و بعد از عمل، تجویز داروی بیهوشی و تجویز مایعات و یا خون به علت بیهوشی یا عمل جراحی مشمول این ارقام می‌باشند. ارزش خدمات بیهوشی بسته به نوع عمل تعیین می‌گردد. لذا صورتحساب بیهوشی می‌بایست با کد عمل جراحی ذکر شود.

تعاریف

بیهوشی و بی‌حسی

بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، ممکن است با توجه به وضعیت جسمانی بیمار، نوع عمل و ... تحت بیهوشی عمومی، ناحیه‌ای، 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 می‌طلبد - حتی اگر عمل جراحی با بی‌حسی موضعی انجام گردد - نحوه محاسبه آن مشابه زمانی است که بیهوشی عمومی انجام شود.

محاسبه ارزش تام بیهوشی

ارزش تام بیهوشی

برای اکثر روش‌ها ارزش پایه‌ای ذکر گردیده که تمام خدمات بیهوشی به غیر از زمان دقیقی که صرف انجام آن شده است را شامل می‌گردد.

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

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

نحوه محاسبه ارزش زمانی

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

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

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

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

نحوه محاسبه شروع و پایان بیهوشی

- شروع بیهوشی از زمانی که متخصص این امر عملاً بیمار را جهت القاء آن در اطاق عمل (یا معادل‌های آن) آماده می‌سازد در نظر آمده و پایان آن با ختم حضور مستمر وی تعریف می‌شود (زمانی که بیمار صحیح و سالم تحت مراقبتهای بعد از عمل قرار می‌گیرد). را شامل می‌گردد.

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

ارزش پایه

+ ارزش زمانی

ارزش تام بیهوشی (مجموع ارزشهای پایه و زمانی)

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

کد عمل (۱۹۱۰۱) ارزش پایه (۳)

+ ارزش زمانی (۳) ارزش تام بیهوشی (۶)

کلیات و دستورالعمل‌ها در رابطه با بیهوشی در پرونده اعمال جراحی (در تأمین اجتماعی)

۱- شرایط القای همزمان بیهوشی توسط متخصصین بیهوشی:

الف) بیمار غیر اورژانس: متخصص بیهوشی به طور همزمان مجاز به اداره حداکثر دو اتاق عمل با کمک کاردان هوشبری در هر اتاق می‌باشد.

ب) بیمار اورژانس: با توجه به درجه اورژانس بودن بیمار اداره بیمارستان درجه ۱ و ۲ حداکثر دو اتاق عمل با کمک کاردان بیهوشی در یک طبقه اتاق عمل.

ج) بیمار اورژانس درجه ۳ و ۴ به طور همزمان مجاز به اداره آنها در یک اتاق عمل با کمک کاردان بیهوشی است.

۲- بیهوشی با ارزش پایه ۳، که در اثر قرارگیری در وضعیت دمر یا پهلو به دلیل دوری از موضع جراحی و بالاخره الزامات پزشکی به سادگی انجام پذیر نیست یک واحد بیهوشی به ارزش پایه اضافه می‌شود.

۳- انجام مشکل بیهوشی به دلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد ۵ واحد تعدیلی.

۴- استفاده از جریان خون برون پیکری (پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کمکی) ۱۰ واحد تعدیلی.

۵- بیمار غیر اورژانس به دلیل وجو بیماری یا بیماری‌های زمینه‌ای مستعد و خطرناک در معرض خطرات جانبی تهدید کننده حیات باشد. ۲ واحد تعدیلی اضافه می‌گردد. (دیابت - فشارخون)

۶- در موارد اورژانس برای کسی که بیماری مهلکی دارد ۳ واحد تعدیلی اضافه می‌گردد.

قابل ذکر است بند ۵ و ۶ با هم قابل پرداخت نمی‌باشد.

۷- اگر بی‌حسی ناحیه‌ای یا عمومی توسط جراح انجام شود فقط پایه بیهوشی را صرف نظر از ارزش زمانی آن قید می‌کنیم.

۸- پرداخت هزینه‌های بیهوشی جنرال در آندوسکوپی فعلاً مقدور نمی‌باشد.

۹- حق الزحمه زایمان طبیعی بدون درد توسط متخصص بیهوشی به روشکاتتراپی دورال به صورت گلوبال ۱۶ کای بیهوشی و سایر روشها ۱۴ کای بیهوشی می باشد. در صورت انجام توسط پزشک عامل زایمان معادل ۲۰٪ کدپایه جراحی می باشد.

۱۰- هزینه های مربوط به حضور بیهوشی در کاتتریسیم و آنژیوگرافی اطفال به صورت گلوبال معادل ۱۰ کای بیهوشی قابل پرداخت است.

۱۱- در مواردی که متخصص بیهوشی بیمار را استند بای جهت عملی آماده می کند و با Sedation مانیتورینگ تحت نظر می گیرد (جهت اعمال انژیوپلاستیکی) معادل ۵۰٪ حق العمل پرداخت می گردد.

۱۲- اگر بی حسی موضعی توسط جراح برای عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می گردد انجام می گیرد، ۲۰٪ کای جراحی به جراح اضافه می شود.

۱۳- انواع بی حسی و بیهوشی.

۱۴- الف) بی حسی لوکال یا موضعی ۲۰٪ حق العمل جراحی

۱۴- ب) بیهوشی عمومی یا جنرال که شامل inhalation-iv, sedatio-standby اسپینال پایه + زمان پرداخت می گردد.

۱۴- ج) بی حسی رژیونال یا ناحیه ای مانند کودال، بلوکها مثل Wrist block یا اگزیلاری فقط پایه بیهوشی می گیرد.

۱۵- در اعمال جراحی که سن بیمار بالای ۷۰ سال باشد در خدمات درمانی K۲، به پزشک تعلق می گیرد در تأمین اجتماعی، کمیته، ارتش K۳ به پزشک بیهوشی تعلق نمی گیرد.

محاسبه هزینه درمان بر اساس K۲ جهت اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی

۱- اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی به کسانی اطلاق می گردد که به صورت تمام وقت در دانشگاه محل خدمت خود اشتغال داشته و حق هیچگونه فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از دانشگاه همانند مؤسسات دولتی غیر دانشگاهی، خیریه، خصوصی و ... ندارد.

- ۲- احکام این پزشکان باید از طرف دانشگاه به دفاتر اسناد ارسال گردد..
- تبصره:** موارد خارج از کتاب تعرفه بنابر درخواست دانشگاه در کمیته همسویی سازمانهای بیمه-
گر مطرح و نسبت به اعمال روش تصمیم‌گیری خواهد شد.
- ۳- در صورت اثبات فعالیت انتفاعی پزشک K۲ در خارج از دانشگاه، مراکز اسناد پزشکی موظف می‌باشد که کلیه اسناد ارسالی را بر حسب ضریب K۱ محاسبه نماید.
- ۴- میزان پرداخت توسط سازمان در این طرح برابر ۹۰٪ K۲ اعمال جراحی بستری ۷۰٪ K۲ در اعمال جراحی سرپایی خواهد بود.
- ۵- استهلاک تاق عمل کما فی السابق برابر اساس ۵۰٪ K۱ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۶- در مورد نحوه محاسبه هزینه کمک جراح در اعمالی که نیاز به کمک جراح وجود داشته باشد:
- اگر جزء پزشکان K۲ اگر باشد ۲۰٪ از K۲
 - اگر نباشد ۲۰٪ از K۱ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
 - ۷- حق محرومیت از مطب نباید جایگزین حکم K۲ گردد.
 - ۸- پزشکان K۲ که حین خدمت سربازی به صورت تمام وقت در دانشگاه خدمت می‌کنند در صورت صدور حکم حقوقی تمام وقت پرداخت K۲ بلامانع است.
 - ۹- خدمات سرپایی (غیر از ویزیت) مانند آندوسکوپی، EMg، ENG.
 - الف) ۳۰٪ فرانشیز بر حسب K۱ به عهده بیمار است.
 - ب) ۷۰٪ سهم سازمان بر حسب K۲.
 - ج) ۳۰٪ K۱ اضافی تخفیف دانشگاه علوم پزشکی در نظر گرفته شده است.
 - ۱۰- در ارتباط با خدمات بستری
- الف) میزان پرداختی فرانشیز توسط بیمه شده ۱۰٪ بر حسب K۱ طبق تعرف دولتی
- ۲-۹۰٪ بر حسب K۲ تعرفه دولتی سهم سازمان
- ۳-۱۰٪ یک K اضافی هم تخفیف دانشگاه در نظر گرفته شده است.

* متخصصین آزمایشگاه و رادیولوژی مشمول K۲ نمی‌گردند.

فیزیوتراپی یا فیزیکیال تراپی

فیزیوتراپی یا فیزیکیال تراپی در لغت به درمان جسم (جسم + Physical = درمان Therapy) می‌باشد فیزیوتراپی حیطه‌ای از دانش پزشکی که در آن هدف حداکثر کردن عملکرد جسمانی (body) می‌باشد فیزیوتراپیست در این رشته به عنوان درمانگر شناخته می‌گردد. دانش فیزیوتراپیست بر اساس شناخت فیزیولوژی حرکت می‌باشد. فیزیوتراپی به عنوان یک رشته کلینیکی که با استفاده از امکاناتی مانند مدالیتها، درمانهای دستی و تمرینات بدنی گروه‌های مختلف بیماری و ناتوانی‌ها را درمان می‌کند. این رشته همچنین با شناسایی گروه‌های خاص افراد اقدام پیشگیری از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها می‌نماید.

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

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

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

حیطه درمانهای فیزیوتراپی

۱- فیزیوتراپیست ظرفیت هوایی و عملکرد ریه را ارزیابی می‌کند.

۲- حرکت مفایل را ارزیابی می‌کند.

۳- تحمل و قدرت عضلات را ارزیابی می‌کند.

۴- پوسچر را ارزیابی می‌کند.

۵- درد را ارزیابی و کنترل می‌کند.

۶- عملکرد قلب و ریه را ارزیابی می‌کند.

کاربرد فیزیوتراپی

اکنون برای تمام گروه‌های بیماری‌های روش‌های فیزیوتراپی وجود دارد. مانند: قلب، ریه، مثانه، سیستم اعصاب سیستم گردش خون، زنان، اطفال، صدمات ورزشی، ارتوپدی، سوختگی و دیگر بیماری‌ها.

مهمترین کاربرد فیزیوتراپی بکارگیری برای بیماران بستری می‌باشد به خصوص در بخش‌های ویژه کارایی بسیاری دارد.

برخی از تکنیک‌های درمانی که توسط فیزیوتراپیست بکار گرفته می‌شود.

۱- تمرین درمانی (Exercises)

۲- مانوال تراپی (Manual Therapy)

۳- تمرینات افزایش تحمل قلب و عروق

۴- ریلکسیشن (Relaxation)

۵- بیوفیدبک تراپی (Biofeedback)

۶- فیزیوتراپی قلب و ریه (Cardiopulmonary Physical therapy)

۷- انواع مدالیته مانند: تراکش - (traction) اولتراسوند (ultra sound) هات پک - (Hot

Pack لیزر (laser) - الکتروتراپی (Electro therapy) و وسایل دیگری است.

برخی ضوابط خدمات فیزیوتراپی توسط سازمان‌های بیمه گر

۱- ملاک محاسبه و پرداخت خدمات فیزیوتراپی کتاب تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی (کتاب کالیفرنیا) می‌باشد.

۲- کدهای ۱۰-۹۷۰ الی ۲۸-۹۷۰ و ۱۰-۹۷۱ الی ۲۹-۹۷۱ کد ۵۰-۹۷۰ کتاب تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی در حال حاضر مورد تعهد می‌باشد.

۳- درج تشخیص بیماری در نسخ درخواست فیزیوتراپی الزامی است.

۴- هزینه فیزیوتراپی در دردهای ارجاعی ستون فقرات به عنوان یک عضو پرداخت می‌گردد.

۵- تمام مؤسسات 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.

۶- تشکیل پرونده جهت بیمارانی که تحت فیزیوتراپی قرار می‌گیرد و ارسال تصویر گزارش انجام خدمات مذکور به همراه درج تعداد جلسات ارزیابی اولیه و نتیجه درمان توسط فیزیوتراپیست و ممه‌ور به مهر وی به عنوان اسناد مثبت به همراه دستور فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپی پزشک معالج درج در برگه دفترچه درمانی بیمار جهت پرداخت هزینه الزامی گردد.

۷- ملاک پرداخت هزینه خدمات فیزیوتراپی درخواستی عیناً بر اساس روش‌ها و اعمالی است که توسط پزشک معالج در متن نسخ ذکر گردیده و در چارچوب مقررات جاری سازمان‌ها بیمه‌گر خواهد بود.

۸- سایر ضوابط از جمله سقف تعرفه‌های هر جلسه تعداد اندام‌ها و ... باید بین سازمان‌های بیمه‌گر هماهنگ گردد.

خدمات پرتو پزشکی

منظور مجموعه‌ای از روش‌های تصویر برداری تشخیصی درمانی و مداخله‌ای می‌باشند که با استفاده از پرتوهای الکترومغناطیسی از قبیل (ایکس و گاما) ذره‌ای (از قبیل الکترون) مکانیکی (از قبیل الکترو سوند) و میدان مغناطیسی (مثلاً MRI انجام می‌شود).

خدمات پرتو پزشکی با توجه به سر فصل‌های مندرج در کلیات تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی شامل خدمات رادیولوژی، سونوگرافی، سی تن اسکن، MRI پزشکی هسته‌ای، رادیولوژی و خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی می‌باشد که غالباً توسط متخصصین رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای و رادیوتراپی انجام می‌شود.

لازم به ذکر است آن دسته از خدمات پرتوپزشکی که غالباً توسط متخصصی کلینیکی انجام می‌شود (مثل آندوسکوپی توسط فوق تخصص گوارش و یا سنگ شکن توسط متخصص اورولوژی) در بسته خدمات سرپایی پزشکان گنجانده شده است.

ضوابط مشترک و مورد توافق سازمان بیمه گر

ضوابط هر یک از سازمان در مورد پذیرش و پرداخت نسخ خدمات پرتوپزشکی خاص خود بوده علی‌الاحوال مهمترین ضوابط مشترک و مورد توافق سازمان بیمه گر به شرح ذیل می‌باشد:

۱- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۲- 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 مطلقه مورد نظر تهیه می‌گردد (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 نمی‌باشد (مثلاً در صورت درخواست همزمان IVP, KUB توسط پزشک معالج تعرفه KUB قابل پرداخت نخواهد بود).

۳- در صورت درخواست رادیوگرافی مچ دست جهت تعیین سن استخوانی، ردیف ۲۰۷ خدمات رادیولوژی اندام فوقانی تعیین سن استخوانی، ردیف ۲۰۷ خدمات رایدولوژی اندام فوقانی تعیین سن استخوانی هر کلیشه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۴- نسخ خدمات پرتوپزشکی از جمله سونوگرافی تجویز شده به وسیله فارغ التحصیلان رشته مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی‌باشد.

۵- با توجه به اینکه برای سی تی اسکن، از یک ناحیه ابتدا تصاویر ساده (توموگرافیک) آن ناحیه تهیه می‌گردد 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 نمی‌باشد.

۶- درصد فرانسیز MRI در موارد بستری یا سرپایی همانند فرانسیز سایر خدمات در بخش بستری و سرپایی، مطابق مصوبه هیئت محترم وزیران حسب مورد محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد.

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

MRI ۸- سرپایی جهت بیش از دو ناحیه نیاز به تأیید توسط نماینده و یا اداره کل ندارد و هزینه آن بر اساس ضوابط مربوط به MRI قابل پرداخت است.

۸- برای بیماران تحت درمان به طریق رادیوتراپی موارد ذیل قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

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 می‌باشد.

ب) حق الزحمه پزشک درمان کننده در طول مدت درمان با کنترل مستمر بیمار تحت درمان حین رادیوتراپی به ازاء هر ۳ جلسه رادیوتراپی بر اساس Plan طرح شده مطابق کد ۵۰-۹۰۲ کتاب تعرفه معادل ۸ واحد داخلی می‌باشد.

تذکر: ثبت دقیق شرح معاینات هر جلسه در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی و آنکولوژی و تأیید ناظر بیمه آن مرکز ضروری می‌باشد.

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

آزمایشگاه

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

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

۳- بیلی روبین توتال و دایرکت جمعاً یک مبلغ درخواست گردد.

۴- هزینه WBC-RBC-HCT-HBT همزمان با CBC diff در تعهد نمی‌باشد.

۵- هزینه تفسیر گازهای شریانی به همراه ABG در تعهد نمی‌باشد.

۶- خدمات یورودینامیک طبق کتاب کالیفرنیا محاسبه می‌گردد.

ضوابط نسخه نویسی

۱- تاریخ درخواست نسخ مخدوش نباشد (موارد مخدوش شامل: خط خوردگی، کاربنی، لاک

گیری، پانچ شدگی، دو خط و دو رنگ بودن متن نسخه).

۲- ممهور به مهر پزشک و بیمارستان باشد. (مهر پزشک فاقد نام بیمارستان نیاز به مهر جداگانه

بیمارستان دارد).

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

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

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

ممهور گردد.

۶- کپی نسخ با نسخ کاربنه جزء تعدیلات محسوب می‌گردد.

۷- نسخ متفرقه (بگر مخصوص بیمار) و تغییر صندوق توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت

نمی‌باشد.

۸- برخی نسخ قبل از انجام خدمات برابر ضوابط باید به تأیید سازمانهای بیمه گر مربوطه رسیده

باشد از جمله CT اسکن بیش از دو ناحیه و داروهای بیش از سقف.

۹- درخواست برخی از خدمات بایستی توسط پزشک متخصص مربوطه نوشته شود (نظیر ام آر

آی - سنجش تراکم استخوان - فیزیوتراپی رادیوتراپی - شیمی درمانی و ...).

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

۱۱- در صورتی که در حین جدا کردن نسخ از دفترچه مشخصات مربوطه پاره گردد، می‌بایست قسمت مربوطه چسبانیده و در پشت نسخه توسط پزشک معالج توضیح داده شده و مهر و امضاء گردد.

۱۲- هزینه خدمات غربالگری و روتین در نسخ سرپایی قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۳- نسخ پر هزینه با خدمات تخصصی نیاز به الصاق گزارش دارند نظیر ام آر آی - سی تی اسکن - رادیوتراپی - آنژیوگرافی و پزشکی هسته و ...

۱۴- در واحدهای دارای مسئول فنی نسخ ممهور به مهر و امضاء مسئول فنی قرار گیرد و یا قائم مقام و یا ریاست بیمارستان طبق ضوابط.

۱۵- در صورتی که پزشک معالج نوع خدمت و تعداد جلسات را مشخص نکرده باشد حداقل تعرفه پرداخت می‌شود.

۱۶- نسخ دارای مهراثرن ورزیدنت فقط در مراکز آموزشی درمانی برابر ضوابط قابل پرداخت است.

۱۷- پذیرش نسخ روستائیان جهت خدمات سرپایی تا اطلاع ثانوی با رعایت ارجاع امکانپذیر است. (مهر ارجاع و یا کپی مهر و امضاء تا یکماه بعد از صدور برابر ضوابط).

۱۸- 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.

۱۹- مبهم بودن مشخصات پزشک معالج جزء تعدیلات است.

۲۰- در صورت غیر معمول بودن فرم دفترچه بایستی به نماینده بیمه یا اداره کل جهت تأیید ارجاع گردد.

۲۱- کلیه نسخ ویزیت پزشکان ۲K به تفکیک صندوق جداگانه لیست گردد.

۲۲- خدمات اعلام شده جهت بیماران خاص بایستی در فرم مربوطه تنظیم و ارائه شوند. (نیاز به تفکیک صندوق ندارد).

۲۳- بیمارانی که روی دفاتر بیمه آنان کلمه قید نشده باشد بایستی مانند سایر بیماران عمل گردد.

۲۴- نسخ ویزیت بر اساس نوع پزشک معالج (عمومی - متخصص - فوق تخصص - روانپزشک - دندانپزشک) لیست گردد.

۲۵- نسخ ویزیت پزشکان K۲ بر اساس نوع صندوق و درجه عملی (استاد - دانشیار - استادیار) و نوع تخصص آنان تنظیم شود.

۲۶- 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 و ویزیت شده - آندوسکوپی.

۲۷- حداکثر مدت زمان ارسال لیست و نسخ لیست و نسخ درخواست از زمان شروع تا پایان ماه بعد می‌باشد.

ضمائم صورتحساب بالینی در موارد غیر گلوبال

۱- اصل معرفی‌نامه با مهر و امضاء نماینده بیمه.

۲- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری بیمارستان و پزشک معالج.

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

۴- تصویر صفحه اول شناسنامه و اصل یکی از کاپن‌ها در بیمه بستری شهری.

۵- تصویر صفحه اول شناسنامه سرپرست و تأیید نامه بیمه‌گری جهت نوزادان فاقد دفترچه (به جز سه فرزند کارمند مرد).

۶- 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).

۷- فهرست وسایل مصرفی اتاق عمل و پروتزه‌های 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 سرپرست اتاق عمل، پزشک جراح و متخصص بیهوشی (ارسال تصویر فاکتورهای خرید لوازم مصرفی به صورت خرید جمعی ماهانه یا انفرادی) به همراه مهر داروخانه و مهر مسئول فنی.

۸- اصل نسخ دارویی و لیست وسایل مصرفی در بخش که قیمت گذاری شده و ممهور و به مهر پزشک معالج و مهر بیمارستان و مهر 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 می‌باشد.

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

۱۰- تصویر گزارش پاتولوژی و پاپ اسمیر در صورت انجام (یا رسید نمونه ارسالی).

۱۱- تصویر گزارش سی تی اسکن، MRI، آنژیوگرافی، سونوگرافی، سونوگرافی داپلر، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و خدمات مکمل در رادیولوژی در صورت انجام.

۱۲- تصویر یا رونوشت کاربنی برگه بیهوشی (چارت) که توسط متخصص بیهوشی مهر و امضاء شده باشد.

۱۳- اصل برگه تعهد سزارین با مهر و امضاء پزشک معالج.

۱۴- گزارش انجام فیزوتراپی به همراه ذکر نوع روشها و اعمال و تعداد جلسات با تاریخ مربوطه با مهر و امضاء مسئول فنی و فیزیوتراپیست.

۱۵- الصاق گزارش خدمات تشخیصی پزشکان متخصص شامل اکو - تست ورزش و ...

۱۶- تفکیک تخت روز بیماران بر اساس نوع و تعداد تخت.

۱۷- الصاق برگه دیالیز با مشخصات و امضاء بیمار در صورت انجام.

۱۸- درج شماره سریال منطبق با لیست هر صندوق بیمه‌ای در تک تک صورتحسابها.

۱۹- دارو و لوازم مصرفی هر صورتحساب می‌بایست در ۴ آیتم جداگانه شامل: داروی اتاق عمل، داروی بخش، لوازم اتاق عمل، لوازم بخش تنظیم شود.

ضمائم صورتحساب در موارد گلوبال

- ۱- اصل معرفی نامه با مهر و امضاء نماینده بیمه.
- ۲- اصل صورتحساب بیمارستان با مهر و امضاء حسابداری بیمارستان و پزشک معالج.
- ۳- تصویر صفحه عکسدار دفترچه یا تصویر کارت بیمه (در بیمه روستایی کودکان کمتر از ۷ سال و در سایر بیمه نامه‌ها کودکان کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد).
- ۴- تصویر صفحه اول شناسنامه و اصل یکی از کاپی‌ها در بیمه بستری شهری.
- ۵- تصویر یا رونوشت کاربندی شرح عمل یا زایمان با مهر و امضاء پزشک معالج و بیمارستان.
- ۶- در صورت مصرف پروتز (پیچ و پلاک، لنز و ...) گواهی جراح با مهر مسئول فنی و مهر بیمارستان.
- ۷- در صورت ارائه خدمات MRI سی تی اسکن، انژیوگرافی، رادیوتراپی و نظایر آن (مواردی که در ریز هزینه‌های گلوبال ذکر نشده است) گزارش خدمات فوق با مهر و امضاء مسئولین فنی مربوطه و مهر و امضاء شده باشد.
- ۸- تصویر یا رونوشت کاربندی برگه بیهوشی (چارت) که توسط متخصص بیهوشی مهر و امضاء شده باشد.
- ۹- الصاق گزارش خدمات تخصصی مانند اکو - تست ورزش و ...

تنظیم اسناد بیماران تالاسمی

- ۱- هزینه هر بیمار تالاسمی که دارای کارت هوشمند و یا ذکر کلمه خاص در دفترچه می‌باشد در لیست بیماران خاص ثبت می‌گردد.
- ۲- در ثبت هزینه بیماران خاص نیاز به تفکیک صندوق‌های بیمه‌ای نمی‌باشد.

۳- بابت هر بار تزریق دیسفرال در مرکز درمانی با احتساب کلیه لوازم (بجز آمپول) K۱۲ داخلی توسط سازمان تماماً پرداخت شده و بیمار هزینه‌ای نمی‌دهد. در ردیف تزریق داخل وریدی دیسفرال درخواست شود.

۴- بابت یک ماه تزریق دیسفرال در منزل با احتساب کلیه لوازم (بجز آمپول و پمپ) K۵۰ داخلی توسط سازمان تماماً پرداخت شده و بیمار هزینه‌ای نمی‌دهد. در ردیف تزریق دیسفرال در منزل درخواست شود.

۵- چنانچه آمپول DEFEROXAMINE MESYLATE از داروخانه بیمارستان در اختیار بیمار قرار گیرد بیمار هزینه‌ای پرداخت نکرده بلکه ۹۰٪ را سازمان بیمه و ۱۰٪ الباقی را وزارت بهداشت پرداخت می‌نماید. در ردیف دارو درخواست شود.

۶- هزینه هر بار تزریق خون و کلیه لوازم (بجز فیلتر) K۳۸ داخلی توسط سازمان تماماً پرداخت شده و بیمار هزینه‌ای نمی‌دهد و در ردیف تزریق خون ثبت و درخواست گردد. هزینه فیلتر نیز توسط سازمان پرداخت می‌شود و بیمار فرانشیزی نمی‌دهد و در ردیف فیلتر خون درخواست شود.

۷- مواردی که در ردیف تزریق دیسفرال در منزل درخواست می‌شوند پزشک معالج می‌بایست در نسخه دو برگه دفترچه تخت عنوان لوازم مصرفی ماهیانه دیسفرال در منزل درخواست نموده و مهر داروخانه داشته باشند و نیازی به ریز لوازم نمی‌باشد.

۸- مواردی که در ردیف فیلتر خون درخواست می‌شوند می‌بایست در سربرگ بیمارستان و با مهر معالج و داروخانه و الصاق به نسخ تزریق خون باشند.

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

۱۰- هزینه بستری بابت عمل جراحی اسپلنکتومی در این بیماران به صورت رایگان می‌باشد.

۱۱- 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

- ۱- هر بیمار دیالیزی که دارای کارت هوشمند و یا ذکر کلمه خاص در دفترچه می‌باشد در لیست بیماران خاص ثبت می‌گردد.
- ۲- هر جلسه همودیالیز با احتساب کلیه لوازم (استات ۸۵ و بی‌کربنات ۹۲) K توسط سامان تماماً پرداخت شده و بیمار هزینه‌ای نمی‌پردازد. در ردیف دیالیز مزمن ثبت می‌گردد. خدمات درمانی دیالیز بیش از ۱۴ جلسه پرداخت نمی‌کند.
- ۳- دیالیز صفاتی پس از تأیید اداره کل (ثبت یکبار برای هر بیمه شده) به صورت گلوبال و با تمامی هزینه‌ها (معادل ۱۰۰K جراحی) تماماً توسط سازمان پرداخت می‌گردد در ردیف دیالیز صفاتی ثبت می‌گردد.
- ۴- چنانچه اقلام دارویی در لیست ۳۰ قلم داروی بیماران خاص از داروخانه بیمارستان در اختیار بیمار قرار گیرد بیمار هزینه‌ای پرداخت نکرده بلکه ۱۰۰٪ هزینه را سازمان پرداخت می‌نماید در ردیف دیالیز ثبت گردد.
- ۵- دیالیز در بیماران غیر خاص باید در لیست‌های جداگانه و به تفکیک صندوق (در بیمارستانها با لیست سرپایی) درخواست شوند.
- ۶- در ثبت هزینه بیماران خاص نیاز به تفکیک بیمه‌ای نمی‌باشد.
- ۷- داروی Eprex در همودیالیز سرپایی رایگان است.
- ۸- داروی Eprex در موارد غیر همودیالیز سرپایی و بستری رایگان است.
- ۹- داروی Venofer در موارد سرپایی و بستری رایگان است.
- ۱۰- شالدون گذاری در موارد سرپایی رایگان است.
- ۱۱- ست دیالیز (لوله رابط، سوزن و صافی دیالیز) در بیمارستان‌ها و مراکز دیالیز علاوه بر تعرفه دیالیز مطابق تعرفه پرداخت می‌گردد.

تنظیم اسناد بیماران هموفیلی

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

۲- بابت هر نوبت تزریق فاکتورهای انعقادی و یا تزریق پلاسما با احتساب کلیه لوازم مصرفی K۳۲ داخلی محاسبه و ۱۰۰٪ مبلغ توسط سازمان پرداخت و برای بیمار رایگان است در ردیف تزریق فاکتور یا خون ثبت گردد.

۳- بابت هر نوبت تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر K۳۲ و ۱۰۰٪ مبلغ توسط سازمان پرداخت و برای بیمار رایگان است. هزینه فیلتر نیز جداگانه و به صورت ۱۰۰٪ قابل پرداخت و برای بیمار رایگان است در ردیف تزریق فاکتور یا خون ثبت گردد.

۳- بابت هر نوبت تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر K۳۲ داخلی و ۱۰۰٪ مبلغ توسط سازمان پرداخت و برای بیمار رایگان است. هزینه فیلتر نیز جداگانه و به صورت ۱۰۰٪ قابل پرداخت می باشد. فیلتر خون در ردیف مربوطه ثبت گردد.

۴- اقلام دارویی در لیست ۳۰ قلم داروی بیماران خاص در موارد سر پایی و بستری مشمول حذف فرانشیر می باشد.

ضوابط خدمات پاراکینیک و سایر خدمات

خم طحالی کلونوسکوپی زیر خم زاویه طحالی برابر کد ۳۰-۴۵۳ (K۳/۱ - جراحی) قابل محاسبه است.

ECT هر جلسه ECT معادل K۱۰ داخلی بابت انجام خدمت K+۱۵ داخلی بابت ویزیت K+۴ بیهوشی قابل محاسبه است.

پریمتری پریمتری برابر K۳۰ 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 است).

بار توانی خدمات بارتوانی قلب بابت هر جلسه K۶۲ داخلی به صورت گلوبال و حداکثر ۱۰ جلسه در تعهد بوده و مشمول K ۲ علمی نمی‌باشد.

کبالت در کبالت تراپی علاوه بر هزینه‌شان و محاسبه فیزیک جهت اولین جلسه ۲۶ داخلی و از جلسه دوم بعد به ازاء هر ۳ جلسه به میزان K۸ داخلی ویزیت محاسبه شود (۱۲۰-۰۱).

تالاسمی در تالاسمی‌ها: هر نوبت تزریق خون معادل ۳۸ واحد داخلی و تزریق وریدی دیسفرال در مرکز معادل ۱۲ واحد داخلی علاوه بر هزینه‌های فیلتر و آمپول قابل محاسبه‌اند. (کراس مچ و Hb همزمان محاسبه نشود).

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

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 با هم در تعهد-اند.

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

تنفسی اسپرومتری ساده ۱۰/۵ با مصرف اسپری ۳۵، ارگواسپیرومتری ۷۲/۵، آستوگرافی ۱۲۵، بادی باکس پلتیسوموگرافی ۳۰ و با DLCO معادل ۳۰ واحد داخلی قابل محاسبه‌اند.

IVIG در محاسبه حق الزحمه IVIG از کدهای ۸۰-۹۰۷ بابت ساعت اول و ۸۱-۹۰۷ بابت ساعتهای بعدی استفاد شده و حداکثر K۳۰ بیشتر پرداخت نشود و (۳۸-۲۷۰) در مواردی که هتلینگ پرداخت می‌شود هزینه انفوریون جداگانه پرداخت نمی‌شود.

EECP EECP توانبخشی گردش خون در تعهد نمی‌باشد.

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

الکترونیستاکموگرافی با همه هزینه‌ها به طور گلوبال ۴۵ واحد داخلی محاسبه شود. (۱۲۳-۱۴)

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

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

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

هوش تست ارزیابی شخصیت معادل ۲۸ کای داخلی و توأم با هم ۶۶ واحد داخلی جهت بیماران روانی در تعهد می‌باشد. (۲۷-۱۲۳)

هزینه بنت (بر اساس کدهای ۵۶ و ۹۴۶-۵۷) و مانیتورینگ (بر اساس کدهای ۷۷ الی ۹۴۶-۵۸) بجز بخش‌های ویژه و اتاق عمل در سایر بخش‌ها با تأیید نماینده قابل محاسبه است. (۴۰-۱۲۳)

رژمی نحوه محاسبه رژمی اسکن: یک روز اقامت +۶^۱ پرستای +۲۰ واحد داخلی بابت ویزیت اول ۲ واحد جراحی بابت کد ۵۰-۵۰۵۴۲٪ اطاق عمل. (۴۱-۱۲۳)

یورو تعرفه یورو دینامیک: کد ۸۹-۸۸-۵۱۷ برابر ۳/۵ واحد داخلی بابت **EMG** باسیستومتر و گرام و یوروفلومتری) بابت هر لید اضافی ۱/۵ واحد جراحی اضافه شود. بررسی فشار تخلیه مثانه کد ۳۰ و ۲۹+۵۱۷ بابت **V.P** باسیستومتر و گرام. (۳۶-۲۷۰)

کانترون - درمان با کانترون معادل ۷۰ شان مرکب محاسبه گردد. (۰۷-۱۲۳)

ذکر روش در اعمال پاراکلینیک اگر روش و یا نوع قید نگردد حداقل تعرفه محاسبه شود. (۰۸-۱۰۴)

PDT فتوداینامیک تراپی (**PDT**) در تعهد نمی‌باشد. (۴۷-۸۰۰)

اینومتری اندازه گیری بنز داخل چشمی توسط دستگاه ابلومتری (**IOLM**) در تعهد نمی‌باشد.

OCT استفاده از دستگاه **OCT** برای تخصیص گلوکرم و ضخامت شبکیه در تعهد نمی‌باشد.

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

اکوچشم اکوگرافی چشم بر اساس تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی قابل پرداخت است. تست دید ۱۳-۳۱ - تست دید رنگ اگر دستگاه صورت گیرد قابل پرداخت است در غیر این صورت پرداخت نمی‌شود.

CMG CMG سیستم‌تروگرام بر اساس کد ۵۱۷-۲۵ تا ۵۱۷-۳۳ کتاب کالیفرنیا پرداخت می‌شود.

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+۴ موج F، سه اندام حداکثر ۱۴ عصب ۲+ موج H+۵ موج F چهار اندام حداکثر ۱۶ عصب ۲+ موج H+۶ موج F هر عصب معادل ۶ واحد داخلی و هر موج H و یا F برابر ۳/۶ واحد داخلی می‌باشد.

NCV فاشیا جهت NCV اعصاب فاشیای دوطرفی همراه با رفلکس پلک زدن و EMG عضلات صورت حداکثر ۴۰ واحد داخلی است تعرفه‌های مذکور شامل کلیه هزینه‌های تست، تفسیر و ارائه نتیجه است.

EMG الکتروموجرافی: EMG یک اندام ۵۰ واحد داخلی دو اندام ۵۳ واحد داخلی، سه اندام ۵۹ واحد داخلی و چهار اندام ۵/۶۳ واحد داخلی است.

EEG EEG الکتروانسفالوگرافی به صورت گلوبال معادل ۴۴ واحد داخلی پرداخت می‌گردد.

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 نمی‌گردد مانند سونده معده، سوند ادراری، لوله تراشه و ...

رادیوترابی پرداخت هزینه شانهای مختلف رادیوترابی با در نظر گرفتن جدول اعلام شده بر اساس حداکثرشان قابل محاسبه است و تومورهای نادر و خارج از لیست فوق مطابق نظر رادیوتراپیست می‌باشد.

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

بروتکوسکوپی برونکوسکوپی تشخیصی همراه با نمونه برداری برابر کد ۲۵-۳۱۵ معادل ۵/۴ واحد جراحی قابل پرداخت است. کرایوتراپی ۱۶-۴۲ کرایوتراپی بر اساس ۴۰-۱۷۳ حداکثر تا سقف ۵ واحد قابل پرداخت است.

آسپیراسیون تعرفه آسپیراستون مغز استخوان به صورت منفرد و یا توأم با بیوپسی و مغز استخوان برابر ۱/۴ واحد جراحی قابل محاسبه است. تست خوب تست‌های خواب در تعهد نمی‌باشد.

RFA خدمت RFA رادیوفرکشنی ایلیش که برای تومورها با اشعه متمرکز استفاده می‌شود در تعهد نمی‌باشد.

کاپیلاروسکوپی کاپیلاروسکوپی - ۴۶-۱۶ کاپیلاروسکوپی (روش تشخیصی جهت مویرگ‌های انتهای اندام‌ها) در تعهد نمی‌باشد.

انفوزیون - انفوزیون (تزریق آهسته مایعات درمانی با سرم درمانی) به جز خون کدهای ۸۱ و ۸۰-۹۰۷ بوده و تزریقات درمانی وریدی جزء کدهای انفوزیون نمی‌باشند.

پانسمان - خدمات پیراپزشکی مانند گفتار درمانی، کار درمانی، گروه درمانی و ... در تعهد نمی‌باشد.

اندوسکوپی اندوسکوپی گوارش با بیهوشی در موارد خاص با تأیید 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 با ثبت طولانی طولانی برابر کد ۳۶-۹۱۰ (حداقل ۲۴ ساعت) معادل ۷۲/۵ واحد داخلی است.

TREMOR خدمت TREMOR STUDY در حین انجام EMG بوده و همزمان جداگانه

پرداخت نمی‌گردد و در صورت عدم درخواست EMG می‌توان معادل آن پرداخت نمود.

گامانابف گامانابف در تعهد نمی‌باشد. (۴۱-۸۰۰)

CPR هزینه CPR توسط پزشک عمومی پرداخت نمی‌باشد.

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

گچ در موارد سرپائی در اورژانس: پانسمان مطابق کد ۳۰-۹۰۰ و نیز بخیه و گچ گیری بر اساس

کدهای کالیفرنیا قابل محاسبه‌اند (گاز، باند، دستکش، نخ بخیه، ویبریل، گچ حسب ضوابط

محاسبه شوند).

دندان پزشکی

حداکثر در پیوند لثه طی ریسک جلسه حداکثر K۳۰۰ دندانپزشکی محاسبه شود. (۰۱-۲۴۰)

جرم گیری نواحی‌ای که ژنژیوکتومی یا فلپ شده‌اند 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 ۱۲ سال در تعهد نمی‌باشد. (۰۹-۲۴۰)

عقل اگر جراحی یا خروج دندان عقل در بیمارستان و تحت بیهوشی عمومی انجام گردد می‌توان

بابت بیهوشی زمان K۵+ بیهوشی محاسبه نمود. (۰۴-۲۴۰)

نوبت و جراحی در اعمال دندانپزشکی (بجز درخواست دارو + ویزیت + رادیوگرافی) می‌توان ۱۰

واحد دندانپزشکی را به عنوان 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 محاسبه

می‌باشد. (۰۴-۲۴۰)

خدمت همزمان در انجام همزمان خدمت و ویزیت علی یک جلسه اگر سهم سازمان از خدمت ارائه شده از سهم سازمان دو ویزیت بیشتر نباشد. هم ویزیت و هم خدمت محاسبه می‌شود و در غیر این صورت ویزیت حذف می‌گردد. (۱۱-۲۴۰)

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

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

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

پروتز فک - کار گذاری پروتز کامل فک به دلیل تحلیل استخوان مربوطه با تأیید پزشک معتمد اداره کل در تعهد است.

اطفال - درمانهای دندانپزشکی برای اطفال (زیر ۱۲ سال) ۲۳۰٪ 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 (پریودلتیست) و با جراح فک مقدور است. (۲۴۰-۰۷)

روسنایی - کشیدن دندان / جرم گیری / نسخه دارویی / ویزیت دندان پزشک و گرافی در صندوق روشنایی در تعهد نمی‌باشد. (۱۰-۲۴۰)

K۲ هیئت علمی

انتفاعی ویزیت اعضای هیوت علمی چنانچه به طور تمام وقت در مراکز دانشگاهی فعالیت داشته و فعالیت درمانی انتفاعی خارج نداشته باشند بر اساس مبالغ اعلام شده ویزیت هیئت علمی سرپایی محاسبه می‌گردد.

ضرایب ضرایب داخلی جراحی و بیهوشی در زمان بستری چنانچه مستقیماً خدمت توسط اعضاء هیئت علمی انجام شده باشند قابل محاسبه به صورت K₂ می‌باشند. (۱۷-۱۰۰)

دست خط اگر شرح عمل یا ویزیت روزانه را پزشک غیر دو کا بنویسید ولی پزشک K₂ 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 مستقیم انجام ندهند و مدارک مربوط را مهر و امضاء نمایند K₂ پرداخت می‌شود.

پزشکی قانونی به متخصصین پزشکی قانونی K₂ تعلق نمی‌گیرد. (۲۹-۱۰۰)

بیهوشی پرداخت K₂ هیئت علمی به متخصصین بیهوشی به شرط حضور و مهر و امضاء اسناد توسط متخصصین مربوط قابل پرداخت است.

سنگ شکنی به تعرفه سنگ شکنی کلیه K₂ تعلق نمی‌گیرد.

کلینیک ویژه - پزشکان شاغل در کلینیک ویژه دانشگاه مشمول K₂ نمی‌باشند.

دندانپزشک به دندانپزشکان متخصص جراحی فک و صورت در مورد اعمال جراحی که مبتنی بر کتاب کالیفرنیا باشد K₂ تعلق می‌گیرد.

فرانشیز توسط بیماران بر اساس K₁ بوده و فرانشیز K₁ اضافی به عنوان تخفیف دانشگاه‌ها است.

اتاق عمل - مبنای محاسبه هزینه استهلاک اتاق عمل بر اساس ۵۰٪ هزینه K₁ می‌باشد.

بازتوانی - ضریب K₁ بابت تعرفه بازتوانی قلب پرداخت نمی‌شود.

- K₂ در اعمال گلوبال در صورتی که جراح، بیهوشی، پزشک معالج و مشاور K₂ باشند برابر هزینه از ریز خدمات گلوبال به سر جمع آن افزوده می‌شود (توجه فرمائید به هیچ وجه از کدهای کتاب کالیفرنیا استفاده نشود).

نوزاد - ویزیت نوزادان در اعمال سزارین و زایمان طبیعی چنانچه توسط پزشک K۲ صورت گیرد پرداخت آن بلامانع است. (هزینه آن از ریز سر فصل گلوبال بایستی محاسبه شود).

ویترکتومی - ویترکتومی اگر بر اساس K۱۰۰ و K۸۰ با دکولمان و یا بدون دکولمان پرداخت گردد مشمول K۲ نمی‌شود ولی چنانچه ملاک محاسبه بر اساس کتاب کالیفرنیا باشد پرداخت K۲ نمی‌شود ولی چنانچه ملاک محاسبه بر اساس کتاب کالیفرنیا باشد پرداخت K۲ بلامانع است.

مدارک بیمه‌ای مورد نیاز جهت صدور معرفی نامه

(پس از دستور بستری)

صندوق کارمندان - کپی صفحه عکسدار دفترچه معتبر بیمار. توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

صندوق خویش فرما: کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار (شروع اعتبار دفترچه از یک سال قبل از اتمام اعتبار ثبت شده بر روی دفترچه محاسبه شود). توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

صندوق سایر اقشار - کپی صفحه عکس دار دفترچه معتبر بیمار توجه: سن کمتر از ۲ سال نیاز به عکس ندارد.

صندوق روستایی - کپی صفحه عکسدار دفترچه روستایی معتبر (بالا بین ۷ سال عکس دار باشد) تمامی روستایی تا پایان ۸۵ معتبرانند.

مراکز درمانی طرف قرارداد در صندوق‌های مختلف بیمه‌ای

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

صندوق سایر اقشار: مراکز دانشگاهی، تأمین اجتماعی، نیرو مسلح، خصوصی و خیریه به طرف قرارداد (۶۴-۰۵) کلیه مراکز طرف قرارداد صندوق خویش فرما: مراکز دانشگاهی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و مراکز (کلیه مراکز طرف قرارداد).

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

- صندوق کارمندان

۱- فرزند چهارم و به بعد

جهت فرزند چهارم کارمندان مرد تا قبل از یک ماهگی می‌توان با برگ پرداخت حق بیمه معرفی- نامه صادر نمود اما بعد از سن یک ماهگی الزاماً می‌بایست دفترچه مستقل داشته باشد. (۰۵-۰۵)

۲- اعتبار دفترچه فرزندان

جهت فرزند چهارم و به بعد الزاماً می‌بایست تاریخ اعتبار داشته باشد. جهت فرزند اول / دوم و سوم کارمندان مرد می‌توان دفترچه مستقل و با تأیید واحد بیمه‌گری معرفی‌نامه صادر نمود. (۰۸-۰۵)

۳- کارمندان

جهت فرزندان بدون دفترچه کارمندان زن تنها با تأیید اداره بیمه‌گری مبنی بر کسر حق بیمه می‌توان معرفی‌نامه صادر نمود. (۰۸-۰۰۵)

۴- فوت نوزاد

در صورتی که نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید با تعهد پرداخت سرانه و تأیید اداره بیمه‌گری معرفی‌نامه صادر شود. (۰۰۵-۳۴)

۵- سرباز

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

۶- زندانی

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

(۰۰۵)

۷- اتمام اعتبار

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

۸- زایمان

در مراجعه بیماری با نسبت فرزند جهت زایمان قبل از صدور معرفینامه تأیید اداره بیمه گری الزامی است. (۵۲-۰۰۵) اگر زانو مطلقه باشد با کپی صفحه اول و دوم شناسنامه نیاز به تأیید بیمه گری ندارد.

۹- فرزند بزرگسال ذکور

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

۱۰- اتمام اوراق دفترچه

در دفترچه‌های صادره از شهرستانها که اوراق دفترچه‌شان تمام می‌شود الزاماً جهت ارائه خدمات مورد نیاز به برگ دفترچه می‌بایست دفترچه جدید از اداره بیمه مربوط به شهر خود تهیه نمایند.

(۷۳-۰۰۵)

۱۱- نوزاد و خدمت سرپایی

نوزاد تا سن یک ماهگی می‌تواند با دفترچه مادر خدمت سرپایی بگیرد. (۷۵-۰۰۵)

- صندوق خویش فرما

۱- شروع بستری

اگر بیمار قبل از تاریخ شروع بیمه بستری باشد می‌توان از تاریخ شروع بیمه جهت بیمار معرفی

نامه صادر نمود. (۷۴-۰۰۵)

۲- 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 تأیید مددکاری بیمارستان چنانچه نوزاد فوت شده باشد می‌توان از بیمه بستری شهری استفاده کرد). (۰۰۵-۰۸)

۳- زیر ۱۸ سال

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

۴- بالا ۱۸ سال

فرزندان انث تا ازدواج و فرزندان ذکور تا ۲۵ سالگی می‌توانند تحت پوشش سرپرست باقی بمانند.
(۰۰۵-۲۸)

۵- خاص

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

۶- سربار

فرزند ذکور اگر قبل از سربازی دفترچه را اخذ کرده است تا پایان اعتبار می‌توانند تحت پوشش خویش فرما باقی بمانند. (۰۰۵-۳۵)

۷- زندانی

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

۸- زایمان

زایمان با وابستگی سرپرست تنها اگر تاریخ ادواج قبل از شروع بیمه باشد تحت پوشش نبوده و می‌بایست به بیمه‌گری هدایت شود. در غیر این حالت صدور معرفی نامه بلامانع می‌باشد. (۵۲-۰۰۵)

۹- واریز وجه

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

- صندوق سایر اقشار

۱- نوزاد

صدور معرفینامه در صندوق سایر اقشار جهت نوزادی که والدین دارای دفترچه سایر اقشار می‌باشند منوط به ارائه برگه تعهد گزار می‌باشد. (۰۰۵-۰۷) (در خدمت سرپایی تا یک ماهگی نوزاد می‌تواند از دفترچه مادر استفاده نماید. (۰۰۵-۷۵)

۲- فوت نوزاد

اگر نوزاد زیر یک ماهگی فوت نماید و والدین دارای دفترچه سایر اقشار باشند با تعهد بیمه گزار و تأیید بیمه گری می‌توان معرفینامه صادر نمود. (۰۰۵-۳۴)

۳- سرباز

اگر در قبل سربازی دفترچه سایر اقشار معتبر داشته است تا پایان اعتبار دفترچه می‌تواند تحت پوشش باشد. (۰۰۵-۳۴)

صرفاً سربازی مأمور در سایر دستگاهها و ادارات با مجوز سازمان، دفترچه سایر اقشار دارند.

۴- زایمان

مراجعه بیمار زایمان با نسبت فرزند الزاماً قبل از صدور معرفینامه تأیید به اداره بیمه‌گری اخذ گردد. (۰۰۵-۵۲)

۵- حمایتی

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

۶- تحت تکفل سرباز

سرباز با نسبت سرپرست در زمان سربازی نمی‌تواند خود و عاقله تحت تکفل خود را بیمه نماید.

(۰۰۵-۴۹)

۷- اعتبار

تمامی دفاتر سایر اقشار دارای تاریخ اعتبار درج شده در دفترچه می‌باشند و دفاتر آنها بر اساس تاریخ اعتبار ثبت شده معتبر می‌باشد (در صورت عدم درج اعتبار به اداره بیمه‌گری ارجاع شوند).
(۰۰۵-۷۶)

۸- زندگی اگر قبل از حبس دارای دفترچه بوده است تا پایان اعتبار دفترچه تحت پوشش است.

صندوق روستائیان

۱- کارت‌های بیمه روستایی

کارت‌های روستائیان معتبر نمی‌باشند. (۰۰۵-۷)

۲- فاقد دفترچه

روستائینی که هنوز دفترچه تحویل نگرفته‌اند اگر نامه از مرکز استان داشته باشند می‌توانند از خدمات بستری استفاده نمایند. (۰۰۵-۷۷)

۳- محصل

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

۴- دیالیز - شیمی درمانی

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

۵- فوت نوزاد

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

۶- نوزاد

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

۷- خارج از مرکز درمانی در همان استان

دفترچه روستایی جهت خدمات در خارج از مراکز درمانی در صورت تأیید ناظر و مراجعه به مراکز دانشگاهی معتبر است. (۰۰۵-۱۷)

۸- عکسدار

دفترچه‌های روستائیان بالای هفت سال می‌بایست عکس دار باشند. (۰۰۵-۴۲)

۹- زندان

دفاتر روستایی در زمان زندانی بودن معتبر نمی‌باشد. (۰۰۵-۴۶)

۱۰- استاد تهران

دفترچه‌های 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 دو سرپایی پس از تأیید نماینده ناظر و انضمام مهر یا نامه خانه بهداشت بلامانع است.

۱۲- سرباز

سربازان در تعهد بیمه روستائیان نمی‌باشد. (۰۰۵-۵۳)

۱۳- اعتبار دفاتر روستایی

تمامی دفترچه‌های روستایی تا پایان آخرین نسخه دفترچه معتبر می‌باشند (حتی مواردی که از تاریخ ثبت شده بر روی دفترچه گذشته باشد). (۰۰۵-۷۱)

۱۴- مهر ناظر

جهت استفاده از وراق دفترچه روستایی الزاماً می‌بایست ناظرین بر اساس ضوابط پشت برگه مورد نیاز را ممهور نمایند. (۰۰۵-۷۱)

۱۵- خدمات تخصصی (سطح دو)

با تکمیل فرم ارجاع در دفترچه‌های بیمه روستائیان توسط پزشک خانوار می‌توانند بدون معرفی‌نامه از استان مبدأ به پزشکان متخصص طرف قرارداد مراجعه نمایند.

۱۶- ارجاع

با دستور بستری نیاز به ارجاع نبوده و جهت خدمات سرپایی فرم ارجاع با کد خانوار می‌باشد.

۱۷- تولد نوزاد خارج از بیمارستان

نوزادانی که در بیمارستان به دنیا نیامده باشند گواهی ولادت با تأیید خانه بهداشت و شورای اسلامی روستا برای صدور معرفی‌نامه نیاز است.

۲۶- نکات مهم

۱- اوراق دفترچه

جهت دفترچه‌های شهرستانها که در تهران اوراق شان تمام می‌شود برگه معرفی‌نامه به انضمام کپی صفحه اول دفترچه صادر گردد تا بیمار از بیمه جهت اقدامات بستری استفاده نماید. (۰۴-۰۵)

۲- فوت نوزاد

فوت نوزاد بعد از یک ماهگی: در تمامی صندوق‌ها مدارک بیمه‌ای مستقل از والدین ضمیمه شود. (۰۵-۳۴)

۳- 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).

۴- دانش‌آموزی

حوادث دانش‌آموزان از تعهد تمامی صندوق‌ها خارج است. (۰۵۵-۴۴)

۵- فرزند چهارم

فرزند چهارم و به بعد تمامی صندوق‌ها اگر بیمه دیگری ندارند می‌توانند بستری شهری بشوند و همچنین فرزند چهارم سایر سازمانهای بیمه‌ای که از خدمات بیمه‌ای برخوردار نیستند. (۵۳-۰۰۵)

۶- گلوله

مصدومین با گلوله در صورت ارئه گزارش پلیس مبنی بر مجرم نبودن مصدوم و ناشناس بودن ضارب با تأیید شورای فنی در تعهد می‌باشند (۰۲-۰۱۰) (تنها در موارد درگیری بین پلیس و اشرار)

۷- تاریخ اتمام اعتبار دفترچه‌ها

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

۸- 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 معرفینامه می‌باشد. (۵۶-۸۰۰)

۹- اقدام به خودکشی

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

۱۰- حادثه

بجز در موارد تصادفات اگر حادثه اتفاقی بوده و حین انجام کار نباشد و مصدوم تحت پوشش بیمه‌های دانش‌آموزان / ورزشکاران / مسافری / قانون کار نباشد و در تعهد می‌باشند. (۳۶-۰۰۵)

۱۱- عوارض درمان نازایی

عوارضی مانند آسیب و ... که در اثر درمان نازایی (با روش‌هایی مانند I.V.F) پدید می‌آیند در تعهد هستند. (۲۲-۰۰۷)

۱۲- اعتبار دستی

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

۱۳- 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 به بخشنامه‌ای در صدور معرفی نامه

۱- عوارض پیوند تا ۳ ماه بعد از عمل

جهت درمان‌های جراحی پس از پیوند کلیه معرفی نامه صادر نمی‌گردد. (۳۴-۱۰۹)

۲- لیزیک و اعمال رفراکتیوسرجری

لیزیک، RK لیزری، اگزامرلیزر، کراتومیلیوسیپس، کراتوپلاستی انکاساری، کراتوتومی رادیال در تعهد نمی‌باشند. (۰۱-۸۰۰)

۳- IVF و ...

IVF و GIFT و ZIFT میکروانژکسیون در تعهد نمی‌باشد. (۰۲-۸۰۰) (در درمانهای مربوط به باروری و یا ناتوانی جنسی تنها هزینه‌های گران قیمتی مانند ZIFT/IVF/... و همچنین درمانهای جدید در تعهد نیستند و مابقی در تعهداند. (۲۹-۰۰۷)

۴- لیپوساکشن و ...

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

۵- اعتیاد

ترک اعتیاد تحت هیچ شرایطی حتی جهت بیماران روانی به صوت بستری در بیمارستان در تعهد نمی‌باشد. (۴۴-۸۰۰)

۶- قانون کار

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

T.L-۷

T.L و وازکتومی در تعهد نمی‌باشد. (۸۰۰-۳۱) در برخی موارد خاص طبق بخشنامه عمل شود.

۸- ادامه درمان نزاع

ادامه درمان در موارد ضرب و جرح و نزاع در تعهد نمی‌باشند. (۸۰۰-۴۲)

۹- تصادفات

هزینه درمانهای اولیه و همچنین درمانهای بعدی (ادامه درمان) در تصادفات در تمامی حالت‌های ممکنه (ثالث/ با نقصر و یا متواری / ...) از ابتدای سال ۸۴ از تعهد بیمه خارج شده‌اند. (۸۰۰-۵۴)
(اگر تصادفات در قبل از سال ۱۳۸۴ به وقوع پیوسته باشد و در نوبت اول درمان معرفی نامه صادر نمود.) (۸۰۰-۵۷)

۱۰- مجروحیت افراد شرور در درگیری با پلیس

صدور معرفی‌نامه جهت فرد شرور در تمامی صندوق‌ها خارج از تعهد می‌باشد. (۰۰۵-۵۸)

۱۱- چشم

هزینه‌ها درمانی و پروتز درمانی و پروتز مصرفی در عمل جراحی رفع عیوب انکساری چشم در تعهد قرار ندارد.

۱۲- پروستات

مایکرو ویوترموتراپی پروستات در تعهد بیمه نمی‌باشد.

۱۳- عروق کرونر

لیزر تراپی عروق کرونر در تعهد نمی‌باشد.

۱۴- نزاع

ضرب و جرح و نزاع در تعهد نمی‌باشد (۸۰۰-۳۸) اگر نزاع بین اقوام درجه یک و خانوادگی باشد و ضارب سن کمتر از ۱۸ سال داشته باشند و شاکی هم نداشته باشد می‌توان معرفی نامه صادر

کرد. (۵۸-۸۰۰) (اگر مصدوم توسط ضارب ناشناس و متواری صدمه دیده باشد با گواهی کلانتری و پس از تأیید شورای فنی می‌توان معرفی نامه صادر کرد.) (۵۲-۸۰۰) هزینه ضرب و جرح زوجین در تعهد قرارداد ایجاد ضرب و جرح توسط بیماران روانی به شرط احراز بیماری ضارب توسط پزشک قانونی پرداخت است.

عدم تعهدات کلی سازمان

۱- زیبایی

خدمات فوق تخصصی مانند زیبایی

۲- پیوند

پیوند دست و پا و انگشت (بجز وارد اورژانس) / پیوند مغز استخوان / پیوند کبد / پیوند ریه /

پیوند قلب

۳- مفاصل

تعویض مفصل بجز موارد عفونت و شکستگی

۴- اسکولیوز

اسکولیوز به جز در سن کمتر از ۲۵ سالگی

۵- گوش

کاشت حلزون شنوایی

۶- مثاله

اسفنکتر مصنوعی مثانه

۷- نازایی

برخی اعمال نمرایی (طبق بخشنامه‌ها)

۸- حوادث کار

حوادث ناشی از کار

۹- دو حسابداری اسناد / سهم سازمان / فرانسیز

۱- فرانسیز در ویزیت تمام وقت جغرافیایی سرپایی بر اساس ویزیت‌های معمولی می‌باشد. (۱۶-۰۰۷)

۲- ما به التفاوت فرانسیز K۲ با فرانسیز معمول به عنوان بخشودگی بوده و توسط وزارت بهداشت به بیمارستان پرداخت می‌گردد. (۱۳-۱۰۰)

۳- شیمی درمانی و سنگ شکن اصولاً به صورت سرپایی محاسبه می‌شود. مگر انجام این در زمان بستری که تابع صندوق مربوطه می‌باشند. (۰۰۷-۰۴)

۴- دیالیز سرپایی در نوع در تمامی صندوق‌های... (سهم سازمان) محاسبه می‌گردد. (۰۰۷-۱۵) به بخشنامه‌های بیماران خاص توجه شود.

۵- سهم سازمان در صندوق بستری شهری (فقط اسناد بستری دارد) ۹۰٪ می‌باشد.

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

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

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

۹- سهم سازمان در ویزیت سرپایی تابع بخشنامه‌های سالیانه می‌باشد. (۰۰۷-۱۶)

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

۱۱- فرانسیز در مراکز جراحی محدود برابر مراکز بستری است. (۰۰۷-۰۹)

۱۲- دیالیز سرپایی در دفترچه‌های خاص ندارند ... محاسبه شوند. (۱۵-۰۰۷) به بخشنامه‌های بیماران خاص توجه شود.

- ۱۳- در اسناد بیمارستان اگر پرونده‌ای با تاریخ ترخیص خارج آن ماه وجود داشته باشد: در نوبت اول تذکر و در نوبت‌های بعد کسر گردد. (۲۰-۰۰۷)
- ۱۴- مراکز خیریه و خصوصی طرف قرارداد می‌توانند مابه‌التفاوت تعرفه خصوصی و دولتی را در موارد آزمایش / رادیولوژی / تحت روز از بیمه اخذ نمایند. (۴۳-۰۰۵)
- ۱۵- مراکز وابسته به تأمین اجتماعی / بنیاد شهید / جانبازان / هلال احمر / جهاد دانشگاهی تابع تعرفه دولتی می‌باشند. (۵۷-۰۰۵)
- ۱۶- مراکز وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی تابع تعرفه خصوصی می‌باشند. (۵۷-۰۰۵)
- ۱۷- ویزیت در مراکز خصوصی طرف قرارداد بر اساس ویزیت بخش خصوصی محاسبه گردد. (۲۲۰-۰۰۶)
- ۱۸- 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 دستورالعمل‌های مربوط به سازمانهای بیمه‌گر