

آموزش ثبت خدمات تشخیصی و درمانی در

بیمارستان

خدمات سرپایی و درمانگاهی

شایع ترین خدمات قابل ارائه در بخش های سرپایی

- ❖ ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در درمانگاه و کلینیک ویژه
- ❖ خدماتی که به صورت همزمان با ویزیت سرپایی در قالب درمانگاه ارائه می شوند، مانند قلب و عروق (همزمانی ویزیت، EKG و اکو) و یا مغز و اعصاب (EEG و EMG ، NCV همزمان با یک ویزیت)
- ❖ خدمات سرپایی به تفکیک درمانگاه تخصصی از جمله، آندوسکوپی، تست ورزش، هولتر، برونکوسکوپی، اسپیرومتری، فیزیوتراپی و ...
- ❖ خدمات پاراکلینیک تشخیصی شامل تصویربرداری و آزمایشگاه
- ❖ خدماتی که مشترک با بخش های بستری است، مانند بخیه، پانسمان، دیالیز، شیمی درمانی

نکات کلی ثبت خدمات در درمانگاه و بخش سرپایی

- ❖ فرآیند استعلام و مبنای استناد برای تنظیم اسناد (شورایعالی بیمه/دانشگاه و وزارت)
- ❖ بیش از یک ویزیت بیمار در روز برای یک پزشک قابل محاسبه نخواهد بود.
- ❖ ویزیت در مراکز دانشگاهی به رزیدنت سال ۳ و بالاتر قابل پرداخت می باشد.
- ❖ در خصوص پرداخت ویزیت MDPHD در صورتیکه خدمت در تعهد باشد، مانند تعرفه متخصص پرداخت می شود.
- ❖ تاریخ اعتبار، تاریخ ویزیت ، مهر پزشک و ... در کلیه نسخ سرپایی کلینیک و پاراکلینیک.
- ❖ کنترل مستندات بیمه ای از قبیل کپی دفترچه، برگه پذیرش، استحقاق درمان، معرفینامه، تاییدیه نمایندگان سازمانهای بیمه گر
- ❖ آنچه که بیمه پوشش نمیدهد، الزاما به منظور عدم دریافت از بیمار نیست. (در صورتی که یک خدمت قابل ارائه باشد می بایست تعرفه آن از سهم بیمه و بیمار تامین گردد)

انجام خدمات همزمان با ویزیت

❖ در مواردی که پزشک معالج همزمان ویزیت و خدمت/خدمات جنبی به بیمه شده ارائه می‌نماید چنانچه تعرفه ویزیت بالاتر از خدمت جنبی باشد، ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه ویزیت بوده و در صورتی که تعرفه خدمت جنبی بالاتر از تعرفه ویزیت باشد ملاک محاسبه و پرداخت تعرفه خدمت جنبی خواهد بود (فقط یک خدمت قابل پرداخت است)

❖ آیا در بخش تخصصی ویزیت‌ها مانند قلب و عروق (همزمانی ویزیت، EKG و اکو) و یا مغز و اعصاب (EEG و EMG، NCV همزمان با یک ویزیت) نیز این شرایط حاکم است و در مجموع نحوه رفتار این دفتر در خدمات تخصصی پزشکان چگونه است؟ خیر

❖ عملکرد بیمه: براساس ماده ۹ ضوابط و مقررات مربوط به پزشکان/دندانپزشکان در بخش قراردادهای، چنانچه تعرفه ویزیت بالاتر باشد، ویزیت و در صورتیکه خدمات جانبی بالاتر باشد، خدمات قابل پرداخت خواهد بود.

❖ عملکرد بیمارستان: خدمت بیشتر درخواست از بیمه و خدمت پایین تر آزاد از بیمار

عنوان فلوشیپ به چه پزشکی اطلاق می گردد و ارائه چه مدارکی جهت پرداخت فرانشیز فلوشیپ الزامی است؟

- در صورتیکه فرد دارای مطب خصوصی باشد درج عنوان فلوشیپ در پروانه مطب فرد کفایت می نماید و در صورتیکه در بخش بیمارستانی شاغل هستند، ارائه حکم حقوقی که فلوشیپ در آن درج گردیده و یا گواهی مبنی بر گذراندن دوره مربوطه الزامی است.

مغایرت امضاء بر روی نسخه و امضای معرفی شده

- در ضوابط مشترک رسیدگی به اسناد پزشکان سازمانهای بیمه گر، "عدم تطابق امضاء با نمونه امضاء پزشک" در آیتم ۱۲ تعدیلات قید شده است و مشمول کسورات است.
- در بند (۸) بخش ضوابط لازم الاجراء به مسئولیت پزشک در خصوص مهر نمودن نسخ اشاره شده و متفاوت بودن خط و امضاء در یک نسخه بلامانع اعلام شده است.

ضوابط و نحوه رسیدگی به خدمات سرپایی

خدمات سرپایی نظیر پانسمان، تزریقات، سرم تراپی، کشیدن بخیه چگونه عمل شود؟

در متن برخی تعرفه‌ها، پرداخت منوط به انجام خدمت در بخش اورژانس بیمارستانی است از جمله کد ۹۰۰۰۱۵ و کدهای ۱۰۰۵۱۱ و ۱۰۰۵۱۲. در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه می‌باشد. بدیهی است با توجه به شرح کد پانسمان به موارد سوچور، بعد از عمل و ... تعلق نمی‌گیرد و تنها در موارد بیماران اورژانسی قابل پرداخت است.

پرداخت هزینه بیهوشی در بخش آندوسکوپی چگونه می باشد ؟



هزینه بیهوشی در آندوسکوپی ها بصورت گلوبال با رعایت ضوابط بیهوشی براساس کتاب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ختنه با بی‌هوشی قابل پرداخت است یا خیر؟



چنانچه بیمار جهت انجام ختنه بنا به تشخیص پزشک به اتاق عمل رفت و توسط پزشک بیهوشی، بیهوشی انجام شود، محاسبه و پرداخت با رعایت ضوابط و مقررات و تکمیل چارت بیهوشی بلامانع است.

نحوه پرداخت بیهوشی در ESWL زمانی که با تزریق آمپول پتدین صورت می‌گیرد؟،



به شرط حضور فیزیکی متخصص بیهوشی و انجام آن توسط پزشک بیهوشی پرداخت هزینه بیهوشی
ESWL با رعایت ضوابط و مقررات و تکمیل چارت بیهوشی محاسبه و پرداخت هزینه بیهوشی براساس کد
مربوطه بصورت گلوبال بلامانع است.

پرداخت بیهوشی در جراحی های کوچک با کد تعدیلی



کد تعدیلی ۴۶ دستورالعمل یکسان سازی بستری در ختنه و سایر اعمال کوچک و تزریق آواستین که پزشک با استفاده از بی حسی موضعی خدمت را ارائه می دهد پایه جراحی به همراه ۲۰٪ پایه جراحی قابل پرداخت می باشد.

بعنوان مثال در ختنه پایه جراحی ۸ + (۸) × ۲۰٪ = جمعاً ۹/۶K قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: در تمام اعمال جراحی و تشخیصی پزشک ارائه دهنده خدمت فقط مجاز به انجام **Local anesthesia** می باشند و

چنانچه از هر روش دیگری استفاده نماید هیچ مبلغی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ضوابط و نحوه رسیدگی به خدمات داخلی

نحوه گزارش خدمات روانپزشکی

- مصاحبه اولیه روانپزشکی (کد ۹۰۰۰۴۵) فقط یکبار در طول بستری قابل گزارش و پرداخت می‌باشد و با ویزیت سرپایی یا بستری قابل گزارش نمی‌باشد.
- مشاوره روانپزشکی برای بیماران بستری (کد ۹۰۰۰۴۶) برای بیمارانی که در بخش غیر از روانپزشکی بستری (شامل مصاحبه و معاینه تشخیصی اقدامات حفاظتی و مداخله در بحران و انتقال بیمار به بخش در صورت لزوم) می‌باشند.
- روان درمانی فردی (کد ۹۰۰۰۵۱) خانواده درمانی - زوج درمانی (کد ۹۰۰۰۹۱)، روان درمانی فردی (کد ۹۰۰۰۵۰)، درمان با تشنج زایی الکتریکی ECT (کد ۹۰۰۱۲۰) براساس شرح کد اقدام گردد.

شیمی درمانی:

(۱) ویزیت همزمان با شیمی درمانی قابل محاسبه نمی باشد و در صورتی که به هر دلیل بیمار نیاز به بستری داشته باشد طبق ضوابط بستری ویزیت محاسبه می گردد.

(۲) کد های شیمی درمانی صرفاً در صورت حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه و اخذ می باشد.

(۳) کد ۹۰۱۵۵۵ شیمی درمانی به داخل حفره پلور صرفاً در صورت انجام توسط پزشک قابل محاسبه و اخذ می باشد.

(۴) کد ۹۰۱۵۵۰۹ انفوزیون طولانی مدت با استفاده از یک پمپ صرفاً در زمان حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه می باشد.

(۵) در تزریق دسفرال، هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی بطور جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

۶) برای شیمی درمانی بالای ۸ ساعت با (یا بدون) پمپ، از کد ۹۰۱۵۵۰ استفاده می شود؛ در صورت استفاده از پمپ و ترخیص بیمار کد ۹۰۱۵۵۰ فقط یک بار قابل گزارش می باشد.

۷) برای شارژ مجدد پمپ شیمی درمانی در روزهای بعد کد ۹۰۱۵۶۵ قابل گزارش می باشد.

۸) تزریق داروی ATG توسط پزشک، تزریق داروهای حساس و بیولوژیک آنتی بادی های مونوکلونال برای مثال ریتوکسی ماب، ایمونوگلوبین داخل وریدی ((VIG) توسط پزشک و تزریق داروهای بی فسفوناتها (برای مثال زومتا و پامیدرونات) و پالس متیل پردنیزولون توسط پزشک یا تحت نظارت مستقیم، در صورت انجام حین شیمی درمانی به صورت جداگانه قابل گزارش نمی باشد.

۹) پرداخت خدمات شیمی درمانی که مجوز انجام آن به رادیوتراپیست ها نیز داده شده است، بلامانع می باشد.

دیالیز:

(۱) دیالیز حاد: در نارسایی حاد کلیه به علت بیماری های قلبی، فشار خون، عفونت، نارسایی کبدی، لوپوس، شیمی درمانی، مسمومیت و ... همودیالیز اولیه تا ۶ جلسه اول با ارزش نسبی بصورت گلوبال ۱۷ کا برای مراکز دولتی و ۲۶ کا برای مراکز خصوصی محاسبه می گردد (۹۰۰۱۴۰).

(۲) دیالیز مزمن: به صورت گلوبال در مراکز دولتی با ارزش نسبی ۱۵ کا و مراکز خصوصی ۲۳ کا محاسبه میگردد (۹۰۰۱۴۵).

✓ بدیهی است حضور مستمر پزشک در حین دیالیز الزامی نبوده و تنها یک ارزیابی در هر جلسه کافی است.

(۳) دیالیز صفاقی: در بیماران با نارسایی مزمن کلیه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۰ به صورت گلوبال با ارزش نسبی ۱۵۰ کا و «آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژیست» در هر ماه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی ۱۲ کا قابل محاسبه می باشد.

(۴) جهت احتساب لوازم مصرفی، شالدون گذاری، کاتتر گذاری و ... به شیوه نامه بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج مراجعه گردد.

علاوه بر ست دیالیز، آیا بیکربنات و فیلتر به سرجمع تعرفه گلوبال اضافه می‌گردد؟

❖ از ابتدای سال ۹۴ براساس تفاهم‌نامه فیما بین سازمانهای بیمه‌گر پایه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت انجام هر جلسه دیالیز یک واحد محلول دیالیز، پودر و ست و صافی به ازای هر جلسه دیالیز قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

❖ بعضی از داروها و آنتی بیوتیک‌ها حین دیالیز استفاده می‌شود مثل ویال وانکومايسين، سفنازیدیم و اناکسوپرین و ... می‌توان هزینه این گونه داروها را به مبلغ گلوبال دیالیز اضافه کرد

ضوابط و نحوه محاسبه خدمت نوار نگاری ها :

(۱) هزینه EKG در کلیه کلینیک های سرپایی و بخش های بستری بیمارستانی و مراکز جراحی محدود در صورت تجویز پزشک معالج و انجام EKG استاندارد (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد و جزء حرفه ای آن خدمت (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد.

(۲) در صورت انجام مانیتورینگ قلبی تا ۲۴ ساعت (حداقل ۶ ساعت)، کد ۹۰۰۷۷۰ قابل محاسبه می باشد. (به جز بخش های ویژه)

آیا در بخشهای ویژه (CCU ، ICU) EKG قابل پرداخت است ؟ غیر قابل پرداخت است

ضوابط و نحوه محاسبه خدمت فیزیوتراپی :

(۱) در صورت انجام فیزیوتراپی تنفسی در سایر بخش ها به غیر از بخش های ویژه و تخصصی ریه و توراکس کد ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه می باشد.

(۲) در صورت عدم رعایت مدت زمان تعیین شده در کدهای فیزیوتراپی، هزینه ای قابل محاسبه نمی باشد.

جزء حرفه‌ای پزشکان تمام وقت در اعمالی مانند: شیمی درمانی، دیالیز، فتوتراپی و ... (پزشک انجام دهنده نیست) چگونه پرداخت گردد؟

- ملاک محاسبه و پرداخت هزینه شیمی درمانی شرح کد کتاب می‌باشد (کد ۹۰۱۵۴۰) حضور پزشک معالج در بیمارستان الزامی است.
- -محاسبه و پرداخت دیالیز به ازای یک بار ارزیابی توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دارای گواهی معتبر و حضور در بیمارستان بصورت ۲K و در غیراینصورت تنها بصورت ۱K قابل پرداخت می‌باشد.
- -ملاک محاسبه و پرداخت فتوتراپی، تجویز و تقبل مسئولیت روند درمان توسط پزشک می‌باشد

ضوابط و نحوه رسیدگی به اسناد پاراکلینیک

کلیه خدمات تصویربرداری با کنترل وجود درخواست توسط پزشک معالج و گواهی ارائه خدمت و در صورت لزوم ضمیمه نمودن گزارش مطابق دستورالعمل مربوطه ممهور به مهر و امضاء پزشک انجام دهنده مطابق با تعهدات و تعرفه های مصوب در کلیه سرفصل ها قابل رسیدگی و محاسبه خواهد بود.

تبصره: MRI درخواستی توسط پزشک عمومی قابل محاسبه نمی باشد.

در خصوص خدمات MRI و CT و پزشکی هسته ای و الکتروکاردیوگرافی تنها تفسیر توسط پزشک کافی است و قابل پرداخت است و پرداخت جزء حرفه ای در تست ورزش با حضور فیزیکی پزشک مربوطه و ارائه گزارش قابل محاسبه می باشد.

آزمایشگاه و پاتولوژی :

تمامی درخواست های آزمایش و پاتولوژی که به دنبال دستور پزشک معالج صورت گرفته، با کنترل برگه گزارش نتایج اقدامات انجام شده قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره: درخصوص خدمات آزمایشگاهی جهت اولین روز بستری یک تعرفه پذیرش (کد ۸۰۰۰۰۵) و در روزهای بعد به ازای هر بار خونگیری، تعرفه یک مورد خونگیری (کد ۸۰۰۰۱۰) قابل محاسبه خواهد بود.

آیا خدمات جنبی مانند نوار قلبی ، نوار مغز ، اسپرومتری و ... که توسط پزشکان خارج از درمانگاهها درخواست می شود و این خدمات در درمانگاهها انجام و نسخه آن ارسال می شود فقط قسمت فنی تعرفه محاسبه گردد . زیرا هزینه و بخش حرفه ای به درمانگاه تعلق نمی گیرد؟

خدمات جانبی که در مراکز درمانگاهی انجام و توسط پزشک غیر مقیم در مرکز تجویز گردیده است، تنها بخش فنی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. تأکید می گردد چنانچه برگه سبز تحویل گردد جزء فنی و اگر برگ قرمز تحویل گردد جزء حرفه ای و اگر هر دو با هم تحویل شود، ارزش تام تعلق می گیرد.

مهمترین علت کسورات در درمانگاه و بخش سرپایی

- ❖ نبود رپیورت سی تی اسکن ، ام ار ای و جواب آزمایشات ، سونوگرافی ، پاتولوژی و ... در پرونده ها.
- ❖ اشکالات نسخ سرپایی از قبیل نداشتن تاریخ اعتبار، تاریخ ویزیت ، مهر پزشک و ... در کلیه نسخ سرپایی کلینیک و پاراکلینیک.
- ❖ اشتباهات کاربری در هنگام ثبت کای جراحی و رعایت نکردن درصد.
- ❖ عدم کنترل مستندات بیمه ای از قبیل کپی دفترچه ، برگه پذیرش ، استحقاق درمان ، معرفینامه، تاییدیه نمایندگان سازمانهای بیمه گر و ... توسط برخی از منشی ها.

آموزش ثبت خدمات تشخیصی و درمانی در بیمارستان

۵) برای اقامت کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان هزینه هتلینگ قابل محاسبه نمی باشد.

۶) تخت روز بخش هایی که طبق مصوبه هیئت محترم وزیران فاقد تعرفه می باشد، مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می باشد.

۷) تعهد بیمه در مورد هتلینگ تخت عادی و تخت VIP برابر هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر در بخش دولتی می باشد.

۸) در صورتی که بیمار در یک روز در دو نوع تخت بستری گردد (به عنوان مثال تخت عادی و ICU) تخت روز گرانتر با شرط اقامت بیش از شش ساعت در تخت روز گرانتر، ملاک محاسبه هزینه نوع تخت روز خواهد بود.

(۱۲) بخش روانپزشکی: هزینه بستری بیمار در بخش روانپزشکی حداکثر ۸ هفته در سال از زمان اولین بستری به عنوان بیماری حاد براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیماری مزمن (طبق تشخیص پزشک معالج) برابر تعرفه تخت روانی درجه سه قابل محاسبه می باشد.

تبصره: بیماران روانی که جنبه نگهداری پیدا می کنند، خارج از تعهد بیمه های پایه می باشند.

(۱۳) هزینه اقامت همراه در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۱۵) در بخش های ICU دارای ۶ تخت و بیشتر پرداخت ۳۰٪ هزینه هتلینگ منوط به حضور پزشک مقیم می باشد و در بخش های ICU زیر ۶ تخت، پرداخت ۱۰۰٪ هزینه هتلینگ در صورت عدم حضور پزشک مقیم بلامانع می باشد.

تبصره ۱) سی درصد (۳۰٪) خدمات ICU، NICU مشمول ۲K هیئت علمی و ترجیحی مناطق محروم نمی شود.

۱۶) تخت روز بیمار تحت نظر: در بیماران تحت نظر بیش از شش ساعت، در صورت تعیین تکلیف بیمار و تشکیل پرونده بستری، تخت روز قابل پرداخت می باشد.

بدیهی است در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز با فرانشیز بستری محاسبه و پرداخت می گردد.

(۱۷) در خصوص بیمارانی که نیاز به بستری در بخش های ویژه دارند ولی با دستور پزشک معالج در بخشی بجز بخش های ویژه بیمارستان بستری گردیده و تحت مانیتورینگ قرار می گیرند، هزینه اقامت آنها از مجموع هزینه اقامت در بخش عادی با اضافه نمودن ارزش نسبی کد ۹۰۰۷۷۰ (EKG مانیتورینگ یا هولتر ۲۴ ساعته فشار خون به هر روش با ثبت، تفسیر و گزارش) محاسبه می گردد.

تبصره) در محاسبه هزینه اقامت، آخرین ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان ملاک عمل می باشد.

ماده ۷) ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات جنبی پرستاری :

۱) تبصره) خدمات تزریق خون و فرآورده های آن بر اساس کد مربوطه در کتاب قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳) هزینه این وسایل در اتاق عمل، اتاق زایمان (به جزء کلاه، کاور کفش و لباس یکبار مصرف) قابل محاسبه است.

۴) در ICU و NICU، ۶٪ تعرفه خدمات پرستاری فقط به ۷۰٪ تعرفه تخت تعلق می گیرد.

۵) در هنگام محاسبه هزینه زایمان طبیعی، هزینه خدمات پرستاری به تخت نوزاد سالم نیز تعلق می گیرد.

۳) ویزیت های منجر به جراحی، برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود. (قبل و بعد از عمل جراحی)

۴) ویزیت منجر به بیهوشی (pre med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود. به استثنای ویریت اوکی عمل در قالب کلینک بیهوشی

۵) ویزیت کلینک بیهوشی به صورت سرپایی به منظور تایید عمل جراحی قابل محاسبه می باشد.

۶) ویزیت متخصصین پزشکی قانونی در بخش های مسمومیت بر مبنای ویزیت متخصص قابل محاسبه می باشد.

۷) در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد.

جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و

امضاء نماید.

۸) ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ هزینه تخت روز لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹) در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش های ویژه می باشند، به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیپ یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسوول فنی بخش ویژه معرفی گردیده است، روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

۱۰) ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد. بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود.

تبصره: در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیپ ICU، پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت قابل محاسبه و گزارش می باشد.

(۱۱) ویزیت همراه با آنژیوگرافی در صورتی که بیمار صرفاً تحت آنژیوگرافی بایا بدون آنژیوپلاستی قرار گیرد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

تبصره (۱) ویزیت در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

تبصره (۲) چنانچه بیمار جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد، ویزیت بستری به ایشان تعلق نمی گیرد ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمت مورد اشاره باشد، ویزیت روزانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

(۱۲) انواع ویزیت بستری:

- ویزیت روز اول: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی (۹۰۱۹۲۰)
- ویزیت اولیه نوزاد متولدشده: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی (۹۰۱۹۲۵)
- ویزیت روز دوم به بعد: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی (۹۰۱۹۳۰)
- ویزیت روز ترخیص: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی (۹۰۱۹۳۵)

(۱۲) انواع ویزیت بستری:

□ ویزیت جامع در بخش اورژانس: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۹۰۱۹۴۹)

□ ویزیت محدود: ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ (ویزیت بیماران سطح ۵ تریاژ در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می باشد؛ ویزیت سایر گروه های تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و اخذ می باشد). (۹۰۱۹۴۸)

□ مراقبت بحرانی: مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) سطح یک یا دو تریاژ مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال) (۹۰۱۹۷۰)

تبصره: تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می باشد. چنانچه بیمار فوت یا با رضایت شخصی ترخیص گردد، ویزیت روز ترخیص قابل محاسبه نخواهد بود. چنانچه احراز گردد قبل از ترخیص یا فوت، بیمار توسط متخصص ویزیت شده است ویزیت قابل محاسبه می باشد.

مشاوره: عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر، به صورت اظهار نظر یا پیشنهاد به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر بیمار ارائه می گردد.

(۱) پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می باشد.

(۲) هزینه هر بار مشاوره برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی محاسبه می گردد.

(۳) حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره برای پزشکان با تخصص های مختلف و حداکثر سه مشاوره از یک تخصص، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روز دوم به بعد مازاد بر ویزیت روزانه پزشک معالج محاسبه می گردد.

۴) مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه نخواهد بود.

۵) مشاوره جراح در صورتی که منجر به جراحی گردد قابل محاسبه می باشد.

۶) مشاوره جهت متخصصینی من جمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها بر اساس کدهای موجود در کتاب قابل پرداخت می باشد.

۷) مشاوره در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

۸) مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

ویزیت همزمان با شیمی درمانی قابل محاسبه نمی باشد. در صورت نیاز به بستری طبق ضوابط بستری محاسبه گردد.

۸) مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با شرایط زیر قابل محاسبه می باشد (۹۰۱۹۴۵)

- تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد.
- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد.
- پزشک مدعو در کلینیک های بیمارستان فعالیت ننماید.
- ویزیت بربالین بیمار انجام شود.
- در مورد بیماران سرپایی نباشد.
- این حق مشاوره به رزیدنت تعلق نمی گیرد.

آیا در یک روز می توان به متخصص طب اورژانس ویزیت روز اول و ویزیت محدود و یا مراقبت

بحرانی پرداخت نمود؟ و یا اینکه در هر روز یک ویزیت جهت آنها قابل محاسبه می باشد؟

در صورتی که بیمار بستری گردد و پزشک معالج وی همان پزشک متخصص طب اورژانس باشد

فقط ویزیت بستری روز اول تعلق می گیرد و چنانچه پزشک بخش با پزشک طب اورژانس یکی

نباشد، یک ویزیت اورژانس براساس سطح تریاژ به پزشک طب اورژانس نیز تعلق می گیرد.

نحوه گزارش خدمات روانپزشکی

- مصاحبه اولیه روانپزشکی (کد ۹۰۰۰۴۵) فقط یکبار در طول بستری قابل گزارش و پرداخت می‌باشد و با ویزیت سرپایی یا بستری قابل گزارش نمی‌باشد.
- مشاوره روانپزشکی برای بیماران بستری (کد ۹۰۰۰۴۶) برای بیمارانی که در بخش غیر از روانپزشکی بستری (شامل مصاحبه و معاینه تشخیصی اقدامات حفاظتی و مداخله در بحران و انتقال بیمار به بخش در صورت لزوم) می‌باشند.
- روان درمانی فردی (کد ۹۰۰۰۵۱) خانواده درمانی - زوج درمانی (کد ۹۰۰۰۹۱)، روان درمانی فردی (کد ۹۰۰۰۵۰)، درمان با تشنج زایی الکتریکی ECT (کد ۹۰۰۱۲۰) براساس شرح کد اقدام گردد.

در دستورالعمل یکسان سازی در قسمت نوارنگاری ذکر گردیده است که در کلیه کلینیکهای سرپایی و بخشهای بستری

EKG قابل پرداخت است آیا در بخشهای ویژه (CCU ، ICU) EKG قابل پرداخت است ؟

در بخش های مراقبت ویژه EKG غیرقابل پرداخت است.

آئین نامه اجرایی طرح گلوبال:

تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال به تفکیک درجه ارزشیابی مکتسبه انواع بیمارستان ها تنظیم و اعلام گردیده است و تفاوت تعرفه ها در بیمارستان ها با درجات مختلف تنها ناشی از تفاوت هزینه اقامت هتلینگ می باشد.

۲) تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال در کلیه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد و در مراکز غیر طرف قرارداد (به صورت خسارت متفرقه) قابل اعمال می باشند. در مراکز جراحی محدود، هزینه هتلینگ از سرفصل تعرفه گلوبال کسرخواهد گردید.

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

تبصره: پرداخت هزینه مش فقط در هرنی انسیونال قابل پرداخت می باشد.

۴) ارائه خدمات MRI، سی تی اسکن، آنژیوگرافی، رادیوتراپی و مشابه آن؛ همچنین تست ورزش، اکوکاردیوگرافی، داپلررنگی و آندوسکوپی ها **در تعرفه سرجمع منظور نگردیده** و در صورت ارائه این خدمات باید جداگانه به هزینه سرجمع اضافه شوند.

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

۶) چنانچه در هر نوبت بستری جهت یک بیمار، دو عمل جراحی گلوبال مانند شکستگی دابل ساعد و اسپلنکتومی یا یک عمل گلوبال و یک عمل خارج از تعرفه گلوبال مانند شکستگی دابل ساعد و شکستگی مفصل ران و یا خدماتی نظیر CCU و ICU ارائه گردد، **پرونده از گلوبال خارج** و هزینه های مربوطه با استفاده از کتاب ارزش های نسبی محاسبه گردد.

۷) هزینه مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال مانند خونریزی های بعد از عمل و سایر مشکلات مرتبط با عمل به عهده مراکز درمانی و بیمارستان ها است و هزینه ای بابت اینگونه موارد به هزینه سرجمع اضافه نخواهد شد.

۸) مراکز درمانی می بایست از اعلام هزینه اعمال گلوبال به صورت غیر گلوبال اجتناب نمایند، بدیهی است بیمه پایه هزینه این گونه اعمال را بر طبق تعرفه گلوبال پرداخت نموده و هزینه مازاد قابل محاسبه نخواهد بود.

۹) چنانچه اعمال گلوبال به صورت سرپایی در بیمارستان انجام گردد، به شرط عدم کاهش کیفیت خدمات درمانی، هزینه مربوطه طبق تعرف گلوبال با فرانشیز بستری قابل محاسبه می باشد.

۱۰) در اعمال گلوبال کدهای تعدیلی (-۳۹)، (-۶۳)، (-۸۵)، (-۹۰)، (-۹۵)، در صورت احراز به سر جمع تعرفه خدمت اضافه می گردد در صورتی که هر یک از اعمال جراحی گلوبال مشمول کد تعدیلی (-۵۳) گردد عمل مربوطه از سرفصل گلوبال خارج شده و بر اساس ریز خدمات محاسبه خواهد شد.

۱۱) در موارد گلوبال در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمات، صرفاً بابت حق العمل جراحی، بیهوشی و ویزیت اولیه نوزاد سالم ارزش ریالی ضریب کای دوم به سر جمع هزینه گلوبال اضافه می گردد.

ماده ۱۳) ضوابط و نحوه محاسبه دارو و تجهیزات مصرفی

۳) در خصوص لوازم، مبنای تعهدات بیمه پایه، حداقل نرخ های مصوب اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و در صورت استفاده از انواع دیگر با قیمت های بالاتر، پرداخت مابه التفاوت به عهده بیمه پایه نمی باشد.

۴) هزینه chest lead در CCU و ICU قابل محاسبه نمی باشد.

پروتزهای استفاده شده در اعمال جراحی مورد تعهد در صورتی که توسط مراکز درمانی تهیه گردد پس از کنترل شرح عمل و سایر مستندات مبنی بر مورد استفاده قرار گرفتن آن براساس قیمت های مورد تعهد، براساس آخرین دستورالعمل های ابلاغی قابل محاسبه خواهد بود.

ماده ۱۲) ضوابط و نحوه محاسبه خدمت هزینه اتاق عمل (جزء فنی):

فهرست لوازم مصرفی هزینه اتاق عمل (جزء فنی):

مانند هزینه انواع تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، دستگاه ساکشن، کلیه دستگاه های سرمایه ای اتاق عمل از جمله دستگاه الکتروکوتر

(قلم کوتر، پلیت کوتر و ...)، دستگاه مانیتور با متعلقات (بجز chest lead، دستگاه TUR، پروپ، لوپ TUR و ...)، دستگاه پالس

اکسیمتری با متعلقات، دستگاه استرایکر، دستگاه ونتیلاتور (لوله های خرطومی، کانکتور و ...) دستگاه اشعه (تلویزیون)، چراغ اشعه ماوراء

بنفش، انواع ست های جراحی (ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و ...) هزینه پگ جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک

و...) گاز O₂، گاز N₂O، گان، کلاه بیمار، هزینه استریل ست های جراحی، انواع محلول های شوینده و استریل کننده مانند (آب

اکسیژنه، الکل، بتادین، ساولن و...) می باشد که در سرفصل جزء فنی لحاظ و به بیمارستان پرداخت می گردد. بنابراین بیمارستان نباید

هزینه اینگونه موارد را به طور جداگانه از بیمه پایه درخواست و یا از بیمه شده دریافت نماید.

نکات کلی ثبت خدمات در بخش های بستری

۱- دستور بستری با تشخیص اولیه مهمور به امضاء پزشک بر روی دفترچه بیمه بیمار

۲- برگه شرح عمل مهمور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح در صورت استفاده و درج کدهای مربوطه بر اساس کتاب ارزشهای نسبی به همراهات درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و درج مشخصات بیمار

۳- برگه بیهوشی مهمور به مهر و امضاء پزشک بیهوشی و درج ارزش تام شامل پایه و زمان و ریکاوری و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزشهای نسبی بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی

۴- لیست داروی مصرفی در بخش و اتاق عمل و لیست آزمایشات و خدمات پرتوپزشکی (برگه درخواست) باید مهمور به مهر و امضا پزشک معالج و مسئول فنی بخش رسیده باشد.

۵- در صورت نیاز بیمار به تخت ایزوله باید درخواست پزشک معالج مبنی بر علت استفاده از تخت ایزوله ذکر گردد.