



سازمان تامین اجتماعی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شیوه نامه

تبادل و رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمارستانی

سازمان تامین اجتماعی (سالانه رسا)

(نسخه ..)

دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

اداره کل درمان غمر مستقیم معاونت درمان تامین اجتماعی

(آذر ۱۴۰۴)

عناوین:

الف – اهداف

ب – دامنه عملکرد

پ – تعاریف

ت – ساختار اجرای برنامه

ث – شرح وظایف

ج – پیش نیازهای اجرای برنامه

چ – فرآیند اجرایی

ح – رسیدگی به اختلافات

خ – اسناد مثبت در فرآیند رسیدگی الکترونیک اسناد بیمارستانی

د – استقرار برنامه

بسمه تعالی

در راستای تحقق اهداف دولت الکترونیک و اجرای بند الف ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم پیشرفت کشور، درخصوص استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و توسعه ساختار نظام‌مند جهت تسهیل فرآیند پذیرش و پردازش اسناد بستری به صورت الکترونیکی، سازمان تامین اجتماعی اقدام به راه‌اندازی و استقرار سامانه پذیرش و پردازش الکترونیک اسناد پزشکی (رسا) نموده است که دستورالعمل زیر در این راستا تدوین شده است.

الف- اهداف

- رسیدگی الکترونیک اسناد بستری و بستری موقت و تولید صورتحساب مکانیزه و حذف اسناد کاغذی در فرآیند رسیدگی
- ایجاد بستر مبادله الکترونیکی اطلاعات خدمات ارائه شده به بیمه شدگان در مراکز طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد
- تنظیم هوشمند اسناد بر اساس قوانین بیمه‌گری با رویکرد حداقل نیاز به رسیدگی دستی
- جلوگیری از تولید اطلاعات الکترونیکی تکراری در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با توجه به پذیرش الکترونیکی پرونده رسیدگی شده توسط سازمان تامین اجتماعی
- مدیریت اطلاعات و رصد آن به منظور مدیریت هزینه در ارائه خدمات سلامت و شفاف‌سازی خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی
- شفاف‌سازی و ایجاد وحدت رویه در روند رسیدگی به اسناد پزشکی و اعمال کسور به تفکیک ارائه دهنده خدمت، نوع و درج علت آن توسط سازمان تامین اجتماعی و جلوگیری از خطاهای انسانی و تفسیرهای فردی
- دسترسی به کلیه سطوح خدمات ارائه شده به بیمه شدگان به صورت الکترونیک و ایجاد بستر داده‌ای قابل استناد جهت اخذ گزارشات آماری در سطوح مختلف مدیریتی
- فراهم کردن زمینه ایجاد تحول در نظام سلامت کشور با توجه به رویکردهای نوین بین‌المللی
- فراهم سازی بانک اطلاعاتی جامع از سوابق و ریز خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمت

ب- دامنه عملکرد

- ستاد مرکزی سازمان تامین اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- استانها: مدیریت‌های درمان، حوزه معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی و واحدهای درمانی ملکی سازمان
- دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی، مراکز ارائه دهنده خدمات بستری و بستری موقت (دانشگاهی و غیردانشگاهی)

پ- تعاریف

- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سازمان: سازمان تامین اجتماعی
- مدیریت درمان: مدیریت درمان استان‌ها
- سامانه‌های اطلاعاتی سلامت: در این شیوه‌نامه، منظور از سامانه‌های اطلاعاتی سلامت، کلیه سامانه‌های ملی و بیمارستانی مرتبط با تبادل داده در فرآیند رسیدگی الکترونیک شامل سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان (سپاس)، سامانه پذیرش و پردازش الکترونیک اسناد سازمان تأمین اجتماعی (رسا)، سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) و سامانه کدگذاری ملی سلامت (مکسا) می‌باشد. تبادل داده بین سامانه‌ها باید مطابق با آخرین نسخه استانداردهای مصوب مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از طریق وب‌سرویس‌های امن تحت پروتکل‌های مصوب انجام گیرد.
- سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS): نرم‌افزاری است که در بیمارستان‌ها مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد و وظیفه مدیریت اطلاعات پزشکی و تشکیل پرونده بیماران در بیمارستان را به عهده داشته و مکلف به ارسال این اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش می‌باشد و در این دستورالعمل به اختصار HIS نامیده می‌شود.
- سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس): پرونده الکترونیکی سلامت، مجموعه‌ای از کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان در بازه پیش از تولد (شامل: مطالعات دوران جنینی و ماقبل آن، مانند مطالعات مربوط به لقاح آزمایشگاهی) تا پس از مرگ (مانند: اطلاعات به‌دست‌آمده از اتوپسی، محل دفن و...) بوده که به صورت مداوم و با گذشت زمان به شکل الکترونیکی ذخیره می‌شود و در صورت نیاز، بدون ارتباط با مکان یا زمان خاص، تمام یا بخشی از آن، به‌سرعت در دسترس افراد مجاز قرار می‌گیرد. سپاس مخفف سامانه پرونده الکترونیکی سلامت و میان‌افزاری برای ارسال اطلاعات به سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشد که در این دستورالعمل به اختصار سامانه سپاس نامیده می‌شود.
- سامانه پذیرش و پردازش اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی (رسا): این سامانه با دریافت جزئیات هزینه‌ای هر یک از خدمات ارائه شده به بیمار و اطلاعات پرونده، بر اساس مقررات و ضوابط بیمه‌گری و میزان تعهد سازمان، پرونده را پذیرش و پردازش نموده و فرآیند رسیدگی در آن به صورت الکترونیکی انجام می‌گردد و در این دستورالعمل به اختصار سامانه رسا نامیده می‌شود. (<https://rsa.tamin.ir>)
- شناسه رهگیری سماد (HID): شناسه‌ای است برای بستری شدن بیمه‌شده که برای هر بار مراجعه به صورت یکتا از سامانه برخط بیمه‌شدگان کشور اخذ و بر روی صورتحساب بیمه‌شده درج می‌شود. این شناسه تاییدکننده اعتبار هویتی بیمه‌شده برای پذیرش در بیمارستان است (استحقاق سنجی) و همچنین معادل یک برگ دفترچه بیمه محسوب می‌شود.
- معرفی نامه: عبارت است از فرم الکترونیکی که در صفحه کاربر درآمد بیمارستان، پس از انجام فرایند احراز هویت، استعلام صحت HID و تایید استحقاق خدمت توسط ناظر بر بالین بیمار و ثبت اطلاعات لازم در سامانه با وارد کردن کد ملی بیمار قابل مشاهده می‌باشد.
- استحقاق خدمت:

در بعضی از خدمات سلامت به توجه به موارد طرح شده در استاندارد خدمت و یا خرید راهبردی ابلاغی وزارت، تنها برخی از بیمه شدگان مشمول دریافت خدمت تحت پوشش بیمه می‌گردند که این عنوان استحقاق خدمت اطلاق می‌شود.

- پرونده کاغذی: پرونده بستری بیمار است که به ازای هر بیمار در هنگام پذیرش در بیمارستان تشکیل می‌شود و حاوی کلیه وقایع و خدمات ارائه شده به بیمار می‌باشد.
- پرونده الکترونیک: پرونده بستری بیمار که در قالب مجموعه ای از داده های الکترونیک توسط پرسنل و کاربران مجاز بیمارستان در HIS و یا سامانه های مورد قرارداد مراکز درمانی ایجاد و ذخیره می‌شود.
- سطح یک اطلاعات بستری: هزینه‌ها و تعداد مراجعات بستری به تفکیک سازمان بیمه گر و نوع صندوق بیمه ای شامل سهم سازمان، سهم بیمه شده، سهم بیمه تکمیلی، سهم یارانه، سهم ارز ترجیحی دارو و تجهیزات و کای ترجیحی مناطق محروم است.
- سطح دو اطلاعات بستری: هزینه ها و تعداد مراجعات بستری به تفکیک گروه خدمت سهم سازمان و سهم بیمه شده است.
- سطح سه اطلاعات بستری: هزینه‌های بستری و تعداد خدمات ارائه شده به تفکیک ریز تعداد و مبلغ خدمات برای هر بیمار مبتنی بر کدینگ استاندارد خدمات است.
- سطح چهارم اطلاعات بستری: شامل هزینه های خدمات بستری به تفکیک تعداد جز حرفه ای و فنی و کدهای تعدیلی کلیه خدمات می‌باشد.
- رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام‌گرفته برای بیمار در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، توسط سازمان (کارشناس یا سامانه) بررسی و بعد از انطباق با ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب، ارزش گذاری می‌گردد.
- رسیدگی اولیه: رسیدگی که توسط کارشناس ناظر مقیم مدیریت درمان استان در بیمارستان با بررسی پرونده الکترونیک/کاغذی به همراه مستندات مربوط در صورتحساب انجام گرفته و میزان کسور و علت آن را ثبت می‌نماید.
- رسیدگی ثانویه: رسیدگی که پس از رسیدگی اولیه که توسط کارشناسان مرتبط مدیریت درمان استان با نظارت کارشناس مسئول اسناد بیمارستانی سازمان صورت پذیرفته و با بررسی مستندات مربوطه در صورتحساب اعمال و علت کسور ثبت می‌گردد.
- کسور اسناد: مبالغی است که کارشناسان سازمان و یا سامانه بر اساس مستنداتی از قبیل تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی هر سال، دستورالعمل‌های ابلاغی و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت و پس از بررسی مدارک مثبته و در صورت عدم انطباق با ضوابط، از صورتحساب اسناد بستری کسر می‌نماید.
- صورتحساب: مجموعه هزینه پرونده های بیمارستانی رسیدگی شده مطابق ضوابط قانونی، در بازه زمانی یک ماهه بر اساس زمان ترخیص بیماران به تفکیک نوع پرونده (بستری، بستری موقت و اورژانس تحت نظر) و صندوق بیمه است که توسط بیمارستان تایید و جهت پذیرش به مدیریت درمان استان ارسال می‌گردد.
- اسناد بیمارستانی: شامل کلیه پرونده های بیماران بستری، بستری موقت و اورژانس تحت نظر دارای پرونده می‌باشد.

- پرونده بستری: کلیه پرونده های بیمارانی که بالای شش ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستان بستری می گردند و ممکن است الکتیو یا اورژانسی به بیمارستان مراجعه نموده باشند. و به صورت دو نوع پرونده گلوبال یا غیر گلوبال مورد محاسبه و پرداخت قرار می گیرد.
- پرونده اورژانس تحت نظر: کلیه پرونده های بیمارانی که در قالب سطح تریاژ (سطح ۳، ۲، ۱ و ۴ دارای پرونده با پروسیجر) ، از محل اورژانس پذیرش و تحت نظر بوده و کمتر از ۶ ساعت مرخص می گردند را شامل می شود.
- پرونده بستری موقت: کلیه پرونده های بستری زیر ۶ ساعت که از محلی غیر از بخش اورژانس پذیرش شده باشند. مانند مراجعات خدمات بیماران خاص و صعب العلاج، تزریق خون و فراورده های خونی در بیماران خاص، خدمات کمک باروری، اسکوپپی ها، ERCP، سنگ شکن، خدمات درمانگاهی و جراحی های سرپایی، خدمات اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی و ...
- سند ارسالی: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی- درمانی به بیمه شدگان بستری و بستری موقت، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به مدیریت های درمان استان ها ارسال می گردد.
- واحد درآمد شامل:
 - واحد ترخیص: واحدی که مسئول محاسبه هزینه کرد پرونده و صدور مجوز ترخیص بیمار می باشد.
 - واحد مالی/ بیمه گری: واحدی که مسئول بررسی و تطابق خدمات ثبت شده در پرونده کاغذی با سیستم HIS، الصاق مستندات و اسناد مثبتیه مورد نیاز به پرونده مالی، جهت ارسال به سازمان های بیمه گر طرف قرارداد می باشد.
- واحد مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان (مدارک پزشکی): واحدی که مسئولیت طبقه بندی ، نگهداری اسناد و درج کد تشخیص را در پرونده کاغذی به عهده دارد.
- کارشناس ناظر/ رسیدگی کننده : نماینده صاحب صلاحیت مدیریت درمان استان در مراکز درمانی/ مدیریت درمان جهت رسیدگی اولیه و ثانویه اسناد الکترونیک است.
- اسناد جا مانده: پرونده هایی است که در بازه زمانی تعیین گردیده پس از ترخیص بیمار تبادل و رسیدگی نشده اند و به عنوان پرونده های جامانده در ماه ترخیص بعدی امکان ارسال دارند.
- اسناد جا مانده الکترونیکی: سندهای الکترونیکی است که در بازه زمانی تعیین گردیده پس از ترخیص بیمار در سامانه تبادل و رسیدگی نشده اند و به عنوان سندهای جا مانده از صورتحساب در فرایند الکترونیکی در ماه های بعدی تا آخر سال مالی امکان ارسال دارند که در کارتابل مدیر بیمارستان به صورت هشدار اعلام می گردد.
- اسناد متمم: کلیه اسناد جا مانده ای می باشند که در بازه زمانی یک ساله مالی در پایان اسفند ماه پس از تایید مسئول رسیدگی به صورتحساب های بستری / بیمارستانی قابلیت تبادل، رسیدگی و پرداخت دارند.
- تبصره ۱: اسنادی که به هر دلیل من جمله تغییر تعرفه و یا خروج از تمام وقتی شامل اضافه پرداخت و یا کسور نیز می گردند در این اسناد قابل حساب می باشند.
- حواله: مبلغ نهایی قابل پرداخت تایید شده (متناظر با صورتحساب رسیدگی) که جهت پرداخت به سامانه پرداخت متمرکز سازمان ارسال می گردد.
- XML: داده های الکترونیکی ذخیره شده در سامانه HIS که مطابق با ساختار استاندارد سپاس بوده و قابل گزارش گیری از HIS می باشد.

- اصالت سنجی: فرایندی جهت رصد اقلام سلامت محور از تولید، واردات تا مرحله مصرف که توسط سامانه سازمان غذا و دارو راه اندازی گردیده است. در این فرایند سامانه رهگیری و کنترل اصالت TTAC توسط سامانه های بیمارستانی فراخوانی شده و شناسه های UID سوزانده و مصرف می گردد.
- یارانه ارز ترجیحی (طرح دارویار/ طرح تجهیزیار): شامل مبلغ مابه التفاوت ناشی از حذف ارز ترجیحی اقلام سلامت محور می باشد.
- صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج: این ردیف از هزینه های سلامت از صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج سازمان بیمه سلامت کشور مطابق شیوه نامه محاسبه و پرداخت سهم صندوق خاص و صعب العلاج و مشمولین حمایت های سازمان بیمه سلامت در اسناد (برای بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت و تامین اجتماعی) آذرماه ۱۴۰۲ تامین اعتبار می گردد. اطلاعات این بیماران از طریق HIS و در ستون ۲۲,۲ ثبت و از طریق سامانه سپاس به سامانه رسیدگی الکترونیکی بیمه سلامت (رز) ارسال و پس از آن محاسبه، پرداخت به مرکز صورت می گیرد.
- نشان دارشدن بیماران خاص و صعب العلاج: از دو مسیر امکان دارد:
 - ۱- مراجعه بیمار به مدیریت های درمان استانها (به شکل غیر حضوری هم با استفاده از پورتال معاونت درمان می توانند) جهت ارائه مدارک و تشکیل پرونده جهت انتساب نشان
 - ۲- نشاندار شدن بیماران مبتلا به دیابت و پرفشاری خون و رتینوپاتی دیابتی و اوتیسم از سوی پزشک معالج به هنگام ویزیت بیمار در مطب هم قابل انجام است
- پوشش های حمایتی و سهم پرداختی سازمان تأمین اجتماعی

به استناد تکالیف قانونی و در راستای اجرای مصوبات هیئت محترم وزیران و شورای عالی بیمه سلامت کشور، میزان مشارکت بیمه شدگان و سهم سازمان تأمین اجتماعی در پرداخت هزینه های خدمات بستری و سرپایی، مطابق با آخرین تعرفه های مصوب سالیانه تعیین و اعمال می گردد.

تخفیفات و معافیت های فرانشیز برای گروه های خاص شامل بیمه شدگان سالمند، کودکان، بیماران بستری در مناطق فاقد مرکز ملکی، بیماران بستری فوت شده، بیماران بستری در بخش های ویژه (متصل به ونتیلاتور)، بیماران ارجاعی از مراکز ملکی، بیماران خاص و صعب العلاج و خدمات درمان ناباروری، بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور محاسبه و اعمال می گردد.

هرگونه تغییر در گروه های مشمول حمایت، میزان فرانشیز یا ضرایب ریالی خدمات، تابع مصوبات تعرفه ای سالیانه هیئت محترم وزیران بوده و اعمال آن در سامانه رسا به صورت خودکار و بدون نیاز به اصلاح شیوه نامه انجام می شود.
- پوشش های حمایتی داخلی سازمان بیمه تامین اجتماعی: تخفیفاتی که به استناد تکالیف قانونی، سازمان تامین اجتماعی متعهد به پرداخت آنهاست:
- موارد حذف/کاهش فرانشیز بیمار شامل:
 - ۱) بیمه شدگان بالای ۶۵ سال و شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال در بیمارستان های دولتی/دانشگاهی فرانشیز صفر

- (۲) خدمات مورد تعهد بستری جهت کلیه بیمه شدگان در شهرهای فاقد مرکز ملکی بدون محدودیت سنی فرانشیز صفر
- (۳) خدمات مورد تعهد در تمامی بیماران بستری فوت شده فرانشیز صفر
- (۴) خدمات مورد تعهد در تمامی بیمارانی که در تمامی بخش های ویژه بستری و در طی مدت بستری تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور قرار می گیرند (بجز ICU اجراحی قلب، بیماران بخش CCU و مراقبت بینابینی) فرانشیز صفر
- (۵) خدمات مورد تعهد جهت بستری بیماران ارجاعی از مراکز ملکی سازمان به مراکز دولتی دانشگاهی جهت ادامه فرایند درمان فرانشیز صفر
- (۶) جراحی های گلوبال پیوند کلیه، کبد و مغز استخوان
- (۷) کدهای خدمات ارائه شده به بیماران خاص و صعب العلاج در قالب پرونده بستری موقت مطابق با دستورالعمل بسته بیماران خاص و صعب العلاج مصوب شورایعالی بیمه سلامت
- (۸) سهم سازمان کلیه خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاژ ۱ تا ۴ دارای پرونده با پروسیجر) ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری صعب العلاج EB,CF، متابولیک و SMA مطابق تصویب نامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور به صورت فرانشیز صفر
- (۹) خدمات مورد تعهد در کلیه مستمری بگیران کمتر از ۶۵ سال بستری در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی به صورت سهم سازمان ۹۵ درصد و سهم فرانشیز ۵ درصد
- (۱۰) خدمات مورد تعهد در بیماران بستری ارجاعی در قالب برنامه پزشک خانواده (مطابق با مصوبه تعرفه سالیانه)
- (۱۱) خدمات درمان ناباروری (مطابق با بسته خدمات درمان ناباروری مصوب شورایعالی بیمه سلامت)
- در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی با احتساب سهم سازمان ۹۰ و فرانشیز ۱۰ با تعرفه مصوب هیات محترم وزیران بخش دولتی
 - در مراکز خیریه و خصوصی با سهم سازمان ۷۰ و فرانشیز ۳۰ با تعرفه مصوب هیات محترم وزیران بخش خیریه و خصوصی
- (۱۲) در خدمات زایمان طبیعی کلیه پرداختی های سازمان به مراکز درمانی بشرح زیر از صندوق جوانی جمعیت و حمایت خانواده می بایستی تامین اعتبار گردد.
- در مراکز دولتی-دانشگاهی سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) ۹۰ و سهم وزارت بهداشت ۱۰ و فرانشیز بیمار صفر می باشد (تعرفه دولتی)
 - در مراکز دولتی غیر دانشگاهی سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) ۱۰۰ درصد تعرفه دولتی
 - در مراکز عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی، سهم سازمان (صندوق جوانی جمعیت) ۱۰۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی بوده و مابه تفاوت تعرفه هر بخش بر عهده بیمار می باشد.
 - سزارین گلوبال بدون اندیکاسیون معادل ۵۰ درصد جز حرفه ای سزارین قابل پرداخت می باشد و اتاق عمل هم به تبع حساب می گردد.
- (۱۳) هزینه اعمال جراحی همراه با بیهوشی عمومی و یا نخاعی در پرونده بستری (زیر ۶ ساعت) به صورت احتساب سهم سازمان ۹۰ و فرانشیز ۱۰ درصد

- سهم بیمه پایه: بخشی از هزینه های انجام خدمات تشخیصی درمانی، دارو و تجهیزات در مراکز طرف قرارداد که در تعهد سازمان های بیمه گر پایه می باشد.
- سهم یارانه سلامت: بخشی از هزینه صورتحساب بیماران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراکز دولتی دانشگاهی مطابق با "دستورالعمل رسیدگی به اسناد برنامه تحول نظام سلامت(آخرین ویرایش)"، تحت پوشش حمایت برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده می گردد.
- بیمه شدگان تحت پوشش بیمه تکمیلی: بیمارانی که علاوه بر پوشش بیمه پایه دارای بیمه تکمیلی با تعهدات مندرج در قرارداد بیمه تکمیلی خود هستند.
- نظام ارجاع: نظامی است که به موجب آن، بیمه شده می تواند به صورت هدایت شده از خدمات تشخیصی درمانی استفاده نماید. در این شیوه نامه منظور از سیستم ارجاع بیماران صندوقهای بیمه ای است که به موجب قانون، بیمه شده جهت دریافت خدمات سلامت محور بیمارستانی (سطح ۲ و ۳ خدمات سلامت) ملزم به رعایت سیستم ارجاع بوده که این امر برای بیمه شدگان مشمول می تواند موجب کاهش فرانشیز پرداختی گردد.
- سامانه مکسا: مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) شامل کلیه کدهای استاندارد تبادل الکترونیک به آدرس <https://maxa.behdasht.gov.ir> الکترونیک است.
- وب سرویس ثبت کسورات: وب سرویسی است که توسط مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت جهت ثبت شرح کسورات اعمال شده در سطوح ۱، ۲ و ۳ پرونده به سپاس ایجاد و در اختیار پردازشگر الکترونیکی قرارداد شده است.
- وب سرویس برگشت کسورات: وب سرویسی است که توسط مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت جهت بازگرداندن شرح کسورات اعمال شده سطوح ۱، ۲ و ۳ پرونده ایجاد و در اختیار شرکتهای توسعه دهنده HIS قرارداد شده است.
- کد یکتا: شناسه ای است برای دریافت خدمات سلامت بیمه شدگانی که فاقد کد ملی بوده و از سامانه بیمه گری سازمان اخذ شده و بر روی صورتحساب بیمه شده درج می شود.
- سامانه مالی سازمان : سامانه مالی ثبت و شناسایی و پرداخت هزینه های درمان قابل رسیدگی و پرداخت بیمه شدگان سازمان می باشد. (سامانه پرداخت متمرکز سازمان)

ت- ساختار اجرای برنامه

۱. ستاد اجرایی استان شامل:

- مدیر درمان استان
- معاون درمان دانشگاه/دانشکده های استان
- نماینده صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج
- رئیس سازمان نظام پزشکی استان
- معاون خرید راهبردی و اسناد پزشکی مدیریت درمان استان
- معاون اداری و مالی مدیریت درمان استان
- رئیس اداره رسیدگی و کنترل صورتحسابها معاونت خرید راهبردی

- رئیس اداره نظارت و بازرسی معاونت خرید راهبردی
- رئیس اداره رتبه‌بندی فراهم کنندگان و خرید راهبردی معاونت خرید راهبردی
- رئیس اداره آمار و فناوری اطلاعات مدیریت درمان استان
- رئیس درآمد دانشگاه/دانشکده‌های استان
- مدیر فناوری اطلاعات دانشگاه/دانشکده‌های استان
- مدیر پروژه معرفی شده از طرف دانشگاه/دانشکده‌های استان
- مسئول اقتصاد درمان دانشگاه/دانشکده‌های استان
- مسئول سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان (HIS) دانشگاه/دانشکده‌های استان

۲. کمیته اجرایی بیمارستانی شامل:

- رئیس/مدیر بیمارستان
- مدیر مالی بیمارستان
- مسئول درآمد بیمارستان
- مسئول سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) و IT بیمارستان
- مسئول ترخیص/بیمه‌گری بیمارستان
- مترون بیمارستان
- مسئول منشی‌های بیمارستان
- مسئول مدارک پزشکی بیمارستان
- دفتر بهبود کیفیت بیمارستان
- مسئول نظارت بیمارستانی/کارشناس ناظر بیمارستان
- مسئول رسیدگی به صورتحساب‌های بستری/کارشناس رسیدگی به صورتحساب‌های بستری

ث-شرح وظایف

۱. ستاد اجرایی استان:

- اجرای برنامه زمانبندی ابلاغی ستاد کشوری برنامه در بیمارستان‌های استان
- آموزش ذینفعان
- نظارت مستمر بر ارسال روزانه داده به سامانه سپاس و سامانه رسا در بیمارستان‌های مجری برنامه
- نظارت مستمر بر تبادل داده‌های پرونده بیماران نشاندار شده تحت پوشش سازمان جهت تامین منابع مالی
- از طریق صندوق بیماریهای خاص و صعب‌العلاج
- پیگیری بروز بودن HIS مراکز مطابق با نرم‌افزارهای مورد نیاز تبادل داده
- پیگیری رفع مسائل و مشکلات بیمارستان‌ها و شرکت‌های HIS در سطح استان/دانشگاه
- تکمیل چک لیست استقرار برنامه رسیدگی الکترونیک اسناد بستری و ارائه گزارش استقرار برنامه به تفکیک
- هر بیمارستان به ستاد اجرایی کشوری
- تهیه برنامه زمانبندی بازدید حضوری از بیمارستان‌های مجری برنامه

- تهیه گزارش هفتگی از پیشرفت کار و مشکلات بررسی شده و انجام مداخلات لازم

- برآورد منابع مالی مورد نیاز برنامه و پیگیری تامین آن

۲. کمیته اجرایی بیمارستانی:

- هماهنگی با ستاد اجرایی استان جهت طرح و رفع مشکلات اجرایی بیمارستان

- پیگیری ارسال به موقع پرونده ها به سامانه سپاس مطابق با آخرین دستورالعمل های ابلاغی وزارت

- پیگیری ارسال به موقع پرونده ها از سامانه سپاس به سامانه رسا مطابق با آخرین دستورالعمل های ابلاغی سازمان

- بررسی مغایرت های تهیه صورتحساب ها با آخرین دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه سلامت کشور و مصوبات هیات دولت

- همکاری در جهت اصلاح فرآیندهای تبادل و رسیدگی الکترونیک

- برآورد منابع مورد نیاز و اعلام به ستاد اجرایی استان/دانشگاه

- بررسی علل عدم ارسال پرونده ها به سامانه سپاس و سامانه رسا و رفع مشکلات موجود

- اعلام فهرست موارد عدم ارسال پرونده به سامانه سپاس و سامانه رسا به ستاد اجرایی استان جهت پیگیری مشکلات موجود

- بررسی علل عدم تبادل داده های پرونده بیماران نشاندار شده تحت پوشش سازمان

ج- پیش نیازهای اجرای برنامه

الزامات فنی و کدگذاری:

تمامی نرم افزارهای HIS مورد استفاده در بیمارستان ها باید دارای گواهی نامه تطابق با استانداردهای تبادل داده سلامت از مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت باشند. سازمان تأمین اجتماعی موظف است بستر پایش برخط خطاهای فنی را در سامانه رسا فراهم نماید و خطاهای تبادل داده را حداکثر ظرف یک هفته به مرکز درمانی اعلام کند.

به روزرسانی و نگهداری استاندارد کدگذاری خدمات سلامت، تشخیص ها و داروها بر اساس سامانه مکسا (<https://maxa.behdasht.gov.ir>) و آخرین نگارش کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت انجام می شود. در

صورت تغییر در استانداردهای فنی تبادل داده، مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت موظف است نسخه جدید را به صورت رسمی به سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه ها ابلاغ نماید.

۱. زیرساخت کشوری سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) به عنوان بستر تبادل اطلاعات اسناد بستری در نظر

گرفته شده است. لذا به منظور استقرار سامانه رسا برای رسیدگی الکترونیکی اسناد، الزامات زیر تعریف شده است:

- اشتراک گذاری امن اطلاعات حاصل از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیمه شدگان و حصول اطمینان از صحت و جامعیت اطلاعات بر خط

- دارابودن گواهینامه مطابقت با استانداردهای تبادل اطلاعات از مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت برای HIS مستقر در هر بیمارستان

تبصره ۲: در صورتی که HIS مستقر در بیمارستان فاقد گواهینامه معتبر باشد، می‌بایست نسبت به دریافت گواهینامه پس از ۳ ماه از آغاز برنامه اقدام نموده، در غیر این صورت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می‌تواند نسبت به جایگزینی با محصول دارای گواهینامه معتبر اقدام نماید.

۲. یکسان سازی کدینگ خدمات

۳. انطباق با آخرین ساختار سپاس

۴. ایجاد زیرساخت و بستر لازم سخت‌افزاری، نرم‌افزاری و نیروی انسانی مورد نیاز جهت رسیدگی پرونده‌های بیمارستانی به صورت الکترونیکی توسط مدیریت‌های درمان استان و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی

۵. ایجاد تیم پشتیبانی سامانه سپاس و سامانه رسا جهت پاسخگویی و رفع مشکلات

۶. ارائه وب سرویس بانک های اطلاعات مورد نیاز در راستای ماتریس تبادلات بین دستگاهی

۷. آموزش ذینفعان شامل کارکنان سازمان، کارکنان دانشگاه/دانشکده ها و شرکت‌های HIS

۸. تشکیل مرکز تماس و پاسخگویی واحد در سازمان

۹. تمامی صورتحساب‌های بیمارستانی اعم از الکترونیکی و کاغذی می‌بایست حاوی شناسه رهگیری سمد (HID) باشند و در این راستا دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و مدیریت‌های درمان استان موظف به پیگیری و نظارت بر عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشند.

حقوق و الزامات مراکز درمانی طرف قرارداد:

۱. سازمان تأمین اجتماعی موظف است بازخورد سامانه رسا در خصوص خطاهای سیستمی یا مغایرت‌های داده‌ای را حداکثر ظرف یک هفته به مرکز درمانی اعلام کند.

۲. هیچ‌گونه کسور ناشی از خطای فنی سامانه متوجه بیمارستان نخواهد بود.

۳. بیمارستان‌ها باید امکان اعتراض الکترونیک به نتایج رسیدگی را در بازه یک هفته کاری داشته باشند.

۴. در صورت تأخیر سازمان (پس از یک هفته)، در پاسخ به اعتراض، نتیجه به نفع مرکز درمانی تلقی می‌گردد.

۵. در صورت بروز مغایرت ناشی از تغییر تعرفه، مسئولیت اعمال تعرفه صحیح بر عهده سازمان است.

۶. سازمان موظف است گزارش‌های تحلیلی از علل کسورات را به تفکیک نوع خدمت و بخش بیمارستان به صورت ماهانه در اختیار مرکز قرار دهد.

چ- فرآیند اجرایی

فرآیند اجرایی شامل مراحل: پذیرش بیمار، ارائه و ثبت خدمات، ترخیص بیمار و ایجاد صورتحساب مالی، تبادل الکترونیک، رسیدگی الکترونیک، تولید صورتحساب، پذیرش اسناد، ارسال به سامانه مالی سازمان و گزارش عملکرد تعدیلات می‌باشد.

مرحله ۱ - پذیرش بیمار:

➤ الف- بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر

این بیماران به دو صورت اورژانسی و یا به صورت الکتیو به بیمارستان مراجعه می‌کنند.

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

جهت تشکیل پرونده، بیمار/ همراه بیمار به واحد مدیریت اطلاعات بیمارستانی (پذیرش) مراجعه و شماره ملی بیمه شده در سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی ثبت و این سامانه از طریق سرویس استحقاق سنجی، اعتبارسنجی اطلاعات بیمه ای و هویتی بیمه شده را دریافت نمایش و کد HID را در پرونده درج می کند.

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

در HIS برای پرونده های بستری الکتیو، ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت بستری الکتیو با کد (۲) و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری غیر گلوبال با کد " ۱"، به صورت پرونده بستری گلوبال با کد " ۳" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

در مواردی که پذیرش بیمار از اورژانس صورت گرفته و پس از آن بیمار برای بستری به بخش منتقل میگردد، لازم است دو پرونده مجزا ۱: خدمات ارائه شده در اورژانس ۲. خدمات ارائه شده در بخش بستری ایجاد گردد. برای این موارد نوع Condition On Discharge در پرونده اورژانس بیمار مقدار [تبدیل به بستری] با کد ۹ و Admission Type مقدار اورژانس با کد ۴ و در پرونده بستری آن Admission Type برابر با بستری از اورژانس با کد ۵ خواهد بود. لازم به ذکر است این مورد به صورت مجازی در HIS می تواند انجام شود و برای بیمه با یک کد HID معتبر ارسال گردد.

➤ ب- بستری موقت بیمارستانی

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

در HIS برای پرونده های بستری موقت، ویژگی نوع پذیرش (Admission Type) به صورت سرپایی با کد " ۱" و نوع پرونده (Medical Record Type) به صورت پرونده بستری موقت با کد " ۵" ثبت و به سپاس ارسال می شود.

تبصره ۳: پرونده بیمارانی که برای دریافت خدمات بستری موقت مراجعه نموده اند و در حین دریافت خدمات مربوطه و برحسب شرایط، نیاز به بستری پیدا می کنند، نوع پرونده (Medical Record Type) از بستری موقت به بستری تبدیل می گردد.

➤ ج- موارد مشترک کلیه اسناد بیمارستانی:

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

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

مرحله ۲- ارائه و ثبت خدمات :

➤ الف- بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:

بلافاصله بعد از پذیرش تا موقع ترخیص بیمار، کلیه خدمات ارائه شده در پرونده کاغذی وی ثبت می گردد و در صورت نیاز به مستنداتی نظیر گزارش خدمات پاراکلینیک و... باید توسط منشی بخش مربوطه به پرونده اضافه گردد. در صورت امکان اسکن گزارش و یا ثبت آنها در HIS نیازی به اضافه شدن به پرونده کاغذی نمی باشد. همزمان با پرونده کاغذی، خدمات ارائه شده به صورت داده های الکترونیک، توسط کاربران مجاز در HIS ثبت شده و در پرونده الکترونیک بیمار در قالب استاندارد سپاس ذخیره می گردد.

➤ ب- بستری موقت:

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

● خدمات بیماران خاص و صعب العلاج:

این خدمات شامل دو قسمت می باشد:

ب-۱- خدمات مشمول بسته بیماران خاص و صعب العلاج (هموفیلی، تالاسمی، MS، پیوند کلیه، همودیالیز، دیالیز صفاقی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و بیماران استومی) مطابق با بسته خدمات بیماران خاص و صعب العلاج مصوب شورای عالی بیمه سلامت (ابلاغیه شماره ۱۴۲/۵۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۹/۲۹)

ب-۲- خدمات مشمول صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج بر اساس تصویب نامه هیئت وزیران شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ ه مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷، شایان ذکر است فهرست این بیماریها به سازمان های بیمه گر ابلاغ گردیده و به مرور به روز رسانی می گردد.

تبصره ۴: در صورتی که بیمه شده مشمول حمایت صندوق خاص و صعب العلاج باشد، بخشی از هزینه های آنها بعد از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی، در تعهد صندوق می باشد. این هزینه می بایست در فیلد ۲۲،۲ صورتحساب درج گردد. با عنایت به تجمیع منابع مالی صندوق بیماران خاص و صعب العلاج در سازمان بیمه سلامت، هزینه های مربوطه ستون ۲۲،۲ پس از تبادل الکترونیک از طریق آن سازمان محاسبه و پرداخت می گردد. (مطابق با نامه شماره ۴۰۰/۲۴۴۸۳ مورخ ۱۴۰۲/۹/۲۰ معاونت درمان وزارت با موضوع ابلاغ قواعد حمایت صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج)

خدمات بستری موقت بیمارستانی

خدمات مشمول بستری موقت شامل کلیه اقدامات درمانی است که طبق آخرین مصوبات شورای عالی بیمه سلامت و وزارت بهداشت در قالب بستری زیر شش ساعت انجام می‌شوند. این خدمات مطابق با دستورالعمل‌های مربوطه شامل گروه‌های زیر هستند:

خدمات درمان ناباروری (مطابق دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور)

خدمات پاراکلینیکی و تشخیصی (از جمله اسکوپ‌ها و ERCP تشخیصی)

خدمات سنگ‌شکنی برون تنی و درمانگاه‌های بستری موقت

جراحی‌های سرپایی و اینترونشنال تحت گاید پرتوپزشکی همراه با بیهوشی

تبصره ۵: هرگونه تغییر در فهرست یا تعرفه خدمات بستری موقت، تابع آخرین ابلاغیه رسمی شورای عالی بیمه سلامت کشور بوده و نیازی به اصلاح شیوه‌نامه ندارد.

➤ موارد مشترک کلیه اسناد بیمارستانی:

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

اگر بیمار دریافت کننده خدمت بستری موقت حین دریافت خدمت مربوطه نیاز به بستری در بخش‌های بیمارستانی پیدا کرد سهم سازمان و فرانشیز پرونده وی از قوانین حاکم بر بستری تبعیت می‌کند.

تبصره ۶: اگر بیمار بستری نیاز به دریافت خدماتی (مشمول بستری موقت) داشته باشد که در آن مرکز درمانی قابل ارائه نبوده و از خارج آن مرکز در قالب زنجیره ارجاع دریافت گردد، خدمت مذکور به عنوان خدمت بستری در همان پرونده بیمارستان مبدا محاسبه و با سهم سازمان و فرانشیز پرونده وی (بجز بیمار خاص و صعب‌العلاج) از قوانین حاکم بر بستری تبعیت می‌کند.

مرحله ۳- ترخیص بیمار و ایجاد صورت حساب مالی:

➤ الف- بستری الکتیو / بستری از اورژانس تحت نظر / اورژانس تحت نظر:

ترخیص بیمار با یکی از شرایط (ترخیص با دستور پزشک/رضایت شخصی/فوت/ترک بدون اجازه) در پرونده کاغذی/الکترونیک بیمار ثبت می‌گردد.

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

نواقص پرونده توسط منشی بررسی و رفع شده و ترخیص بیمار در سیستم HIS اعلام می‌شود.

پرونده کاغذی به واحد ترخیص تحویل داده می‌شود.

اطلاعات هویتی بیمار بررسی شده و نوع بیمه و صحت محاسبات، تایید و در نهایت برگه ترخیص توسط واحد ترخیص صادر می‌گردد.

پرونده کاغذی به واحد مالی/بیمه‌گری جهت بررسی مجدد مستندات و تهیه صورتحساب مالی تحویل داده می‌شود. (تکمیل و تثبیت)

در صورتی که پرونده کاغذی مشکل مستندات نداشته باشد، کد ICD ۱۰ در سیستم HIS ثبت و مطابق با ضوابط و استانداردهای وزارت برای سامانه سپاس با وضعیت نهایی ارسال گردد.

تبصره ۷: در صورتی که فرآیند ثبت کد ICD ۱۰ پیش از ترخیص یا همزمان با ترخیص بیمار صورت پذیرد، اطلاعات بستری بیمار می‌تواند بلافاصله بعد از ترخیص برای سامانه سپاس ارسال گردد.

در صورتی که پرونده کاغذی مشکل مستندات داشته باشد، ضمن ثبت کد ICD ۱۰ توسط واحد مدارک پزشکی و ارسال پرونده به سامانه سپاس مطابق با ضوابط و استانداردهای وزارت، تا زمان تهیه و الصاق مستندات لازم، پرونده در واحد مالی/بیمه‌گری نگهداری می‌گردد.

تبصره ۸: تا زمان الصاق مستندات لازم، پرونده کاغذی به کارشناس ناظر تحویل نگردیده و در واحد مالی/بیمه‌گری به نحو قابل بازبینی نگهداری شود. (به عنوان مثال بر اساس تاریخ ترخیص یا نام پزشک یا نام بخش و...)

تبصره ۹: تا زمان فراهم شدن امکان ارسال الکترونیکی مستندات به سامانه سپاس و سامانه رسا، می‌بایست مستندات به صورت فیزیکی به پرونده کاغذی الصاق شود. شایان ذکر است تعداد این مستندات با رسیدگی الکترونیک کاهش یافته که در ادامه دستورالعمل ذکر شده است.

تبصره ۱۰: حداکثر زمان تکمیل مستندات پرونده و ارسال آن به ناظر ۲ هفته پس از ترخیص بیمار می‌باشد.

➤ ب- بستری موقت:

به دلیل اینکه این گونه پرونده‌ها عمدتاً شامل خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج و خدمات درمانگاهی می‌باشند، ثبت دستور ترخیص در پرونده کاغذی/الکترونیک بیمار توسط پزشک معالج الزامی نبوده و کلیه مراحل ترخیص بیمار و ایجاد صورت حساب مالی مانند موارد بستری و اورژانس تحت نظر می‌باشد.

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

بطور کلی سهم سازمان در خدمات بستری و اورژانس تحت نظر دارای پرونده (تریاز ۱ تا ۴ دارای پرونده با پروسیجر) بیمه شدگان عادی مطابق با تعرفه‌های سالیانه هیأت وزیران به صورت ۹۰ درصد و خدمات بستری موقت ۷۰ درصد محاسبه و پرداخت می‌گردد.

تبصره: در صورت اجرای نظام ارجاع سهم سازمان و پرداختی بیمار مطابق با ضوابط برنامه نظام ارجاع خواهد بود.

خدمات بیمارستانی ارائه شده به بیمه شدگان دارای نشان بیماری خاص و صعب‌العلاج بر اساس تصویب نامه هیأت محترم وزیران شماره ۱۱۲۰۵۷/ت/۵۹۸۸۰ هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ شامل تخفیفاتی بر اساس فهرست این بیماری‌ها می‌گردد که بعد از کسر سهم سازمان و سهم بیمه تکمیلی، در تعهد سازمان بیمه سلامت و تحت عنوان صندوق بیماریهای خاص و صعب‌العلاج می‌باشد.

تبصره ۱۱: این هزینه‌ها می‌بایست در فیلد ۲۲,۲ صورتحساب درج و به سپاس ارسال گردد.

پوشش بیماران خاص و صعب‌العلاج:

خدمات ارائه شده به بیماران خاص و صعب‌العلاج مطابق با فهرست رسمی اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شورای عالی بیمه سلامت کشور مشمول حمایت ویژه بوده و سهم سازمان تأمین اجتماعی در این موارد بر اساس آخرین مصوبات هیأت وزیران و ابلاغیه‌های شورای عالی بیمه سلامت تعیین می‌گردد.

فهرست بیماری‌ها و ضوابط پرداخت در این خصوص، بر اساس تصویب‌نامه شماره ۵۷/۱۱۲۰/ت/۵۹۸۸۰-هـ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ هیئت وزیران درخصوص حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج و ابلاغیه شماره ۱۴۲/۵۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۹/۲۹ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور (بسته خدمات بیماران خاص و صعب‌العلاج) و نامه شماره ۴۰۰/۲۴۴۸۳ مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت درباره قواعد حمایت صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج می باشد.

تبصره ۱۲: در صورت اضافه‌شدن بیماری‌های جدید به فهرست مصوب وزارت یا تغییر در ضوابط حمایت مالی، سامانه رسا موظف است آخرین تغییرات را به صورت خودکار در پردازش الکترونیک اعمال نماید.

مرحله ۴- تبادل الکترونیک:

۱. اطلاعات پرونده بیمار پس از ارسال به سامانه سپاس صحت‌سنجی شده و در صورت عدم تطابق در سامانه سپاس می بایست مجدداً نسبت به رفع مغایرت توسط واحد مالی/بیمه‌گری در HIS اقدام گردد.

۲. پس از ثبت موفق پرونده الکترونیکی در سامانه سپاس، اطلاعات پرونده الکترونیکی به سامانه رسا ارسال شده و در کارتابل طراحی شده واحد درآمد مرکز درمانی در این سامانه (<https://rsa.tamin.ir>) قابل مشاهده است.

تبصره ۱۳: در صورت ارسال موفق پرونده به سامانه رسا و عدم مشاهده پرونده الکترونیکی در سامانه مذکور، مسئول درآمد بیمارستان باید در منوی آمار و رهگیری (جستجوی پرونده) با درج شماره پرونده، علت عدم پذیرش پرونده را جهت اصلاح مشاهده نماید.

۳. مسئول واحد درآمد موظف است تا حداکثر ۲ روز کاری نسبت به تعیین تکلیف پرونده الکترونیک اقدام نماید و در این راستا در صورت تأیید صحت اطلاعات در سامانه رسا، پرونده الکترونیکی توسط مسئول درآمد در سامانه رسا به کارشناس ناظر ارجاع می گردد و همزمان پرونده کاغذی/اسکن شده نیز در اختیار وی قرار می گیرد.

۴. در صورت عدم تأیید صحت اطلاعات پرونده الکترونیکی در سامانه رسا، پرونده توسط مسئول درآمد ابطال شده و پس از اصلاح در HIS، مجدداً برای سامانه سپاس ارسال، تا فرآیند دوباره پیگیری گردد.

مرحله ۵- رسیدگی:

در صورت تأیید صحت اطلاعات در سامانه رسا، پرونده الکترونیکی توسط مسئول واحد درآمد در سامانه به کارتابل توزیع کننده دستی/ اتوماتیک ارجاع می گردد و سپس با توجه به شرایط مرکز و تعداد ناظرین، پرونده‌ها جهت رسیدگی اولیه و ممیزی بین ایشان توزیع می گردد، همچنین همزمان پرونده کاغذی/اسکن شده بیمار، در اختیار ناظر/ناظرین قرار می گیرد.

کارشناس ناظر/مقوم پس از ورود به کارتابل مربوطه، پرونده‌های ارسال شده از توزیع کننده را مشاهده می نماید.

کارشناس ناظر/مقوم می تواند جهت رسیدگی، با وارد نمودن مشخصات پرونده (نوع پرونده، تاریخ ترخیص، کد ملی و شماره پرونده) در منوی جستجو سامانه، پرونده الکترونیکی مورد نظر را مشاهده و رسیدگی نماید.

تبصره ۱۴: میانگین زمان رسیدگی پرونده (رسیدگی اولیه و ثانویه) و ارسال آن به کارتابل رسیدگی مسئول درآمد

۷. روز کاری پس از دریافت همزمان پرونده کاغذی/ اسکن شده می باشد.

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

در صورتی که به تشخیص کارشناس سازمان، پرونده‌ای قابل رسیدگی نباشد، پرونده را در سامانه رسا به مسئول واحد درآمد با ذکر دلیل عودت نموده و مسئول واحد درآمد بیمارستان مستندات پرونده را تکمیل و یا در صورت لزوم پرونده الکترونیک را در سامانه رسا ابطال و پس از اصلاح در HIS مجدد به سامانه سپاس ارسال می‌نماید.

تبصره ۱۵: پرونده‌های عودتی به صورت نشان دار در کارتابل درآمد مشخص شود.

تبصره ۱۶: پس از حداکثر ۳ بار رفت و برگشت موارد عودت داده شده بین کارشناس سازمان و مسئول واحد درآمد بیمارستان، امکان اصلاح و ارجاع مجدد در سامانه رسا، غیرفعال می‌گردد.

درحین رسیدگی، نتایج بررسی الکترونیک قوانین بیمه‌ای بر روی پرونده به صورت کسور اتوماتیک/ هشدار برای کارشناس سازمان نمایش داده می‌شود.

کارشناس سازمان می‌تواند پس از بررسی و مطابقت مستندات پرونده کاغذی/اسکن شده با پرونده الکترونیکی به صورت گروهی و موردی بر روی اجزای پرونده اقدام به اعمال کسور نماید.

تبصره ۱۷: پرونده‌هایی که پس از رعایت سقف رفت و برگشت پرونده در قالب فرآیند عودت، به کارشناس ناظر ارجاع می‌گردد و به اعمال کسورات مقومی منجر می‌گردد؛ قابلیت اصلاح، ویرایش و ابطال توسط مسئول واحد درآمد بیمارستان را ندارد.

مرحله ۶- تولید صورتحساب:

پس از انجام فرآیند های رسیدگی توسط کارشناس سازمان، نتیجه رسیدگی قبل از ارسال به لیست سفره ای به کارتابل مسئول درآمد ارسال گردیده و تا حداکثر پنج روز کاری قابل اعتراض و یا تایید می‌باشد.

نتیجه رسیدگی (کسورات اعمال شده مقوم و ممیز) ، برای بیمارستان در سامانه قابل رویت می‌باشد.

در صورتی که نتیجه رسیدگی پرونده الکترونیک مورد تایید مسئول درآمد بیمارستان باشد، پرونده الکترونیک برای لیست‌گیری در آخر ماه آماده و پرونده کاغذی جهت بایگانی به واحد مدارک پزشکی ارسال می‌گردد.

تبصره ۱۸: در صورتی که نتیجه رسیدگی پرونده الکترونیک مورد تایید مسئول درآمد بیمارستان نباشد، اقدام به درخواست رسیدگی مجدد به پرونده با ذکر توضیحات نموده و پرونده الکترونیکی را در سامانه پردازشگر برای کارشناس سازمان ارسال می‌نماید.

تبصره ۱۹: پس از دوبار درخواست رسیدگی مجدد نتیجه فارغ از نظر کارشناس بیمه‌گری، پرونده در لیست سفره‌ای جایگذاری می‌گردد.

تبصره ۲۰: موارد اختلاف در نتیجه اعتراض به رسیدگی پرونده الکترونیکی بین کارشناس ناظر و کارشناس بیمه‌گری در سامانه، می بایست توسط نماینده دانشگاه و مدیریت درمان استان تعیین تکلیف گردد.

پس از انجام فرآیند رسیدگی توسط کارشناس سازمان و تایید آن توسط درآمد، نتیجه رسیدگی از سامانه پردازشگر به سپاس ارسال می‌گردد.

مرحله ۷- پذیرش اسناد:

نامه کاغذی/الکترونیک درخواست هزینه به امضای مدیر بیمارستان به همراه کپی فاکتور تجهیزات گران قیمت گروهی حداکثر تا ۴۵ روز پس از آخرین روز ماه ترخیص به مدیریت درمان سازمان ارسال می گردد. لیست پرونده های الکترونیک به کارتابل مدیریت درمان استان ارسال و پس از تایید توسط ایشان، لیست نهایی شده به امور مالی جهت پرداخت ارسال می گردد.

تبصره ۲۱: چنانچه در پرداخت از سوی مدیریت درمان استان، اشتباهی صورت گرفته باشد (مثلا هزینه خدمتی پرداخت نشده باشد) صورتحساب جدید تا ماه بعدی برای آن صادر خواهد شد.

تبصره ۲۲: در صورت تایید لیست فوق یک نسخه به کارتابل درمانی ارسال (جهت بررسی کسورات اعمال شده) و مرکز درمانی تا ۲ ماه فرصت دارد با ارائه مستندات نسبت به کسور اعمال شده اعتراض نماید و نسخه دیگری جهت تایید نهایی به مدیریت درمان استان ارسال می گردد. (فرایند واخواهی) در صورت تایید ایشان برگه کمیته الکترونیک صادر و به کارتابل مرکز درمانی ارسال و همچنین اطلاعات نهایی مالی مرکز درمانی به سامانه پیش بینی شده حوزه مالی جهت پرداخت مطالبات مرکز ارسال می گردد.

ح- رسیدگی به اختلافات

در موارد اختلاف میان بیمارستان و مدیریت درمان استان در خصوص میزان یا علت کسور، کمیته استانی که در تعرفه ها مصوب بخش خصوصی دیده شده است و در صورت عدم حصول توافق، جهت طرح در شورای عالی بیمه سلامت ارسال خواهد گردید.

رای این کمیته برای هر دو طرف لازم الاجراست و باید حداکثر ظرف ۱۵ روز صادر شود.

خ- اسناد مثبته در فرآیند رسیدگی الکترونیک اسناد بستری

۱. اسنادی که می بایست به صورت فیزیکی/فایل الکترونیکی و در قالب صورتحساب مالی برای هر پرونده الکترونیک به مدیریت درمان استان ارائه شوند عبارتند از:-

- (صورتحساب استاندارد بیمارستانی) سطح دو (ممهور به مهر پزشک معالج یا رئیس بیمارستان و یا صاحبین مجاز امضا بیمارستان و ناظر)
 - تصویر شرح عمل
 - تصویر برگه بیهوشی
 - تصویر پاتولوژی
 - اصل فاکتور پروتز/تجهیزات (در صورت خریداری به نام بیمار)
- برای پرونده های گلوبال رسیدگی به ریز صورتحساب، قابل انجام نمی باشد.
- اسنادی که لازم است در اصل پرونده کاغذی/الکترونیک موجود بوده و به رویت نماینده بیمه در بیمارستان برسد اصل اسناد عبارتند از:
- دستور بستری با ذکر تشخیص اولیه در سرنسخه مطب یا بیمارستان
 - درج کد HID در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص

تبصره ۲۳: تمامی صورتحساب‌های بیمارستانی چه به صورت الکترونیکی و یا کاغذی می بایست حاوی شناسه HID باشند.

- برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح (در صورت حضور) و درج کدهای مربوطه بر اساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی
- برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضاء متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، ریکآوری و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت با توجه به شرح حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی
- الصاق برچسب تجهیزات پزشکی بر اساس مقررات مربوطه و لیست سازمان غذا و دارو استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل

۲. مستنداتی که بیمارستان برای رسیدگی به صورت کلی در اختیار ناظر بیمارستانی قرار می‌دهد شامل تصویر برابر اصل یک نسخه فاکتور خرید کلی تجهیزات پزشکی مانند پروتز، مش، استنت و ... توسط بیمارستان با صورتحساب ماهانه می باشد.

تبصره: کلیه تجهیزات پزشکی باید از شرکت‌های مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردد.

۳. اسناد الکترونیکی که در سامانه رسا موجود می باشد و نیازی به ارسال آنها نمی باشد عبارتند از:

- لیست الکترونیکی کلیه خدمات سطح ۳ صورتحساب
- لیست سفرهای الکترونیکی

پرونده کاغذی بیمار مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور و استانداردهای وزارت تنظیم گردیده و می‌بایست در بیمارستان طرف قرارداد بایگانی شود و در صورت نیاز سازمان به رسیدگی و یا ارائه مستندات به نهادهای نظارتی مرتبط، با طی کردن مراحل اداری و در کوتاهترین مدت زمانی ممکن در اختیار سازمان قرار گیرد. شایان ذکر است پس از راه اندازی کامل سامانه رسا و امکان تبادل و رسیدگی اسناد به صورت الکترونیکی، کلیه سامانه های موازی ثبت اطلاعات و گزارش اقدامات تشخیص درمانی و.. در این حوزه حذف می گردند.

مرحله ۸- تولید حواله:

- حواله متناظر با صورتحساب ایجاد شده به تفکیک نوع پرونده (بستری، گلوبال، بستری موقت عادی، بستری موقت خاص و اورژانس تحت نظر) که توسط بیمارستان تایید و جهت پذیرش به مدیریت درمان استان ارسال می گردد.

حواله در سامانه پردازشگر ایجاد گردیده و جهت تایید نهایی مبالغ قابل پرداخت، به کارتابل معاون خرید راهبردی و اسناد پزشکی استان ارسال می گردد .

مرحله ۹- ارسال به سامانه مالی:

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

مرحله ۱۰- گزارش عملکرد تعدیلات:

کلیه تعدیلات اعمالی روی صورتحسابهای ارسالی از طریق سرویس برگشت کسورات، از سامانه پردازشگر به سپاس ارسال و برای مسئولین بیمارستانی قابل مشاهده می گردد.

تبصره ۲۴: سرویس برگشت کسورات شامل ارائه تغییر در کدینگ خدمات ارزش نسبی در زمان رسیدگی نیز می گردد.

➤ تغییرات در مبالغ درخواستی اسناد ارسال شده:

به دو صورت افزایش یا کاهش مبالغ رسیدگی شده در زمان ایجاد حواله اعمال می گردد. موارد افزایشی شامل مابه التفاوت تعرفه های سالیانه، حذف تعدیلات اعمال شده، پرداخت موارد کم درخواست شده یا درخواست نشده و...

موارد کاهشی شامل تعدیلات نظارتی (مانند تمام وقتی)

د- استقرار و پایش اجرای برنامه

فاز اول - پایلوت: اجرا در بیمارستانهای منتخب دانشگاهی به صورت محدود تا رفع خطاهای سیستمی.

فاز دوم - گسترش: اجرای کامل در استان و پایش برخط ارسال داده ها به سپاس و رسا.

فاز سوم - تعمیم ملی: پس از ارزیابی موفق دو فاز قبل، تعمیم به کلیه مراکز طرف قرارداد.

گزارش عملکرد فازها به تفکیک مراکز درمانی و استانها باید هر سه ماه توسط اداره کل درمان غیرمستقیم به معاونت درمان سازمان ارسال شود.

این شیوه نامه با ۱۰ بند و ۲۴ تبصره در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۸ با حضور کلیه ذی نفعان تدوین و ابلاغ گردید.