

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: ابلاغ قواعد پیاده سازی شیوه نامه اجرایی نحوه محاسبه و پرداخت سهم

بیماریهای خاص و صعب العلاج

با سلام و احترام

به پیوست تصویر نامه شماره ۱۱۰/۴۶۲ مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۷ ریاست محترم مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت متبوع در خصوص ابلاغ قواعد پیاده سازی شیوه نامه اجرایی نحوه محاسبه و پرداخت سهم بیماریهای خاص و صعب العلاج جهت پیاده سازی و دستور پیگیری ارسال می گردد.

دکتر امیر حسام علی رضائی
رئیس مرکز مدیریت پیوند
و درمان بیماریها

شیوه نامه اجرایی نحوه مناسبه و پرداخت سهم بیماری های خاص و صعب العلاج و سهم سازمان بیمه شدگان دهک و مددجو

۱ پوشش های حمایتی بیمه شدگان دهک اول تا سوم

برای این بیمه شدگان در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به دهک (decile) دارای مقدار ۵ باشد، سهم سازمان ۹۵٪ محاسبه و پرداخت می گردد (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می شود).

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد و مبلغ کل و مبلغ در تعهد بیمه پایه یکسان باشد، ۹۵٪ آن در سهم سازمان محاسبه می گردد و باقی مانده مبلغ کل که فرانشیز بیمه شده بوده است، به صورت کامل از یارانه سلامت پرداخت گردد.
- نیازی به جداسازی ۵٪ سهم سازمان مازاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۹۵٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت) باشد، ۹۰٪ مبلغ از یارانه سلامت پرداخت گردد و ۱۰٪ آن را بیمه شده پرداخت می نماید.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC (طبق ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت) باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، صرفا مبلغ سهم سازمان تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۴۸۸۱۰۰ ریال) پرداخت می گردد. فرانشیز باقی مانده مبلغ کل از یارانه سلامت پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد علاوه بر ۵٪ فرانشیز بیمه شده، ۹۰٪ مبالغ خارج از تعهد بیمه نیز از یارانه سلامت (مطابق دستورالعمل رسیدگی به اسناد تحول نظام سلامت) (نسخه ۰۲) ابلاغی به شماره ۴۰۰/۲۳۹۴۴۰ مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) پرداخت می گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه خروجی های دیگر سرویس به طور همزمان دارای مقدار نباشد (mark و markorg)، مقادیر یا هزینه ها صرفا از سهم سازمان خدمات در تعهد بیمه (base insurance)، یارانه سلامت و سهم بیمار پرداخت می گردد و هیچ گونه پرداختی در ستون ۲۲.۲ درج نمی گردد.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مشمول برنامه یارانه سلامت پرداخت نمی گردد بنابراین مواردی که در بالا در تعهد یارانه سلامت بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده های بستری (گلوبال و غیر گلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می گردد.

- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.
- کلیه صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار- نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۲) پوشش های حمایتی بیمه شدگان مددجویان کمیته امداد و بهزیستی

برای این بیمه شدگان در صورتی که خروجی سرویس پارامتر مربوطه به مددجو (welfare) دارای مقدار ۵ باشد، سهم سازمان ۹۵٪ محاسبه و پرداخت می گردد (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می شود).

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد و مبلغ کل و مبلغ در تعهد بیمه پایه یکسان باشد، ۹۵٪ آن در سهم سازمان محاسبه می گردد و باقی مانده مبلغ کل که فرانشیز بیمه شده بوده است، به صورت کامل از یارانه سلامت پرداخت گردد.
- نیازی به جداسازی ۵٪ سهم سازمان مزاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۹۵٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت) باشد، ۹۰٪ مبلغ از یارانه سلامت پرداخت گردد و ۱۰٪ آن را بیمه شده پرداخت می نماید.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC (طبق ابلاغیه ۴۰۰/۱۴۲۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ معاونت درمان وزارت بهداشت) باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، صرفا مبلغ سهم سازمان تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۴۸۸۱۰۰ ریال) پرداخت می گردد. فرانشیز باقی مانده مبلغ کل از یارانه سلامت پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد علاوه بر ۵٪ فرانشیز بیمه شده، ۹۰٪ مبالغ خارج از تعهد بیمه نیز از یارانه سلامت (مطابق دستورالعمل رسیدگی به اسناد تحول نظام سلامت) (نسخه ۰۲) ابلاغی به شماره ۴۰۰/۲۳۹۴۴۰ مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) پرداخت می گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه خروجی های دیگر سرویس به طور همزمان دارای مقدار نباشد (mark و markorg)، مقادیر یا هزینه ها صرفا از سهم سازمان خدمات در تعهد بیمه (base insurance)، یارانه سلامت و سهم بیمار پرداخت می گردد و هیچ گونه پرداختی در ستون ۲۲.۲ درج نمی گردد.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیمارارن در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مشمول برنامه یارانه سلامت پرداخت نمی گردد بنابراین مواردی که در بالا در تعهد یارانه سلامت بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده های بستری (گلوبال و غیر گلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می گردد.

- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.
- کلیه صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار- نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۳ پوشش های حمایتی برای سهم سازمان بیماران EB، CF، SMA، متابولیک و SMA

بیماران مبتلا به بیماری های EB، CF، SMA، متابولیک و SMA با توجه به تصویبنامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورای عالی بیمه، در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به حمایت سهم سازمان (markorg) مقدار ۱۰ باشد، مشمول تخفیف شده و سازمان متعهد به پرداخت سهم سازمان ۱۰۰٪ هزینه های در تعهد بیمه پایه آنان است. در صورت دارا بودن مقدار این فیلد در خروجی سرویس، بیمارستان مجاز به افزایش سهم سازمان (از خدمات در تعهد) متناسب با میزان تخفیف مندرج است

نکات مهم:

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد، ۱۰۰٪ آن در سهم سازمان محاسبه می گردد.
- نیازی به جداسازی ۱۰٪ سهم سازمان مازاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۱۰۰٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، کل مبلغ تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۵۰۳۰۰۰ ریال) از سهم سازمان پرداخت می گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد مبلغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مبالغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و پس از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی در صورت وجود مبالغ مازاد، این مبالغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت می شوند.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده های بستری (گلوبال و غیر گلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می گردد.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.

- کلیه صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار- نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۴) پوشش های حمایتی برای بیماران صعب العلاج به جز پرونده های پیوند

بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج به جز بیماران پیوند در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به نشان صعب العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰ باشد، مشمول تخفیف شده و سازمان بیمه متعهد به پرداخت سهم سازمان ۹۰٪ هزینه های در تعهد بیمه پایه آنان و باقیمانده مبلغ کل تا سهم سازمان خدمات در تعهد بیمه پایه را از محل حمایت های ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت نماید.

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد، ۹۰٪ آن در سهم سازمان بیمه پایه مربوطه محاسبه می گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورت حساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، صرفا مبلغ سهم سازمان تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۴۸۸۱۰۰ ریال) پرداخت می گردد. باقی مانده مبلغ کل از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) و همچنین فرانشیز بیمار از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مبالغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و پس از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی در صورت وجود مبالغ مازاد، این مبالغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت می شوند.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده های بستری (گلوبال و غیر گلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می گردد.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.

- کلیه صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار- نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

(۵) پوشش های حمایتی برای پرونده های پیوند بیماران صعب العلاج

پرونده پیوند بیماران مبتلا به بیماری های صعب العلاج شامل پیوند های کبد، قلب، قلب و ریه، ریه، پانکراس، روده و مغز استخوان در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به نشان صعب العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰۰ باشد، مشمول تخفیف شده و سازمان بیمه متعهد به پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های آنان از محل حمایت های ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) می باشند و سهم سازمان پرونده ها صفر می باشد.

نکات مهم :

- علیرغم اینکه خدماتی که ذاتا در تعهد بیمه پایه باشد، ولیکن سهم سازمان اینگونه خدمات ۰٪ می باشد بنابراین در basicinsurance مبلغی درج نخواهد شد و ۱۰۰٪ مبالغ در از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، کل مبلغ تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۵۰۳۰۰۰ ریال) از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو ذاتا در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد، کل مبلغ شامل مبلغ در تعهد بیمه پایه، مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) و همچنین فرانشیز بیمار از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، و معرفی نامه بیمه تکمیلی هزینه های پیوند را پوشش دهد، بایستی مبالغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و مازاد سهم بیمه تکمیلی از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت شود.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- پرونده های پیوند کلیه مشمول این بخش نبوده و ۱۰۰٪ مبالغ در تعهد بیمه پایه از محل سهم سازمان بیمه پایه مربوطه پرداخت می شوند.

- سایر پرونده های بستری (گلوبال و غیرگلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت بیماران پیوندی به جز پرونده های پیوند آنان، مشمول برنامه صعب العلاج نشده و بر اساس قوانین و دستورالعمل های مربوطه محاسبه و پرداخت می شوند.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.

۶) پوشش های حمایتی بیمه شدگان دهک اول تا سوم و صعب العلاج

برای این بیمه شدگان در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به دهک (decile) دارای مقدار ۵ و پارامتر مربوطه به نشان صعب العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰ باشد، در این حالت سهم سازمان ۹۵٪ محاسبه و پرداخت می گردد (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می شود) و باقیمانده مبلغ کل تا سهم سازمان خدمات در تعهد بیمه پایه را از محل حمایت های ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت نماید. بنابراین پرداخت هزینه ها ابتدا از سهم سازمان بیمه پایه و بیمه تکمیلی مقدم بر حمایت های ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) است.

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد، ۹۵٪ آن در سهم سازمان محاسبه می گردد و باقی مانده مبلغ کل از محل حمایت های ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- نیازی به جداسازی ۵٪ سهم سازمان مازاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۹۵٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، صرفا مبلغ سهم سازمان تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۴۸۸۱۰۰ ریال) از محل سهم سازمان پرداخت می گردد. باقی مانده مبلغ کل از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد ۹۵٪ از مبلغ در تعهد بیمه پایه از سهم سازمان پرداخت می شود و مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) و همچنین فرانشیز بیمار از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال کردند.

- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مبالغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و پس از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی در صورت وجود مبالغ مازاد، این مبالغ از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت می‌شوند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده‌های بستری (گلوبال و غیرگلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می‌گردد.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب‌ها نوع صندوق بیمه‌ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.
- کلیه صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار - نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۷) پوشش‌های حمایتی بیمه شدگان مددجویان کمیته امداد و بهزیستی و صعب‌العلاج

برای این بیمه شدگان در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به مددجو (welfare) دارای مقدار ۵ و پارامتر مربوطه به نشان صعب‌العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰ باشد، در این حالت سهم سازمان ۹۵٪ محاسبه و پرداخت می‌گردد (بر اساس مصوبات تعرفه همان سال شرایط و میزان تخفیف اعمال می‌شود) و باقیمانده مبلغ کل تا سهم سازمان خدمات در تعهد بیمه پایه را از محل حمایت‌های ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت نماید. بنابراین پرداخت هزینه‌ها ابتدا از سهم سازمان بیمه پایه و بیمه تکمیلی مقدم بر حمایت‌های ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) است.

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد، ۹۵٪ آن در سهم سازمان محاسبه می‌گردد و باقی مانده مبلغ کل از محل حمایت‌های ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- نیازی به جداسازی ۵٪ سهم سازمان مازاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۹۵٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می‌بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، صرفاً مبلغ سهم سازمان تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۴۸۸۱۰۰ ریال) از محل سهم سازمان پرداخت می‌گردد. باقی مانده مبلغ کل از محل حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد ۹۵٪ از مبلغ در تعهد بیمه پایه از سهم سازمان پرداخت می‌شود و مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه‌التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) و همچنین فرانشیز بیمار از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی‌شود.

- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی(مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مبالغی که در تعهد یارانه سلامت بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده های بستری(گلوبال و غیرگلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می گردد.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.
- کلیه صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار- نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۸ پوشش های حمایتی برای سهم سازمان بیماران CF، EB، متابولیک و SMA و دارای نشان صعب العلاج یا دهک یا مددجو

بیماران مبتلا به بیماری های CF، EB، متابولیک و SMA با توجه به تصویبنامه شماره ۱۴۲/۳۶۸ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ دبیرخانه شورای عالی بیمه، در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به حمایت سهم سازمان (markorg) دارای مقدار ۱۰ و پارامتر مربوطه به نشان صعب العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰ یا پارامتر مربوطه به دهک(decile) دارای مقدار ۵ و یا پارامتر مربوطه به مددجو (welfare) دارای مقدار ۵ باشد، بیمه پایه متعهد به پرداخت سهم سازمان ۱۰۰٪ هزینه های در تعهد بیمه پایه آنان است. بنابراین صعب العلاج بودن یا دهک یا مددجو بودن بیمه شده تاثیری در محاسبات پرونده های بیماران مشمول حمایت سهم سازمان نداشته و محاسبات این مورد مانند مورد چهارم می باشد.

نکات مهم :

- در صورتی که خدمت در تعهد بیمه پایه باشد، ۱۰۰٪ آن در سهم سازمان محاسبه می گردد.
- نیازی به جداسازی ۱۰٪ سهم سازمان مازاد بر ۹۰ درصد نیست و کل سهم سازمان ۱۰۰٪ در فیلد مربوطه ارسال گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب العلاج(ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج(ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، کل مبلغ تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۵۰۳۰۰۰ ریال) از سهم سازمان پرداخت می گردد.
- در صورتیکه خدماتی مثل دارو در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج(ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.

- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، مبلغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و پس از کسر سهم بیمه پایه و تکمیلی در صورت وجود مبالغ مازاد، این مبالغ از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت می‌شوند.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی‌شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل‌های مربوط به سایر برنامه‌های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه‌التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می‌باشد.
- کلیه برنامه‌هایی (مانند سوختگی) که از سابقاً از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می‌شوند و مشمول برنامه صعب‌العلاج نمی‌شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- این محاسبات مشمول کلیه پرونده‌های بستری (گلوبال و غیرگلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت می‌گردد.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب‌ها نوع صندوق بیمه‌ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.
- کلیه صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت حتی صندوق سایر اقشار - نظام ارجاع یک به صورت ۹۰٪ است و ملاک تخفیفات خروجی سرویس است.

۹ پوشش‌های حمایتی برای پرونده‌های پیوند بیماران صعب‌العلاج و دهک یا مددجو

پرونده پیوند بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج شامل پیوند‌های کبد، قلب، قلب و ریه، ریه، پانکراس، روده و مغز استخوان در صورتی که در خروجی سرویس پارامتر مربوطه به نشان صعب‌العلاج (mark) دارای مقدار ۱۰۰ و پارامتر مربوطه به دهک (decile) دارای مقدار ۵ و یا پارامتر مربوطه به مددجو (welfare) دارای مقدار ۵ باشد، مشمول تخفیف شده و سازمان بیمه پایه متعهد به پرداخت ۱۰۰٪ هزینه‌های آنان از محل حمایت‌های ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) می‌باشند و سهم سازمان پرونده‌ها صفر می‌باشد. بنابراین دهک یا مددجو بودن بیمه شده تأثیری در محاسبات پرونده‌های پیوند نداشته و محاسبات این مورد مانند مورد پنجم می‌باشد.

نکات مهم :

- علیرغم اینکه خدماتی که ذاتاً در تعهد بیمه پایه باشد، ولیکن سهم سازمان اینگونه خدمات ۰٪ می‌باشد بنابراین در basicinsurance مبلغی درج نخواهد شد و ۱۰۰٪ مبالغ در از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- سهم حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) باید در صورتحساب استاندارد به صورت جداگانه نمایش داده شود.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات C و IF (طبق تعاریف دستورالعمل کاهش فرانشیز بیمه شده) باشد، ۱۰۰٪ مبلغ از حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت ستاره دار مشمول خدمات UC باشد، کل مبلغ می‌بایست توسط بیمار پرداخت گردد.
- در صورتیکه خدمت توسط پزشک تمام وقت صورت پذیرد، کل مبلغ تمام وقت اعلامی در مصوبه تعرفه هیئت وزیران (مبلغ ۵۰۳۰۰۰ ریال) از محل حمایت ویژه بیماران صعب‌العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.

- در صورتیکه خدماتی مثل دارو ذاتا در تعهد بیمه پایه باشد ولی مبلغ کل آن از مبلغ در تعهد بیمه پایه بیشتر باشد، کل مبلغ شامل مبلغ در تعهد بیمه پایه، مبالغ از خارج از تعهد بیمه (مابه التفاوت مبلغ کل از مبلغ در تعهد بیمه پایه) و همچنین فرانشیز بیمار از حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت گردد.
- برای خدمات در تعهد بیمه پایه و خدمات ستاره دار C و IF باشد، بیمار پرداختی نخواهد داشت.
- در صورتیکه بیمه شده دارای بیمه تکمیلی باشد، و معرفی نامه بیمه تکمیلی هزینه های پیوند را پوشش دهد، بایستی مبالغی که در تعهد حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) بوده، باید از بیمه تکمیلی پرداخت شوند و مازاد سهم بیمه تکمیلی از محل حمایت ویژه بیماران صعب العلاج (ستون ۲۲.۲) پرداخت شود.
- برای این بیماران هیچ مبلغی از محل برنامه کاهش پرداختی بیماران بستری یارانه سلامت پرداخت نمی شود.
- کلیه قوانین و دستورالعمل های مربوط به سایر برنامه های یارانه سلامت از قبیل ماندگاری پزشکان، ترویج زایمان طبیعی و مابه التفاوت هزینه بیماران در نظام ارجاع برقرار می باشد.
- کلیه برنامه هایی (مانند سوختگی) که از سابقا از محل حمایت ویژه ستون ۲۲ پرداخت می شوند و مشمول برنامه صعب العلاج نمی شوند در ستون ۲۲.۱ ارسال گردند.
- پرونده های پیوند کلیه مشمول این بخش نبوده و ۱۰۰٪ مبالغ در تعهد بیمه پایه از محل سهم سازمان بیمه پایه مربوطه پرداخت می شوند.
- سایر پرونده های بستری (گلوبال و غیر گلوبال)، اورژانس تحت نظر و بستری موقت بیماران پیوندی به جز پرونده های پیوند آنان، مشمول برنامه صعب العلاج نشده و بر اساس قوانین و دستورالعمل های مربوطه محاسبه و پرداخت می شوند.
- ملاک ارسال اسناد و صورتحساب ها نوع صندوق بیمه ای خروجی سرویس استحقاق سنجی است.