



مرکز فناوری اطلاعات
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت به منظور رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمه ای



تاریخ ابلاغ اولیه: ۹۷/۱۲/۰۸

تاریخ بازنگری: ۹۸/۰۸/۰۱

مقدمه

در عصر فناوری اطلاعات، در بخش بهداشت و درمان استفاده از سیستم های اطلاعاتی کارآمد برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین ضرورتی انکارناپذیر به شمار می رود. بر کسی پوشیده نیست که سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی- درمانی مستلزم دست و پنجه نرم کردن با حجم انبوهی از اطلاعات است. به همین منظور برای بهینه کردن عملیات درمانی، مراکز بهداشتی- درمانی قطعاً نیازمند مدیریت مکانیزه اطلاعات هستند.

بیمه شده، سازمان بیمه گر و مراکز ارائه کننده خدمات سلامت سه رأس مثلث سلامت هستند. ارتباط این ها با هم و گردش مالی فی مابین آن ها شالوده و اساس اقتصاد سلامت را تشکیل می دهد.

از آنجا که سازمان های بیمه گر متعهد به پرداخت بخشی از هزینه های درمانی بیمه شدگان در بیمارستان هستند در رسیدگی سازمان های بیمه گر به پرونده های بیماران که هم اکنون در قالب اسناد بیمارستانی و به صورت کاغذی و دستی برای این سازمان ها ارسال می شود، نه تنها هدر رفت انرژی نیروی انسانی، زمان و کاغذ را به دنبال دارد بلکه به علت فقدان اصول صحیح در جمع آوری اطلاعات، محاسبه هزینه ها، عدم ارسال به موقع صورت حساب های بیماران بستری، مطالبات بسیاری از خدمات ارائه شده، محاسبه نشده و بدون پرداخت باقی می ماند.

همچنین به دلیل اشتباه در رعایت قوانین بیمه ای و درج خدمات مازاد یا خارج تعهد بیمه ای توسط بیمارستان ها، سازمان های بیمه ای مجبور به کسر از صورتحساب بیمارستان و اعمال کسورات می شوند که زمینه ساز نارضایتی بیمارستان های طرف قرارداد می گردد و به دلیل زمان بر بودن فرآیندهای رسیدگی دستی به اسناد کاغذی بیمارستان ها، تأخیرهای طولانی در بازپرداخت مطالبات بیمارستان ها از سوی سازمان های بیمه گر رخ می دهد و این نارضایتی را تشدید می کند.

بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های بیمه گر در راستای تحقق اهداف دولت الکترونیک و اجرای موضوع بند الف ماده ۷۴ و بند چ ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه کشور در خصوص استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان کشور، نیاز به توسعه ساختار نظام مند جهت تبدیل فرآیند دستی مذکور به صورت الکترونیکی و جلوگیری از نارضایتی ناشی از اختلافات، تأخیر زیاد ناشی از فرایند رسیدگی دستی به پرونده بیماران و همچنین شفاف سازی انواع کسورات در زمینه راه اندازی و اجرای برنامه تبادل الکترونیک اسناد اقدام نمودند.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

بر این اساس، اطلاعات پرونده بیماران به صورت اسناد ارسالی از مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در قالب استاندارد ابلاغ شده وزارت بهداشت ارسال می شود و سازمان های بیمه گر نیز اطلاعات را در قالب استاندارد الکترونیکی تعیین شده با واسطه میان افزار سپاس، دریافت کرده و طبق قوانین ابلاغی هیئت محترم وزیران و شورای عالی بیمه اقدام به بررسی اسناد و تأیید یا تعدیل آن می پردازند. در نهایت پس از طی کردن فرآیند رسیدگی، هزینه خدمات تأیید شده یا مبالغ کسورات را با جزئیات از طریق میان افزار سپاس به بیمارستان اعلام می نمایند.

اهداف

بخشی از اهداف رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمه ای (بستری و پس از آن سرپایی) و تولید صورتحساب الکترونیکی و حذف اسناد کاغذی در فرآیند رسیدگی الکترونیکی به اسناد شامل مواردی می باشد از قبیل:

۱- ایجاد بستر تبادل الکترونیکی اطلاعات خدمات ارائه شده به بیماران بستری در مراکز ارائه دهنده خدمت

۲- تنظیم هوشمند اسناد به گونه ای که حداقل نیاز به رسیدگی دستی را داشته باشد.

۳- جلوگیری از تولید اطلاعات الکترونیکی تکراری در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

۴- مدیریت اطلاعات و رصد آن به منظور مدیریت هزینه در ارائه خدمات سلامت

۵- شفاف سازی خدمات ارائه شده توسط سازمان های بیمه گر

۶- شفاف سازی کسورات به تفکیک

محدوده

محدوده این دستورالعمل شامل تمام شرکت های توسعه دهنده سامانه های ارائه دهنده خدمات سلامت، سازمان های بیمه گر و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت است. بدیهی است مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت دولتی، خصوصی، خیریه و

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

سایر موارد موظف به اجرای این دستورالعمل در راستای اجرای مواد قانونی پرونده الکترونیکی سلامت در ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه می‌باشند.

پیش نیاز استفاده از این مستند، سند داده پیام خدمات سلامت ویرایش ۵،۶ به بعد می باشد.

تعاریف

داده پیام^۱: هر نمادی از واقعه، اطلاعات یا مفهوم است که با وسایل الکترونیکی، نوری و یا فناوری‌های جدید اطلاعات تولید، ارسال، دریافت، ذخیره یا پردازش می‌شود.

مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت^۲: کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، که در سه سطح ارجاع به ارائه خدمات سلامت مشغول هستند.

خدمت سلامت: کلیه فعالیت‌های بهداشتی و یا درمانی که در مراکز خدمات بهداشتی درمانی به افراد جامعه ارائه می‌گردد.

کلاس ثبت داده: کلاسی که به عنوان قالبی برای تولید شیء داده بکار می‌رود.

بیمه: واژه ای است حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می‌رود.

بیمه گر: شرکت، سازمان یا مؤسسه‌ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده، قرار می‌دهد.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می‌تواند از مزایای خدمات سلامت بهره‌مند گردد.

¹Data Message

²Health Facilities

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

فرانشیز: قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

سهیم بیمه پایه: قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می نماید.

بیمه گزار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، خدمات معینی را بر اساس قرارداد منعقد با بیمه گر دریافت می نماید.

رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط مؤسسات درمانی برای بیمار بستری بررسی شده و بعد از انطباق با ضوابط، مقررات و تعرفه های مصوب ارزش گذاری می گردد.

سامانه اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت: سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت شامل تمامی نرم افزارها و سیستم های اطلاعاتی هستند که در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت مانند بیمارستان ها، درمانگاه ها، آزمایشگاه های بالینی، مراکز تصویر برداری، خانه بهداشت و غیره نصب بوده و قسمتی از اطلاعات درمان و بهداشت شهروندان را در خود ذخیره و مدیریت می کنند. به اختصار سامانه اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت را $POCS^3$ می نامیم.

شناسه بیمه ای استحقاق درمان (شباد): شناسه یکتایی است که توسط سازمان های بیمه گر به افراد در هر مراجعه تحت شرایطی تخصیص می یابد و نشان دهنده این موضوع است که فرد مراجعه کننده به مرکز ارائه دهنده خدمت، مورد تایید سازمان بیمه گر بوده و مجاز است خدمات مورد نظر را بر اساس دستورالعمل ها دریافت نماید. این شناسه توسط سازمان بیمه گر به سامانه نرم افزاری استعلام کننده بازگردانده می شود. این شناسه معادل شناسه سریال هر برگه دفترچه بیمه است. در این دستورالعمل به جای اصطلاح «شناسه شباد» از اصطلاح معادل «شناسه HID» که کوتاه شده عبارت Health ID است استفاده شده است.

³ Point of Care System

⁴ SHEBAD (HID)

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

شناسه HID جایگزین: شناسه یکتایی است که توسط سازمان های بیمه گر تولید شده و در اختیار مراکز درمانی قرار می گیرد تا در صورت عدم امکان تولید شناسه HID در زمان پذیرش، از آن به عنوان شناسه HID استفاده شود. این شناسه در مدت بستری بیمار، در فرایند مشخصی و با فراخوانی سرویس های استحقاق سنجی به روزرسانی می شود.

اصول و ضوابط فنی

ماده ۱- شرکت های توسعه دهنده سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت موظف هستند هرگونه اعتبار سنجی تعریف شده در سامانه ها را غیرفعال کنند و به جای آن از تابع SepasValidator موجود در SDK به ازای هر پرونده استفاده کرده و هر سه قسمت خروجی سرویس (خطا، توضیح فارسی و راه حل رفع) را برای کاربر قابل نمایش ساخته و تنها در صورت عدم وجود خطا، داده پیام خدمات سلامت ارسال شود.

ماده ۲- برای ارسال اطلاعات از سامانه های اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، شرکت های توسعه دهنده بایستی بدون دستکاری راهبر سیستم، فرآیند ارسال پرونده را به صورت خودکار پیاده سازی کنند و در صورت هرگونه قطعی در هنگام ارسال، پرونده ها در صف ارسال قرار داده شده و در زمان وصل شدن و برقراری ارتباط، ارسال صورت گیرد. این مهم نیز به صورت خودکار و بدون دخالت راهبر سامانه تعریف شده باشد.

ماده ۳- در مناطقی که رسیدگی الکترونیکی اسناد انجام می شود، ویژگی PKID به معنی شناسه منحصر به فرد خدمت در سامانه اطلاعات بیمارستانی در کلاس ServiceDetailsVO اجباری می باشد و نباید هیچ صحت سنجی در سمت سپاس و سمت سامانه رسیدگی اسناد بیمه صورت بگیرد. سامانه اطلاعاتی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت باید بتواند با استفاده از این ویژگی، کسورات را در سمت خود دریافت و مدیریت کند.

ماده ۴- جهت بررسی مغایرت های پرونده های ارسالی سامانه اطلاعاتی بیمارستان با پرونده های موجود در سامانه بیمه در هر دوره زمانی، می بایست سامانه اطلاعاتی بیمارستان، خروجی به فرمت فایل اکسل با ستون های تاریخ ترخیص، HID، CompositionUID، مبلغ در تعهد و سهم سازمان بیمه گر پایه از پرونده های ارسالی تهیه کرده و جهت بررسی مغایرت به سازمان بیمه، جهت ثبت و مغایرت گیری در سامانه رسیدگی الکترونیکی بیمه، تحویل دهد.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

ماده ۵- بر اساس دستورالعمل اجرایی نحوه ثبت و تعاملات الکترونیکی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت کشور «۴۰۰/۱۰۱۱۰ د» مورخ ۱۳۹۷/۰۵/۰۶، ارسال داده پیام خدمات سلامت سرپایی الزامی می باشد.

پذیرش و ترخیص

ماده ۶- ارسال اطلاعات داده پیام خدمات سلامت بلافاصله پس از ترخیص بیمار انجام می شود. در صورتی که پرونده نهایی نمی باشد، ویژگی VersionLifecycleState به صورت غیرنهایی (incomplete) با کد 1.1.1.2 ارسال گردد و بعد از نهایی شدن اطلاعات پرونده، پرونده ویرایش شده و ویژگی VersionLifecycleState به صورت نهایی (complete) با کد 1.1.1.1 ارسال شود.

ماده ۷- در موارد خاصی که پذیرش بیمار از اورژانس صورت گرفته و پس از آن بیمار برای بستری به بخش منتقل می گردد، لازم است برای خدمات ارائه شده در اورژانس، یک پرونده و برای خدمات ارائه شده در بخش، پرونده دیگری ایجاد گردد. برای این موارد نوع ConditionOnDischarge در پرونده اورژانس بیمار مقدار «تبدیل به بستری» و AdmissionType مقدار «اورژانس» خواهد بود و در پرونده بستری آن AdmissionType برابر با «بستری از اورژانس» با کد ۵ خواهد بود. لازم به ذکر است این مورد به صورت مجازی در سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستان (HIS) می تواند انجام شود و برای بیمه با یک کد HID ارسال می گردد.

ماده ۸- در موارد خاصی که پرونده بستری شامل دو بیمه پایه در زمانهای متفاوت در طول دوره بستری می باشد بنا به این زمانهای متفاوت، پرونده بسته و دوباره پذیرش می شود. نوع ConditionOnDischarge با مقدار «ادامه درمان با تعویض بیمه پایه» خواهد بود.

تبصره: در صورتی که بیمار به صورت آزاد پذیرش شده و HID آزاد گرفته باشد، بعد از دریافت اطلاعات بیمه، HID بیمه مربوطه گرفته شده و HID آزاد، ابطال می شود (EliminateHID).

استحقاق درمان و شناسه شباد (HID)

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

ماده ۹- هر پرونده دارای یک HID است که منحصر به فرد بوده و برای هر مراجعه متفاوت می باشد. لازم به ذکر است هر HID مختص به یک بیمه پایه می باشد.

تبصره: برای بیماران آزاد، تصادفی و مجهول الهویه نیز برای ایجاد وحدت رویه در فرآیند های بیمارستانی HID معجزا گرفته می شود.

ماده ۱۰- مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت که اعلام و استحقاق بیمه را از طریق دریافت کد HID با استفاده از آداپتور پرونده الکترونیک سلامت (SDK)، در سیستم اطلاعاتی خود فراهم کرده اند، نمی بایست از هیچ سرویس و پرتال دیگری برای استحقاق درمان استفاده کنند. به عبارت دیگر، تنها سرویس استحقاق سنجی درمان از طریق سیستم اطلاعاتی مرکز و از طریق آداپتور مذکور (SDK) استفاده شود.

بیماران مجهول الهویه

ماده ۱۱- بر ارسال پرونده بیماران مجهول الهویه می بایست ویژگی FullName در اطلاعات دموگرافیک، عبارت «مجهول الهویه» ثبت گردد، در این صورت کد ملی پرونده صحت سنجی نشده و ارسال صورت می گیرد. لازم به ذکر است در این بیماران، ثبت نام و نام خانوادگی با ویژگی FirstName و LastName مانعی ندارد.

ماده ۱۲- در مواردی که بیمار مجهول الهویه تحت پوشش بیمه سلامت می باشد (پیرو تفاهم نامه سازمان بیمه سلامت با سازمان بهزیستی)، می بایست شماره بیمه (ویژگی InsuredNumber)، شناسه معرفی نامه سازمان بهزیستی با Issuer و Assigner مربوط به سازمان بهزیستی (SWO) به عنوان شماره بیمه و Type آن برای معرفی نامه برابر با RL_ID ثبت شود.

ماده ۱۳- برای تمامی بیماران مجهول الهویه از HID جایگزین استفاده می شود. لازم به ذکر است برای بیماران مجهول الهویه ای که مشمول تفاهم نامه مذکور سازمان بیمه سلامت می باشند از HID جایگزین بیمه سلامت

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

استفاده می شود. شناسه های HID جایگزین اخذ شده، هیچ وقت نباید آپدیت شوند (به عبارت دیگر هیچ زمانی تابع UpdateHID برای این شناسه های HID فراخوانی نشود).

ماده ۱۴- در صورتی که سازمان بیمه سلامت برای بیماران مجهول الهویه تحت پوشش، پرونده هویتی در سامانه بیمه گری خود تشکیل داد، می بایست کد HID جدید را به پذیرش اعلام نماید تا پذیرش، کد HID جایگزین را در پرونده فرد ویرایش نماید.

تبصره: در خصوص پرونده نوزادان و زندانیانی که هویت آن ها مشخص نمی باشد با توافق بیمه سلامت می توان برابر ماده ۱۳ عمل کرد.

ماده ۱۵- در مورد بیمارانی که ابتدا با هویت نامشخص پذیرش می شوند و بعداً در طول درمان هویتشان مشخص می شود، بسته پذیرش برخط با هویت نامشخص و بسته داده پیام خدمات سلامت بعد از ترخیص با کد ملی صحیح ارسال شود. PatientUID که بیمار در زمان مشخص نبودن هویت با ارسال پذیرش برخط ثبت شده است، در زمانی که بیمار هویت دار می شود دیگر استفاده نمی شود و بیمار PatientUID جدید خواهد داشت.

نوزادان

ماده ۱۶- پرونده نوزادان با هویت خود نوزاد (در صورت وجود) و با HID اخذ شده از بیمه مادر یا بیمه پدر بنا به دستورالعمل های ابلاغی ارسال شود.

تبصره: اگر نوزادان چند قلو بودند، پرونده های مجزا با HID های مجزا ارسال شود.

ماده ۱۷- در پرونده نوزاد، در کلاس بیمه (InsuranceVO)، ویژگی شماره بیمه (InsuredNumber) برابر با کد ملی مادر ثبت شود.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

ماده ۱۸- نوزادان بیمار باید پرونده مستقل داشته باشند و خدمات مربوط به نوزاد در پرونده نوزاد ثبت و ارسال شود. قابل ذکر است، کد ملی برای این پرونده ها ثبت نمی شوند.

ماده ۱۹- پرونده مستقل نوزاد سالم زایمان طبیعی می بایست مشمول برنامه ترویج زایمان گردد.

تبصره ۱: در صورتی که مادر پس از زایمان طبیعی به ICU منتقل شود و از گلوبال خارج گردد، کلیه خدمات پرونده مشمول برنامه ترویج زایمان می گردد.

تبصره ۲: در صورتی که در حین زایمان طبیعی، زایمان به سزارین تبدیل شد، پرونده از گلوبال خارج شده ولی همچنان مشمول برنامه ترویج زایمان می باشد.

خدمات گلوبال

ماده ۲۰- خدمات گلوبال در گروه خدمت گلوبال (کد ۴۱) و خدمات غیر گلوبال در گروه خدمت مربوطه (مانند آزمایشات تشخیص طبی و خدمات تشخیصی چشم و غیره) درج گردد (صرف نظر از این که خدمت تعرفه گلوبال دارد یا خیر). به عبارت دیگر تمامی خدمات گلوبال، در سطح ۳ با گروه خدمت (ServiceType) «گلوبال» درج می شوند.

ماده ۲۱- کد عمل اصلی گلوبال پرونده های گلوبال از کلاس BillSummaryVO و در ویژگی GlobalPackage در سطح ۱ درج می گردد. واضح است که کد عمل واقعی بر اساس کدینگ ارزش های نسبی (RVU3) با تعدیلات مشمول گلوبال در سطح ۳ ثبت شده ولی محاسبات آن بر اساس پرونده گلوبال خواهد بود.

ماده ۲۲- به منظور ایجاد همخوانی در هزینه های سطح ۲ و ۳ در پرونده های گلوبال، پیرو ماده ۲۱ این دستورالعمل (ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت) برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد بیمه ای در سطح ۳، خدمت ما به التفاوت گلوبال با کد 990650.1 درج می گردد و عدد ما به التفاوت برای صفر شدن بستانکار

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

و بدهکار می تواند منفی در نظر گرفته شود. خدمت مذکور (ما به التفاوت گلوبال) به گروه خدمت (ServiceType) گلوبال مرتبط می شود.

ماده ۲۳- با توجه به اینکه در پرونده های گلوبال، کای تمام وقت و کای هیئت علمی در کد تعدیلی 90، امکان تفکیک ستونی وجود ندارد، برای تفکیک به صورت سطری جهت تفکیک خدمات گلوبال از غیر گلوبال، در همه پرونده ها اعم از گلوبال و غیر گلوبال کد تعدیلی 90.1 برای «پرداخت به پزشکان هیئت علمی» و کد تعدیلی 90.2 برای «پرداخت به پزشکان تمام وقت» ارسال می گردد.

کدهای ارزش نسبی و گروه خدمات

ماده ۲۴- در داده پیام خدمات سلامت ۶٪ خدمات پرستاری که از هتلینگ محاسبه می گردد، در گروه خدمت مربوط به «خدمات پرستاری» قرار داده می شود، این ۶٪ براساس هر نوع هتلینگ محاسبه شده و با کدهای ارزش نسبی خدمات نسخه ۳ در بخش خدمات با ارزش ریالی بدون K ثبت می شود. (مانند کد ۹۸۰۰۰۶ معادل ۶ درصد پرستاری یک تختی در بیمارستان درجه یک)

ماده ۲۵- به جای گروه خدمات بیهوشی، اتاق عمل، جراحی و کمک جراح، یک گروه تحت عنوان «خدمات جراحی» با کد ۴۴ اضافه می گردد.

تعدیلات

ماده ۲۶- جهت ارسال کدهای تعدیلی خدمات ارائه شده به بیمار، در نوع داده ServiceDetailVO ویژگی به نام RelatedServices (خدمات وابسته) قرار داده شده است که ساختار سلسله مراتبی خدمت را پیاده سازی می کند. بر این اساس برای خدمات ارائه شده مشمول کد تعدیلی، در زیرمجموعه خدمت اصلی، کدهای تعدیلی به صورت خدمت وابسته ثبت می شود.

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

لیست کدهای تعدیلی در تاریخ نگارش این دستورالعمل به قرار زیر می باشد:

کد	مقدار	ترمینولوژی
20	عمل مستقل	RVU3
25	جزء کلی	RVU3
26	جزء حرفه ای	RVU3
27	هزینه تسهیلات ارائه خدمت یا جزء فنی	RVU3
31	بیهوشی با ارزش پایه ۲	RVU3
32	بیهوشی برای وضعیت قرارگیری بیمار	RVU3
33	انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد	RVU3
34	انجام مشکل بیهوشی به دلیل استفاده از جریان خون برون پیکری (پمپ اسکیزناتور قلب یا پمپ کمکی)	RVU3
35	مخاطره بیهوشی	RVU3
36	بیهوشی بیماران در وضعیت اورژانس	RVU3
37	بیهوشی برای بیمار با سن ۷۰ سال و بیشتر	RVU3
38	بیهوشی پیچیده به وسیله استفاده از هیپوتانسیون کنترل شده	RVU3
39	بیهوشی در بخش ریکاوری	RVU3
40	اعمال کدهای متعدد تعدیلی بیهوشی	RVU3
41	ارزش زمانی بیهوشی	RVU3
42	ارزش تام بیهوشی	RVU3
43	مدیریت درد بعد از عمل یا دردهای مزمن	RVU3
44	بیهوشی همزمان بیش از دو بیمار	RVU3

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

RVU3	انجام بیحسی ناحیه ای (رژینال) و نخاعی توسط پزشک معالج	45
RVU3	انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج	46
RVU3	اعمال جراحی متعدد همزمان با ارزش های تام بیهوشی	49
RVU3	اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا تو جراح	51
RVU3	اعمال جراحی مجدد	53
RVU3	استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق	60
RVU3	اقدامات جراحی یا بیهوشی بر روی کودکان یا شیرخواران	63
RVU3	استفاده از کمک جراح	80
RVU3	استفاده از فناوری های نیمه تهاجمی برای ارائه خدمت	85
RVU3	استفاده از تجهیزات پرتوپزشکی پرتابل	86
RVU3	استفاده از خدمات تصویربرداری پزشکی برای رادیوتراپی بیماران	87
RVU3	استفاده از مولتی لیف و پورتال فیلم بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی	88
RVU3	پرداخت به پزشکان تمام وقت جغرافیایی	90
RVU3	پرداخت به پزشکان هیئت علمی	90.1
RVU3	پرداخت به پزشکان تمام وقت	90.2
RVU3	پرداخت در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور	95
RVU3	دوره پیگیری درمان بیماران تصادفی	99

آخرین به روز آوری: ۹۸۰۸۰۱

صفحه ۱۲ از ۱۵

محتوا: ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تخفیف و مددکاری

ماده ۲۷- مبلغ «مددکاری» در اسناد الکترونیکی پرونده عبارت است از هرگونه جبران هزینه‌ها از منابع ردیف مددکاری (نیازمندان) که صرفاً جهت کمک به بیمار از سهم پرداختی بیمار کسر می‌شود و با کد ۹ در کلاس OtherCost صورتحساب الکترونیکی آورده می‌شود.

ماده ۲۸- «تخفیف» عبارت است از مبلغی که به هر عنوانی خارج از مددکاری از صورتحساب بیمار کسر می‌گردد و توسط بیمارستان و یا توسط پزشک ارائه دهنده خدمت تامین می‌گردد و با کد ۱۰ با مقدار «تخفیفات» در کلاس OtherCost صورتحساب الکترونیکی آورده می‌شود.

ماده ۲۹- «تخفیف تمام وقت جغرافیایی» (مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه و هیئت محترم وزیران) عبارت است از درصدی از کای دوم خدمت ارائه شده در بخش بستری و سرپایی توسط پزشک تمام وقت جغرافیایی که نه توسط سازمان بیمه گر، نه بیمار و نه دانشگاه تامین نمی‌گردد و با کد ۱۸ در کلاس OtherCost صورتحساب الکترونیکی آورده می‌شود.

ماده ۳۰- «تخفیف تعرفه ترجیحی مناطق محروم» عبارت است از ۱۰ درصد تعرفه ترجیحی مناطق محروم (بر حسب درجه محرومیت مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه و هیئت محترم وزیران) خدمت ارائه شده در بخش بستری توسط پزشک که نه توسط سازمان بیمه گر، نه بیمار و نه دانشگاه تامین نمی‌گردد و با کد ۱۹ در کلاس OtherCost در صورتحساب الکترونیکی آورده می‌شود.

ارائه دهنده خدمت سلامت

ماده ۳۱- در مواقعی که پزشک مستقیماً خدمت را به بیمار ارائه نمی‌دهد، در نوع داده ServiceDetailVO ویژگی ProvisionMethod با مقادیر «ارائه خدمت با نظارت پزشک» با کد 1.12.1، «ارائه خدمت با مسئولیت پزشک» با کد 1.12.2 و «نظارت پزشک بر تفسیر اقدام تشخیصی» با کد 1.12.3، جهت پوشش نحوه ارائه خدمت به بیمار قرار داده

آخرین به روز آوری: ۹۸۰۸۰۱

صفحه ۱۳ از ۱۵

محتوا: ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

شده است. همچنین در صورت تکمیل ویژگی ProvisionMethod، تکمیل ویژگی OtherParticipation نیز در همین نوع داده به صورت آرایه ای از نوع HealthCareProviderVO شامل اطلاعات ارائه دهندگان خدمت الزامی است.

تبصره: در مواردی که می خواهیم اطلاعات تجویزگر در خدمات خاص ارسال شود، تجویزگر را در OtherParticipation با نقش «تجویزگر» با کد ۶ اضافه می کنیم.

ماده ۳۲- در خصوص خدمات ویزیت در پرونده های بستری موقت که دارای ضریب کا تعیین شده نمی باشند به صورت زیر عمل شود:

- **پزشکان عادی:** جز حرفه ای (۲۶) صرفا با قیمت مصوب هیئت دولت مربوط به همان سال تعیین شده و ارسال می گردد (با مقدار کا تعیین نمی گردد).

- **پزشکان درمانی و هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی (۲ کا):** جز حرفه ای (۲۶) صرفا با قیمت مصوب هیئت دولت مربوط به همان سال برای پزشکان عادی تعیین شده و ارسال می گردد (با مقدار کا تعیین نمی گردد). جز ۲ کا با کدهای تعدیلی 90.1 یا 90.2 صرفا با تعیین ما به التفاوت قیمت مصوب هیئت دولت برای پزشکان ۲ کا منهای قیمت مصوب هیئت دولت برای پزشکان عادی ارسال می شود (با مقدار کا تعیین نمی گردد).

لیست کدهای خدمات ویزیت سرپایی در تاریخ نگارش این دستورالعمل از قرار زیر می باشد:

کد	مقدار	ترمینولوژی
970000	ویزیت پزشک عمومی در مراکز سرپایی	RVU3
970005	ویزیت دندانپزشک عمومی در مراکز سرپایی	RVU3
970010	ویزیت PhD پروانه دار در مراکز سرپایی	RVU3
970015	ویزیت پزشک متخصص در مراکز سرپایی	RVU3

محتوا: ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت	صفحه ۱۴ از ۱۵	آخرین به روز آوری: ۹۸۰۸۰۱
---	---------------	---------------------------

ضروریات ارسال الکترونیکی داده پیام خدمات سلامت برای بهبود رسیدگی الکترونیکی اسناد

تاریخ: ۹۸/۰۸/۰۱

RVU3	ویزیت دندانپزشک متخصص در مراکز سرپایی	970020
RVU3	ویزیت MD- PhD در مراکز سرپایی	970025
RVU3	ویزیت پزشک فوق تخصص در مراکز سرپایی	970030
RVU3	ویزیت پزشک فلوشیپ در مراکز سرپایی	970035
RVU3	ویزیت متخصص روانپزشک در مراکز سرپایی	970040
RVU3	ویزیت فوق تخصص روانپزشک در مراکز سرپایی	970045
RVU3	کارشناس ارشد پروانه دار در مراکز سرپایی	970050
RVU3	کارشناس پروانه دار در مراکز سرپایی	970055

خدمات زنجیره تامین

ماده ۳۳- برای خدمات زنجیره تامین می بایست محاسبات در مرکز ارائه دهنده خدمت مبدا انجام شود (بر اساس شرایط مقصد) و در مبدا شناسه مرکز ارائه دهنده خدمت مقصد در ویژگی ExtraLocation وارد شود.

ماده ۳۴- برای خدمات زنجیره تامین در مرکز ارائه دهنده خدمت مقصد، کد HID جدید اخذ نگردد.

ماده ۳۵- خدمات زنجیره تامین که در سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مقصد ثبت شده است، نمی بایست به سپاس ارسال گردد.