

بخشنامه نحوه تهیه صورتحساب متحداشکل توسط

سیستم های اطلاعاتی بیمارستان

مقدمه:

پیرو ابلاغ «مجموعه دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت» عطف به مکاتبه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۱۳۹۳/۲/۷، به منظور یکسان سازی قالب صورتحساب بیماران بستری از بیمارستان های شمول دستورالعمل مذکور، بخشنامه نحوه تهیه صورتحساب متحداشکل توسط سیستم های اطلاعات بیمارستانی مشتمل بر ۸ ماده به شرح ذیل ابلاغ می گردد.

ماده ۱: تعریف

۱. خدمات: در این بخشنامه منظور خدماتی است که در بیمارستان به بیماران بستری ارائه می شود.
۲. وزارت بهداشت: منظور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.
۳. صورتحساب بیمار: منظور، صورتحساب بیمارستان است که مختص بیماران بستری صادر، چاپ و در اختیار آنان قرار می گیرد.
۴. صورتحساب بیمه: منظور، صورتحساب بیمارستان است که مختص سازمان بیمه گر صادر، چاپ و در اختیار آنان قرار می گیرد.
۵. خدمات تحت پوشش یارانه دولت: این موارد شامل کاهش پرداختی بیمار بستری، ضریب ماندگاری، ارتقاء کیفیت هتلینگ، ترویج زایمان طبیعی و بیماران ویژه به شرح ذیل می باشد که مابه تفاوت هزینه های در بسته های تحت پوشش برای آن در نظر گرفته می شود.
 - ۵.۱. کاهش پرداختی بیمار بستری: بر اساس این بسته، کلیه بیماران بستری واجد بیمه پایه تنها ۱۰٪ کل هزینه بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت را پرداخت می نمایند.
 - ۵.۲. ضریب ماندگاری: مابه التفاوت ۳ کا و ضریب ترجیحی است.
 - ۵.۳. ارتقاء کیفیت هتلینگ: بر اساس دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت خدمات غیردرمانی مرتبط با اقامت بیمار در بیمارستان است که هزینه های آن از محل یارانه سلامت پرداخت خواهد شد.
 - ۵.۴. بسته ترویج زایمان طبیعی: تمامی هزینه های مربوط به زایمان طبیعی رایگان است.

۵.۵. بسته بیماران ویژه: این عبارت بیماران صعب‌العلاج و نیازمند را شامل می‌شود.

۶. ضریب ترجیحی: تعرفه‌ای است که به منظور تشویق پزشکان برای حضور در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته پرداخت می‌گردد.

۷. سهم خارج از تعهد: شامل موارد بند ۲.۲.۱ و ۱.۲.۲ از ماده ۶ دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی طرح تحول نظام سلامت بیمار می‌باشد.

ماده ۲:

محصولات نرم افزاری سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستانی بایستی قابلیت چاپ صورتحساب مربوط به خدمات بستری را در دو نسخه جهت ارائه به بیمار و سازمان بیمه‌گر مطابق فرمت اعلام شده در ماده ۵ و ۶ داشته باشند.

ماده ۳:

شرکت‌های توسعه دهنده سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی موظفند جزییات هزینه‌ای مربوط به خدمات تحت پوشش یارانه دولت، شامل موارد مندرج در «مجموعه دستورالعمل‌های طرح تحول نظام سلامت» را دقیقاً مطابق دستورالعمل فوق‌الذکر پیش‌بینی و محاسبه نموده، سپس در ستون‌های مربوطه اعمال نمایند.

ماده ۴:

به منظور رسیدگی به اسناد بیمارستانی، شرکت‌های توسعه دهنده سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی موظفند مطابق با موارد مندرج در ماده ۶، روکش اسناد بیماران بستری را صادر نمایند، به نحوی که مجموع سهم یارانه دولت به تفکیک موارد شمول دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت ثبت گردد.

صورتحساب متحدالشکل خدمات بستری (رونوشت بیمار)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 مرکز/ مجتمع/ بیمارستان.....
 صورتحساب خدمات بستری
 (رونوشت بیمار)

| درجه ارزشیابی بیمارستان: | | | | | | کد بیمار: | | کد ملی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------|-----------|-------------------------------------|--|--------|------|------|-------|-----------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| سهم بیمار | سهم خدمات خارج از تعهد | سهم یارانه دولت | سهم بیمه مکمل | سهم بیمه پایه | مبلغ کل | تعداد | عنوان خدمت | شماره پرونده: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | ویزیت پزشک معالج | نوع پرونده: عادی <input type="checkbox"/> اورژانس تحت نظر <input type="checkbox"/> کلویال <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | ویزیت مشاوره | نام: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | خدمات پرستاری | نام خانوادگی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | پزشک جراح | نام پدر: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کمک جراح | تاریخ تولد: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | بیهوشی | تاریخ پذیرش: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | اتاق عمل | ساعت پذیرش: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | دارو بخش | نحوه پذیرش بیمار: بستری <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> انتقالی <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | دارو اتاق عمل | بخش پذیرش کننده: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | لوازم مصرفی بخش | تاریخ ترخیص: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | لوازم مصرفی اتاق عمل | ساعت ترخیص: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | فیزيوتراپی | نحوه ترخیص بیمار: بهبودی کامل <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> پیگیری <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | CT Scan | بهبودی نسبی <input type="checkbox"/> انتقالی به سایر مراکز <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | MRI | ترخیص با رضایت شخصی <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | رادیولوژی | بخش ترخیص: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | سونوگرافی | نام و نام خانوادگی پزشک معالج: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | نوارنگاری | شماره نظام پزشکی پزشک معالج: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | آسیب شناسی | تخصص پزشک معالج: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | آزمایشگاه | سازمان/ نهاد بیمه گر پایه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | هتلینگ | صندوق بیمه پایه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | شماره بیمه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | جمع مبلغ کل | تاریخ اعتبار بیمه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل سهم بیمه پایه | نام سازمان بیمه مکمل: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل سهم بیمه مکمل | تشخیص اولیه: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل سهم یارانه دولت | تشخیص نهایی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل سهم بیمار | <table border="1"> <tr> <td>بهبودی</td> <td>زمان</td> <td>واحد</td> <td>تعداد</td> <td>کل اقدام تشخیصی</td> <td>درمانی</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | بهبودی | زمان | واحد | تعداد | کل اقدام تشخیصی | درمانی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بهبودی | زمان | واحد | تعداد | کل اقدام تشخیصی | درمانی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل سهم خدمات خارج از تعهد بیمه پایه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | مبلغ پیش پرداخت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | کل مبلغ قابل پرداخت صورتحساب | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | ریال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| مهر و امضاء کارشناس رسیدگی | مهر و امضاء نماینده بیمه | | مهر و امضاء بیمارستان | مهر و امضاء پزشک معالج |
|----------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|
| | در زمان ترخیص | در زمان پذیرش | | |
| | | | | |
| نام گزارشگر/ تاریخ/ ساعت: | | | | |

* ۱۰٪ مبلغ کل ≤ سهم خدمات خارج از تعهد - سهم بیمار

صورتحساب متحدالشکل خدمات بستری (رونوشت بیمه)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز/ مجتمع / بیمارستان.....
صورتحساب خدمات بستری
(رونوشت سازمان بیمه گر)

| درجه ارزشیابی بیمارستان: | | | | | | | کد بیمار: | |
|--------------------------|-----------|---------------|-----------------|-----------------------|---------------------|------------|-----------|------------------------------|
| سهم خارج از تعهد | سهم بیمار | سهم بیمه مکمل | سهم پارانه دولت | ماه تفاوت ضریب ترجیحی | ماه تفاوت هیئت علمی | مبلغ تعرفه | تعداد | عنوان خدمت |
| | | | | | | | | ویزیت پزشک معالج |
| | | | | | | | | ویزیت مشاوره |
| | | | | | | | | خدمات پرستاری |
| | | | | | | | | پزشک جراح |
| | | | | | | | | کمک جراح |
| | | | | | | | | بیهوشی |
| | | | | | | | | اتاق عمل |
| | | | | | | | | دارو بخش |
| | | | | | | | | دارو اتاق عمل |
| | | | | | | | | لوازم مصرفی بخش |
| | | | | | | | | لوازم مصرفی اتاق عمل |
| | | | | | | | | فیروزتراپی |
| | | | | | | | | CT Scan |
| | | | | | | | | نوارنگاری |
| | | | | | | | | آسیب شناسی |
| | | | | | | | | آزمایشگاه |
| | | | | | | | | دیالیز |
| | | | | | | | | رادیولوژی |
| | | | | | | | | هتلینگ |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | جمع کل تعرفه |
| | | | | | | | | سهم بیمار |
| | | | | | | | | ماه تفاوت هیات علمی تمام وقت |
| | | | | | | | | ماه تفاوت ضریب ترجیحی |
| | | | | | | | | کل سهم پارانه دولت |
| | | | | | | | | کل سهم بیمه مکمل |
| | | | | | | | | کل سهم بیمه پایه |

| مهر و امضاء کارشناس رسیدگی | مهر و امضاء نماینده بیمه | | مهر و امضاء بیمارستان | مهر و امضاء پزشک معالج |
|----------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------|------------------------|
| | در زمان پذیرش | در زمان ترخیص | | |
| | | | | |
| نام گزارشگیر/ تاریخ/ ساعت | | | | |

| کد ملی: | | | |
|---|--------------|---------------|--------------------------|
| شماره پرونده: | | | |
| نوع پرونده: عادی □ اورژانس تحت نظر □ گلوبال □ | | | |
| نام: | | | |
| نام خانوادگی: | | | |
| نام پدر: | | | |
| تاریخ تولد: | | | |
| نوع پرونده: | | | |
| تاریخ پذیرش: | | | |
| ساعت پذیرش: | | | |
| نحوه پذیرش بیمار: بستری □ اورژانس □ انتقالی □ | | | |
| بخش پذیرش کننده: | | | |
| تاریخ ترخیص: | | | |
| ساعت ترخیص: | | | |
| نحوه ترخیص بیمار: بهبودی کامل □ فوت □ پیگیری □ بهبودی نسبی □ انتقالی به سایر مراکز □ ترخیص با رضایت شخصی □ فرار □ | | | |
| بخش ترخیص: | | | |
| نام و نام خانوادگی پزشک معالج: | | | |
| شماره نظام پزشکی پزشک معالج: | | | |
| تخصص پزشک معالج: | | | |
| سازمان/ نهاد بیمه گر پایه: | | | |
| صندوق بیمه: | | | |
| شماره بیمه: | | | |
| تاریخ اعتبار بیمه: | | | |
| سازمان بیمه مکمل: | | | |
| تشخیص اولیه: | | | |
| تشخیص نهایی: | | | |
| بیمه‌دهنده | بیمه‌شده | بیمه‌گیر | بیمه‌گزار |
| بارانه دولت در بسته های تحت پوشش | | | |
| ماه تفاوت | بیمه روسپاری | بیماران ویژه | ترویج زایمان طبیعی |
| ارزفاء کیفیت | هتلینگ | ضریب ماندگاری | کاهش برداشتی بیمار بستری |
| | | | |

ماده ۷:

شرکت‌های توسعه دهنده سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی موظفند، ستون نوع خدمت در ماده ۵ و ۶ بخشنامه فوق را مطابق موارد مندرج زیر تکمیل نمایند.

خدمات مشاوره‌ای (پزشک مشاور)، خدمات پرستاری، پزشک جراح، کمک جراح، داروی مصرفی بخش، داروی مصرفی اتاق عمل، لوازم مصرفی اتاق عمل، لوازم مصرفی بخش، سی‌تی‌اسکن، MRI، سونوگرافی، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی، رادیوگرافی، آنژیوگرافی، نوارنگاری، شیمی درمانی، آزمایشات تشخیصی طبی، آسیب شناسی، آزمایشات ژنتیک، دیالیز، ویزیت، دندانپزشکی، بیهوشی، اتاق عمل، توانبخشی، فیزیوتراپی، پروتز، هتلینگ، خدمات تشخیصی چشم، اعمال مکمل تشخیصی، سنجش تراکم استخوان، شنوایی شناسی، بینائی سنجی، همراه بیمار، پزشکی قانونی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، آنژیوگرافی دیجیتال، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، مداخلات عروقی

تبصره ۱: تغییرات و موارد جدید در خصوص ستون نوع خدمت موضوع ماده ۵ و ۶، در سند راهنمای تبادل اطلاعات روکش اسناد بیمارستانی قابل دسترسی است.

ماده ۸:

شرکت‌های توسعه دهنده سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی موظفند، هزینه ریز خدمات را بر اساس موارد مندرج در بند ۵ از ماده ۱ این بخشنامه محاسبه نموده و در سیستم اطلاعات بیمارستان ثبت نمایند. این اطلاعات بایستی پس از ترخیص بیمار بصورت الکترونیکی به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) ارسال نمایند.