



تاریخ: 1401/10/19
شماره: 1401-10255
پیوست: ندارد

دبیر و رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
جناب آقای دکتر محمود رضا محقق

با سلام و احترام

احتراما نظر به رای دیوان عدالت اداری به شماره دادنامه 1465-11471 مورخ 1401/8/24 هیات عمومی دیوان عدالت اداری، منجر به ابطال بخش پایانی ماده 9 مصوبه هشتادیکمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت به شماره 142/199 مورخ 1400/4/8، که پوشش بیمه ای نسخ متخصصین طب اورژانس را منوط به قید "ممه‌ور به مهر بیمارستان" نموده بود، نظر به اجرای رای هیات عمومی دیوان عدالت اداری، مستدعی است جهت اجرای قانون، درجهت "پوشش بیمه ای ویزیت متخصصین طب اورژانس و عقد قرارداد با ایشان" توسط آن دبیرخانه محترم ابلاغ گردد.

دکتر نادر توکلی

رئیس انجمن علمی طب اورژانس ایران



فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَنْ تَعْدِلُوا دادنامه

بسم الله الرحمن الرحيم

شماره دادنامه: ۱۴۶۵ الی ۱۴۷۱

تاریخ دادنامه: ۱۴۰۱/۸/۲۴

شماره پرونده: ۰۰۰۲۵۶۲ - ۰۰۰۲۵۶۱ - ۰۰۰۲۵۰۶ - ۰۰۰۲۵۰۵ - ۰۰۰۲۴۱۴ - ۰۰۰۲۲۴۶ - ۰۰۰۱۸۶۳

مرجع رسیدگی: هیأت عمومی دیوان عدالت اداری

شاکیان: آقایان حسن معتمد و سعید حاجی پور و خانم ها مریم زبیدی لطف آبادی، بیتا چائیده، ملک سادات نعیمی و آرامش شمس

موضوع شکایت و خواسته: ۱- ابطال نامه شماره ۹۹/۹۹۶۳۸-۱۳۹۹/۳/۳۱ مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران

۲- ابطال ماده ۹ دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس ابلاغی به شماره ۱۴۲/۱۹۹- ۱۴۰۰/۴/۸ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

۳- الزام سازمان بیمه سلامت به انعقاد قرارداد با متخصصین طب اورژانس برای ارائه خدمت در مطب

۴- الزام سازمان بیمه سلامت به تعریف گزینه مطب در سامانه الکترونیکی بیمه سلامت برای متخصصین طب اورژانس

گرددش کار: شاکیان به موجب دادخواست ها و لوایح تکمیلی جداگانه، ابطال نامه شماره ۹۹/۹۹۶۳۸- ۱۳۹۹/۳/۲۱ مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران، ابطال ماده ۹ دستورالعمل

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَى أَنْ تَعْدِلُوا دادنامه

رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس ابلاغی به شماره ۱۴۲/۱۹۹-۱۴۰۰/۴/۸ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور، الزام سازمان بیمه سلامت به انعقاد قرارداد با متخصصین طب اورژانس برای ارائه خدمت در مطب و الزام سازمان مذکور به تعریف گزینه مطب در سازمان الکترونیکی بیمه سلامت برای متخصصین طب اورژانس را به استناد بندهای ۸ و ۹ سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، اصل سوم قانون اساسی، ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، ماده ۱۷ اساسنامه بیمه سلامت ایران خواستار شده اند و اعلام کرده اند که حکم مقرر در نامه مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت مبنی بر عدم انعقاد قرارداد بیمه با پزشکان متخصص طب اورژانس، علاوه بر ایجاد تبعیض میان پزشکان مذکور با سایر پزشکان متخصص، مغایر با صراحت نامه شماره ۴۰۰/۱۴۴۳ - ۱۳۹۹/۱/۳۱ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است؛ چرا که به موجب این نامه، اجازه تاسیس مطب به پزشکان متخصص طب اورژانس داده شده است و طبق قاعده «اذن در شی اذن در لوازم آن است»، قاعدتاً اذن در افتتاح مطب، مستلزم اذن در انعقاد قرارداد بیمه با پزشک است و در این خصوص فرقی میان پزشک متخصص طب اورژانس و سایر پزشکان متخصص وجود ندارد و همچنین ماده ۹ دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس که مقرر می دارد پوشش بیمه ای تجویزات خدمات پاراکلینیکی متخصصین طب اورژانس، منوط به ممهور بودن این تجویزات به مهر بیمارستان است؛ مغایر با قوانین و مقررات بوده و سبب ایجاد تبعیض ناروا به ضرر متخصصین طب اورژانس است.

متن مقررهای مورد شکایت به شرح زیر است:

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَى أَنْ تَعْدِلُوا
بِالْأَنفُسِ

الف- نامه شماره ۹۹/۹۹۶۳۸-۱۳۹۹/۳/۳۱ مدیر کل نظارت بر خدمات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت

ایران:

"مدیر کل محترم بیمه سلامت استان....."

موضوع: پزشک متخصص طب اورژانس

با عنایت به ابهامات مطروحه در خصوص چگونگی همکاری با پزشکان متخصص طب اورژانس در مراکز سلامت طرف قرارداد که بر اساس نامه شماره ۱۳۹۹/۱/۳۱-۴۰۰/۱۴۴۳ معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، امکان تأسیس مطب به آنها داده شده به استحضار می رساند:

خرید خدمات این پزشکان به عنوان پزشک متخصص، در موسسات سلامت واجد بخش و خدمات اورژانس مقدور بوده ولی با عنایت به لزوم رعایت تعادل منابع و مصارف سازمان در قالب بودجه سنواتی، در حال حاضر امکان عقد قرارداد با مطب ایشان میسر نمی باشد و در صورت تأمین اعتبارات مالی لازم، موضوع فوق قابلیت بررسی مجدد خواهد داشت. - مدیر کل نظارت بر خدمات بیمه سلامت "

ب- ماده ۹ دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس ابلاغی به شماره ۱۴۲/۱۹۹-۱۴۰۰/۴/۸ دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور:

" ضوابط و قواعد یکسان مراکز ارائه دهنده خدمت و خریدار خدمات تخصصی طب اورژانس

ملاک دستورالعمل ذیل استانداردها و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص ارائه خدمات بخش اورژانس بیمارستانی و آخرین ویرایش شناسنامه ها و استاندارد خدمات مراقبت بحرانی، ویزیت جامع و ویزیت محدود، ابلاغ از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ابلاغی سال ۱۳۹۹) و کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (ویرایش سوم ۱۳۹۶) می باشد.

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَى أَنْ تَعْدِلُوا ادنامه

ماده ۹، براساس ردیف ۱۶ ضوابط لازم الاجرا توسط موسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد و ضوابط و دستورالعملهای یکسان بیمه های پایه درخواست انواع خدمات پاراکلینیک (سی تی اسکن، MRI، سونوگرافی، رادیوگرافی، نوار عصب و عضله و آزمایشات تشخیص طبی) مطابق با شناسنامه و استاندارد خدمات مذکور در صورت تجویز توسط متخصصین طب اورژانس و ممهور به مهر بیمارستان در کلیه مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد، قابل ارائه و پرداخت است.

سرپرست اداره کل حقوقی و تنظیم مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت حقوقی و امور مجلس) به موجب لایحه شماره ۱۰۷/۱۹۵۳-۱۴۰۰/۹/۱۴، به پیوست نامه های شماره ۱۴۲/۷۲۵-۱۴۰۰/۹/۱۳ دبیر شورای عالی بیمه سلامت و مدیرکل دفتر برنامه ریزی و سیاست گذاری بیمه سلامت و ۱۴۰۰/۸/۳۰-۱۴۰۰/۲۹۳۶۵۷ مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت را ارسال کرده است که خلاصه دفاعیات به قرار زیر است:

"با عنایت به ماده ۱ آیین نامه اجرایی تبصره ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۴/۴/۱۱ هیأت وزیران با عنوان «دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی» اختیار عقد قرارداد خرید خدمات سلامت تحت پوشش بیمه پایه درمانی از پزشکان و مراکز بهداشتی و درمانی کشور، با سازمان ها و شرکت های بیمه گر است. سازمان بیمه سلامت ایران نیز در راستای تأمین نیاز بیمه شدگان، در چارچوب اعتبارات مالی موجود و با رعایت تعادل منابع و مصارف خود، نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از ارائه کنندگان این خدمات اقدام می نماید. در حال حاضر خرید خدمات سلامت از پزشکان متخصص طب اورژانس در موسسات

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَنْ تَعْدِلُوا
الإنشائه

پزشکی، به شرح مندرج در دستورالعمل رسیدگی به اسناد پزشکی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت توسط سازمان صورت می پذیرد و محدودیتی در همکاری با ایشان وجود ندارد. اما از آنجا که ارائه خدمات اورژانس نیازمند وسایل، تجهیزات و امکاناتی است که انحصاراً در برخی درمانگاه ها و بیمارستان ها موجود است و بدین لحاظ در صورت ارائه این خدمات در مطب ها، امکان بروز خطر برای حیات و سلامت بیمه شدگان وجود دارد و نیز به علت آن که فقدان امکانات مذکور در مطب، پزشکان متخصص طب اورژانس، قادر به ارائه غالب خدمات تخصصی رشته خود نبوده و عمدتاً نسبت به ارائه خدمات پزشک عمومی اقدام می نمایند، عقد قرارداد با مطب این پزشکان در اولویت خرید خدمات سازمان قرار نداشته است. از آنجا که پزشکان متخصص طب اورژانس دوره پزشکی عمومی را گذرانده، این سازمان آمادگی دارد در صورت ارائه پروانه مطب پزشک عمومی توسط این پزشکان، نسبت به عقد قرارداد خرید خدمات ویژه پزشکان عمومی با ایشان و پرداخت تعرفه پزشک عمومی اقدام نماید، مشروط بر آن که ما به التفاوت تعرفه پزشک عمومی و متخصص را از بیمه شدگان اخذ نمایند. شایان ذکر است کلیه موارد تصریح شده در دادخواست مذکور براساس مصوبات هشتاد و دومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت بوده و دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس با مشارکت ذینفعان تدوین و ابلاغ گردیده است. همچنین به استناد بند ۵ و ۱۳ برنامه آموزشی رشته طب اورژانس مصوب شصت و نهمین شورای آموزش پزشکی و تخصصی، این رشته تخصصی دربرگیرنده اطلاعات علوم پایه و دانش بالینی لازم و مهارت های مناسب جهت تشخیص، تصمیم گیری و درمان بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس و نیز مدیریت بخش اورژانس و حوادث غیرمترقبه می باشد. لذا مشابه سایر خدمات بیمارستانی گروه های دیگر پزشکی مبنای پرداخت سازمان های بیمه گر در اسناد ارسالی از سوی بیمارستان ها می بایست علاوه بر مهر پزشک متخصص مربوطه دارای مهر بیمارستان محل ارائه خدمت نیز باشد.

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَنْ تَعْدِلُوا د/نامه

هیأت عمومی دیوان عدالت اداری در تاریخ ۱۴۰۱/۸/۲۴ با حضور رئیس و معاونین دیوان عدالت اداری و رؤسا و مستشاران و دادرسان شعب دیوان تشکیل شد و پس از بحث و بررسی با اکثریت آراء به شرح زیر به صدور رأی مبادرت کرده است.

رأی هیأت عمومی

الف. براساس ماده ۱۲ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲، رسیدگی به شکایات و تظلمات و اعتراضات اشخاص حقیقی یا حقوقی از آیین‌نامه‌ها و سایر نظامات و مقررات دولتی و شهرداریها و مؤسسات عمومی غیردولتی در مواردی که مقررات مذکور به علت مغایرت با شرع یا قانون و یا عدم صلاحیت مرجع مربوط یا تجاوز یا سوء استفاده از اختیارات یا تخلف در اجرای قوانین و مقررات یا خودداری از انجام وظایفی که موجب تضییع حقوق اشخاص می‌شود و همچنین صدور آرای وحدت رویه در موارد تعارض آرای شعب و صدور آرای ایجاد رویه در موارد تشابه آرای شعب از صلاحیتها و وظایف هیأت عمومی دیوان عدالت اداری است. نظر به اینکه رسیدگی به خواسته الزام سازمان بیمه سلامت به انعقاد قرارداد با متخصصین طب اورژانس برای ارائه خدمت در مطب و تعریف گزینه مطب در سامانه الکترونیکی بیمه سلامت برای متخصصین مذکور از مصادیق صلاحیتها و وظایف هیأت عمومی دیوان عدالت اداری محسوب نمی‌شود، لذا رسیدگی به شکایت مطروحه به خواسته فوق قابل طرح در هیأت عمومی دیوان عدالت اداری نیست و پرونده جهت رسیدگی به شعبه دیوان عدالت اداری ارجاع می‌گردد.

ب. اولاً به موجب ماده ۲ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب سال ۱۳۷۳، اعمال وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کیفی و کمی بیمه

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَنْ تَعْدِلُوا دادنامه

خدمات درمانی در شمار اختیارات و مأموریت‌های شورای عالی بیمه سلامت کشور است و مطابق ماده ۱۰ قانون یادشده: «حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود» و مفاد ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۹ و ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب سال ۱۳۹۵ نیز موافق با حکم مقرر در ماده مزبور است. ثانیاً براساس بند «د» ماده ۱ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران مصوب سال ۱۳۹۰ هیأت وزیران، نظام ارائه خدمات سلامت شامل نظام ارائه تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی است که در سه سطح خدمات پایه سلامت و سایر خدمات تخصصی و فوق تخصصی ارائه می‌شود و بند «ه» ماده ۱ اساسنامه مزبور نیز در تبیین «بیمه سلامت» مقرر می‌دارد: «شامل تأمین کلیه خدمات سطوح سه‌گانه مندرج در بند (د) در چارچوب مقررات بیمه پایه و بیمه مکمل می‌باشد. شرکتهای بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مجاز به ارائه خدمات بیمه سلامت (پایه و مکمل) می‌باشند» و علاوه بر آن، وظایف و اختیارات سازمان بیمه سلامت ایران در ماده ۷ اساسنامه آن ذکر شده است که از مفاد بندهای آن و به طور مشخص صلاحیت موضوع بند «ج» ماده مزبور دایر بر «خرید راهبردی خدمات سلامت...» وضع چنین محدودیتی از سوی هیچ یک از ارکان و مدیران سازمان مذکور از جمله مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت قابل استنباط نبوده و بنابراین منصرف از ممنوعیت مقرر در مصوبه مورد اعتراض

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَنْ تَعْدِلُوا دالنامه

مبنی بر عدم امکان عقد قرارداد با متخصصین طب اورژانس جهت ارائه خدمات در مطب است. بنا به مراتب فوق، نامه شماره ۹۹/۹۹۶۳۸ مورخ ۱۳۹۹/۳/۳۱ مدیرکل نظارت بر خدمات بیمه سلامت خارج از حدود اختیار مقام صادرکننده آن و مغایر با قانون است و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود.

ج. اولاً بر مبنای بند «ن» ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳ «صدور پروانه مطبهای پزشکی و حرف وابسته و تمدید آنها و مشارکت در صدور پروانه مؤسسات پزشکی براساس مقررات و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، از وظایف و اختیارات سازمان یادشده است و بر همین اساس و با توجه به اطلاق بند مزبور، متخصصین طب اورژانس نیز می‌توانند با اخذ مجوزهای مربوطه مبادرت به تأسیس مطب نمایند و این امر به موجب نامه شماره ۴۰۰/۱۴۴۳ د مورخ ۱۳۹۹/۱/۳۱ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صراحت مورد تأیید قرار گرفته است و عدم پوشش بیمه‌ای خدمات متخصصین طب اورژانس در مطب توسط سازمانهای بیمه‌گر پایه بدون مجوز قانونی تضییع حقوق جامعه هدف است. ثانیاً بر مبنای بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۹۵ مقرر شده است که: «بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوقهای بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد» و مستنبط از ماده مذکور این است که تعیین شمول و سطح خدمات مورد تعهد سازمانهای بیمه‌گر پایه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و شورای عالی بیمه سلامت کشور فاقد هرگونه صلاحیتی در رابطه با وضع قاعده در این خصوص است. بنا به مراتب فوق، فراز

فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَى أَنْ تَعْدِلُوا
د/نامه

پایانی ماده ۹ مصوبه هشتاد و یکمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت به شماره ۱۴۲/۱۹۹ مورخ ۱۴۰۰/۴/۸ که پوشش بیمه‌ای نسخ متخصصین طب اورژانس در ارتباط با خدمات پاراکلینیک را به ممهور بودن به مهر بیمارستان منوط کرده، خارج از حدود اختیار مرجع وضع‌کننده آن و خلاف قانون بوده و مستند به بند ۱ ماده ۱۲ و ماده ۸۸ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب سال ۱۳۹۲ ابطال می‌شود./

حکمتعلی مظفری

رئیس هیأت عمومی دیوان عدالت اداری

تولید، پشتیبانی‌ها، مانع زدایی‌ها
مقام معظم رهبری

دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

جناب آقای دکتر محمدباقر نوبخت
معاون محترم رئیس جمهور و رئیس سازمان برنامه و بودجه کشور
جناب آقای دکتر قاسم جان بابایی
معاون محترم درمان
جناب آقای دکتر فرهاد دژپسند
وزیر محترم امور اقتصادی و دارایی
جناب آقای دکتر محمدرضا ظفرقندی
رئیس محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی
مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت
جناب آقای محمد شریعتمداری
وزیر محترم تعاون، کار و رفاه اجتماعی
جناب آقای دکتر مصطفی سالاری
مدیرعامل محترم سازمان تامین اجتماعی
جناب آقای دکتر امیر نوروزی
رئیس محترم سازمان خدمات درمانی وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
جناب آقای سید مرتضی بختیاری
رئیس محترم کمیته امداد امام خمینی (ره)
موضوع: مصوبه هشتاد و دومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور - ضوابط و قواعد یکسان مراکز ارائه‌دهنده خدمت و
خریدار خدمات تخصصی طب اورژانس

با سلام و تحیات:

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و با تقدیم احترام؛ با عنایت به مصوبه هشتاد و دومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور به پیوست دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات طب اورژانس جهت استحضار و ابلاغ به واحدهای تابعه به منظور اجرا از تاریخ ابلاغ تقدیم می‌گردد.

دکتر سید سجاد رضوی
دبیر و رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت

دبیرخانه: سازمان نظام پزشکی کل کشور

شماره نامه: ۴۰۰ / ۱۰۰ / ۱۰ / ۱۴۰۰۸

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۴/۰۸

نشانی پستی: تهران، شهرک غرب، خیابان شجریان شمالی، کوچه بیست و سوم، پلاک ۱، طبقه دوم کد پستی: ۱۴۶۷۸۳۴۱۷۱

تلفن: ۸۸۰۸۲۶۷۳ - نمابر: ۸۱۴۵۵۸۷۷



ضوابط و قواعد یکسان مراکز ارائه دهنده خدمت و خریدار خدمات تخصصی طب اورژانس

ملاک دستورالعمل ذیل، استانداردها و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص ارائه خدمات بخش اورژانس بیمارستانی و آخرین ویرایش شناسنامه‌ها و استاندارد خدمات مراقبت بحرانی، ویزیت جامع و ویزیت محدود، ابلاغی از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ابلاغی سال ۱۳۹۹) و کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (ویرایش سوم-۱۳۹۶) می‌باشد.

ماده ۱- عنوان دستورالعمل: ضوابط و قواعد یکسان مراکز ارائه‌کننده خدمت و خریدار خدمات تخصصی طب اورژانس.

ماده ۲- تعریف انواع سطوح تریاژ: همه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان، در واحد تریاژ، توسط پرستار تریاژ و با الگوی استاندارد ESI4 در پنج گروه تقسیم‌بندی می‌شوند. ملاک تعیین‌کننده سطوح تریاژ، فرم تکمیل شده مصوب کمیته کشوری تریاژ بخش اورژانس بیمارستانی، توسط پرستار تریاژ می‌باشد.

تبصره: صرفاً در صورت نیاز به تغییر در سطح تریاژ با نظر متخصص طب اورژانس و پس از ویزیت و ارزیابی اولیه توسط وی، ضمن ذکر دلیل بالینی، این تغییر در برگه تریاژ قید شده و توسط متخصص طب اورژانس مشخص و مستند می‌گردد.

بند ۱: بیماران سطح ۱ تریاژ: بیماران سطح ۱ تریاژ که نیازمند تثبیت علائم حیاتی هستند به اتاق احیاء قلبی-تنفسی-مغزی منتقل و یا به تناسب طراحی بخش اورژانس در واحد حاد دارای امکانات مانیتورینگ مداوم (Close Monitoring)، تحت مراقبت مستقیم حیات بخش و بحرانی توسط متخصص طب اورژانس قرار می‌گیرند.

بند ۲: بیماران سطح ۲ تریاژ: بیمار سطح ۲ تریاژ از لحاظ وخامت بیماری و وضعیت جسمانی، تا حدودی مشابه بیماران سطح ۱ تریاژ بوده و در هر لحظه امکان نیاز به مراقبت بحرانی و اقدامات حیات بخش از جمله احیاء قلبی-تنفسی (PCR) را دارند، با این تفاوت که در ابتدا نیاز به این خدمات حیات بخش نداشته و با کنترل و مراقبت‌های لازم، تسهیلات و خدمات تشخیصی و درمانی لازم را دریافت می‌کنند.

بند ۳: بیماران سطح ۳ تریاژ: به طور کلی بیماران سطح ۳ تریاژ در مقایسه با بیماران سطح ۱ و ۲ از شرایط وخیمی برخوردار نیستند. علائم حیاتی بیماران سطح ۳ تریاژ در محدوده شرایط پرخطر قرار نداشته و طبق الگوی استاندارد ESI4 حداقل ۲ اقدام (Facility) تشخیصی-درمانی مقتضی باید در مورد این بیماران صورت پذیرد.

بند ۴: بیماران سطح ۴ تریاژ: بیمارانی که دارای سطح ۴ تریاژ هستند پس از تشکیل پرونده بستری در بخش اورژانس (طبق دستورالعمل شاخص‌های ملی بخش اورژانس ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و ارزیابی شامل اخذ شرح حال و معاینه توسط پزشک متخصص طب اورژانس، و با دریافت خدمات درمانی مانند سرم‌تراپی، تزریقات، پانسمان و... در واحد سرپایی یا (Fast Track) و در صورت نیاز به انجام خدمت مورد نیاز تشخیصی، پس از تشخیص پزشک متخصص طب اورژانس، از اورژانس ترخیص می‌شوند. طبق الگوی استاندارد ESI4 حداقل یک اقدام (Facility) تشخیصی-درمانی برای این بیماران صورت



می‌پذیرد. در صورت عدم تشکیل پرونده بستری در بخش اورژانس، ویزیت محدود قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد و پرداخت صرفاً معادل ویزیت سرپایی مطابق با تعرفه مصوب و مدرک تحصیلی تعلق می‌گیرد.

بند ۵: بیماران سطح ۵ تریاژ: بیماران سرپایی که دارای سطح ۵ تریاژ هستند، پس از انجام مصاحبه و معاینه پزشکی، به صورت سرپایی ترخیص و در صورت نیاز به تجویز دارو، برای آنها دارو تجویز و مرخص می‌شوند.

ماده ۳- نحوه رسیدگی به صورتحساب:

بند ۱: بیماران بستری در بخش اورژانس، شامل بیمارانی می‌باشند که پس از تشکیل پرونده بستری در بخش اورژانس و بررسی شرایط بالینی، به مدت زمان مورد نیاز، تحت نظر قرار می‌گیرند (جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی). جهت ارتقاء شاخص‌های بخش اورژانس، بهتر است این زمان کمتر از ۶ ساعت باشد.

بند ۲: برای اقامت کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان هزینه هتلینگ و ویزیت روزانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

بند ۳: در بیماران تحت نظر بیش از ۶ ساعت در صورت تعیین تکلیف بیمار (طبق دستورات پزشک و تعیین سرویس مربوطه جهت بستری و تشکیل پرونده و در صورت نبودن تخت خالی، تعرفه تخت روز (هتلینگ) معادل مصوبه هیات محترم وزیران، حداکثر معادل ۳ تخته عادی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت، کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز (هتلینگ) و ویزیت روزانه با فرانشیز بستری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

بند ۴: در صورت ماندگاری بیمار در اورژانس و ترخیص بیمار در شیفت دوم، ویزیت روز ترخیص با کد ملی ۹۰۱۹۳۵ به متخصص طب اورژانس دیگر (متفاوت با پزشک اول)، در شیفت دوم تعلق خواهد گرفت.

بند ۵: در صورت تجویز دستور بستری بیمار توسط متخصص طب اورژانس و نبود تخت خالی جهت انتقال بیمار و در صورت ویزیت بیمار توسط سرویس مربوطه در بیمارستان‌های آموزشی تا حداکثر ۴۸ ساعت پس از تعیین تکلیف (به استثنای بیماران اینتوبه) و تا ۲۴ ساعت پس از تعیین تکلیف در بیمارستان‌های درمانی (به استثنای بیماران اینتوبه)، خدمات بستری مشابه سایر بیماران بستری به متخصص سرویس مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. با اتمام زمان‌های تعیین شده، هیچ هزینه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

ماده ۴- تعریف و شاخص‌های ویزیت محدود (کد ملی ۹۰۱۹۴۸): این ویزیت به تمام بیماران سطح ۳ و سطح ۴ تریاژ که دارای پرونده بستری در بخش اورژانس هستند و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده‌اند، تعلق می‌گیرد.

ماده ۵- تعریف شاخص‌های ویزیت جامع (کد ملی ۹۰۱۹۴۹): این ویزیت به بیماران سطح ۱ یا ۲ تریاژ (ESI4) که دارای پرونده بستری در بخش اورژانس می‌باشند و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده‌اند، تعلق می‌گیرد.

تبصره: باتوجه به شناسنامه و استاندارد خدمات ویزیت جامع و مراقبت بحرانی، گروهی از بیماران سطح ۲ و تعداد کمی از بیماران سطح ۱ تریاژ، پس از انجام اقدامات لازم توسط متخصص طب اورژانس و پایداری علائم حیاتی (حتی زیر ۶ ساعت) قابل ترخیص



بوده و ویزیت جامع و حتی مراقبت بحرانی برای این گروه از بیماران هم قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد (ملاک پرداخت ویزیت جامع همزمان با مراقبت بحرانی، ماده ۶ این دستورالعمل می‌باشد).

ماده ۶: تعریف و شاخص‌های مراقبت بحرانی (کد ملی ۹۰۱۹۷۰): این خدمت یک اقدام مراقبتی - مدیریتی بوده و با ویزیت‌ها و سایر اقدامات پروسیجرال متفاوت است. این خدمت برای همه بیماران سطح ۱ تریاژ و یا سطح ۲ تریاژ (با ذکر اندیکاسیون مربوطه در شرح اندیکاسیون‌های مراقبت بحرانی) که حداقل ۴۵ دقیقه تحت نظر بوده اند، قابل گزارش، محاسبه و پرداخت است. در تریاژ سطح ۱، ویزیت جامع و مراقبت بحرانی به طور همزمان قابل پرداخت است. برای همه بیماران تریاژ سطح ۲، ویزیت جامع پرداخت می‌شود. در صورت پایین آمدن سطح تریاژ از ۲ به ۱ هم، مطابق با مصادیق و اندیکاسیون‌های موجود در شناسنامه خدمت مراقبت بحرانی، خدمات اورژانس شامل خدمت مراقبت بحرانی و خدمات Life Saving و High Risk، قابل پرداخت می‌باشد. بدیهی است که در صورت هرگونه تغییر ناگهانی وضعیت بالینی بیمار در هر سطح تریاژ اولیه اورژانس و در صورت نیاز به اقدامات نجات دهنده حیات، خدمت مراقبت بحرانی قابل گزارش، محاسبه و پرداخت است.

تبصره: کدهای پالس اکسیمتری (کدهای ۹۰۱۱۳۵ - ۹۰۱۱۳۰ - ۹۰۱۱۲۵)، خونگیری شریانی یا ABG (کد ۳۰۲۴۸۰)، لوله گذاری معده (کد ۹۰۰۲۰۰)، تنفس با آمبوبگ یا CPAP (کد ۹۰۱۰۹۰)، رگ‌گیری محیطی (کد ۳۰۲۲۵۰)، تفسیر و اندازه‌گیری برون‌ده قلبی (کد ۹۰۰۷۲۵)، تنظیم ونتیلاتور (کد ۹۰۱۰۸۵)، نوار قلب با تفسیر و گزارش (کد ۹۰۰۷۱۰) و تفسیرگرافی قفسه‌سینه همزمان با این خدمت (مراقبت بحرانی) قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

کدهای مذکور در طول بستری تا زمان تعیین تکلیف بیمار و تعیین سرویس بعدی به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

ماده ۷: در صورت ارائه خدمات اورژانس و انجام انواع پروسیجرها به صورت اورژانس (شامل انواع ترمیم‌ها و آتل‌گیری‌ها و...) و منطبق با کوریکولوم آموزشی رشته تخصصی طب اورژانس، این خدمات علاوه بر ویزیت، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ماده ۸: ویزیت بیماران سطح ۴ فاقد پرونده در بخش اورژانس و نیز بیماران سطح ۵ تریاژ در اورژانس برابر با ویزیت سرپایی تخصصی برای متخصصین طب اورژانس قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ماده ۹: براساس ردیف ۱۶ ضوابط لازم‌الاجرا توسط مؤسسات پرتوپزشکی طرف قرارداد و ضوابط و دستورالعمل‌های یکسان بیمه‌های پایه درخواست انواع خدمات پاراکلینیک (سی‌تی‌اسکن، MRI، سونوگرافی، رادیوگرافی، نوار عصب و عضله و آزمایشات تشخیصی طبی) مطابق با شناسنامه و استاندارد خدمات مذکور در صورت تجویز توسط متخصصین طب اورژانس و ممه‌ور به مهر بیمارستان در کلیه مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد، قابل ارائه و پرداخت است.

ماده ۱۰: خدماتی مانند انفوزیون، درمان بسته شکستگی‌های بسته و پایدار (در صورت درمان بسته، خدمت آتل‌گیری و یا گچ‌گیری به طور همزمان قابل پرداخت نمی‌باشد)، درمان اولیه شکستگی‌های باز و یا غیرپایدار که شامل Approximation یا ترمیم ساده زخم و یا آتل‌گیری اندام در بخش اورژانس (کد ۹۰۰۰۱۵) و مانی‌تورینگ قلبی در بیماران با مراقبت بحرانی (کد ۹۰۰۷۷۰) که توسط پزشک یا زیرنظر مستقیم پزشک در بخش اورژانس انجام می‌شود، قابل محاسبه و پرداخت است.



ماده ۱۱: پروسیجرهای درمانی تکراری ثبت شده توسط سرویس‌های تخصصی متفاوت یا همان سرویس تخصصی در یک پرونده بستری و در بخش اورژانس فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. به عنوان مثال در صورتی که خدمت آتل‌بندی در بخش اورژانس توسط متخصص اول (مثلاً متخصص طب اورژانس) انجام و به علت کیفیت ارائه خدمت عیناً توسط متخصص دوم (به عنوان مثال متخصص ارتوپدی یا متخصص طب اورژانس دیگر) مجدد انجام گیرد، خدمت آتل‌بندی در این پرونده و در این بخش تنها یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.