



روسای محترم کلیه دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی کشور

موضوع: ضوابط اجرایی برنامه حمایت از خانواده و ثبت و تبادل پرونده های الکترونیک شیرخواران و

کودکان زیر ۷ سال

با سلام و احترام;

با عنایت به تصویب نامه هیئت محترم وزیران به شماره ۲۲۷۱۵۳/ت ۶۲۲۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۹ در خصوص رایگان شدن خدمات تشخیصی درمانی گروه سنی شیرخواران و کودکان زیر هفت سال و پیرو نامه شماره ۴۰۰/۳۲۱۶۰ د مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۹ این معاونت مبنی بر لزوم اجرایی شدن مصوبه مذکور و نیز شیوه نامه اجرایی برنامه حمایت از خانواده ثبت و تبادل پرونده های الکترونیک کودکان زیر ۷ سال ابلاغی مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت به شماره ۱۱۰/۴ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۱۵، توضیحات اجرایی برنامه یادشده به شرح ذیل جهت اطلاع و دستور بهره برداری ارسال می گردد:

(۱) تمامی شیرخواران و کودکان تا هفت سال ایرانی (از ابتدای تولد لغایت ۶ سال و ۱۱ ماه و ۳۰ روز در زمان پذیرش) که دارای بیمه پایه هستند، مشمول حمایت این برنامه می باشند. به منظور شناسایی بیماران مشمول، در زمان پذیرش به صورت خودکار، از طریق سامانه استحقاق سنجی و پایگاه برخط بیمه شدگان کشور در سامانه های بیمارستانی و نسخه الکترونیک، شناسه (تگ) سن بر روی پرونده/ نسخه بیمار لحاظ شده و مبنای محاسبه سهم سازمان های بیمه پایه و حمایت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شناسه (تگ) مذکور می باشد.

(۲) در صورتی که بیماران بستری فاقد هرگونه بیمه پایه باشند تا قبل از ترخیص بایستی پس از استحقاق سنجی، بصورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه قرار گیرند. لازم به ذکر است مطابق با مفاد بند ۲-ت مصوبه شماره ۷۵۶۸/ت ۶۲۴۵۳ هـ مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۱ با موضوع حق بیمه مشمولین بیمه ایرانیان، رعایت شرط خانوار برای بیماران مشمول تا ۲ سالگی الزامی نیست و میزان مشارکت بیمار برای حق بیمه تا سه ماه بعد از شروع بیمه پایه و بر اساس آزمون وسع تعیین می گردد.

(۳) در صورت عدم وجود کد ملی برای نوزاد، ویژگی NationalCode باید خالی بماند و از ثبت کد ملی پدر یا مادر در آن خودداری شود. جهت پذیرش و دریافت HID، از کد ملی مادر/پدر تحت پوشش بیمه پایه استفاده می گردد تا مشمول این برنامه قرار گیرد.

(۴) برای نوزادان مجهول الهویه، کمافی السابق طبق دستورالعمل های ابلاغی استحقاق سنجی مجهول الهویه بزرگسالان اقدام گردد.

معاونت درمان

۵) پوشش خدمات در تعهد کلیه سازمانهای بیمه گر پایه برای جمعیت هدف (با هر گونه تفکیک صندوقی) برای خدمات بستری، اورژانس تحت نظر، بستری موقت و سرپایی (به استثنای داروی سرپایی) در مراکز ارائه خدمات و بیمارستانهای دولتی دانشگاهی ۱۰۰٪ می باشد و فرانشیز تعرفه دولتی خدمات مذکور توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد. فرانشیز خدمات دندانپزشکی در تعهد بیمه پایه نیز مشمول این برنامه می باشد.

۶) در صورت احراز پوشش بیمه تکمیلی بیمار (طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد) در سامانه استحقاق سنجی، نحوه پذیرش و ارائه خدمات در مرکز درمانی به شرح ذیل تعیین می گردد:

الف: بیمه تکمیلی طرف قرارداد با مرکز درمانی: ابتدا سهم سازمان بیمه پایه مطابق با بند ۵ محاسبه و سپس موارد تحت پوشش بیمه تکمیلی طبق قرارداد کسر و مبلغ باقی مانده مربوط به خدمات تحت پوشش این برنامه با کد ۲۶ در "ستون حمایت سنی" ثبت و بیمار به صورت رایگان در خدمات تحت پوشش ترخیص می گردد.

ب: بیمه تکمیلی غیر طرف قرارداد با مرکز درمانی: ابتدا سهم سازمان بیمه پایه مطابق با بند ۵ محاسبه سپس صورت حساب بیمار بدون احتساب یارانه سلامت و "ستون حمایت سنی" صادر شده و همراه مستندات لازم جهت مراجعه به بیمه تکمیلی به بیمار تحویل می گردد.

۷) در صورت اصرار بیمار برای دریافت صورتحساب به منظور ارائه به بیمه تکمیلی / پزشکی قانونی / سایر مبادی قانونی، همانند ضوابط برنامه کاهش پرداختی فرانشیز در این خصوص، اقدام می گردد.

۸) پوشش برنامه کاهش فرانشیز (یارانه سلامت) جهت پرونده بیماران بستری بدون هیچ گونه تغییری به صورت ۹۰ درصد هزینه موارد ذیل محاسبه می گردد:

- مابه التفاوت هزینه دارو و ملزومات پزشکی تا سقف مورد تعهد سازمانهای بیمه گر پایه
- دارو و لوازم مصرفی خارج از تعهد سازمانهای بیمه گر پایه (مطابق بسته مورد حمایت این برنامه)
- خدمات ستاره دار تحت پوشش برنامه کاهش فرانشیز (خدمات ج و if موضوع نامه شماره ۱۴۲۲۸/۴۴۰۰ مورخ ۱۳۹۷/۶/۲۰ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
- هزینه همراه بیمار
- آمبولانس در زمان اعزام بیمار
- مابه التفاوت خدمات، دارو و لوازم مصرفی در پرونده بیماران ناشی از ضرب و جرح
- هزینه دستبند بیمار و ترمومتر یک بار در طول بستری
- مابه التفاوت دارو و تجهیزات خدمات گلوبال
- جراحیهای خارج از تعهد بیمه پایه در صورت داشتن اندیکاسیون پس از تایید کمیته فنی پزشکی بیمارستان



معاونت درمان

➤ هزینه خدمات تصویربرداری پرهزینه با تایید اندیکاسیون توسط کمیته فنی پزشکی بیمارستان صرفاً در زمان بستری

۹) پوشش برنامه حمایت سنی (کد ۲۶) جهت پرونده بیماران بستری شامل:

الف: ۱۰ درصد باقی مانده هزینه بستری موارد تحت پوشش برنامه کاهش فرانشیز مندرج در بند ۸

ب: ۱۰۰ درصد هزینه موارد به شرح ذیل:

- هزینه غذای همراه بیمار
- کلیه هزینه خدمات دندانپزشکی بیماران خاص و صعب العلاج مزاد بر سهم صندوق مربوطه
- ۱۰) سایر موارد مرتبط با پوشش برنامه:
 - مصدومین حوادث ترافیکی: کما فی السابق از محل منابع مربوطه رایگان می باشد.
 - مراکز عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه مشمول این برنامه نمی باشند.
 - اتباع بیگانه مجاز و غیرمجاز (حتی افراد دارای بیمه های پایه) مشمول این برنامه نمی باشند.
 - بخش های VIP (خدمات رفاهی ویژه) مشمول این برنامه نمی باشند.
 - حمایت از خدمات سرپایی صرفاً مطابق با بسته بیمه پایه و معادل ۱۰۰ درصد هزینه خدمات تحت پوشش توسط سازمان های بیمه پایه خواهد بود.
 - پوشش خدمات دندانپزشکی برای گروههای هدف مطابق بند ح مصوبه هیات محترم وزیران (شماره ۹۶۸۸/ت ۶۲۴۹۱ ه مورخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۶) خواهد بود
 - بیماران بستری در سال ۱۴۰۲ که در سال ۱۴۰۳ ترخیص می شوند مشمول حمایت این برنامه می باشند.

دکتر سعید کریمی
معاون درمان