



سازمان تأمین اجتماعی

مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۰۱

پیوست:

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

حوزه: معاونت درمان و بیمه‌ای
موضوع: اعزام و انتقال بیماران سرپایی و بستری

معاونین محترم ایدران گل مستقل ستادی

مدیران گل تأمین اجتماعی استان

مدیران درمان تأمین اجتماعی استان

با سلام

به استناد ماده (۵۷) و بند «۵» ماده (۶۲) قانون تأمین اجتماعی، رسیدگی و اتخاذ تصمیم در مورد اعزام و انتقال بیماران از یک شهرستان به شهرستان دیگر از وظایف واحدهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی است. لذا جهت اعزام بیماران رعایت موارد ذیل الزامی است.

الف: اعزام و انتقال بیماران سرپایی

۱) اصول کلی

۱-۱: اعزام بیمار تنها در صورتی به مراکز درمانی شهرستانهای دیگر صورت می‌پذیرد که:

۱-۱-۱: محقق شود خدمات تشخیصی - درمانی مورد نیاز و یا پزشک متخصص/ فوق تخصص مربوطه در مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد شهرستان محل اعزام بیمار وجود ندارد و نوع بیماری به گونه‌ای است که تاخیر در درمان بیمار، عوارض و خطرات جانی در پی خواهد داشت.

۱-۱-۲: خدمات تشخیصی - درمانی مورد نیاز در تعهد سازمان باشند.

۱-۱-۳: بیمار مشمول (واجد شرایط) اعزام باشد.

مشمولین (واجدین شرایط) اعزام:

کلیه بیمه شدگان، مستمری بگیران بازنشسته، از کارافتادگان کلی، بازمانده و افراد تبعی آنان به استثنای گروه‌های ذیل (غیرمشمولین)، واجد شرایط اعزام و مشمول دریافت هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه (حسب مورد)، صرفاً در خصوص خدمات تشخیصی و درمانی در تعهد سازمان می‌باشند.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

غیر مشمولین:

- بیمه شدگان مشاغل آزاد.
 - مستمری بگیران اعم از بازنشستگان و ازکار افتادگان کلی که مشمول پرداخت حق سرانه درمان می باشد.
 - بیمه شدگان شاغل در کارگاه های دارای قرارداد واگذاری درمان و تعهدات کوتاه مدت.
- ۱-۲: مدیریت درمان استان موظف است با استفاده از نظرات پزشکان متخصص در رشته های مختلف و با توجه به جمیع جوانب، نسبت به تهیه لیست تخصص ها و خدمات تشخیصی - درمانی که در سطح استان، قابل درمان / ارائه می باشد (در قالب فایل اکسل) اقدام نماید تا در سامانه اعزام قرار داده شود. بدیهی است فقط در مواردی که در لیست مذکور وجود ندارند، استان مجاز به اعزام بیماران خواهد بود.
- ۱-۲-۱: مواردی که در لیست مذکور وجود دارند ولی به برخی علل درمانی درخواست اعزام شده است، توسط پزشک معتمد بررسی و تعیین تکلیف گردد.
- ۱-۲-۲: مواردی که نیاز به بررسی بیشتر دارند توسط پزشک معتمد (بررسی کننده استراحت) به شورای پزشکی ارجاع گردد.
- تبصره: مدیریت درمان استان ها موظفند هرگونه تغییر (افزایش و یا کاهش) در امکانات تشخیصی و درمانی را در لیست مذکور اعمال نمایند.

۲) نحوه اعزام

- ۱-۲: پس از مراجعه بیمار به مرکز درمانی ملکی، چنانچه بیمار نیاز به خدمات تشخیصی یا درمانی داشته باشد که ارائه آن در مراکز درمانی ملکی در سطح شهرستان امکان پذیر نباشد، بیمار با استفاده از امکان GIS سیستم اعزام، به نزدیک ترین مرکز درمانی ملکی در شهرستان دیگر اعزام می گردد.
- ۱-۲-۱: جهت اعزام بیمار، اطلاعات و اسکن مدارک پزشکی بیمار در سیستم اعزام ثبت و به مرکز درمانی مقصد ارسال می گردد.
- ۱-۲-۲: تاریخ نوبت اخذ شده توسط مرکز درمانی مقصد که در سیستم اعزام ثبت گردیده، توسط مرکز درمانی اعزام کننده (مبدا) به بیمار اعلام می گردد.
- تبصره: مراجعه مستقیم بیمار به مراکز درمانی طرف قرارداد، مطب پزشکان و...، خارج از سیستم اعزام محسوب شده و این موارد به هیچ عنوان مشمول استفاده از مزایای این بخشنامه نمی شوند.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۳) نوع وسیله نقلیه

وسیله نقلیه جهت اعزام بیماران سرپایی و سائل نقلیه عمومی خواهد بود، مگر آنکه نوع بیماری به گونه‌ای باشد که به تشخیص پزشک معالج و **تایید پزشک معتمد/شورای پزشکی**، نیاز به استفاده از وسیله نقلیه سواری در بست، قطار یا هواپیما داشته باشند.

۱-۳: نظربه اینکه تعرفه جابجایی مسافر توسط سواری‌های بین شهری توسط ادارات کل حمل و نقل و پایانه استان مربوطه تعیین می‌گردد، ادارات کل تأمین اجتماعی موظفند نرخ سواری بین شهری را از ادارات کل مذکور استعلام و در اختیار شعب تابعه قرار دهند تا در صورت تایید مراجع پزشکی مربوطه مبنی بر اعزام بیمار و همراه وی با خودروی سواری، هزینه مربوطه بر اساس نرخ اعلامی با رعایت سایر شرایط قانونی پرداخت گردد.

۲-۳: مبلغ پرداختی جهت اعزام با وسیله نقلیه قطار و هواپیما، بر اساس قیمت بلیط تعیین می‌گردد.

۴) همراه بیمار

۴-۱ شرایطی که بیمار نیاز به همراه دارد و تعداد همراه مورد نیاز، عبارتند از:

۱) شرایط عمومی: از نظر سنی شرایط زیر مدنظر می‌باشد:

▪ بیماران زیر ۱۸ سال.

▪ بیماران بالای ۶۵ سال.

۲) شرایط تخصصی: معلولیت ذهنی و جسمی (شخص به تنهایی قادر به انجام امور شخصی نباشد) فارغ

از هر سن و سال و با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد/شورای پزشکی.

این شرایط در سیستم تعریف شده و در صورت لزوم، بایستی به ترتیب توسط فرد اعزام کننده، پزشک معتمد و شورای پزشکی کنترل گردد. (شرایط مذکور بایستی در دسترس پزشکان قرار گیرد تا هنگام درخواست اعزام بیمار از سوی پزشک معالج، نیاز به همراه و تعداد آن نیز مشخص گردد).

تبصره ۱: هزینه سفر و اقامت (حسب مورد) به بیش از یک همراه پرداخت نمی‌گردد مگر اطفال زیر ۷ سال که دو نفر همراه برایشان قابل تایید می‌باشد.

تبصره ۲: حق الزحمه مربوط به حضور اعضای شورای پزشکی مطابق با دستورالعمل شماره ۹۴/۲۱۷ مورخ ۹۴/۱/۱۷ معاونت درمان موضوع پرداخت حق الزحمه اعضاء کمیسیون‌ها و شوراهای پزشکی، پزشکان و دندانپزشکان معتمد، اعضای کمیته ذیل ماده ۹۰ قانون خواهد بود.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۵) اعزام مجدد بیمار

۵-۱ در صورتی که بیمار اعزامی با نظر پزشک معالج نیاز به مراجعات بعدی داشت (نظر پزشک در فرم تایید اعزام ثبت گردد)، اعزام مجدد بیمار و پرداخت هزینه اقامت و سفر بیمار و همراه تا زمانی صورت می‌گیرد که تخصص مربوطه یا خدمت درمانی مربوطه در شهرستان محل سکونت و یا نزدیکترین شهرستان به محل سکونت بیمار وجود نداشته باشد. لذا به محض ایجاد امکانات مربوطه در شهرستان‌های مذکور، اعزام مجدد بیمار به شهرستان (محل اعزام) اولیه، امکان پذیر نخواهد شد.

تبصره ۱: اعزام مجدد جهت پیگیری عمل جراحی انجام شده برای بیمار در صورت ایجاد امکانات مربوطه در شهرستان‌های مذکور، تنها تا سه نوبت امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۲: جهت اعزام مجدد بیمارانی که بایستی تعداد روزهای متوالی اعزام و خدمات دریافت نمایند (مانند شیمی درمانی، پروتو درمانی، ید درمانی و دیالیز) پروتکل درمانی و تعداد جلسات مورد نیاز توسط پزشک معالج مشخص شده و توسط شورای پزشکی تایید گردد. پروتکل درمانی توسط مسئول اعزام اخذ و تعداد جلسات در سیستم اعزام ثبت شده و برای اعزام بیمار جهت کلیه جلسات، یک فرم اعزام تکمیل می‌گردد.

۶) نحوه پذیرش

پس از مراجعه بیمار به مرکز درمانی مقصد و دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی مورد نیاز، تاییدیه مربوطه جهت دریافت هزینه اقامت، سفر و غرامت دستمزد از طریق سیستم اعزام مقصد به شعبه مربوطه ارسال می‌گردد.

۶-۱: به منظور کاهش تردد و تسریع در امر اعزام بیماران، کلیه مراحل اعزام از طریق سیستم نرم افزاری صورت می‌پذیرد و با توجه به ارتباط سامانه اعزام با شعب، کلیه سوابق اعزام بیمار در پرونده بیمه‌ای نیز ثبت می‌گردد.

ب: اعزام و انتقال بیماران بستری

بیمارستان‌های ملکی موظف می‌باشند برای بیماران بیمه شده سازمان که در آن واحد بستری می‌باشند و یا به واحد اورژانس مراجعه می‌نمایند و نیاز به امکانات درمانی دارند که در بیمارستان مذکور موجود نمی‌باشد، مطابق فرم ضمیمه، نسبت به اعزام و انتقال آنها به صورت ذیل اقدام نمایند.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۱- در صورتی که بیمار با نظر پزشک معالج نیاز به خدمات فوری ندارد و امکان ترخیص بیمار وجود داشته باشد، بیمار از طریق سیستم ارجاع به سایر مراکز درمانی ملکی معرفی و یا ترخیص گردد تا جهت ادامه درمان به مراکز طرف قرارداد مراجعه نماید.

۲- در صورتی که بیمار با نظر پزشک نیاز به خدمات پزشکی خاصی دارد که در واحد درمانی مورد مراجعه امکان دستیابی به آن وجود نداشته و انتقال بیمار به سایر مراکز ملکی به دلیل عدم دسترسی آسان موجبات تشدید بیماری را فراهم نماید (نظیر بیماران اورژانس) نسبت به اعزام بیمار به مراکز طرف قرارداد و ترجیحاً مراکز دولتی اقدام گردد.

۳- در صورت انتقال کامل بیمار به مراکز طرف قرارداد ۱۰۰٪ هزینه برابر تعرفه های مصوب هیات دولت توسط دفتر اسناد پزشکی قابل پرداخت می باشد.

۴- در صورت نیاز بیماران بستری در مراکز ملکی به خدماتی پرهزینه از جمله: Blood Gas, Isotop Scan, MRI, CT Scan, Whole Body Scan، مشاوره اورژانسی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی و سایر خدمات اورژانس که انجام آن جهت تکمیل درمان بیمار در مرکز ملکی ضروری و موثر باشد، نسبت به اعزام بیمار به مراکز طرف قرارداد و ترجیحاً مراکز دولتی اقدام گردد. بدیهی است در این گونه موارد سهم سازمان بر اساس ضوابط توسط دفتر اسناد پزشکی پرداخت و هزینه فرانشیز و تفاوتها برابر فاکتور ارائه شده از مراکز یاد شده توسط واحد ملکی اعزام کننده قابل پرداخت می باشد.

(ج) سایر موارد

به منظور فراهم شدن زمینه اجرای این بخشنامه، معاونت درمان موظف است با همکاری شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تامین و سایر واحدهای ذیمدخل حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ صدور نسبت به ساخت یا توسعه سیستمهای مکانیزه مربوطه و عملیاتی نمودن آن در سطح کشور اقدام نماید.

(د) بخشنامه و دستورالعملهایی که این بخشنامه جایگزین آنها می گردد:

- دستوراداری شماره ۴۰۲۰/۸۹۵۹ مورخ ۱۳۸۰/۲/۴ (نحوه ارجاع بیماران بیمه شده از واحدهای درمانی ملکی سازمان به مراکز درمانی دولتی و خصوصی)

- نامه شماره ۴۰۲۰/۱۰۹۰۱۷ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۵ (نحوه ارجاع بیماران)

- بخشنامه شماره ۴۱۲۴۶ مورخ ۱۳۸۲/۵/۶ (اعزام بیماران جهت MRI)

- دستورالعمل شماره ۴۰۱۰/۹۱/۶۶۰۸ مورخ ۱۳۹۱/۹/۲۵ (اعزام بیماران)



سازمان تأمین اجتماعی

مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره:

۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

تاریخ:

۱۳۹۹/۰۹/۰۱

پیوست:

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

- بخشنامه شماره ۸ امور بیمه شدگان به شماره ثبت ۵۰۱۰/۱۱۳۹۱ مورخ ۱۳۷۶/۶/۲۶ (نحوه نقل و انتقال بیمار و پرداخت هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه)

- دستوراداری شماره ۵۰۰۰/۵۷۸۷۷ مورخ ۱۳۸۰/۷/۷ (نحوه پرداخت هزینه سفر برای سواری دربست)

- دستوراداری شماره ۵۰۱۰/۹۵/۲۱۲۹ مورخ ۱۳۹۵/۹/۱ (نحوه پرداخت هزینه سفر سواری دربست)

مسئول حسن اجرای مفاد بخش «الف» این بخشنامه (اعزام و انتقال بیماران سرپایی)، مدیریت درمان استان، رئیس شورای پزشکی، پزشک معتمد و فرد اعزام کننده بیمار، و بخش «ب» این بخشنامه (اعزام و انتقال بیماران بستری)، مدیریت درمان استان، رئیس بیمارستان، پزشک اعزام کننده بیمار و سوپروایزر بیمارستان بوده و در صورتی که اعزام و انتقال بیمار بدون هماهنگی، بدون اندیکاسیون و خارج از ضوابط ذکر شده صورت پذیرد، افراد موصوف پاسخگو بوده و در صورت ایجاد بار مالی، مسئول جبران خسارت وارده به سازمان می باشند.

مصطفی سالاری



سازمان تامین اجتماعی

مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره:

۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

تاریخ:

۱۳۹۹/۰۹/۰۱

پیوست:

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

شماره سند: تاریخ:	فرم درخواست اعزام بیماران از مراکز درمانی	سازمان تامین اجتماعی
		بیمارستان / درمانگاه:

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: نوع بیمه:

علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار:

بله خیر وضعیت لوله گذاری بیمار: GCS: T: RR: PR: BP:

سوابق بیماری یا صدمه فعلی:

شرح حال بیمار و اقدامات انجام شده:

تشخیص:

علت درخواست اعزام:

<input type="checkbox"/> نیاز به CCU	<input type="checkbox"/> اتاق عمل
<input type="checkbox"/> نیاز به ICU	<input type="checkbox"/> مشکلات مالی
<input type="checkbox"/> نیاز به NICU	<input type="checkbox"/> کمبود کادر پرسنلی مربوطه
<input type="checkbox"/> نیاز به PICU	<input type="checkbox"/> کمبود تجهیزات و امکانات
<input type="checkbox"/> درخواست بیمار و همراهان	<input type="checkbox"/> نداشتن بخش و تخصص مربوطه
<input type="checkbox"/> تخت ICU مسمومین	<input type="checkbox"/> عدم حضور پزشک متخصص
<input type="checkbox"/> تخت ICU جراحی قلب	<input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود)

سرویس درمانی مورد نیاز:

<input type="checkbox"/> داخلی	<input type="checkbox"/> جراحی عروق	<input type="checkbox"/> نفرولوژی
<input type="checkbox"/> داخلی	<input type="checkbox"/> زنان	<input type="checkbox"/> نوروسرجری
<input type="checkbox"/> نورولوژی	<input type="checkbox"/> جراحی اطفال	<input type="checkbox"/> عفونی
<input type="checkbox"/> ارتوپدی	<input type="checkbox"/> هماتولوژی	<input type="checkbox"/> دیالیز
<input type="checkbox"/> اطفال	<input type="checkbox"/> جراحی عمومی	<input type="checkbox"/> ENT
<input type="checkbox"/> چشم	<input type="checkbox"/> ارولوژی	<input type="checkbox"/> Pace maker
<input type="checkbox"/> مسمومیت	<input type="checkbox"/> سوختگی	<input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود)

کد بیماری: گروه (حاد- کد قرمز) گروه ۲ (اورژانس) گروه ۳ (فوری) گروه ۴ (غیرفوری)

توضیحات:

تاریخ و ساعت اعلام به ستاد:	مسئول شیفت ستاد:
تاریخ و ساعت اخذ پذیرش:	بیمارستان پذیرش دهنده:
نام و امضاء پزشک اعزام کننده:	نام و امضاء سوپروایزر:
(بیمارستان مقصد): نظریه پزشک پذیرش دهنده در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش بیمار و نحوه اعزام:	

لطفا پس از تکمیل فرم و مهر و امضاء پزشک معالج و سوپروایزر وقت، فرم را به شماره نمابر ستاد ارسال نمایید.



سازمان تأمین اجتماعی

مدیرعامل

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۰۱

پیوست:

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

حوزه: معاونت درمان و بیمه ای
موضوع: اعزام و انتقال بیماران سرپایی و بستری

معاونین محترم مدیران کل مستقل سادی

مدیران کل تأمین اجتماعی استان

مدیران درمان تأمین اجتماعی استان

با سلام

به استناد ماده (۵۷) و بند «۵» ماده (۶۲) قانون تأمین اجتماعی قانون تأمین اجتماعی، رسیدگی و اتخاذ تصمیم در مورد اعزام و انتقال بیماران از یک شهرستان به شهرستان دیگر از وظایف واحدهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی است. لذا جهت اعزام بیماران رعایت موارد ذیل الزامی است.

الف: اعزام و انتقال بیماران سرپایی

۱) اصول کلی

۱-۱: اعزام بیمار تنها در صورتی به مراکز درمانی شهرستانهای دیگر صورت می پذیرد که:

۱-۱-۱: محقق شود خدمات تشخیصی - درمانی مورد نیاز و یا پزشک متخصص / فوق تخصص مربوطه در مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد شهرستان محل اعزام بیمار وجود ندارد و نوع بیماری به گونه ای است که تاخیر در درمان بیمار، عوارض و خطرات جانی در پی خواهد داشت.

۱-۱-۲: خدمات تشخیصی - درمانی مورد نیاز در تعهد سازمان باشند.

۱-۱-۳: بیمار مشمول (واجد شرایط) اعزام باشد.

مشمولین (واجدین شرایط) اعزام:

کلیه بیمه شدگان، مستمری بگیران بازنشسته، از کارافتادگان کلی، بازمانده و افراد تبعی آنان به استثنای گروههای ذیل (غیرمشمولین)، واجد شرایط اعزام و مشمول دریافت هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه (حسب مورد)، صرفاً در خصوص خدمات تشخیصی و درمانی در تعهد سازمان می باشند.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

غیر مشمولین:

- بیمه شدگان مشاغل آزاد.
 - مستمری بگیران اعم از بازنشستگان و ازکار افتادگان کلی که مشمول پرداخت حق سرانه درمان می باشد.
 - بیمه شدگان شاغل در کارگاه‌های دارای قرارداد واگذاری درمان و تعهدات کوتاه مدت.
- ۱-۲: مدیریت درمان استان موظف است با استفاده از نظرات پزشکان متخصص در رشته های مختلف و با توجه به جمیع جوانب، نسبت به تهیه لیست تخصص‌ها و خدمات تشخیصی- درمانی که در سطح استان قابل درمان/ارائه می باشد (در قالب فایل اکسل) اقدام نماید تا در سامانه اعزام قرار داده شود. بدیهی است فقط در مواردی که در لیست مذکور وجود ندارند، استان مجاز به اعزام بیماران خواهد بود.
- ۱-۲-۱: مواردی که در لیست مذکور وجود دارند ولی به برخی علل درمانی درخواست اعزام شده است، توسط پزشک معتمد بررسی و تعیین تکلیف گردد.
- ۱-۲-۲: مواردی که نیاز به بررسی بیشتر دارند توسط پزشک معتمد (بررسی کننده استراحت) به شورای پزشکی ارجاع گردد.
- تبصره: مدیریت درمان استان‌ها موظفند هرگونه تغییر (افزایش و یا کاهش) در امکانات تشخیصی و درمانی را در لیست مذکور اعمال نمایند.

۲) نحوه اعزام

- ۱-۲: پس از مراجعه بیمار به مرکز درمانی ملکی، چنانچه بیمار نیاز به خدمات تشخیصی یا درمانی داشته باشد که ارائه آن در مراکز درمانی ملکی در سطح شهرستان امکان پذیر نباشد، بیمار با استفاده از امکان GIS سیستم اعزام، به نزدیک ترین مرکز درمانی ملکی در شهرستان دیگر اعزام می گردد.
- ۱-۲-۱: جهت اعزام بیمار، اطلاعات و اسکن مدارک پزشکی بیمار در سیستم اعزام ثبت و به مرکز درمانی مقصد ارسال می گردد.
- ۱-۲-۲: تاریخ نوبت اخذ شده توسط مرکز درمانی مقصد که در سیستم اعزام ثبت گردیده، توسط مرکز درمانی اعزام کننده (مبدا) به بیمار اعلام می گردد.
- تبصره: مراجعه مستقیم بیمار به مراکز درمانی طرف قرارداد، مطب پزشکان و... خارج از سیستم اعزام محسوب شده و به هیچ عنوان مشمول موارد مطروحه نمی باشد.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۳) نوع وسیله نقلیه

وسيله نقلیه جهت اعزام بیماران سرپایی وسائیل نقلیه عمومی خواهد بود، مگر آنکه نوع بیماری به گونه‌ای باشد که به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد/شورای پزشکی، نیاز به استفاده از وسیله نقلیه سواری دربست، قطار یا هواپیما داشته باشند.

۱-۳: نظربه اینکه تعرفه جابجایی مسافر توسط سواری‌های بین شهری توسط ادارات کل حمل و نقل و پایانه استان مربوطه تعیین می گردد، ادارات کل تأمین اجتماعی موظفند نرخ سواری بین شهری را از ادارات کل مذکور استعلام و در اختیار شعب تابعه قرار دهند تا در صورت تایید مراجع پزشکی مربوطه مبنی بر اعزام بیمار و همراه وی با خودروی سواری، هزینه مربوطه بر اساس نرخ اعلامی با رعایت سایر شرایط قانونی پرداخت گردد. ۲-۳: مبلغ پرداختی جهت اعزام با وسیله نقلیه قطار و هواپیما، بر اساس قیمت بلیط تعیین می گردد.

۴) همراه بیمار

۴-۱ شرایطی که بیمار نیاز به همراه دارد و تعداد همراه مورد نیاز، عبارتند از:

الف) شرایط عمومی: از نظر سنی شرایط زیر مدنظر می باشد:

- بیماران زیر ۱۸ سال.
- بیماران بالای ۶۵ سال.

ب) شرایط تخصصی: معلولیت ذهنی و جسمی (شخص به تنهایی قادر به انجام امور شخصی نباشد) فارغ از هر سن و سال و با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد/شورای پزشکی. این شرایط در سیستم تعریف شده و در صورت لزوم، بایستی به ترتیب توسط فرد اعزام کننده، پزشک معتمد و شورای پزشکی کنترل گردد. (شرایط مذکور بایستی در دسترس پزشکان قرار گیرد تا هنگام درخواست اعزام بیمار از سوی پزشک معالج، نیاز به همراه و تعداد آن نیز مشخص گردد).

تبصره ۱: هزینه سفر و اقامت (حسب مورد) به بیش از یک همراه پرداخت نمی گردد. مگر اطفال زیر ۷ سال که دو نفر همراه برایشان قابل تایید می باشد.

تبصره ۲: حق الزحمه مربوط به حضور اعضای شورای پزشکی مطابق با دستورالعمل شماره ۹۴/۲۱۷ مورخ ۹۴/۱/۱۷ معاونت درمان موضوع پرداخت حق الزحمه اعضاء کمیسیون‌ها و شوراهای پزشکی، پزشکان و دندانپزشکان معتمد، اعضاء کمیته ذیل ماده ۹۰ قانون خواهد بود.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۵) اعزام مجدد بیمار

۵-۱ در صورتی که بیمار اعزامی با نظر پزشک معالج نیاز به مراجعات بعدی داشت (نظر پزشک در فرم تایید اعزام ثبت گردد)، اعزام مجدد بیمار و پرداخت هزینه اقامت و سفر بیمار و همراه تا زمانی صورت می گیرد که تخصص مربوطه یا خدمت درمانی مربوطه در شهرستان محل سکونت و یا نزدیکترین شهرستان به محل سکونت بیمار وجود نداشته باشد. لذا به محض ایجاد امکانات مربوطه در شهرستان های مذکور، اعزام مجدد بیمار به شهرستان (محل اعزام) اولیه، امکان پذیر نخواهد شد.

تبصره ۱: اعزام مجدد جهت پیگیری عمل جراحی انجام شده برای بیمار در صورت ایجاد امکانات مربوطه در شهرستان های مذکور، تنها تا سه نوبت امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۲: جهت اعزام مجدد بیمارانی که بایستی تعداد روزهای متوالی اعزام و خدمات دریافت نمایند (مانند شیمی درمانی، پرتو درمانی، ید درمانی و دیالیز) پروتکل درمانی و تعداد جلسات مورد نیاز توسط پزشک معالج مشخص شده و توسط شورای پزشکی تایید گردد. پروتکل درمانی توسط مسئول اعزام اخذ و تعداد جلسات در سیستم اعزام ثبت شده و برای اعزام بیمار جهت کلیه جلسات، یک فرم اعزام تکمیل می گردد.

۶) نحوه پذیرش

پس از مراجعه بیمار به مرکز درمانی مقصد و دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی مورد نیاز، تاییدیه مربوطه جهت دریافت هزینه اقامت، سفر و غرامت دستمزد از طریق سیستم اعزام مقصد به شعبه مربوطه ارسال می گردد.

۶-۱: به منظور کاهش تردد و تسریع در امر اعزام بیماران، کلیه مراحل اعزام از طریق سیستم نرم افزاری صورت می پذیرد و با توجه به ارتباط سامانه اعزام با شعب، کلیه سوابق اعزام بیمار در پرونده بیمه ای نیز ثبت می گردد.

ب: اعزام و انتقال بیماران بستری

بیمارستان های ملکی موظف می باشند برای بیماران بیمه شده سازمان که در آن واحد بستری می باشند و یا به واحد اورژانس مراجعه می نمایند و نیاز به امکانات درمانی دارند که در بیمارستان مذکور موجود نمی باشد، مطابق فرم ضمیمه، نسبت به اعزام و انتقال آنها به صورت ذیل اقدام نمایند.



«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

۱- در صورتی که بیمار با نظر پزشک معالج نیاز به خدمات فوری ندارد و امکان ترخیص بیمار وجود داشته باشد، بیمار از طریق سیستم ارجاع به سایر مراکز درمانی ملکی معرفی گردد و یا ترخیص گردد تا جهت ادامه درمان به مراکز طرف قرارداد مراجعه نماید.

۲- در صورتی که بیمار با نظر پزشک نیاز به خدمات پزشکی خاصی دارد که در واحد درمانی مورد مراجعه امکان دستیابی به آن وجود نداشته و انتقال بیمار به سایر مراکز ملکی به دلیل عدم دسترسی آسان موجبات تشدید بیماری را فراهم نماید (نظیر بیماران اورژانس) نسبت به اعزام بیمار به مراکز طرف قرارداد و ترجیحاً مراکز دولتی اقدام گردد.

۳- در صورت انتقال کامل بیمار به مراکز طرف قرارداد ۱۰۰٪ هزینه برابر تعرفه های مصوب هیات دولت توسط دفتر اسناد پزشکی قابل پرداخت می باشد.

۴- در صورت نیاز بیماران بستری در مراکز ملکی به خدماتی پرهزینه از جمله: Blood Gas- Isotop Scan - - CT Scan MRI ، Whole Body Scan ، مشاوره اورژانسی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی و سایر خدمات اورژانس که انجام آن جهت تکمیل درمان بیمار در مرکز ملکی ضروری و موثر باشد، نسبت به اعزام بیمار به مراکز طرف قرارداد و ترجیحاً مراکز دولتی اقدام گردد. بدیهی است در این گونه موارد سهم سازمان بر اساس ضوابط توسط دفتر اسناد پزشکی پرداخت و هزینه فرانشیز و تفاوتها برابر فاکتور ارائه شده از مراکز یاد شده توسط واحد ملکی اعزام کننده قابل پرداخت می باشد.

ج) سایر موارد

به منظور فراهم شدن زمینه اجرای این بخشنامه، معاونت درمان موظف است با همکاری شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تامین و سایر واحدهای ذیمدخل حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ صدور نسبت به ساخت یا توسعه سیستمهای مکانیزه مربوطه و عملیاتی نمودن آن در سطح کشور اقدام نماید.

د) بخشنامه و دستورالعملهایی که این بخشنامه جایگزین آنها می گردد:

- دستوراداری شماره ۴۰۲۰/۸۹۵۹ مورخ ۱۳۸۰/۲/۴ (نحوه ارجاع بیماران بیمه شده از واحدهای درمانی ملکی سازمان به مراکز درمانی دولتی و خصوصی)
- نامه شماره ۴۰۲۰/۱۰۹۰۱۷ مورخ ۱۳۸۰/۱۲/۲۵ (نحوه ارجاع بیماران)
- بخشنامه شماره ۴۱۲۴۶ مورخ ۱۳۸۲/۵/۶ (اعزام بیماران جهت MRI)
- دستورالعمل شماره ۴۰۱۰/۹۱/۶۶۰۸ مورخ ۱۳۹۱/۹/۲۵ (اعزام بیماران)

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

- بخشنامه شماره ۸ امور بیمه شدگان به شماره ثبت ۵۰۱۰/۱۱۳۹۱ مورخ ۱۳۷۶/۶/۲۶ (نحوه نقل و انتقال بیمار و پرداخت هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه)

- دستوراداری شماره ۵۰۰۰/۵۷۸۷۷ مورخ ۱۳۸۰/۷/۷ (نحوه پرداخت هزینه سفر برای سواری در بست)

- دستوراداری شماره ۵۰۱۰/۹۵/۲۱۲۹ مورخ ۱۳۹۵/۹/۱ (نحوه پرداخت هزینه سفر سواری در بست)

مسئول حسن اجرای مفاد بخش الف این بخشنامه (اعزام و انتقال بیماران سرپایی)، مدیریت درمان استان، رئیس شورای پزشکی، پزشک معتمد و فرد اعزام کننده بیمار، و بخش ب این بخشنامه (اعزام و انتقال بیماران بستری)، مدیریت درمان استان، رئیس بیمارستان، پزشک اعزام کننده بیمار و سوپروایزر بیمارستان بوده و در صورتی که اعزام و انتقال بیمار بدون هماهنگی، بدون اندیکاسیون و خارج از ضوابط ذکر شده صورت پذیرد، افراد موصوف پاسخگو بوده و در صورت ایجاد بار مالی، مسئول جبران خسارت وارده به سازمان می باشند.

مصطفی سالاری

نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف
کارشناس تهیه کننده	رئیس گروه اداره	معاون مدیرکل	مدیرکل	معاونت ذریعہ

نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف	نام و نام خانوادگی اپاراف
کارشناس تهیه کننده	رئیس گروه اداره	معاون مدیرکل	مدیرکل	معاونت ذریعہ



سازمان تأمین اجتماعی

دیرمعال

بسمه تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۰۱

پوست:

تاریخ:

پوست:

«بخشنامه تجمیع، تنقیح و تلخیص»

شماره سند: تاریخ:		فرم درخواست اعزام بیماران از مراکز درمانی		سازمان تأمین اجتماعی	
		بیمارستان / درمانگاه:			
مشخصات بیمار:					
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		سن:	
جنس:		نوع بیمه:			
علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار:					
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		وضعیت لوله گذاری بیمار:	
BP:		PR:		RR:	
T:		GCS:			
سوابق بیماری یا صدمه فعلی:					
شرح حال بیمار و اقدامات انجام شده:					
تشخیص:					
علت درخواست اعزام:					
<input type="checkbox"/> نیاز به CCU		<input type="checkbox"/> اتاق عمل			
<input type="checkbox"/> نیاز به ICU		<input type="checkbox"/> مشکلات مالی			
<input type="checkbox"/> نیاز به NICU		<input type="checkbox"/> کمبود کادر پرسنلی مربوطه			
<input type="checkbox"/> نیاز به PICU		<input type="checkbox"/> کمبود تجهیزات و امکانات			
<input type="checkbox"/> درخواست بیمار و همراهان		<input type="checkbox"/> نداشتن بخش و تخصص مربوطه			
<input type="checkbox"/> تخت ICU مسمومین		<input type="checkbox"/> عدم حضور پزشک متخصص			
<input type="checkbox"/> تخت ICU جراحی قلب		<input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود)			
سرویس درمانی مورد نیاز:					
<input type="checkbox"/> داخلی		<input type="checkbox"/> جراحی عروق		<input type="checkbox"/> نفرولوژی	
<input type="checkbox"/> داخلی		<input type="checkbox"/> زنان		<input type="checkbox"/> نوروسرجری	
<input type="checkbox"/> نورولوژی		<input type="checkbox"/> جراحی اطفال		<input type="checkbox"/> عفونی	
<input type="checkbox"/> ارتوپدی		<input type="checkbox"/> هماتولوژی		<input type="checkbox"/> دیالیز	
<input type="checkbox"/> اطفال		<input type="checkbox"/> جراحی عمومی		<input type="checkbox"/> ENT	
<input type="checkbox"/> چشم		<input type="checkbox"/> ارولوزی		<input type="checkbox"/> Pace maker	
<input type="checkbox"/> مسمومیت		<input type="checkbox"/> سوختگی		<input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود)	
کد بیماری: گروه (حاد- کد قرمز) <input type="radio"/> گروه ۲ (اورژانس) <input type="radio"/> گروه ۳ (فوری) <input type="radio"/> گروه ۴ (غیر فوری) <input type="radio"/>					
توضیحات:					
تاریخ و ساعت اعلام به ستاد:		مسئول شیفت ستاد:		تاریخ و ساعت اخذ پذیرش:	
تاریخ و ساعت اخذ پذیرش:		بیمارستان پذیرش دهنده:		نام پذیرش دهنده:	
نام و امضاء پزشک اعزام کننده:		نام و امضاء سوپروایزر:			
(بیمارستان مقصد): نظریه پزشک پذیرش دهنده در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش بیمار و نحوه اعزام:					

لطفا پس از تکمیل فرم و مهر و امضاء پزشک معالج و سوپروایزر وقت، فرم را به شماره نمابر ستاد ارسال نمایید.