

دستورالعمل نحوه پذیرش ۲۰٪ نسخ کاغذی داروخانه ها با نسخه پیچی الکترونیک (فرمت کاغذی یکسان برای اسناد کاغذی داروخانه)

سال ۱۴۰۲

مقدمه

این دستورالعمل در راستای اجرای جزء (۲) بند (ف) قانون بودجه سال ۱۴۰۲ و با هدف ایجاد انسجام و وحدت رویه فی مابین مراکز ارائه دهنده خدمت (داروخانه) و خریدار خدمت (بیمه) موضوع تصویب نامه هیات محترم وزیران شماره ۵۵۷۱۸/ت۵۹۰۷۳ مورخ ۱۴۰۰/۵/۳۱ تهیه و تنظیم گردیده است و از زمان ابلاغ توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور، لازم الاجرا است.

از آنجاییکه کلیه پرداخت ها از سوی سازمان های بیمه گر پایه می بایست بر بستر الکترونیک صورت پذیرد و عدم اجرای این مهم از سوی سازمانهای خریدار خدمت، تخلف و تصرف در اموال عمومی، محسوب می گردد، با هدف رعایت حقوق بیماران (بیمه شدگان) و کاهی هزینه های درمان ایشان، به موجب این بند از قانون، پرداخت هزینه های اسناد اسناد کاغذی دارویی که توسط داروخانه در سامانه نسخه پیچی الکترونیک وارد و تنظیم می گردد (نسخه پیچی الکترونیک) بلامانع است.

ماده ۱: تعاریف و اصطلاحات:

- استحقاق سنجی: کد دستوری (۱۶۶۶#) که به منظور اعلام پوشش بیمه ای افراد و سایر کنترل ها برابر مندرجات این دستورالعمل استفاده می گردد.
- سازمان های بیمه گر پایه: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح - سازمان بیمه سلامت - سازمان تامین اجتماعی
- بیمار: فرد دارای بیماری که بیمه شده یکی از سازمان های بیمه گر پایه بوده و به تشخیص پزشک معالج برای وی دارو در فرمت کاغذی تجویز شده است.
- سامانه: سامانه نسخه الکترونیک
- نسخه پیچی الکترونیک
- سرنسخه
- درمانگر/ پزشک معالج: فرد دارای مدرک دکتری حرفه ای و صاحب صلاحیت طبابت از نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که دارای مهر و شماره نظام پزشکی است.
- تبصره: برخی از ارائه دهندگان خدمات سلامت که مجاز به تنظیم نسخه دارویی، می باشند و توسط سازمان های بیمه گر پایه خرید راهبردی خدمت ویزیت برای ایشان صورت گرفته است. مشمول تعریف درمانگر می باشند. مانند: دانش آموختگان گروه مامایی

ماده ۲: مستندات قانونی

- جزء (۲) بند (ف) قانون بودجه سال ۱۴۰۲
- متن قانون: به منظور رعایت حقوق بیماران و کاهش هزینه های درمان، بیمه های پایه مجازند به میزان حداکثر بیست درصد (۲۰٪) از اسناد دارویی داروخانه ها را به صورت کاغذی و با نسخه پیچی الکترونیکی دریافت نمایند. شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است بر حسن اجرای این بند نظارت و هر سه ماه یکبار گزارش عملکرد را به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.
- قوانین الزام آور سازمان های بیمه گر پایه در خصوص پرداخت اسناد هزینه ای از طریق نسخه الکترونیک و نسخه پیچی الکترونیک

ماده ۳: اهداف دستورالعمل

- تداوم چرخه تجویز و ارائه پوشش بیمه ای در اسناد دارو برای بیمه شدگان
- رعایت حقوق بیماران
- کاهش هزینه های درمان بیماران

ماده ۴: کلیات دستورالعمل

کلیات چگونگی محاسبه و پرداخت سهم پوشش بیمه ای توسط سازمان های بیمه گر پایه برای نسخ دارویی با فرمت کاغذی :

مشمولین دستورالعمل: سازمان های بیمه گر پایه + بیماران دارای بیمه پایه+داروخانه های دولتی و غیر دولتی.

میزان اسناد هزینه دارو قابل پرداخت توسط بیمه های پایه : حداکثر بیست درصد (۲۰٪) از اسناد دارویی کاغذی، نسخه شده توسط پزشک

شرط پرداخت اسناد کاغذی هزینه دارو به داروخانه ها: تنظیم و ثبت سند/ نسخه کاغذی در سامانه نسخه پیچی الکترونیکی توسط داروخانه

چگونگی محاسبه تعرفه در اسناد دارویی کاغذی : محاسبه سهم بیمه ای برای بیمه شدگان در اسناد دارویی کاغذی، همانند نسخ الکترونیک است.

ماده ۵: آیتم های اطلاعاتی در نسخه دارویی کاغذی

آیتم های فرمت نسخه کاغذی جهت رسیدگی و پرداخت اسناد دارویی توسط سازمان های بیمه گر پایه دارای اطلاعات ذیل است:

بصورت معمول سرنسخه پزشکان دارای اطلاعات پایه ای شامل نام و نام خانوادگی پزشک، شماره نظام پزشکی ، تخصص، آدرس مطب و یا درمانگاه /بیمارستان محل انجام ویزیت ، و تلفن تماس وی است.

مشخصات	آیتم های اطلاعاتی	وضعیت الزام درج در نسخه کاغذی
بیمار	نام سازمان بیمه گر پایه	الزامی نیست (با پرسش از بیمار و با استفاده از کد ملی قابل استخراج در سامانه استحقاق سنجی)
	نام و نام خانوادگی بیمه شده	الزامی
	کدملی بیمه شده	الزامی
	سن و جنسیت	الزامی نیست
	شماره تلفن بیمار	الزامی نیست (قابل اخذ توسط داروخانه از بیمار در زمان درج در سامانه نسخه پیچی الکترونیک)
	تاریخ ویزیت (پذیرش)	الزامی
پزشک / تجویز گر	مهر پزشکی	الزامی (اطلاعات مهر پزشکی : نام و نام خانوادگی + شماره نظام + تخصص)
داروی تجویزی	نام و تعداد دارو و طرز مصرف	الزامی

ماده ۶: اقدامات داروخانه

کلیه داروخانه های طرف قرارداد سازمان های بیمه گر می بایست سازوکار لازم جهت اجرای مفاد این دستورالعمل را فراهم نمایند. گام های اجرایی در داروخانه بصورت خلاصه به شرح ذیل است:

گام اول: تعیین وضعیت استحقاق بیمار

در ابتدا، داروخانه برای اطمینان از نوع پوشش بیمه ای و میزان دریافت فرانشیز از بیمار، می بایست نسبت به انجام استعلام استحقاق سنجی بیمار بر اساس کد ملی مندرج در نسخه دارویی کاغذی دارای مهر و امضا پزشک، اقدام نماید..

- در این مرحله با کمک کارت ملی و یا سایر کارت های معتبر نسبت به احراز هویت مراجعه کننده اقدام خواهد شد..
- شرایط نسخه دارویی کاغذی در ماده ۵ ذکر گردیده است.

تبصره ۱: برای اطمینان از نوع پوشش بیمه ای و میزان دریافت فرانشیز از بیماران می بایست از استحقاق (پوشش بیمه ای سازمان بیمه سلامت) بیمه شده از طریق چرخه کد USSD با درج کد ملی بیمه شده با استفاده از تلفن همراه (کد دستوری #۱۶۶۶*) و اخذ شناسه HID (کد استحقاق سنجی) استفاده کرد.

تبصره ۲: شناسه HID مستقیماً از طریق شماره گیری کد دستوری (# کد ملی*۲*۱۶۶۶*) توسط داروخانه نیز قابل اخذ می باشد.

تبصره ۳: در خصوص بیمه شدگان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، ملاک احراز هویت کمافی سابق دفترچه بیمه خدمات درمانی خواهد بود.

گام دوم: ثبت نسخه دارویی کاغذی بیمار دارای استحقاق در سامانه نسخه پیچی الکترونیک

پس از مشخص شدن وضعیت پوشش بیمه ای بیمار ، با توجه به ارقام دارویی تجویز شده، داروخانه نسبت به اخذ تاییدیه های لازم (تاییدیه سازمانی برای برخی از داروها و کد اصالت سنجی دارو) اقدام و نسخه را در سامانه نسخه پیچی الکترونیک ثبت می نماید.

- داروخانه نسخه کاغذی را در سامانه تایید دارو، ثبت و کد رهگیری را بر روی آن ثبت می نماید.
- داروخانه نسبت به اخذ کد اصالت سنجی دارویی و یا کنترل پرونده دارویی بیمار اقدام می نماید.
- ثبت نسخه دارویی کاغذی در سامانه نسخه پیچی الکترونیک و تکمیل اطلاعات مورد نیاز آن.

تبصره داروخانه می تواند در مواردی که ارقام دارویی تجویز شده در نسخه کاغذی بیمار دارای استحقاق، نیازمند اخذ تاییدیه سازمانی و اصالت سنجی نیست، در صورت فعال بودن سایر اپلیکیشنهای (دارای مجوز از سازمان)، نسخه را در آنها ثبت نماید.

گام سوم : محاسبه سهم سازمان و بیمار.

در این مرحله، داروخانه پس از اخذ و ثبت کد تایید و اصالت دارو در سامانه نسخه پیچی یا در مواردی که نسخه مذکور، دارای داروی تاییدی یا اصالتی نیست، نسبت به محاسبه مبالغ (سهم سازمان -بیمار و ارز ترجیحی) و تحویل دارو اقدام نماید .

گام چهارم : تحویل اسناد به سازمان بیمه گر پایه

بر اساس توافق زمانی صورت پذیرفته فی مابین داروخانه و واحد/ مراکز استانی سازمان های بیمه گر پایه، نسخ دارویی کاغذی درج شده در سامانه نسخه پیچی الکترونیک، تحویل سازمان جهت رسیدگی می گردد.

- اینگونه نسخ در پایان ماه به سرجمع صورتحساب درخواستی داروخانه اضافه خواهد شد.

تبصره : مهم ترین مواردی که در رسیدگی نسخ دارویی کاغذی مورد بررسی قرار خواهد گرفت، عبارتند از : اعتبار بیمه شده، پوشش بیمه ای دارو، شرط تخصص، قیمت، شرط تایید، سقف قیمت، سقف تعدادی، بررسی وضعیت دارو از نظر داروهای پرونده ای، بیمارستانی بودن و نهایتاً شرط سنی .

ماده ۷ : پرداخت اسناد هزینه نسخ مشمول دستورالعمل

توسط سازمان های بیمه گر بیان گردد.

ماده ۷ : نظارت و ارائه گزارش عملکرد.

- مستند بر جزء (۲) بند (ف) تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۲، نظارت بر حسن اجرای این بند از قانون بر عهده شورایعالی بیمه سلامت کشور است و این دستورالعمل در راستای تحقق این مهم تهیه و تدوین گردیده است.
- سازمان های بیمه گر پایه مکلفند هر سه ماه یکبار، گزارش عملکرد (مالی و تعدادی) سازمان در اجرای این بند را به دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور ارسال نمایند.
- دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر سه ماه گزارش عملکرد پرداخت اسناد دارویی کاغذی سازمان های بیمه گر پایه را بصورت تفکیکی و تجمیعی به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.
- سازمان های بیمه گر به صورت دوره ای نسبت به بررسی وضعیت اجرای این دستورالعمل در سرتاسر کشور اقدام و به منظور اصلاح رویه و رفع نواقص اجرایی، موارد را کتباً به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور منعکس نمایند.