

به نام خدا



## اعزام و انتقال بیماران سرپایی و بستری

بخشنامه شماره

۱۰۰۰/۹۹/۷۸۶۱

مورخ

۱۳۹۹/۹/۱



سازمان تامین اجتماعی





## سازمان تامین اجتماعی

### اعضای شورای تنقیح مقررات

#### سازمان تامین اجتماعی:

فرخ ملکوندفرد  
عمران نعیمی  
روزبه کردونی  
محمد رضا جوان جعفری  
محمد مهدی صداقت

### اعضای کارگروه تخصصی:

- ۱- دکتر فریده محمدی
- ۲- دکتر رمضان گلچین
- ۳- محمد بایندریان
- ۴- ربابه سادات حسینی
- ۵- دکتر حسن صفایی نور
- ۶- سید مرتضی دادخواه
- ۷- دکتر صادقی راد

### موضوع پروژه: اعزام و انتقال بیمار

سرپایی و بستری

### سفارش دهنده: سازمان تامین اجتماعی

(اداره کل حقوقی و قوانین)

### مجری پروژه تنقیح مقررات:

مؤسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی

### ادارات تخصصی مسؤؤل تدوین

**بخشنامه‌ها:** اداره کل درمان مستقیم /

اداره کل درمان غیرمستقیم / اداره کل

امور بیمه شدگان / اداره کل امور حقوقی

و دعاوی

### ناظر تخصصی و مرجع بررسی نهایی:

شورای تنقیح مقررات

### بخشنامه و دستورالعمل بازنگری شده:

۷ مورد و سایر مکاتبات و دستورات

اداری صادره از سوی ادارات تخصصی

مربوط



## فهرست مطالب

|    |   |   |
|----|---|---|
| ۶  | مقدمه   |    |
| ۸  | الف) اعزام و انتقال<br>بیماران سرپایی                                     |    |
| ۱۲ | ب) اعزام و انتقال<br>بیماران بستری  |    |
| ۱۳ | ج) سایر موارد   |    |
| ۱۳ | د) بخشنامه و<br>دستورالعمل‌هایی که<br>این بخشنامه جایگزین<br>آنها می‌گردد |    |
| ۱۵ | فرم‌ها  |  |





در راستای رعایت اصل قانونمداری و شفاف‌سازی مقررات سازمانی، جلوگیری از انباشت بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های تکراری، مشابه و مغایر، اطلاع شرکای اجتماعی سازمان از حقوق و تکالیف مقرر، با هدف رضایت بیمه‌شدگان، مستمری‌بگیران و کارفرمایان، رعایت قوانین و مقررات جدید و همچنین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، کاهش شکایات علیه سازمان در مراجع نظارتی و قضایی، برنامه «تنقیح بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم‌الاجرا» در اولویت برنامه‌های سازمان قرار دارد. با توجه به کارایی و اثربخشی برنامه مذکور در اصلاح فرایندهای ارائه خدمات و تعهدات سازمان و جلب رضایت ذی‌نفعان، این برنامه به عنوان یکی از طرح‌های کاندید جایزه تجربه موفق سازمان‌های عضو ایسا در منطقه آسیا و اقیانوسیه سال ۲۰۱۸، معرفی شد و موفق به کسب گواهی تجربه موفق از ایسا گردید.

به‌منظور تنقیح و تلخیص بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به هر موضوع که در سنوات گذشته صادر گردیده است، این موضوعات در کمیته‌های تخصصی فرعی و کمیته تنقیح مقررات سازمان متشکل از مدیران و کارشناسان و با مشارکت نمایندگان ذینفعان در جهت تحقق رویکرد سه‌جانبه‌گرایی در سازمان، مورد بررسی قرار می‌گیرند و پس از تدوین، متن نهایی توسط اینجانب صادر می‌گردد و بدین ترتیب کلیه بخشنامه‌های متعدد قبلی تبدیل به یک بخشنامه واحد شده و بخشنامه تنقیحی ملاک عمل سازمان خواهد بود. ضمناً پس از صدور بخشنامه مربوطه و همزمان با اجرایی شدن آن در سازمان، در راستای شفافیت و آگاهی‌بخشی ذی‌نفعان و مشمولان، بخشنامه موردنظر در

سایت سازمان تحت عنوان «دسترسی آزاد به بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها» منتشر و در دسترس عموم قرار می‌گیرد.

بخشنامهٔ تنقیحی حاضر با تجمیع، تلخیص و تنقیح تعداد زیادی بخشنامه و دستورالعمل به صورت سند واحد گردآوری شده و در تدوین آن، آخرین قوانین و مقررات مصوب در کشور به همراه جدیدترین آرای هیئت عمومی دیوان عدالت اداری مورد توجه قرار گرفته است. همچنین در تدوین این بخشنامه سعی شده است علاوه بر جلب نظر ذینفعان، مشکلات و ابهامات واحدهای اجرایی سازمان نیز در این زمینه مرتفع گردد.

مصطفی سالاری

مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی

### الف: اعزام و انتقال بیماران سرپایی

#### ۱) اصول کلی

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

۱-۱-۱-۱: 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 تأخیر در درمان بیمار، عوارض و خطرات جانی در پی خواهد داشت.

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

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

#### مشمولین (واجدین شرایط) اعزام

کلیه بیمه‌شدگان، مستمری‌بگیران 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.





## غیرمشمولین

▲ بیمه‌شدگان مشاغل آزاد.

▲ مستمری‌بگیران اعم از بازنشستگان و از کارافتادگان کلی که مشمول پرداخت حق سرانه درمان می‌باشند.

▲ بیمه‌شدگان شاغل در کارگاه‌های دارای قرارداد واگذاری درمان و تعهدات کوتاه‌مدت.

۱-۲- مدیریت درمان استان موظف است با استفاده از نظرات پزشکان متخصص در رشته‌های مختلف و با توجه به جمیع جوانب، نسبت به تهیه لیست تخصص‌ها و خدمات تشخیصی-درمانی که در سطح استان، قابل درمان/ارائه می‌باشد (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 (بررسی‌کننده استراحت) به شورای پزشکی ارجاع گردد.

**تبصره: مدیریت درمان استان‌ها موظف‌اند 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 امکان‌پذیر نباشد، بیمار با استفاده از امکان GIS سیستم اعزام، به نزدیک‌ترین مرکز درمانی ملکی در شهرستان دیگر اعزام می‌گردد.

۱-۱-۲: جهت اعزام بیمار، اطلاعات و اسکن مدارک پزشکی بیمار در سیستم اعزام ثبت و به مرکز درمانی مقصد ارسال می‌گردد.

۲-۱-۲: تاریخ نوبت اخذشده توسط مرکز درمانی مقصد که در سیستم اعزام ثبت گردیده، توسط مرکز درمانی اعزام کننده (مبدأ) 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.

### ۳) نوع وسیله نقلیه

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

۳-۱- نظر به اینکه تعرفه جابه جایی مسافر توسط سواری های بین شهری توسط ادارات کل حمل و نقل و پایانه استان مربوطه تعیین می گردد، ادارات کل تأمین اجتماعی موظف اند نرخ سواری بین شهری را از ادارات کل مذکور استعلام و در اختیار شعب تابعه قرار دهند تا در صورت تأیید 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.

۳-۲- 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، عبارت اند از:

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

▲ 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 تأیید 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 تأیید می‌باشد.**

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

## ۵) اعزام مجدد بیمار

**۵-۱- در صورتی که بیمار اعزامی با نظر پزشک معالج نیاز به مراجعات بعدی داشت (نظر پزشک در فرم تأیید 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، امکان‌پذیر نخواهد شد.**

**تبصره ۱: اعزام مجدد جهت پیگیری عمل جراحی انجام‌شده برای بیمار در صورت ایجاد امکانات مربوطه در شهرستان‌های مذکور، تنها تا سه نوبت امکان‌پذیر خواهد بود.**

**تبصره ۲: جهت اعزام مجدد بیمارانی که بایستی تعداد روزهای متوالی اعزام و خدمات دریافت نمایند (مانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، یددرمانی و دیالیز)**

پروتکل درمانی و تعداد جلسات مورد نیاز توسط پزشک معالج مشخص شده و توسط شورای پزشکی تأیید 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، تأییدیه 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 بیمه‌شده 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.

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 هیئت دولت توسط دفتر اسناد پزشکی قابل پرداخت می باشد.

۴- در صورت نیاز بیماران بستری در مراکز ملکی به خدماتی پرهزینه از جمله: Isotop Scan، Blood Gas 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 مؤثر 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 یادشده 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 تأمین 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 می‌گردد

▲ دستور اداری 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 ۴۰۲۰/۱۰۹۰ 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 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)

▲ دستور اداری شماره ۵۰۰۰/۵۷۸۷۷ مورخ ۱۳۸۰/۷/۷ (نحوه پرداخت هزینه سفر برای سواری دربست)

▲ دستور اداری 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 سریایی)، 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 می‌باشند.



# فرم

|   |  |   |
|---|--|---|
| شماره سند:<br>تاریخ:  | <b>فرم درخواست اعزام بیماران از مراکز درمانی</b> | <br>سازمان تامین اجتماعی |
| بیمارستان / درمانگاه:   |  | مشخصات بیمار:   |
| نوع بیمه:   | جنس:   | سن:   |
| نام پدر:  |  | نام و نام خانوادگی:   |
| علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار:  |  |   |
| BP:   | PR:  | RR:   |
| T:  | GCS:   | وضعیت لوله گذاری بیمار:   |
| <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله   |  |   |
| سابق 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<br><input type="checkbox"/> نیاز به ICU <input type="checkbox"/> مشکلات مالی<br><input type="checkbox"/> نیاز به NICU <input type="checkbox"/> کمبود کادر پرستاری مربوطه<br><input type="checkbox"/> نیاز به PICU <input type="checkbox"/> کمبود تجهیزات و امکانات<br><input type="checkbox"/> درخواست بیمار و همراهان <input type="checkbox"/> نداشتن بخش و تخصص مربوطه<br><input type="checkbox"/> تخت ICU سمسور <input type="checkbox"/> عدم حضور پزشک متخصص<br><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<br><input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> زنان <input type="checkbox"/> نوروسرجری<br><input type="checkbox"/> نوروپاتولوژی <input type="checkbox"/> جراحی اطفال <input type="checkbox"/> عفونی<br><input type="checkbox"/> ارتوپدی <input type="checkbox"/> هماتولوژی <input type="checkbox"/> دیالیز<br><input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/> جراحی عمومی <input type="checkbox"/> ENT<br><input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> اروپاتولوژی <input type="checkbox"/> Pace maker<br><input type="checkbox"/> سمومیت <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 (غیرفوری) <input type="radio"/>   |  |   |
| توضیحات:  |  |   |
| تاریخ و ساعت اعلام به ستاد:   | مسئول شیفت ستاد:                                 | نام پذیرش دهنده:  |
| تاریخ و ساعت اخذ پذیرش:   | بیمارستان پذیرش دهنده:                           | نام و امضاء پذیرش دهنده:  |
| نام و امضاء پزشک اعزام کننده:   |  |   |
| (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.