



سازمان تامین اجتماعی

مدیریت درمان تامین اجتماعی استان البرز

معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی

ضوابط و دستورالعمل‌های

نظارت، رسیدگی و کنترل

صورتحساب‌های بیمارستانی

تهیه و تنظیم: علیرضا ایمانی مسئول واحد نظارت بیمارستانی

فروردین ۱۴۰۱

عناوین

موضوع بخشنامه ها	صفحه	موضوع بخشنامه ها	صفحه
بیمه و همپوشانی بیمه ای	۲	جراحی عمومی	۱۶۶
اعتبار بخشی	۱۱	جراحی مغز و اعصاب و ستون مهره ها	۱۷۱
اورژانس	۱۳	چشم پزشکی	۱۷۹
تخت روز	۲۲	سوختگی	۱۸۵
خدمات پرستاری	۲۵	فلوشیپ درد	۱۸۸
ویزیت و مشاوره	۲۶	قلب و عروق	۱۹۰
پزشکان تمام وقت (دو کا)	۳۶	گلوبال	۲۰۶
بیهوشی و آی سی یوها	۵۱	مسئول فنی	۲۱۱
دارو	۶۵	کدهای تعدیلی	۲۱۶
تجویز منطقی آنتی بیوتیک	۸۴	فرانشیز	۲۲۵
ارتوپدی	۸۵	بیماران خاص و دیالیز	۲۳۳
ارولوژی	۸۷	سایر	۲۶۲
گوش ، حلق ، بینی و فک و صورت	۹۲	تخت های ویژه سक्ته حاد مغزی (SCU)	۲۷۵
زنان و زایمان	۹۵		
تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی	۱۰۵		
پارا کلینیک (رادیولوژی، سونوگرافی و رادیوتراپی و ...)	۱۲۴		
پارا کلینیک (آزمایشگاه)	۱۴۲		
روانپزشکی	۱۵۸		
فیزیوتراپی	۱۶۱		
جراحی برست	۱۶۳		

شماره ۸۷/۸/۲۷ بخشنامه ۵۰۱۱/۶۵۹

موضوع: شرایط استفاده از دفترچه درمانی در فرزندان ذکور و اناث

پایان اعتبار دفترچه درمانی فرزندان ذکور، سن ۲۲ سال می باشد. پس از آن مدارک مثبت به مربوط به تحصیل در مراکز آموزش عالی و یا دانشگاه ها، یا گواهی از کار افتادگی مورد تایید کمیسیون پزشکی برای استفاده از دفترچه الزامی است. **(با توجه به ش ش ۵۰۱۸۰۴۹۸-۹۸/۱۱/۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۱۲ فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سالگی "۱۹ سال تمام" تغییر نموده است)**

استفاده از دفترچه درمانی فرزندان دختر منوط به عدم ازدواج (ویا متارکه) می باشد و از سن ۱۸ سال به بالا تصویر صفحات اول و صفحات مشخصات همسر در مدارک مثبت پرونده ضمیمه گردد.

ش ش ۳۰۵۴۰۶-۸۸/۲/۲۳-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۵۱۴

موضوع: استحقاق درمان

ملاک ارایه خدمات درمانی به بیمه شدگان دارا بودن استحقاق درمان در روز شروع پروسه درمان می باشد.

ش ش ۱۷۶۸۱۶۹-۹۲/۸/۵-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۴۷۱

موضوع: سوابق بیمه شده برای تعویض مفصل

استعلام سوابق پرداخت حق بیمه از سامانه مشاهده سوابق بیمه شدگان برای تایید جراحی مفاصل، قابل استناد می باشد.

ش ش ۳۸۰۲۵۹۰-۹۳/۱۰/۱۵-شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۳/۸۴۰۳

موضوع: تصویر دفترچه بیمه

با عنایت به اینکه پرینت استحقاق درمان بیماران معتبرتر از تاریخ اعتبار ثبت شده روی دفترچه میباشد. و پیرو بخشنامه شماره ۷۷۸۶ مورخه ۹۳/۱۰/۸ در خصوص کنترل استحقاق درمان بیماران بستری و ضمیمه شدن پرینت آن در صورت حساب پرونده بیمار، تصویر دفترچه بیمه بیماران در هنگام بستری حذف گردد.

ش ش ۵۵۶۷۷۵۴-۹۴/۹/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۱۲۶

ش ش ۱۹۲۱۹۹-۹۱/۳/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۱/۳۹۴

موضوع: تعویض مفصل

در موارد اعمال جراحی **Total Arthroplasty** و **Revision Total Arthroplasty** چنانچه بیمه شده اصلی دارای ۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه باشد، محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی با رعایت سایر ضوابط و مقررات بلامانع است. در خصوص بازنشستگان و مستمری بگیران داشتن استعلام ضروری نیست.

در شکستگی ها و عفونت ها و تومورهای استخوانی که باعث تخریب مفصل شده اند، شرط استعلام لازم نیست. ریویژن مفصل به جزء در موارد عوارض جراحی تعویض مفصل در تعهد می باشد.

ش ش ۱۳۱۶۶۳۶۳-۹۶/۶/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۴۲۳

موضوع: ترک اعتیاد

خدمات درمانی معتادین مواد مخدر و روانگردان در تعهد سازمان تامین اجتماعی نمیباشد و هزینه بیمه شدگان سازمان از طریق سازمان بیمه سلامت پرداخت میشود.

ش ش ۲۹۰۲۱۵۶۹-۹۷/۷/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۴۸۶

موضوع: استحقاق سنجی

کد **HID** به منزله استحقاق درمان میباشد و تنها پرونده هایی که کد **HID** سرویس استحقاق سنجی وزارت بهداشت دریافت نموده اند با استفاده از سرویس استحقاق درمان سازمان تامین اجتماعی استحقاق سنجی شوند.

دستور بستری با سربرگ پزشک یا بیمارستان نیز پس از استحقاق سنجی بلامانع است.

ش ۳۰۸۹۵۶۸۰-۹۷/۵/۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸۲۶

موضوع: رفع هم پوشانی بیمه ای

توضیحات: در بیمه سلامت: (تبعی ۱و۲: همسر و فرزندان می باشند) (تبعی ۳: پدر ، مادر ، خواهر ، برادر ، عروس ، داماد)

در بیمه تامین اجتماعی: (تبعی یعنی : فرد یا افرادی که به تبع بیمه شده اصلی، بیمه می شوند.)

بیمه نیروهای مسلح : بیمه شده تبعی اصلی یا درجه یک : همسر و فرزندان می باشند - (تبعی ۳ : پدر، مادر، خواهر ، برادر، عروس، داماد)

موارد همپوشانی بیمه تامین اجتماعی با بیمه سلامت :

۱- در موارد همپوشانی بیمه روستائیان با تامین اجتماعی : دفترچه روستائیان حذف می گردد.

۲- همپوشانی بیمه سلامت همگانی و ایرانیان با تامین اجتماعی : دفترچه بیمه سلامت همگانی و ایرانیان حذف می گردد.

۳- همپوشانی بیمه سایر اقشار با تامین اجتماعی : جهت تعیین تکلیف به موسسه بیمه گذار اعلام و در صورت عدم حذف از سوی بیمه گذار، ظرف مدت یکماه بیمه نامه سایر اقشار بیمه سلامت حذف میگردد.

۴- همپوشانی بیمه کارکنان دولت با تامین اجتماعی :

۱- در صورتیکه فرد بعنوان بیمه شده اصلی در هر دو بیمه، حق بیمه پرداخت نماید. دفترچه تامین اجتماعی حذف میگردد.

۲- یک دفترچه بعنوان بیمه شده اصلی و دیگری تبعی باشد، دفترچه تبعی حذف میگردد.

۳- هر دو دفترچه تبعی ۱ باشد، دفترچه بیمه سلامت حذف میگردد.

۴- یک دفترچه تبعی ۱ از بیمه سلامت و دیگری تبعی ۲ و ۳ از تامین اجتماعی و بالعکس باشند، دفترچه تبعی ۲ و ۳ حذف میگردد.

۵- هر دو دفترچه تبعی ۲ در بیمه سلامت و تامین اجتماعی باشد، دفترچه بیمه غیر مرتبط با کفالت قانونی حذف می گردد.

۶- یکی دفترچه تبعی ۲ بیمه سلامت و دیگری تبعی ۳ تامین اجتماعی یا بالعکس باشد، دفترچه تبعی ۳ حذف می گردد.

۷- در صورتیکه هر دو دفترچه تبعی ۳ باشد: حذف دفترچه با انتخاب بیمه شده است.

۸- در صورتیکه مادر حکم سرپرستی فرزندان را داشته باشد: دفترچه صادره به واسطه پدر حذف میگردد.

- همپوشانی بین بیمه تامین اجتماعی و نیروهای مسلح همانند فرآیند رفع همپوشانی بین بیمه سلامت و بیمه نیروهای مسلح میباشد.

ش ش ۳۲۴۸۱۳۲۹-۹۷/۱۰/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۰۲۵

موضوع: استحقاق درمان دفترچه درمانی بیماران فاقد درج تاریخ اعتبار

در خصوص لزوم کنترل استحقاق درمان از طریق پورتال معاونت درمان قبل از ارائه دارو و یا دیگر خدمات درمانی به آن دسته از بیمارانی که در دفترچه درمانی آنها تاریخ اعتبار قید نشده انجام پذیرد.

ش ش ۳۹۳۴۱۶۵۹-۹۸/۳/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۴۳۲

موضوع: کنترل استحقاق درمان توسط پذیرش

گرفتن استحقاق درمان قبل از ارائه خدمت در بخشهای بستری و سرپایی ضروری است و اسناد ارسالی از تاریخ ۹۸/۷/۱ اگر در زمان ارائه خدمت فاقد استحقاق درمان باشند، مشمول کسورات خواهند شد.

ش ش ۴۲۹۶۲۳۷۶-۹۸/۵/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۹۷

موضوع: استحقاق درمان در خسارت متفرقه

با عنایت به اینکه ملاک پذیرش و پرداخت پرونده های واحدهای خسارت متفرقه، داشتن استحقاق درمان بیمار در روز پذیرش در بیمارستان میباشد و از طرف دیگر سامانه بیمه ای استحقاق درمان نیز برای بیمارانی که در روز بستری در بیمارستان فوت مینمایند، استحقاق استفاده از مزایای درمان را تایید نمی نمایند. صرفاً برای این دسته از افراد، استحقاق درمان به تاریخ یک روز قبل از فوت (بستری) اخذ گردد.

ش ش ۴۲۴۹۹۵۳۴-۹۸/۶/۲ شماره بخشنامه ۳۱۸۱/۹۸/۴۰۱۰

موضوع: دستور بستری الکترونیک و ثبت استحقاق درمان

با توجه به اجرای پلتفرم جدید HIS و ایجاد امکان صدور دستور بستری به صورت الکترونیک، در صفحه نسخه پزشکان در زیر مجموعه ویزیت، نیاز به ثبت دستور بستری بر روی دفترچه بیمه بیمار نمی باشد. لازم بذکر است این امکان در حال حاضر صرفاً جهت بستری نمودن بیمه شدگان تامین اجتماعی مراجعه کننده به درمانگاه های همان مرکز درمانی می باشد و در صورت برقراری ارتباط بین مراکز درمانی، امکان صدور دستور بستری از سایر مراکز درمانی ملکی نیز میسر خواهد شد.

با توجه به اینکه اخذ استحقاق درمان برای بیماران بستری بیمه شده تامین اجتماعی از طریق چاپ بارکد بر روی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص در سیستم HIS قابل بهره برداری می باشد، لذا اخذ و الصاق پرینت استحقاق درمان از طریق سامانه مربوطه برای بیماران مذکور الزامی نبوده و نامه شماره ۸۴۰۳ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۵ کان لم یکن تلقی می گردد.

در صورتی که امکان دریافت استحقاق درمان در هنگام پذیرش بستری میسر نگردید، ضروری است در طول زمان بستری بیمار (قبل از ترخیص) تعیین تکلیف استحقاق درمان بیمار بستری شده توسط واحد پذیرش انجام پذیرفته و نسبت به چاپ مجدد برگه برگ پذیرش و خلاصه ترخیص اقدام گردد.

ش ش ۴۲۶۳۰۳۷۱-۹۸/۱۰/۷ شماره بخشنامه ۶۰۴۲/۹۸/۷۱۰۰ (پیوست ش ش ۴۹۲۸۱۳۸۸-۹۸/۱۰/۱۵ - شماره بخشنامه

۴۰۲۰/۹۸/۲۰۸۸)

موضوع: هزینه های درمانی فرزند دختر باردار

۱- چنانچه زن بیمه شده تبعی (فرزند دختر) مطلقه باشد و به موجب مندرجات طلاقنامه و پاسخ استعلام از دفتر خانه مربوطه، معلوم شود که وی به هنگام طلاق حامله بوده است، کماکان حق استفاده از خدمات درمانی موضوع ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی (۶۰ روز سابقه بیمه پردازی در یک سال) را در صورت احراز شرایط خواهد داشت و در غیر این صورت، بنابر اصل صحت اعمال و رفتار اشخاص و غالب بودن ازدواج دائم، بارداری حاصل از دواج دائم دوم وی تلقی گردیده و در نتیجه به عنوان زن (فرزند دختر) شوهردار محسوب و به سبب خروج از پوشش بیمه تبعی، نمی تواند از خدمات درمانی (موضوع ماده ۵۴ قانون تامین اجتماعی) استفاده نماید، مگر اینکه اثبات شود که بارداری ناشی از اسبابی غیر از ازدواج دائم (ازدواج موقت یا روابط نامشروع) بوده است.

۲- در صورتی که بیمه شدن تبعی زن (فرزند دختر) ناشی از فوت شوهر باشد و در گواهی انحصار وراثت، سهمی از ارث شوهر برای حمل وی لحاظ شده باشد، بارداری ناشی از رابطه زوجیت با شوهر متوفی محسوب و فرزند دختر کماکان حق استفاده از خدمات درمانی را خواهد داشت و در غیر این صورت، بنابر اصل صحت اعمال و رفتار اشخاص و غالب بودن ازدواج دائم، بارداری حاصل از دواج دوم وی تلقی گردیده و در نتیجه به عنوان زن (فرزند دختر) شوهردار محسوب و به سبب خروج از پوشش بیمه تبعی، نمی تواند از خدمات درمانی (موضوع ماده ۵۴ قانون تامین اجتماعی) استفاده نماید، مگر اینکه اثبات شود که بارداری ناشی از اسبابی غیر از ازدواج دائم (ازدواج موقت یا رابطه نامشروع) بوده است.

ش ش ۴۹۲۵۶۶۰۲-۹۸/۱۰/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۵۳

موضوع: ماده ۶۸ (۶۰ روز سابقه زایمان)

در خصوص ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی صرفاً بیمه شدگان جهت انجام زایمان، نیاز به داشتن حداقل ۶۰ روز سابقه پرداخت حق بیمه در یکسال منتهی به وضع حمل می باشند و در سایر موارد مانند پرداخت هزینه مراقبت ها و درمانهای قبل زایمان و یا هزینه بستری نوزاد در NICU نیاز به داشتن این سابقه نمی باشد.

ش ش ۵۰۱۸۰۴۹۸-۹۸/۱۱/۱-۵۰۱۸۰۴۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۱۲

موضوع: فرزندان ذکور

در خصوص نحوه استفاده فرزندان ذکور بیمه شدگان سازمان و مستمری بگیران از دفترچه تامین درمان تا سن بیست سالگی (۱۹ سال تمام) یا پس از آن منحصرأ در صورتی که به تحصیلات دانشگاهی اشتغال داشته باشند. گواهی های اشتغال به تحصیل صادره ازسوی حوزه های علمیه که همطراز با تحصیلات دانشگاهی محسوب و صادر میشود، میتواند ملاک عمل در ارائه خدمات درمانی فرزندان قرار گیرد و یا اینکه فرزند ذکور معلول از کارافتاده نیازمند باشند.

ش ش ۵۱۷۸۸۱۵۶-۹۸/۱۲/۳-۵۱۷۸۸۱۵۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۲۰

موضوع: رویت بیماران کرونا و ویروس

رویت بیماران در بیمارستانهایی که مرکز پذیرش بیماران مشکوک ابتلا به کرونا و ویروس می باشند و یا بیمارستانهایی که در بخش های اورژانس، ویژه، عفونی، بیماران مذکور را بستری نموده اند، رویت بیماران الزامی نمی باشد و پرداخت هزینه خدمات درمانی ارائه شده به بیمه شدگان تا اطلاع ثانوی صرفاً با استناد به استحقاق درمان صادر شده از سامانه مربوطه بلامانع می باشد.

ش ش ۳۶۵۳۷۲۴۰-۹۸/۱۲/۲۷-۹۸/۱۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۶۰۷

موضوع: جدا نمودن برگه های دفترچه درمانی

جدا نمودن برگه های دوم و سوم دفترچه درمانی توسط مراکز درمانی طرف قرار داد برای ارائه به بیمه های تکمیلی مغایر ضوابط میباشد.

ش ش ۴۵۵۰۸۹۵۷۴-۹۹/۳/۲۱-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۳۴۹

موضوع: استحقاق درمان اتباع غیر ایرانی

استعلام استحقاق درمان اتباع خارجی بر روی سامانه medical.tamin.ir عملیاتی گردیده و همچنین با اعمال تغییرات مذکور در API، سرویسهای USSD و pwa نیز به صورت خودکار و بدون نیاز به تغییرات قابلیت اخذ "کد افراد خارجی" را خواهند داشت.

ش ش ۵۵۴۸۹۵۹۰-۹۹/۴/۴-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۲۲

موضوع: استحقاق سنجی نسخ ویزیت و خدمات

با عنایت به حذف فرایند تامین اعتبار دفترچه درمانی و جایگزینی آن با سامانه های استحقاق درمان، در خصوص استحقاق سنجی نسخ ویزیت و خدمات انجام شده توسط پزشکان، دندانپزشکان و سایر موسسات طرف قرارداد، به آگاهی می رساند ثبت کد رهگیری پشت نسخ ویزیت (نسخه مخصوص پزشک) و خدمات جهت ارائه به دفتر اسناد پزشکی ضرورت نداشته و جهت اطمینان فراهم کنندگان خدمات طرف قرارداد از استحقاق درمان بیمار می باشد. در مواردی که نسخه فاقد تاریخ اعتبار، تاریخ اعتبار گذشته و یا مخدوش باشد، تنها در صورت نداشتن استحقاق درمان، پس از کنترل استحقاق سنجی توسط کارشناسان رسیدگی، کسورات اعمال گردد.

ش ش ۵۹۲۶۶۰۵۵-۹۹/۷/۲-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۹۴۴

موضوع: استفاده اتباع غیر ایرانی از مراکز درمانی غیر دانشگاهی

اتباع غیر ایرانی که بیمه شده تامین اجتماعی می باشند همانند سایر بیمه شدگان مجاز به استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد بوده و محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی آنان نیز با رعایت ضوابط و مقررات بلامانع است.

ش ش ۶۵۱۰۰۵۶۵-۹۹/۱۱/۲۹-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۶۶۱

موضوع: استفاده از کد ملی مادر جهت نوزاد

استفاده از کد ملی مادر برای نوزادان در بخش بستری جهت دریافت خدمات بستری، همچنین انجام ویزیت در بخش سرپایی (حداکثر تا یک ماه بعد از زمان تولد جهت نوزاد فاقد شناسنامه) بلا مانع است.

ش ش ۶۶۱۶۸۷۳۲-۹۹/۱۲/۲۵-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۷۹۱

موضوع: بلا اشکال بودن دو خط یا دو رنگ بودن مشخصات بر سر برگ نسخ مطب/مرکز درمانی

با توجه به اینکه در برخی موارد نام، نام خانوادگی و شماره ملی بیمار و تاریخ ویزیت توسط منشی مطب/مرکز درمانی بر سر برگ نسخه نوشته می شود لذا دو رنگ یا دو خط بودن موارد فوق با متن دستور تجویزی توسط پزشک تا اطلاع ثانوی بلامانع است.

ش ش ۶۰۷۲۲۸۲۷-۹۹/۱۲/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۲۹

موضوع: نحوه تعهد سازمان به خدمات بارداری بیمه شدگان تبعی فرزند دختر و مستمری بگیر

۱- هزینه های بارداری و زایمان (کمک ها و معاینات طبی و معالجات قبل، حین و بعد از زایمان موضوع ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی) خاص بیمه شده اصلی زن و همسر بیمه شده اصلی مرد بوده و فرزندان دختر (اناث) بیمه شدگان اصلی نمی توانند به تبع پدر یا مادر خود از این نوع مزایا برخوردار گردند. لذا در صورتیکه حمل ناشی از رابطه مشروع زوجیت (اعم از موقت، دائمی) یا نامشروع با مردی باشد که بیمه شده سازمان نبوده است: زن باردار به دلیل اینکه مشمول عنوان (همسر بیمه شده مرد) نبوده و خود نیز بیمه شده اصلی نمی باشد، امکان برخورداری از حمایت های قانونی موضوع ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی را نخواهد داشت.

۲- در صورتیکه اثبات شود حمل متعلق به بیمه شده اصلی واجد شرایط است، زن باردار (اعم از اینکه به عنوان فرزند اناث فرد بیمه شده اصلی تحت پوشش حمایتی قانون تامین اجتماعی باشد یا اساساً بیمه شده تبعی نباشد)، می تواند از حمایت های قانونی موضوع ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی برخوردار گردد و در قید حیات بودن پدر، مستمری بگیر بودن وی و نوع نکاح (دائم یا موقت) تاثیری در این حکم ندارد.

ش ش ۶۸۵۵۶۲۰۸-۱۴۰۰/۳/۱ شماره بخشنامه ۱۰۰۰/۱۴۰۰/۱۶۳۲

موضوع: افزایش مدت مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه

بیمه شدگان زن با ارائه درخواست در سامانه خدمات غیر حضوری و بارگذاری مدارک و مستندات مربوطه شامل تصویر شناسنامه مادر، گواهی ولادت یا شناسنامه فرزند و گواهی پزشکی ذیربط، می توانند در صورت تمایل از افزایش مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه بهره مند گردند.

ش ش ۷۰۹۰۲۲۶۷-۱۴۰۰/۵/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۹۵۱

موضوع: پوشش بیمه ای خدمات توانبخشی شهرهای محروم

خدمات مرتبط با رشته های گفتار درمانی، شنوایی سنجی، بینایی سنجی و کار درمانی با اولویت شهرهای محروم (الف) و (ب) براساس تقسیم بندی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفت.

ش ۷۹۲۴۵۳۱۲-۱۴۰۱/۱/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۱/۱

موضوع: استفاده نوزادان از کد ملی والدین

امکان صدور شناسنامه یا اختصاص کد ملی در روز تولد برای کلیه نوزادان فراهم می باشد. با این وجود چنانچه نوزادی قبل از صدور و تخصیص کد ملی نیاز به خدمات بستری داشته باشد، تشکیل پرونده بستری با کد ملی پدر (درحالیکه مادر همزمان بستری باشد)، بلامانع است.

ش ش ۳۷۱۷۹۵۵۰-۹۸/۱/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۸ (براساس ش ش ۴۸۸۰۱۴۴۲-۹۸/۱۰/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۹۸ گواهی نامه های قبلی تا مورخه ۹۹/۴/۳۱ اعتبار دارند)

موضوع: دوره چهارم اعتبار بخشی بیمارستانها

تا زمان صدور گواهینامه جدید اعتبار بخشی بیمارستانها، گواهینامه دور قبل تا پایان سال ۹۸ معتبر میباشد و در صورت عدم صدور گواهینامه تا انتهای سال ۹۸، از ابتدای سال ۹۹ براساس مصوبه شصتمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت اقدام گردد و در صورت صدور در سال ۹۸ از تاریخ صدور به مدت ۲ سال معتبر میباشد. در صورت عدم صدور گواهینامه در سال ۹۸، از ابتدای سال ۹۹، بر اساس مصوبه ۶۰ شورای عالی بیمه سلامت اقدام گردد. (همچنین عدم صدور در سال ۱۴۰۰ نیز حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ انقضا دارای اعتبار می باشد)

ش ش ۴۳۳۸۶۷۹۵-۹۸/۶/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۹۵

موضوع: بیمارستانهای جدیدالتاسیس

درخصوص چگونگی پرداخت هزینه هتلینگ بیمارستانهای جدید التاسیس، گواهینامه اعتبار بخشی بیمارستانهای جدید التاسیس دارای اعتبار یک ساله بوده و ارائه گواهینامه مذکور برای سال دوم الزامی است. لذا در صورت عدم ارائه گواهینامه اعتبار بخشی پس از پایان سال اول، براساس شصتمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی و با رعایت ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد.

ش ش ۴۸۸۰۱۴۴۲-۹۸/۱۰/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۹۸

موضوع: درجه اعتبار بخشی بیمارستانها

اعتبار بخشی بیمارستانها لغایت ۹۹/۴/۳۱ معتبر بوده و گواهینامه های موجود بعد از تاریخ مذکور بایستی به روز گردد با رعایت ضوابط و مقررات اقدام لازم معمول گردد.

۴۰۲۰/۹۹/۳۳۹ شماره بخشنامه ۹۹/۳/۲۱-۵۵۰۲۲۵۵۶

موضوع: گواهینامه اعتبار بخشی

در خصوص گواهینامه اعتبار بخشی، ملاک عمل، مفاد نامه شماره ۱۴۲/۲۴۱ مورخ ۹۷/۱۰/۲۳ دبیر و رئیس محترم دبیرخانه شورای عالی بیمه می باشد: شایان ذکر است براساس نامه ی مذکور، گواهینامه اعتبار بخشی بیمارستانهای تازه تاسیس دارای اعتبار یک ساله بوده و درجه یک محسوب می گردد و ارائه گواهینامه مذکور برای سال دوم الزامی است و در صورت عدم ارائه گواهینامه ی اعتبار سنجی معتبر، می بایست بر اساس مفاد شصتمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی رعایت اقدام لازم معمول گردد.

دستورالعمل ها وبخشنامه های اعتبار بخشی

ش ش ۷۰۶۲۳۶۰۰-۱۴۰۰/۵/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۵۰

ش ش ۶۹۹۸۵۱۴۳-۱۴۰۰/۴/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۳۳

ش ش ۶۸۵۳۷۴۶۳-۱۴۰۰/۳/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۴۷۷

ش ش ۵۶۸۲۷۸۰۹-۹۹/۴/۳۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۸۴

موضوع: تمدید گواهینامه اعتبار بخشی

گواهینامه اعتباربخشی بیمارستانها در کلیه بخش های دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه، موقوفه و خصوصی و کلیه پروانه های بهره برداری و مسئول فنی موسسات پزشکی نیازمند تمدید تا پایان شهریور ماه سال ۱۴۰۰ تمدید گردیده است.

ش ش ۷۲۱۸۶۷۹۹-۱۴۰۰/۶/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۱۸۰

موضوع: تمدید اعتبار پروانه های فعالیت مطب پزشکان و موسسات پزشکی

طی نامه مدیر کل درمان غیر مستقیم به رئیس فناوری اطلاعات جهت جلوگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمت به بیمه شدگان محترم، تاریخ اعتبار مراکز در سامانه جامع اسناد پزشکی (در صورت نزدیک شدن به تاریخ انقضای اعتبار پروانه فعالیت مراکز) به تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۹ تغییر یابد. شایان ذکر است تمدید اعتبار پروانه ها به صورت گروهی شامل تاریخ های بعد از ۱۴۰۰/۱۲/۲۹ نمی گردد.

ش ش ۷۳۶۶۱۹۰۲-۱۴۰۰/۸/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۴۵۵

موضوع: تمدید گواهینامه اعتبار بخشی بیمارستانها

در خصوص تمدید گواهینامه اعتباربخشی بیمارستانها، تا پایان خرداد ماه سال ۱۴۰۱ دارای اعتبار می باشد.

ش ش ۸۰۱۹۳۳۴۴-۱۴۰۱/۱/۳۱ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۱/۱۹۷

موضوع: تاریخ اعتبار پروانه فعالیت موسسات پزشکی

تاریخ اعتبار پروانه فعالیت موسسات پزشکی طرف قرارداد اعم از داروخانه ها، مراکز پاراکلینیک و ... که اعتبار آنها از اسفند ماه به پایان رسیده و یا خواهد رسید، تا تاریخ ۱۴۰۱/۹/۳۰ تمدید گردد.

ش ۴۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: تزریقات و پانسمان در اورژانس

تزریقات (فقط کد ۹۰۰۰۱۵) در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد می باشد و برای پانسمان بر اساس کدهای ۱۰۰۵۱۱ و ۱۰۰۵۱۲ بر اساس توضیحات مربوطه اقدام شود.

ش ۶۱۰۲۱۰۸-۹۴/۱۲/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۷۱۵

موضوع: طب اورژانس

۱- برای بیماران سطح ۲ و ۳ تزریق ویزیت جامع قابل پرداخت است. بیماران اغمایی، مولتیپل تروما و بدحال سطح ۲ و ۳ تزریق، مراقبت بحرانی قابل پرداخت است. مراقبت بحرانی با ویزیت جامع قابل پرداخت نیست. (با توجه به ش ۶۹۸۷۱۶۱۲-۱۴۰۰/۴/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۰۹ در تزریق سطح ۱، ویزیت جامع و مراقبت بحرانی بطور همزمان قابل پرداخت است و همچنین با توجه به ضمیمه بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۸۷۴ مورخه ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ شماره شناسه ۷۵۷۳۷۹۵۹ در خصوص ابلاغ استانداردهای طب اورژانس نسخه دوم، ویزیت جامع برای بیماران سطح ۳ تزریقی که نیاز به بستری در بخشهای بیمارستانی را دارند تعلق می گیرد).

۲- برای بیماران سطح ۳ و ۴ تزریق، ویزیت محدود قابل پرداخت است.

۳- به طب اورژانس تنها یک ویزیت تعلق می گیرد. ویزیت (روز اول، روزهای پیگیری و ترخیص) تعلق نمی گیرد. (با توجه به ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۰۹ مورخه ۱۴۰۰/۴/۱۷ شماره شناسه ۶۹۸۷۱۶۱۲، 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).

۴- هزینه مانیتورینگ و پالس اکسی متری در سطح تزریق ۲ و ۳ قابل پرداخت نمی باشد و در سایر سطوح تزریق حسب نیاز بیمار قابل پرداخت است. (با توجه به ش ۳۸۵۶۹۸۸۶-۹۸/۲/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۸۳۱ مانیتورینگ در سطح تزریق ۲ و ۳ و بیماران بستری بخش های غیر ویژه قابل پرداخت می باشد).

۵- مشاوره منجر به بستری بیمار، ویزیت روز اول محسوب می گردد.

ش ۸۱۰۳۴۸۶-۱۰/۲۰-۹۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

موضوع: شیوه نامه پذیرش و رسیدگی به اسناد تحت نظر در بخش اورژانس

-مراقبت بحرانی (کد ملی ۹۰۱۹۷۰): این کد در سطح ۱ اورژانس در بیماران اغمایی، مولتیپل تروما و بد حال و صرفاً توسط متخصص طب اورژانس قابل گزارش می باشد.

-ویزیت جامع (کد ملی ۹۰۰۹۷۵): این کد جهت انجام ویزیت جامع بیمار در بخش اورژانس برای بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ توسط متخصصین طب اورژانس قابل گزارش می باشد.

-ویزیت محدود (کد ملی ۹۰۰۹۷۴): ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ و صرفاً توسط متخصصین طب اورژانس قابل گزارش می باشد.

توضیح: ویزیت پرداختی به متخصصین طب اورژانس در بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ، تعرفه ویزیت جامع و در سطح ۳ و ۴ (سطح ۴ به شرط تشکیل پرونده بستری موقت) تعرفه ویزیت محدود و در سطح ۴ (بدون پرونده بستری موقت) و سطح ۵، تعرفه ویزیت سرپایی متخصص خواهد بود.

-تریاز سطح ۴ (با تشکیل پرونده بستری موقت): ضروری است پزشک طب اورژانس تا ۶ ساعت از زمان پذیرش، نسبت به ترخیص بیمار تعیین تکلیف نماید.

تبصره: چنانچه بیمار در هر زمانی، توسط متخصص طب اورژانس ترخیص گردد، تعرفه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

-تریاز سطح ۴ (بدون تشکیل پرونده بستری موقت) و تریاز سطح ۵: انجام ویزیت توسط متخصصین طب اورژانس، معادل ویزیت سرپایی متخصص قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره: هزینه انجام مشاوره در بیماران تریاز سطوح ۴ و ۵ قابل پرداخت نمی باشد.

-نحوه پرداخت خدمت در کلیه سطوح تریاژ:

۱- در صورت درخواست کد اقدامات مراقبت بحرانی، حق الزحمه خدماتی مانند پالس اکسیمتری، دسترسی به عروق (گرفتن رگ)، لوله گذاری معده، اداره تهویه (ونتیلیسیون) بیمار، بررسی اطلاعات ذخیره شده در کامپیوترها (نظیر نوار قلب، فشار خون و اطلاعات هماتولوژیک) و پیس قلبی موقت از طریق پوست، که در کد ۹۰۱۹۷۰ (مراقبت بحرانی) لحاظ گردیده اند، بصورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

تبصره: لوله گذاری تراشه در شرح خدمت مراقبت بحرانی لحاظ نشده و هزینه آن جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- سایر خدمات با رعایت دستورالعمل مشترک رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه و کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت و سایر دستورالعمل های ابلاغی، در صورت داشتن اندیکاسیون قابل پرداخت است.

نکته : با توجه به شرح کتاب ارزش نسبی خدمات ، محاسبه و پرداخت تعرفه خدمات ویزیت جامع ، ویزیت محدود مراقبت بحرانی ، سونو FAST (با کد ملی ۷۰۱۵۵۶) و psa-mild (با کد ملی ۹۰۱۹۷۱) در صورت انجام ، صرفاً به متخصصین طب اورژانس تعلق می گیرد

-مراکزی که در آنها پزشک متخصص طب اورژانس و پرستار تریاژ مستقر نمی باشد :

۱-در هر بار تحت نظر بودن بیمار ، ویزیت پزشک عمومی و ویزیت پزشک متخصص یا فوق تخصص مشروط بر انجام و درخواست بر اساس تعرفه ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲-پزشک متخصص می بایست حداکثر تا ۶ ساعت از زمان پذیرش ، نسبت به تعیین تکلیف بیمار از نظر انتقال به بخش مربوطه یا ترخیص اقدام نماید . بدیهی است انتقال به بخش مربوطه می بایست پس از درخواست و انجام مشاوره توسط پزشک متخصص یا فوق تخصصی که از این به بعد پزشک معالج بیمار محسوب می شود، انجام شده و کلیه هزینه های خدمات صورت گرفته در اورژانس (قبل از دستور بستری) به همراه پرونده بستری و یا سهم سازمان بستری درخواست گردد.

تبصره ۱ : چنانچه براساس نظر پزشک مشاوره بیمار نیازمند بستری در بخش مربوطه باشد ولی به دلیل نبود تخت کافی ، همچنان در اورژانس اقامت نماید ، ضروری است کلیه خدمات مورد نیاز بیمار در بخش بستری مورد نظر (اعم از ویزیت و خدمات بستری توسط پزشک معالج) با ضوابط بستری ، در بخش اورژانس ارائه گردد (مشروط بر رعایت ضوابط و استانداردهای وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در ارائه خدمات مورد نیاز بیماران بستری) در این صورت کلیه هزینه های خدمات صورت گرفته در اورژانس (قبل از دستور بستری) به همراه پرونده بستری و با سهم سازمان بستری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲ : چنانچه بیمار در مدت کمتر از ۶ ساعت از زمان پذیرش ، ترخیص ، فوت و یا به بیمارستان دیگری انتقال یابد ، پرونده با فرانشیز سرپایی و بدون تخت روز محاسبه می گردد.

تبصره ۳ : چنانچه بیمار در هر زمانی ، توسط پزشک متخصص ترخیص گردد ، تعرفه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود (سهم سازمان سرپایی).

تبصره ۴: چنانچه پزشک مستقر در اورژانس ، جهت تعیین تکلیف بیمار ، از پزشک متخصص یا فوق تخصص دیگری درخواست مشاوره نموده که منتج به بستری در بخش مربوطه گردد ، صرفاً حق الزحمه مشاوره پزشک مشاور قابل محاسبه بوده جایگزین ویزیت روز اول بستری جهت پزشک معالج محسوب میگردد و در صورت عدم بستری بیمار ، تعرفه مشاوره معادل ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

نکات کلی: ۱- در صورت فعالیت رزیدنتها (با گرایش تخصصی مختلف) در بخش اورژانس بیمارستان ، مطابق آخرین ضوابط ابلاغی اقدام میگردد.

۲-نحوه ثبت هزینه ها و پرداخت همزمان ویزیت و خدمت در پرونده های بستری موقت، براساس آخرین دستورالعمل های ابلاغی خواهد بود.

۳-در بیمارستانهای دارای متخصص طب اورژانس، ضروری است فرم تریاژ تکمیل شده (مصوب وزارت بهداشت) ضمیمه صورت حساب ارسالی گردد.

ش ش ۲۲۱۸۳۶۱۸-۹۷/۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۳۱۴

موضوع: خدمات بخش اورژانس

خدماتی مانند تعبیه آنژیوکت و همچنین پانسمان بدن بال ۱- جراحی ها (که در همان مرکز انجام شده است) ۲- ترمیم های پوست

۳- سایر پروسیجرها، جداگانه پرداخت نمیشود و جزء خدمات پرستاری (هتلینگ) میباشد.

هزینه انجام بخیه، آتل، گچ، سونداژ مثانه و معده در صورت انجام توسط کادرپرستاری قابل پرداخت نیست. (با توجه به ش ش ۳۰۹۶۵۱۲۵-۹۷/۹/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸۲۹ خدماتی که توسط پرستار در بخش سرپایی، تحت نظارت پزشک انجام می شود ۵۰ درصد جزء حریف ای قابل پرداخت است)

هزینه انفوزیون داخل وریدی فقط در بخش اورژانس بیمارستانهای دانشگاهی و در پرونده های تحت نظر آن بخش قابل پرداخت است. (با توجه به ش ش ۶۹۸۷۱۶۱۲-۹۷/۴/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۰۹ کد ۹۰۰۰۱۵ بطور کلی در بخش اورژانس قابل پرداخت می باشد).

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: PSA با مانیتورینگ (مجموع سوالات)

PSA (آرامبخشی و بی دردی جهت انجام خدمات درمانی در بخش اورژانس) جزو خدمات طب اورژانس است. اگر مانیتورینگ صرفاً بدلیل انجام PSA صورت می پذیرد. بصورت جداگانه قابل پرداخت نمیباشد.

ش ش ۳۱۷۵۹۰۳۳-۹۷/۹/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۴۴

موضوع: نحوه پرداخت درمان شکستگی ها بروش بسته

در خصوص درمان شکستگی های بدون جابجایی کدهای ۲۰۳۵۱۵، ۲۰۲۱۲۰ و... در صورتیکه پزشک اقدام به درمان شکستگی بروش بسته نماید با ضمیمه نمودن گزارش رادیولوژی یا گرافی و یا وجود خط شکستگی در PAX های رادیولوژی هزینه کدهای مرتبط قابل محاسبه و پرداخت است و هزینه گچ گیری قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

در شکستگی هایی که پزشک پروسیجر خاصی جهت درمان انجام نمی دهد (شکستگی دنبالچه باکد ۲۰۲۹۵۵) و با انجام ویزیت توصیه به استراحت بیمار می شود فقط هزینه ویزیت قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۳۴۸۴۳۹۱-۹۸/۶/۳ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۳۲۱۹

موضوع: کد تزریق ماده بیحس کننده

کد ۶۰۱۴۳۵ با شرح (تزریق ماده بی حس کننده، اعصاب بین دنده ای، متعدد، بلوک منطقه ای) در لیست پروسیجر های قابل پرداخت به متخصصین طب اورژانس می باشد.

ش ش ۵۴۳۴۰۰۸۴-۹۹/۷/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۳۴

موضوع: نحوه پرداخت مشاوره عفونی برای بیماران بستری موقت کووید ۱۹

در خصوص نحوه پرداخت مشاوره عفونی برای بیماران بستری موقت کووید ۱۹ در بخش اورژانس بیمارستانهای دانشگاهی که دارای متخصصین طب اورژانس هستند، تعرفه مشاوره صرفاً برای بیماران بستری (اقامت بیش از ۶ ساعت) قابل محاسبه و پرداخت است.

در صورت مشاوره بستری، مشاوره بعنوان ویزیت روز اول تلقی می گردد.

ش ش ۶۰۲۳۰۳۳۶-۹۹/۷/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۴۳

موضوع: خدمت پالس اکسی متری

مبنای پرداخت خدمت پالس اکسی متری، درخواست پزشک معالج می باشد و صرفاً در بخش های غیر ویژه و معادل ۵۰٪ جزء حرفه ای ارزش نسبی (بر مبنای ۱ کا) قابل محاسبه و پرداخت است.

موضوع: نحوه پرداخت خدمات طب اورژانس

ملاک تعیین کننده سطوح تریاژ، فرم تکمیل شده مصوب کمیته کشوری تریاژ بخش اورژانس بیمارستانی با الگوی استاندارد ESI۴، توسط پرستار تریاژ می باشد.

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 می گردد.

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 می گیرند.

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 (CPR) 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 می کنند.

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 پر خطر قرار نداشته و طبق الگوی استاندارد ESI۴ حداقل ۲ اقدام (Facility) تشخیصی - درمانی مقتضی باید در مورد این بیماران صورت پذیرد.

بیماران سطح ۴ تریاژ: بیمارانی که دارای سطح ۴ تریاژ هستند پس از تشکیل پرونده بستری در بخش اورژانس (طبق دستورالعمل شاخص های ملی بخش اورژانس ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و ارزیابی شامل شرح حال و معاینه توسط پزشک متخصص طب اورژانس، و با دریافت خدمات درمانی مانند سرم تراپی، 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 می شوند. طبق الگوی استاندارد ESI۴ حداقل یک اقدام (Facility) تشخیصی - درمانی برای این بیماران صورت می پذیرد. در صورت عدم تشکیل پرونده بستری در بخش اورژانس، ویزیت محدود قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و پرداخت صرفاً معادل ویزیت سرپایی مطابق با تعرفه مصوب و مدرک تحصیلی تعلق می گیرد.

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 می شوند.

برای اقامت کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان هزینه هتلینگ و ویزیت روزانه قابل محاسبه نمی باشد.

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.

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.

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 بیمارستان های 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 می باشد. با اتمام زمان های تعیین شده، هیچ هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

تعریف و شاخص های مراقبت بحرانی (کد ملی ۹۰۱۹۷۰): این خدمت برای همه بیماران سطح ۱ تریاژ و یا سطح ۲ تریاژ (با ذکر اندیکاسیون مربوطه در شرح اندیکاسیون های 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.

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 آمبوپک یا CPAP (کد ۹۰۱۰۹۰)، رگ گیری محیطی (کد ۳۰۲۲۵۰)، تفسیر و اندازه گیری برون ده قلبی (کد ۹۰۰۷۲۵)، تنظیم ونتیلاتور (کد ۹۰۱۰۸۵)، نوار قلب با تفسیر و گزارش (کد ۹۰۰۷۱۰) و تفسیر گرافی قفسه سینه همزمان با این خدمت (مراقبت بحرانی) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

در صورت ارائه خدمات اورژانس و انجام انواع پروسیجرها به صورت اورژانس (شامل انواع ترمیم ها و آتل گیری و ...) و منطبق با کوریکولوم آموزشی رشته تخصصی طب اورژانس، این خدمات علاوه بر ویزیت، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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 می باشد.

ادامه از صفحه قبل

درخواست انواع خدمات پاراکلینیک (سی تی اسکن، MRI، سونوگرافی، رادیوگرافی، نوار عصب و عضله و آزمایشات تشخیصی طبی)، توسط متخصصین طب اورژانس و ممه‌ور به مهر بیمارستان در کلیه مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد، قابل ارائه و پرداخت است.

خدماتی مانند انفوزیون، درمان بسته شکستگی های بسته و پایدار (در صورت درمان بسته، خدمت آتل گیری و یا گچ گیری به طور همزمان قابل پرداخت نمی باشد)، درمان اولیه شکستگی های باز و یا غیرپایدار که شامل **Approximation** و یا ترمیم ساده زخم و یا آتل گیری اندام در بخش اورژانس (کد ۹۰۰۱۵) و مانیتورینگ قلبی در بیماران با مراقبت بحرانی (کد ۹۰۰۷۷) که توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم پزشک در بخش اورژانس انجام می شود، قابل محاسبه و پرداخت است.

پروسیجرهای درمانی تکراری ثبت شده توسط سرویس های تخصصی متفاوت یا همان سرویس تخصصی در یک پرونده بستری و در بخش اورژانس فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد. به عنوان مثال در صورتی که خدمت آتل بندی 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 آتل بندی در این پرونده و در این بخش تنها یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۳۷۹۴۵۰۶۶۵-۱۹/۴/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۷۱۹/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: خدمات متخصصین طب اورژانس در خارج از بخش اورژانس

در مواردی که بیمار در بخش بستری خارج از بخش اورژانس نیاز به دریافت خدمات از سوی متخصصین طب اورژانس داشته باشد هزینه خدمات مذکور مطابق کوریکولوم آموزشی این متخصصین قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۵۴۴۵۶۵-۲۶/۸/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۵۸۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ش ۴۸۸۹۴۸-۱/۴/۹۴ شماره بخشنامه ۶۲۶/۹۴/۴۰۲۰

موضوع: خدمات انتوباسیون و مانیتورینگ و تزریق داروهای CPR

هزینه خدمات انتوباسیون (با کد مستقل ۳۰۳۳۵)، مانیتورینگ و تزریق داروهای CPR به صورت گلوبال در کد ۹۰۰۶۱۰ (احیای قلبی و ریوی) لحاظ گردیده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

هزینه داروها به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۷۴۵۴۴۵۶۵-۱۴۰۰/۸/۲۶ شماره بخشنامه ۱۵۸۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ۳۸۵۶۹۸۸۶-۹۸/۲/۲۱ شماره بخشنامه ۸۳۱/۹۸/۴۰۱۰

موضوع: مانیتورینگ

هزینه مانیتورینگ برای بیماران اورژانس با سطح تریاژ ۲ و همچنین بیماران بستری بخشهای غیر ویژه به ازای هر ۲۴ ساعت (و حداقل یک ساعت) در صورت داشتن اندیکاسیون، با کد ۹۰۰۷۷۰ قابل پرداخت میباشد و کد مذکور با کد مراقبت بحرانی قابل پرداخت نمیشود.

ش ۷۸۲۱۲۵۰۳-۱۴۰۰/۱۲/۱۳ شماره بخشنامه ۱۲۲۹/۱۴۰۰/۴۰۰۰

ش ۷۶۰۱۱۱۲۴-۱۴۰۰/۱۰/۷ شماره بخشنامه ۱۸۶۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ۷۳۵۶۵۰۳۵-۱۴۰۰/۸/۲۹ شماره بخشنامه ۱۵۹۲/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: نحوه محاسبه جزء حرفه ای خدمات ارائه شده در بخش اورژانس

به منظور کاهش تقاضای القایی خدمات در بخش اورژانس، کاهش ماندگاری بیماران و ارتقای تعیین تکلیف بیماران بستری زیر شش ساعت، جزء حرفه ای خدمات ارائه شده در بخش اورژانس صرفاً برای متخصصین طب اورژانس دوکا، مطابق ضریب ریالی جز حرفه ای بستری محاسبه می گردد و درخصوص سایر موارد (بیمارستانهای تک تخصصی و غیره) مطابق با استاندارد های ابلاغی وزارت بهداشت قابل پرداخت می باشد.

ش ۷۶۲۲۴۵۸۸-۱۴۰۱/۱/۱۵ شماره بخشنامه ۱۴۰۱/۴۱/۴۰۰۰

ش ۷۵۷۳۷۹۵۹-۱۴۰۰/۱۰/۱۱ شماره بخشنامه ۱۸۷۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: ویزیت جامع در بخش اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی

ویزیت جامع براساس سطح تریاژ بیمار در بخش اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی، در صورت ویزیت توسط پزشک مرتبط با تخصص مربوطه، این کد قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۱۷۳۸۳۲۲ - ۹۲/۷/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۳۹۶

موضوع: محاسبه تخت روز در مراکز غیر طرف قرارداد

ملاک محاسبه تخت روز در صورت حساب های مربوط به بیمارستان های غیر طرف قرارداد شهر تهران در واحد خسارت متفرقه، آخرین درجه ارزشیابی مندرج در پورتال سازمان می باشد.

ش ش ۳۰۷۲۶۷۶۰ - ۹۷/۸/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۹۲

موضوع: محاسبه هزینه تخت های بیماران سطوح ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ ساعت بستری می شوند

در صورتیکه بیمار زیر ۶ ساعت از بیمارستان ترخیص شود و یا فوت نماید هزینه تخت پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۱۷۹۹۹۸۵ - ۹۸/۵/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۸۴۶

موضوع: کولونوسکوپی و اندوسکوپی

کولونوسکوپی و اندوسکوپی با یا بدون بیهوشی خدمت سرپایی بوده و تخت روز به آن تعلق نمیگیرد. (بجز در بیماران بستری).

ش ش ۴۱۹۶۴۱۵۵ - ۹۸/۵/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۸۴۹

موضوع: نحوه پرداخت هزینه تخت روز در بخش اورژانس

هزینه تخت روز در این بخش قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و در صورتیکه بیمار نیاز به بستری شدن و مراقبت و درمان بیشتری داشته باشد می بایست با توجه به نوع بیماری به سرویس مرتبط انتقال یابد.

ش ش ۴۷۱۳۹۹۰۷-۹۸/۸/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۷۶۶

موضوع: هزینه تخت روز

هزینه تخت در خدماتی که بصورت سرپایی قابل انجام بوده و نیاز به بستری بیشتر از ۶ ساعت ندارند (مانند انواع ترمیم های ساده، تزریق داروهای بیماران ام اس، تزریق داروی آواستین در ویتره و...) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۰۳۹۶۰۰۶-۹۸/۱۱/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۵۱

موضوع: نحوه ی پرداخت تخت روز ICU

در صورتی که بیمار در یک روز در دو نوع تخت بستری گردد (بعنوان مثال تخت عادی و تخت ICU) تخت روز گرانتر با شرط اقامت بیش از شش ساعت در تخت روز گرانتر، ملاک محاسبه هزینه نوع تخت روز خواهد بود.

ش ش ۵۴۸۳۹۹۰۲-۹۹/۳/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۳۴۵

موضوع: تبدیل بخش CCU به ICU

چنانچه جهت بستری بیماران کرونایی نیازمند ICU، از تختهای سایر بخشهای بیمارستان (مانند CCU، POST CCU، تختهای عادی و...) استفاده شده و این بیماران در تختها خدمات ICU را دریافت نمایند، تمامی این خدمات جداگانه با رعایت دستورالعمل های سازمان و عنایت به شناسنامه استاندارد و بسته خدمتی تخت مذکور قابل محاسبه و پرداخت است.

به عنوان مثال اگر بیمار کرونایی نیازمند ICU به علت نبودن تخت خالی ICU در بخش CCU بستری شده و خدمات وصل به ونتیلاتور، مانیتورینگ، اندازه گیری ABG و ویزیت روزانه متخصص بیهوشی علاوه بر ویزیت پزشک معالج را دریافت نماید. در این صورت، تعرفه خدمات وصل به ونتیلاتور، اندازه گیری ABG، ویزیت روزانه پزشک معالج و ویزیت متخصص بیهوشی (صرفا در قالب مشاوره) همراه با هزینه اقامت تخت CCU قابل محاسبه و پرداخت است و خدمت مانیتورینگ طبق شناسنامه استاندارد و بسته خدمتی تخت CCU در تعرفه این تخت لحاظ گردیده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۴۷۱۰۷۹۶-۹۹/۳/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۳۳۸

موضوع: هزینه تخت بخش مراقبت بینابینی

در خصوص شرایط پرداخت هزینه تخت بخش مراقبت بینابینی (از جمله SCU) تا زمان ابلاغ این استاندارد و بسته خدمتی، هزینه این تخت برابر تخت عادی محاسبه و پرداخت گردد. (با توجه به ش ش ۵۹۳۲۶۷۸۷-۹۹/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۰ شرایط بخش سکنه حاد مغزی SCU ابلاغ گردیده است).

ش ۷۱۵۶۵۸۱۲-۶/۲۲/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۱۶۰

موضوع: خدمات پزشکی در مصلاهی یا مکانهای مشابه در خارج از محوطه بیمارستانها

در خصوص چگونگی پرداخت هزینه تخت و خدمات جنبی که در مصلی (یا مکانهای مشابه در خارج از محوطه بیمارستانها) به بیماران مبتلا به کرونا ارائه شده است. چنانچه استانداردهای تخت های احداثی در مراکز مذکور کتبا از سوی معاونت درمان دانشگاه مرتبط مورد ارزیابی و تایید قرار گیرند، موضوع جهت کسب تکلیف و تعیین تعرفه مرتبط به دبیرخانه شورایعالی بیمه ارسال و نتیجه به آن مدیریت منعکس خواهد شد.

ش ۷۱۲۶۵۴۴۷-۷/۱۱/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۷۱

موضوع: نحوه پرداخت هزینه تخت اکسترا

با عنایت به شیوع موج پنجم بیماری کووید-۱۹ و تکمیل ظرفیت مراکز ارائه دهنده خدمت و بیمارستانها، در صورتیکه بیمارستانی از تمامی ظرفیت تختهای فعال و تختهای بخش اورژانس خود استفاده نموده باشد و جهت ارائه خدمات به بیماران بستری کووید-۱۹ یا سایر بیماران اورژانسی نسبت به دایر کردن تخت اکسترا اقدام نماید با تایید معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ثبت خدمات در سیستم اطلاعات بیمارستانی مربوطه (HIS)، خدمات ارائه شده تحت پوشش توسط سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی معادل ۸۰ درصد تخت های عادی و بدون محدودیت زمانی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. لازم به ذکر است مصوبه مذکور از اول تیر ماه سال جاری لازم الاجرا است.

ش ۴۰۲۰/۹۷/۱۱۱۸-بخشنامه شماره ۹۷/۶/۱۵-۲۷۴۰۸۵۷۵

موضوع: خدمات و ملزومات مشمول ۶ درصد هتلینگ و پرستار

۱- ملزومات شامل ۶٪ هتلینگ و پرستاری: لباس یکبار مصرف، کاور کفش، روتختی، ملحفه، روبالشی، دروشیت، چسب، انواع سرنگ (بجز سرنگ گاوآژ و لاواژ)، باند ساده، گاز، دستکش غیر استریل، پنبه، والکل، بتادین، ساوین و آب اکسیژنه.

۲- وصل و انفوزیون سرم، انواع تزریقات وریدی و عضلانی، انواع پانسمان (بجز پانسمان های نوین)، خونگیرهای متناوب، گاوآژ، انما توسط پرستار، هزینه ملزومات و خدمات فوق جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمیشود و در ۶٪ هتلینگ لحاظ شده اند.

ش ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۶۹-بخشنامه شماره ۹۷/۹/۲۷-۳۱۴۷۱۶۳۲

ش ۴۰۲۰/۹۷/۱۸۲۹-بخشنامه شماره ۹۷/۹/۵-۳۰۹۶۵۱۲۵

موضوع: حق حرفه ای خدماتی که توسط پرستار انجام می گردد

هزینه حق حرفه ای خدماتی که در بخش سرپایی، توسط کادر پرستاری و با نظارت و مسئولیت پزشک معالج انجام می شوند، معادل ۵۰ درصد جزء حرفه ای خدمت ارائه داده شده (بر مبنای k ۱) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۳۵۶-بخشنامه شماره ۹۹/۳/۲۴-۵۴۲۹۲۱۹۸

موضوع: نحوه پرداخت اقلام ۶٪ خدمات پرستاری در پرونده های تحت نظر

در تبصره بند ۱ از ماده ۷ دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیمارستانی (صفحه ۲۹) ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات جنبی پرستاری و نیز نحوه پرداخت هزینه انواع سرنگ و تزریقات مورد اشاره قرار گرفته است در مورد سایر اقلام، موضوع در دبیرخانه شورای عالی بیمه در حال بررسی است.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۱۷۸۱-بخشنامه شماره ۹۹/۱۲/۲۴-۶۲۶۸۳۱۷۹

موضوع: نمونه گیری خون شریانی در بخشهای غیر از ICU

خدمت نمونه گیری خون شریانی در بخشهای غیر از ICU جزء خدمات پرستاری نبوده و قابل پرداخت است.

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: ویزیت همراه دبیریدمان سوختگی

در بخش سوختگی پرداخت هزینه ویزیت همراه با هزینه دبیریدمان به پزشک بلامانع است.

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: مشاوره رادیولوژی

مشاوره رادیولوژی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۰۳۲۸۳-۸۸/۵/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۳۲۹۲

موضوع: مشاوره دندانپزشکی

بنا به درخواست پزشک در صورت انجام مشاوره دندانپزشکی بر بالین بیمار بستری و نیز عدم امکان مشاوره سرپایی، مشاوره دندانپزشکی قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۰۱۷۸۴۳-۹۲/۲/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۳۲۱

موضوع: ویزیت متخصص اجتماعی

خدمات تخصصی پزشکان متخصص پزشکی اجتماعی در تعهد نبوده و ویزیت قابل پرداخت به ایشان معادل پزشک عمومی می باشد. (با توجه به ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۳۵ ویزیت بیماران سرپایی در مراکز دانشگاهی معادل متخصص و خدمات براساس کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت میباشد.)

ش ش ۲۹۳۱۶۰۶-۹۳/۴/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۷۹۹

موضوع: طب سنتی

تا اطلاع ثانوی تعرفه ویزیت و خدمات درمانی پزشکان طب سنتی تمام وقت در تعهد نمیباشد. (ویزیت و ویزیت دو کای متخصص طب سنتی ایرانی تا تاریخ ۹۹/۱۱/۷ طبق بخشنامه به ش ش ۴۹۹۰۲۸۹۸ مورخه ۹۸/۱۱/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۶۳ در تعهد قرار گرفته است.)

ش ش ۳۲۴۷۶۰-۹۳/۶/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۱۳۱۷

موضوع: نحوه محاسبه و پرداخت خدمات پزشکی متخصصین دارای فلوشیپ ICU
مشاوره در اورژانس وبخشها به استثناء ICU بارعايت قوانين مشاوره جهت فلوشیپ ICU بلامانع است.

ش ش ۴۲۹۵۱۵۴-۹۴/۱/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۵۸

موضوع: ویزیت و مشاوره داروساز بالینی
خدمات ویزیت و مشاوره داروسازان بالینی در تعهد سازمان بیمه گر نمی باشد.

ش ش ۲۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: ویزیت سرپایی اعضای هیئت علمی
تا اطلاع ثانوی هزینه ویزیت سرپایی اعضای هیئت علمی برابر با یک ویزیت متخصص یا فوق تخصص در بخش دولتی است.

ش ش ۵۶۳۷۹۳۸-۹۴/۹/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/ ۲۰۲۸

موضوع: مشاوره بیهوشی
ویزیت متخصصین بیهوشی در درمانگاهها تنها در صورتی قابل پرداخت است که جهت انجام مشاوره قبل از عمل جراحی انجام شده باشد. برگ ویزیت به صورت دو برگی همراه با درخواست پزشک معالج ارسال گردد.

ش ش ۶۷۱۰۵۲۰-۹۵/۳/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۴۹۲

موضوع: مشاوره روانپزشکی در بخش انکولوژی
انجام مشاوره روانپزشکی در بخش انکولوژی به صورت روتین وفق مقررات نمی باشد.

ش ش ۸۱۰۳۴۸۶-۹۵/۱۰/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

موضوع: مصوبه شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر

ویزیت سرپایی رزیدنت سال اول و دوم معادل ویزیت پزشک عمومی قابل پرداخت است.

ویزیت بستری رزیدنت سال اول و دوم قابل پرداخت نمی باشد.

خدمات ارایه شده توسط کلیه رزیدنت ها با رعایت کوریکولوم آموزشی قابل پرداخت است.

ش ش ۸۸۵۷۲۷۹-۹۶/۱۱/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۸۶

موضوع: طب سنتی

ویزیت و خدمات متخصص طب سنتی در تعهد سازمان نمیباشد. (ویزیت و ویزیت دو کای متخصص طب سنتی ایرانی تا تاریخ ۹۹/۱۱/۷ طبق بخشنامه به ش ش ۴۹۹۰۲۸۹۸ مورخه ۹۸/۱۱/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۶۳ در تعهد قرار گرفته است).

ش ش ۱۳۷۹۸۱۱۸-۹۶/۷/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۶۷/۱۵

موضوع: ویزیت اعضاء تمام وقت جغرافیایی

در خصوص نحوه پرداخت ویزیت اعضاء تمام وقت جغرافیایی با توجه به بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۵۶ مورخ ۹۴/۸/۱۶ معاونت محترم درمان، رعایت استاندارد حداکثر ۸ ویزیت در ساعت برای کلیه پزشکان متخصص، فلوشیپ، فوق تخصص و MD.PHD مشمول و حداکثر ۶ ویزیت در ساعت برای گروه روانپزشکی مطابق با دستورالعمل ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان ها ی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (برنامه چهارم طرح تحول نظام سلامت). در صورتیکه به دلیل شرایط و امکانات موجود رعایت این استاندارد میسر نگردد، تا سقف تعیین شده در بخشنامه مذکور براساس ۲کا و مازاد بر سقف مشخص شده میزان ۱کا مورد محاسبه و پرداخت قرار گیرد.

ش ش ۴۶۳۴۱۸۵-۹۶/۱۱/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۷۴

موضوع: نحوه پرداخت خدمات متخصصین بیهوشی و فلوشیپ های درد

۱- ویزیت سرپایی جهت متخصص بیهوشی، فوق تخصص ICU و فلوشیپ درد قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- در بیمارستان های دارای کلینیک بیهوشی، مشاوره بیهوشی در خصوص بیماران کاندید عمل جراحی در همان بیمارستان با ارائه مستندات لازم معادل ویزیت سرپایی متخصص قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۵۶۲۰۱-۹۷/۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۹۱

موضوع: ویزیت پزشکی قانونی

ویزیت متخصص پزشک قانونی فقط در بخشهای مسمومیت قابل پرداخت است.

ش ش ۴۲۹۱۴۲۸۳-۹۷/۳/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۵۰۹

موضوع: ویزیت پزشکی ورزشی

ویزیت تخصصی پزشکی ورزشی، در مراکز دانشگاهی در تعهد بیمه پایه میباشد.

ش ش ۵۲۹۲۵۱۶-۹۷/۵/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۷۷۸

موضوع: نحوه پرداخت مشاوره در طرح آنتی بیوتیک تراپی منطقی

در خصوص چگونگی پرداخت مشاوره به متخصصین عفونی یا فوق تخصص عفونی اطفال در طرح تجویز منطقی آنتی بیوتیک برای بیماران بستری که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است به اطلاع می رساند با توجه به محدودیت های شدید مالی سازمان های بیمه گر و عدم پیش بینی هزینه های این طرح، هزینه ای بابت مشاوره قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۶۲۸۲۸۴-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: مشاوره جراح

در صورتیکه پزشک معالج به پزشک جراح مشاوره دهد و این مشاوره منجر به جراحی گردد، هزینه مشاوره قابل محاسبه و پرداخت میباشد. در خصوص بیماران مراجعه کننده به اورژانس نیز در صورتیکه جهت بیمار پرونده بستری تشکیل گردیده ولی به هر دلیل به بخش منتقل نگردیده است، مشاوره منجر به جراحی قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۳۱۴۷۱۶۳۲-۹۷/۹/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۶۹

موضوع: تعیین وضعیت انکساری چشم و حدت بینایی

تعیین وضعیت انکساری چشم (کد ۹۰۰۲۳۵) و تست غربالگری برای اندازه گیری حدت بینایی (کد ۹۰۰۴۱۰) جزئی از خدمت ویزیت چشم پزشکی میباشد و جداگانه قابل گزارش و اخذ نمیشوند.

ش ش ۳۳۱۶۸۲۱۴-۹۷/۱۰/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۱۱۸

موضوع: خدمات و ویزیت متخصص طب کار و فلوشیپ بیماریهای خواب

خدمت پلی سومنوگرافی (با کد ۹۰۱۲۱۰ الی ۹۰۱۲۱۸) در زمره کدهای ستاره دار بوده و خدمات مربوط به متخصص طب کار و فلوشیپ بیماریهای خواب در تعهد سازمان نمیشود و ویزیت این گروه از پزشکان براساس تعرفه پزشک عمومی قابل پرداخت میباشد. (با توجه به نامه شماره شناسه ۴۳۸۸۶۱۷۸-۶/۲۳/۹۸ فلوشیپ های طب خواب، معادل متخصص محسوب میگردد)

ش ش ۳۷۶۲۳۹۲۱-۹۸/۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۱

موضوع: ویزیت متخصصین و فوق تخصص های کودکان

پرداخت حق الزحمه ویزیت به پزشکان متخصص و یا فوق تخصصی کودکان در گروه سنی تا پایان ۱۸ سال قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۳۸۰۶۵۶۴۶-۹۸/۲/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۶۲

موضوع: ابلاغ تعرفه گلوبال سال ۹۸

مشاوره بیهوشی در قالب کلینیک های بیهوشی در سر جمع هزینه اعمال گلوبال پرداخت شده و جداگانه پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۰۷۸۰۷۷۰-۹۸/۴/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۰۹

موضوع: فوق تخصص کودکان در آسم و آلرژی و PHD ایمونولوژی

پزشکان فوق تخصص آسم و آلرژی در صورت ارائه مدرک معتبر فوق تخصصی در همان رشته (کودکان) میتوانند مبادرت به ویزیت فوق تخصص آسم آلرژی نمایند و سایر مدارک دیگری مثل PHD ایمونولوژی، جایگزین مدارک فوق تخصصی نبوده و متخصص کودکان در نظر گرفته میشوند.

ش ش ۴۱۹۶۴۱۵۵-۹۸/۵/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۸۴۹

موضوع: نحوه پرداخت هزینه مشاوره در بخش اورژانس

در صورتیکه درخواست مشاوره متخصص طب اورژانس و انجام مشاوره توسط سایر تخصصها و انتقال بیمار به سرویس تخصصی مورد نیاز، هزینه مشاوره معادل ویزیت روز اول قابل محاسبه و پرداخت است. (ویزیت روز اول قابل محاسبه نمی باشد).

با عنایت به اینکه موضوع "نحوه پرداخت هزینه ترخیص مشاوره در بیماران طب اورژانس" در دبیرخانه شورایعالی بیمه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دست اقدام و بررسی است باشد و از طرفی پرداخت دو ویزیت در یک روز برای یک پزشک جایگاه قانونی ندارد تا اطلاع ثانوی هزینه ای جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۲۹۶۵۰۴۹-۹۸/۵/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۰۶

موضوع: خدمات ژنتیک

کد ۹۰۱۴۷۵ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (خدمات ژنتیک پزشکی و مشاوره ژنتیک) قابل محاسبه و پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۳۸۸۶۱۷۸-۹۸/۶/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۲۴۹

موضوع: نحوه پرداخت تعرفه ویزیت برخی از فلوشیپ ها

فلوشیپ های آسیب شناسی چنانچه از یکی از رشته های تخصصی همان رشته موفق به اخذ فلوشیپ آسیب شناسی شده باشند، تعرفه ویزیت متخصص قابل محاسبه و پرداخت می باشد و در صورتیکه فلوشیپ های مذکور پس از تحصیل در رشته آسیب شناسی در محل آزمایشگاه ارائه خدمت نمایند، ضمن درج نام آنها به عنوان یکی از مسئولین فنی مرکز پاتولوژی، تنها تعرفه خدمات آسیب شناسی قابل محاسبه می باشد.

فلوشیپ های طب خواب، درمان اعتیاد، بیماریهای ایدز بالینی، دندانپزشکی بیمارستانی و سالمند شناسی معادل تعرفه ویزیت متخصص می باشد.

ش ش ۴۵۶۴۱۱۰۱-۹۸/۸/۶-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۱۴

موضوع: نحوه پرداخت هزینه خدمت با ویزیت

در صورت انجام ویزیت همزمان با خدمت (مانند انجام انواع آندوسکوپی های غیر اورژانس، تست ورزش، جراحیهای سر پایی و...) که توسط یک پزشک انجام می شود، در صورتیکه هزینه خدمت بالاتر از هزینه ویزیت باشد هزینه خدمت، و در غیر اینصورت مبلغ ویزیت محاسبه و پرداخت گردد. لازم به ذکر است پرداخت هزینه ویزیت همراه خدمت در یک جلسه امکانپذیر نمی باشد.

ش ش ۴۵۵۴۸۶۵۶-۹۸/۹/۲۰-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۰۷

موضوع: ویزیت بیهوشی

محاسبه و پرداخت هزینه مشاوره بصورت سرپایی در مراکز جراحی محدود مقدور نمی باشد.

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: ویزیت بالای ۱۸ سال توسط فوق تخصص و فلوشیپ اطفال- ویزیت متخصصین پزشک اجتماعی- ویزیت ایمونولوژی پزشکی

- ویزیت فوق تخصص و فلوشیپ بیماران بالای ۱۸ سال در مراکز درمانی اطفال: ویزیت بیماران مزمن و خاص که از دوران کودکی در حال درمان هستند معادل فوق تخصص قابل محاسبه و پرداخت میباشد، در غیر اینصورت ویزیت معادل متخصص قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

- ویزیت متخصصین پزشکی اجتماعی: در صورت انجام خدمت براساس کوریکولوم آموزشی و استاندارد زمانی ویزیت در مراکز ارائه خدمت دولتی و دانشگاهی جهت بیماران سرپایی، ویزیت معادل متخصصین و یا خدمات براساس کتاب ارزش نسبی توسط سازمانهای بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت میباشد همچنین در صورت فعالیت به صورت تمام وقت جغرافیایی و یا اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی پرداخت به صورت دو کا قابل پرداخت میباشد.

- ویزیت رشته ایمونولوژی پزشکی با پایه پزشک عمومی (MD-phD): در صورت انجام خدمات تشخیصی-درمانی تخصصی براساس کوریکولوم آموزشی در مراکز ارائه دهنده خدمت جهت بیماران سرپایی، ویزیت معادل MD-phD (متخصص) توسط سازمانهای بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت میباشد. همچنین در صورت فعالیت پزشکان مذکور به صورت تمام وقت جغرافیایی و یا اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی پرداخت به صورت دو کا قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۵۱۸۶۵۰۸۵-۹۸/۱۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۸۳

موضوع:متخصصین طب ورزشی

ویزیت متخصصین طب ورزشی، برابر با تعرفه ویزیت متخصص تعیین گردیده و صرفاً در بخش دانشگاهی در تعهد سازمان می باشد.

ش ش ۵۲۴۵۲۴۴۹-۹۹/۲/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۳

موضوع:ویزیت رزیدنت سال سوم و چهارم رادیولوژی و پاتولوژی

در خصوص ویزیت رزیدنت های سال سوم وچهارم رادیولوژی و یا پاتولوژی به اطلاع می رساند چنانچه این پزشکان در اورژانس بیمارستانهای دانشگاهی خارج از فیلد تخصصی خود اقدام به ویزیت نمایند، هزینه معادل ویزیت پزشک عمومی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۵۷۲۶۹۶۶۲-۹۹/۵/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۶۸

موضوع:ویزیت رزیدنت سال ۲و۱

۱-پذیرش بیمار جهت بستری(نوشتن دستور بستری)توسط رزیدنت های سال ۲و۱بلامانع است.

۲-ویزیت های بستری(ویزیت روز اول، ویزیت روز دوم و روزهای بعد، ویزیت روز ترخیص) فقط به رزیدنت های سال ۳ و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت است.

۳-پرداخت هتلینگ جهت بیماران تحت نظری که پس از شش ساعت تعیین تکلیف می شوند، با توجه به سطح تریاژ و کارشناسی مندرجات پرونده، قابل بررسی و پرداخت خواهد بود.

۴-در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ساعت، کلیه خدمات ارائه شده بدون احتساب تخت روز با فرانشیز بستری قابل پرداخت است.

ش ش ۶۸۵۸۷۹۳۷-۱۴۰۰/۳/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۵۰۹

ش ش ۶۲۴۳۷۹۹۷-۹۹/۹/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۵۵

ش ش ۴۹۹۰۲۸۹۸-۹۸/۱۱/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۶۳

موضوع:پوشش بیمه ای ویزیت متخصصین طب سنتی

ویزیت متخصصین طب سنتی ایرانی تا زمان پاسخ استعلام از دبیرخانه شورای عالی بیمه کماکان طبق نامه شماره ۱۶۹ مورخه ۹۸/۹/۱۹ قابل پرداخت بوده و در صورت رعایت شرایط تمام وقتی،تعرفه ویزیت به شکل ۲کا نیز قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۶۸۷۸۸۸۵۷-۱۴۰۰/۳/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۵۰۸

موضوع: دادنامه شماره ۹۹۰۹۹۷۰۹۰۵۸۱۱۹۱۵ مورخ ۹۹/۱۲/۱۲ هیات عمومی دیوان عدالت اداری

در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش های ویژه می باشند به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم، به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیپ یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسئول فنی بخش ویژه معرفی گردیده است روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۷۰۳۱۹۴۹۷-۱۴۰۰/۵/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۱۹

موضوع: پرداخت ویزیت به رزیدنت سال دوم رشته تخصصی اطفال

در خصوص نحوه پرداخت هزینه ویزیت بستری به دستیاران رشته تخصصی اطفال به استحضار می رساند با عنایت به بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۹/۶۶۸ مورخ ۱۳۹۹/۵/۱۴ صرفاً تعرفه ویزیت دستیاران سال سه و بالاتر رشته های تخصصی، معادل تعرفه ویزیت متخصص قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۷۰۳۵۱۰۹۶-۱۴۰۰/۵/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۴۹

موضوع: ویزیت فلوشیپ سم شناسی بالینی

در خصوص پرداخت تعرفه ویزیت جهت پزشکان دارای مدرک فلوشیپ سم شناسی بالینی، در صورت انجام ویزیت در بخش اورژانس و یا بخش های بستری، محاسبه و پرداخت تعرفه ویزیت معادل تعرفه فلوشیپ بلامانع است. بدیهی است در صورتیکه پزشکان فوق مشمول آیین نامه "تمام وقتی" باشند، تعرفه مربوطه براساس ۲ کا نیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۷۱۳۸۶۹۷۸-۱۴۰۰/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۷۱

موضوع: هزینه ویزیت بستری بیماران کرونایی به سایر متخصصین

با توجه به شرایط بحرانی و کمبود متخصصین مرتبط در برخی از بیمارستانهای دانشگاهی، پرداخت هزینه ویزیت روزانه بیماران کرونایی بستری در بخش به سایر متخصصین از جمله طب اورژانس با تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، تا اطلاع ثانوی بلامانع است.

ش ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۵۵۲ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۸/۲۲-۷۱۳۱۸۴۰۸

ش ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۰۸ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۶/۱-۷۱۳۷۱۹۹۵

ش ش ۴۰۲۰/۹۵/ ۲۷۲۶ شماره بخشنامه ۹۵/۱۲/۹-۸۵۳۰۹۲۱

موضوع: مشاوره تغذیه

مشاوره تغذیه با رعایت شرح کد ۹۰۱۷۱۰ فقط در بیماران دیابتیک، فشار خونی، کلیوی و قلبی، گوارش و سرطانی قابل پرداخت است و برای هر دوره بستری با درخواست پزشک معالج و اندیکاسیون های ذکر شده در شرح کد مذکور، تحت پوشش بیمه پایه قرار دارد.

کد ۹۰۱۷۴۵ (با شرح کد، تدوین و تجویز رژیم درمانی برای بیماران بستری برای یک دوره درمان) در بیماران دیابتیک، فشار خونی، کلیوی و قلبی قابل پرداخت است.

در حال حاضر مشاوره تغذیه فقط برای متخصصین تغذیه و PHD های تغذیه قابل پرداخت می باشد.

برای بیماران تنفسی (پنومونی، سل و آسم) در تعهد نمی باشد.

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: كا۲ سنگ شكن

سنگ شكن ضربه ای مشمول محاسبات ۲ كا نمی باشد.

ش ش ۴۷۵۰۰۹-۸۸/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۸۸/۳۸۸۹

موضوع: پرداخت كا۲ به متخصصین پزشکی قانونی

پزشك قانونی در بخش مسمومیت مراكز طرف قرارداد می تواند مشمول دریافت ۲ كا باشد

ش ش ۸۵۵۱۷۶-۸۹/۱۱/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۶۷۵۱

موضوع: لزوم امضاء ومهر شرح عمل های كا۲ توسط عضو هیئت علمی

در صورتی که شرح خدمت توسط رزیدنت زیر نظر عضو هیات علمی ممهور گردد، می بایست توسط پزشك هیات علمی نیز تایید گردد در غیر این صورت مشمول ۲ كا نمی شود.

ش ش ۱۱۶۱۵۶۳-۹۲/۴/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۷۰۸

موضوع: فعالیت پزشكان دو كا در مطب

اعضای هیات علمی ومشمول كا۲ حق فعالیت در مطب را ندارند.

ش ش ۴۲۸۶۳۱۶-۹۴/۱/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۳۰

موضوع: خدمات سونوگرافی

پرداخت ۲K به خدمات سونوگرافی در بخش های دولتی منوط به درج گزارش و انتقال اطلاعات به سیستم جامع دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی می باشد.

ش ش ۴۳۱۸۰۷۱-۹۴/۱/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۲- (باتوجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۳۰ و ش ش ۲۹۸۱۸۶۱۱ باطل گردید)

موضوع: نحوه پرداخت كا۲ در بخشهای واگذار شده به بخش خصوصی

از آنجاییکه برابرآیین نامه ۲ K افراد تمام وقت حق فعالیت در بخش خصوصی را ندارند، در صورت واگذاری بخش های بیمارستان دولتی به بخش خصوصی ۲ K به افراد شاغل در آن تعلق نمی گیرد .

ش ش ۵۷۴۳۷۹۵-۹۴/۱۰/۵ شماره بخشنامه ۲۱۳۶ / ۴۰۲۰/۹۴

موضوع: كا۲ هیئت علمی

۱- اصلاحیه آیین نامه دو كا: مطب پروانه پزشكان مشمول آیین نامه پرداخت ۲ كا توسط دانشگاه مربوطه ضبط و با مسئولیت رئیس دانشگاه به سازمان های بیمه گر پایه اعلام می گردد.

۲- در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشكان ارائه دهنده خدمت، صرفاً بابت حق العمل جراحی و بیهوشی دو كا پرداخت می گردد.

ارزش نسبی تام	جزء فنی				جزء حرفه ای (ارزش های تام)				شرح خدمت	كد ملی
	داروی ایمنو سابر سبو	هتینگ	اتاق عمل	پاراکلینیک	ویزیت و مشاوره سایر	ویزیت و مشاوره	تفرولوژیست	تپو رشی		
۹۸۲,۵	بر اساس فاکتور	۳۶۰	۹۰	۵۰	۲۰	۱۷۰	۵۲,۵	۲۴۰	پیوند کلیه دهنده(زنده) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۵۰۰۰۹۰
۱۰۹۸,۷۵	بر اساس فاکتور	۳۲۵	۱۴۰	۴۵	۲۵	۱۸۰	۳۳,۷۵	۳۵۰	پیوند کلیه دهنده(جسد) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۵۰۰۰۹۵

ش ش ۶۱۲۹۰۰۱-۹۴/۱۲/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۶۸ (ضمائم نامه)

موضوع: مبناء پرداخت آئین نامه ۲کا

خدمات جراحی در اتاق عمل: کلیه این اقدامات می بایست توسط عضو هیأت علمی و یا با حضور و نظارت مستقیم وی در اتاق عمل انجام شود. در خصوص پزشکان درمانی تمام وقت می بایست خدمت توسط خود پزشک ارائه گردد.

در بیمارستان آموزشی در صورت انجام خدمت توسط رزیدنت در شرایط عدم حضور عضو هیأت علمی در مرکز آموزشی-درمانی ارائه خدمت، صرفاً به صورت یک کا پرداخت خواهد شد.

خدمات جراحی و پروسیجرهای سرپایی (از قبیل خدمات اورژانس، بخیه و...) : برای اینگونه خدمات حتماً حضور عضو هیأت علمی تمام وقت در بخش ارائه خدمت و نظارت وی ملاک می باشد. بدیهی است در صورت حضور عضو هیأت علمی و ارائه خدمت توسط دستیار تخصصی و مهمور بودن اسناد به مهر عضو هیأت علمی تمام وقت، اسناد به صورت دو کا پرداخت می گردد.

در صورت ارائه این خدمت در شرایط عدم حضور عضو تمام وقت در بخش، ارائه این خدمات در صورت انجام توسط پزشک دیگر/ رزیدنت، اسناد بصورت یک کا پرداخت می گردند.

خدمات تشخیصی آزمایشگاهی بدون نیاز تفسیر: برای اینگونه خدمات حتماً حضور عضو تمام وقت در مرکز ارائه خدمت و نظارت وی ملاک می باشد. در اینگونه خدمات با توجه به قبول مسئولیت عضو هیأت علمی یا پزشک درمانی تمام وقت، جزءحرفه ای اسناد بصورت دو کا پرداخت می گردند.

در کلیه مراکزی که حداقل در یک نوبت کار مسئول فنی تمام وقت داشته باشند، اسناد مطابق آئین نامه دو کا به نسبت نفر ساعت حضور عضو تمام وقت، بصورت دو کا پرداخت می گردد.

خدمات تشخیصی آزمایشگاهی نیازمند تفسیر (ژنتیک - پاتولوژی): در اینگونه خدمات در صورت گزارش و تفسیر خدمت توسط پزشک درمانی تمام وقت یا عضو هیأت علمی، جزءحرفه ای اسناد بصورت دو کا پرداخت می گردد.

خدمات تشخیصی تصویر برداری بدون نیاز به تفسیر (رادیوگرافی ساده): برای اینگونه خدمات حتماً حضور عضو تمام وقت در مرکز ارائه خدمت و نظارت وی ملاک می باشد. در اینگونه خدمات با توجه به قبول مسئولیت عضو هیأت علمی یا پزشک درمانی تمام وقت، جزءحرفه ای اسناد مطابق آئین نامه دو کا به نسبت نفر ساعت حضور عضو تمام وقت بصورت دو کا پرداخت می

گردند. (با توجه به بخشنامه ش ش ۷۱۹۹۲۴۲۵-۱۴۰۰/۷/۱۱- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۹۴ پرداخت دو کا خدمات رادیوگرافی منوط به داشتن گزارش خدمات مربوطه می باشد)

در کلیه مراکزی که حداقل در یک نوبت کار مسئول فنی تمام وقت داشته باشند، اسناد مطابق آئین نامه دو کا به نسبت نفر ساعت حضور عضو تمام وقت، بصورت دو کا پرداخت می گردند.

ش ش ۶۱۲۹۰۰۱-۹۴/۱۲/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۶۸—(ادامه از صفحه قبل)

موضوع: پرداخت آیین نامه ک۲

شیمی درمانی : براساس شرح کد (۹۰۱۵۴۰) در حال حاضر حضور پزشک در هنگام شیمی درمانی الزامی است.

براساس شرح کد مندرج در آخرین ویرایش مصوب کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به صورت دو کا قابل پرداخت خواهد بود.

همودیالیز : حداقل یک ارزیابی توسط عضو تمام وقت متخصص یا فوق تخصص در طی هر جلسه ارائه خدمت انجام شود.

در صورت عدم رعایت شرایط مذکور، اسناد بصورت یک کا محاسبه و پرداخت می گردد. (با توجه به ش ش ۴۰۳۷۱۷۹۴-
۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۷۶ حضور مستمر و فعال مسئول فنی یا جانشین وی در بخش دیالیز در ساعتها و
نوبتهای کاری درج شده در پروانه مسئول فنی الزامی است)

خدمات تشخیصی تصویر برداری نیازمند تفسیر (سونوگرافی، ام آر آی و انواع اسکن و...):

در اینگونه خدمات در صورت گزارش و تفسیر خدمت توسط پزشک درمانی تمام وقت یا عضو هیأت علمی، جزء حرفه ای اسناد بصورت دو کا پرداخت می گردد.

بیهوشی : کلیه این اقدامات می بایست توسط عضو هیأت علمی و یا با حضور و نظارت مستقیم وی توسط رزیدنت سال سوم و به بالا، در اتاق عمل انجام شود. در صورت رعایت این شرایط اسناد ارسالی بصورت دو کا پرداخت می گردد. در خصوص پزشکان درمانی تمام وقت می بایست خدمت توسط خود پزشک ارائه گردد.

در بیمارستان آموزشی در صورت انجام خدمت توسط رزیدنت (رزیدنت سال سوم و به بالا) در شرایط عدم حضور عضو هیأت علمی در مرکز آموزشی - درمانی ارائه خدمت صرفاً یک کا پرداخت خواهد شد.

ش ۶۱۲۹۰۰۱-۹۴/۱۲/۱۰-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۶۸

موضوع: اصلاحیه دستورالعمل یکپارچه سازی رویه های سازمانهای بیمه گر پایه

- ۱- پرداخت تعرفه دو کا ویزیت سرپایی اعضای هیات علمی و پزشکان درمانی تمام وقت جغرافیایی لازم الاجرا می باشد.
- ۲- در صورتی که بیمار با دستور انجام پروسیجرهای جراحی بستری شود، ویزیت بستری همراه خدمت قابل پرداخت نخواهد بود. اما چنانچه بیمار به علت بیماری طبی بستری و در طی این مدت نیازمند دریافت پروسیجر جراحی گردد ویزیت های بستری در قبل از انجام پروسیجر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود و یا اینکه در طی بستری جراحی دچار عارضه گردیده و ادامه بستری و درمان طبی الزامی گردد، ویزیت های دوران بستری طبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۳- در صورتی که رسیدگی به اسناد بیمارستانهای دانشگاهی بصورت رندوم توسط هریک از سازمانهای بیمه گر پایه صورت پذیرد، می بایست ضمن عقد تفاهم نامه فیما بین بیمارستان مربوطه و اداره کل سازمان بیمه گر پایه در استان موارد ذیل رعایت گردد:
 - حداقل ۳۰ درصد از اسناد مربوط به هر پزشک (کلیه خدمات ارائه شده) مورد رسیدگی قرار گیرد.
 - میزان ریز کسورات بر حسب اسناد مربوط به هر پزشک و نوع خدمات به بیمارستانهای دانشگاهی اعلام گردد.
 - پس از رسیدگی به اسناد، در صورت اعمال کسورات، امکان اعتراض به آن اسناد در بازه زمانی یک ماهه برای بیمارستانهای دانشگاهی میسر می باشد.
 - کسورات شامل اعمال مربوط به خدمات شایع گلوبال نمی گردد.
- ۴- در خصوص پرداخت گلوبال پیوند کلیه به شرح جدول پیوست اقدام گردد. لازم به ذکر است پرداخت دوکا تمام وقت جغرافیایی براساس آئین نامه گلوبال فقط به جراح و بیهوشی تعلق می گیرد و ویزیت و مشاوره را شامل نمی شود.
- ۵- در خصوص هتلینگ ایزوله مطابق استاندارد و در صورت نیاز بیمار، درخواست پزشک معالج مبنی بر ایزوله یا ایزوله معکوس بیمار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۶- پرداخت بیوپسی و آسپیراسیون و تزریق داخل مفاصل در صورت ارائه توسط فوق تخصص روماتولوژی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۷- کد پذیرش خدمات آزمایشگاهی (۸۰۰۰۰۵) یکبار در طی بستری و کد نمونه گیری (۸۰۰۰۰۱۰) روزانه یکبار در طی بستری براساس شرح کتاب ارزش نسبی در صورت انجام، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۱۷۷۳۸۱-۹۵/۱/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۷ (با توجه به ش ش ۳۱۶۶۵۰۷۶-۹۷/۹/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۳۸
ک۲ به متخصصین فک و صورت تعلق میگیرد)

موضوع: ک۲ خدمات دندانپزشکی

خدمات دندانپزشکی ، مشمول طرح پرداخت ۲k نمی باشد.

ش ش ۶۹۷۴۴۰۱-۹۵/۴/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۸۶۳

موضوع: مسئولین فنی ک۲ پاراکلینیک

پرداخت ۲k به مسئولین فنی پاراکلینیک مشمول طرح، منوط به اخذ تایید و ارسال نسخ از طریق وب سرویس یا پورتال معاونت درمان به صورت همزمان با ارایه خدمت و یا حد اکثر تا پایان همان روز کاری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۸۱۰۳۴۸۶-۹۵/۱۰/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

موضوع: ک۲ کای رزیدنت

دو کای هیات علمی برای رزیدنت ها غیر قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۱۰۸۹۹۶۰-۹۶/۴/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۹۰۷

موضوع: ک۲ فیزیوتراپی

در صورت انجام مستقیم خدمت فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست که دارای مدرک دکتری تخصصی (PHD) و یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی باشد، پس از اخذ تایید جلسات در پورتال معاونت درمان بصورت ک۲ قابل پرداخت است. و در صورت اینکه انجام دهنده مستقیم خدمت فیزیوتراپی، کارشناس و یا کارشناس ارشد فیزیوتراپی باشد، ک۲ قابل پرداخت نمیباشد.

ش ۱۱۸۱۳۷۹۸-۱۷/۷/۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۵۶۷

موضوع: ویزیت اعضاء تمام وقت جغرافیایی

در خصوص نحوه پرداخت ویزیت اعضاء تمام وقت جغرافیایی با توجه به بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۵۶ مورخ ۹۴/۸/۱۶ معاونت محترم درمان، رعایت استاندارد حداکثر ۸ ویزیت در ساعت برای کلیه پزشکان متخصص، فلوشیپ، فوق تخصص و MD.PHD مشمول حداکثر ۶ ویزیت در ساعت برای گروه روانپزشکی مطابق با دستورالعمل ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان ها ی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (برنامه چهارم طرح تحول نظام سلامت). در صورتیکه به دلیل شرایط و امکانات موجود رعایت این استاندارد میسر نگردد، تا سقف تعیین شده در بخشنامه مذکور براساس ک۲ و مازاد بر سقف مشخص شده میزان اکا مورد محاسبه و پرداخت قرار گیرد.

ش ۹۴۸۰۹۴۵۶-۲۴/۴/۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۶۳۰

موضوع: ک۲ در دیالیز

پرداخت جزء حرفه ای خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول ۲ کا بصورت ۱۹۰٪ میباشد. (سهم بیمار یا فرانشیز ۱۰٪، بصورت یک کا محاسبه میگردد).

ش ۱۱۸۶۱۱-۲۹۸۱۸۶-۶/۸/۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۳۰

موضوع: ک۲ بخش های برون سپاری شده

در کلیه بخشهای برون سپاری شده مراکز تشخیصی و درمانی دانشگاهی که پزشکان شاغل در این بخشها شرایط تمام وقتی در آیین نامه ک۲ را رعایت مینمایند، پرداخت ک۲ الزامی است.

ش ۳۱۶۶۵۰۷۶-۳۰/۹/۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۳۸

موضوع: ک۲ دندانپزشکی

در خصوص نحوه پرداخت ک۲ کا به متخصصین دندانپزشکی، تنها به متخصص جراحی فک و صورت با رعایت مقررات بصورت ۲ کا قابل پرداخت میباشد.

ش ۳۰۳۰۰۴۱-۹۷/۸/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۶۹

موضوع: کای تمام وقتی شیمی درمانی، دیالیز و رادیوتراپی-رادیوگرافی

به استثناء کد ۹۰۱۵۵۰ صرفاً یک ارزیابی توسط پزشک در طول دوره (جلسه) ارائه خدمت شیمی درمانی - دیالیز برای پرداخت دو کا کفایت مینماید و در صورت عدم ارزیابی، صرفاً یک کا قابل پرداخت است. صرفاً خدمات رادیوتراپی که دارای جزء حرفه ای میباشند حضور پزشک جهت پرداخت ۲ کا الزامی است.

-نیازی به الصاق ریبورت برای رادیوگرافی های ساده (بدون ماده حاجب) نمیباشد به استثناء موارد بررسی جهت شرح عمل جراحی (همانند سپتو پلاستی). (با توجه به بخشنامه ش ۷۱۹۹۲۴۲۵-۱۴۰۰/۷/۱۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۹۴ پرداخت دو کا خدمات رادیوگرافی منوط به داشتن گزارش خدمات مربوطه می باشد)

ش ۴۳۶۹۳۰۰۸-۹۸/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۱۷

ش ۴۰۳۷۱۷۹۴-۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۷۶

موضوع: ۲ کای خدمات همودیالیز

در صورت حضور تمام وقت مسئول فنی مشمول آئین نامه ۲ کا و انجام ارزیابی بیماران، ۹۰٪ جزء حرفه ای خدمت همودیالیز (بعنوان کای دوم) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۴۴۰۱۳۹۱۷-۹۸/۶/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۲۰۷

موضوع: مطب بعنوان کلینیک ویژه تمام وقتی

امکان عقد قرارداد با مطب های پزشکان تمام وقتی اعضاء هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی به عنوان کلینیک ویژه دانشگاهی امکانپذیر نمیباشد.

ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: متخصصین پزشکی اجتماعی

۲ کا جهت متخصصین پزشکی اجتماعی قابل پرداخت میباشد.

ش ۵۴۲۴۸۵۹۴-۹۹/۳/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۲۹۱

موضوع: سزارین بدون اندیکاسیون

۱- در موارد گلوبال سزارین بدون اندیکاسیون، معادل ردیف ۹۹۰۱۸۰ (زایمان طبیعی) اقدام گردد.

۲- برای سزارین بدون اندیکاسیون، کای دوم و کای ترجیحی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۵۳۶۰۷۶۸۵-۹۹/۴/۷ شماره بخشنامه ۴۳۶/۹۹/۴۰۲۰

موضوع: جابجایی پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی

۱- پزشکان تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از پزشکانی اطلاق می گردد که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی-درمانی و مراکز درمانی دولتی-دانشگاهی محل خدمت خود اشتغال داشته و فعالیت انتفاعی درمانی در قالب مطب و یا مراکز درمانی (خیریه، خصوصی، دولتی غیر دانشگاهی و عمومی غیر دولتی) در خارج از مرکز دانشگاهی را ندارند.

۲- پزشکان تمام وقت جغرافیایی شاغل در مراکز درمانی مناطق محروم دانشگاههای علوم پزشکی در صورت فعالیت در بیمارستان های عمومی غیر دولتی (مانند سازمان تامین اجتماعی و نیروهای مسلح) و سایر مراکزی که با تعرفه عمومی دولتی ارائه خدمت می کنند که با کسب مجوز مکتوب از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همچنان تمام وقت جغرافیایی محسوب می شوند بدیهی است حق الزحمه این پزشکان در بیمارستانهای عمومی غیر دولتی برابر تعرفه دولتی و بر مبنای ۱ کا خواهد بود (بر اساس بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳ مورخ ۱۴۰۰/۱/۷ - ش ۶۴۹۴۷۵۳۳ فعالیت در مراکز غیر دانشگاهی نظیر مراکز درمانی ناجا، منجر به خروج از دو کا می گردد).

۳- در صورت جابجایی پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به مناطق محروم مورد تایید هیئت وزیران با کسب مجوز معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در مراکز تابع دانشگاههای علوم پزشکی همچنان تمام وقت محسوب می شوند و اسناد ارسالی از هر دو محل فعالیت به صورت دو کا قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴- حق الزحمه پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی که به بیماران کرونایی در بخش غیر دولتی ارائه خدمات می نمایند مطابق رویه جاری سازمان و آیین نامه پزشکان دو کا محاسبه و هزینه آن در لیست جداگانه به این اداره کل جهت اتخاذ تصمیمات مقتضی ارسال گردد.

ش ۵۶۱۱۶۲۷۷-۹۹/۴/۱۶ شماره بخشنامه ۴۹۷/۹۹/۴۰۲۰

موضوع: نحوه اعمال آئین نامه پرداخت ک۲ برای مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک

در خصوص نحوه اعمال آئین نامه پرداخت ک۲ مسئولین فنی بخش های پاراکلینیک:

۱- خدمات سونوگرافی، CT Scan ، MRI ، آنژیوگرافی عروق محیطی، پزشکی هسته ای، پاتولوژی و ژنتیک

ضابطه و مبنای پرداخت: گزارش ممهور به مهر مسئول فنی مشمول ک۲

۲- خدمات آزمایشگاه تشخیص پزشکی و رادیوگرافی

ضابطه و مبنای پرداخت:

الف) براساس روزهای حضور مسئولین فنی مشمول ک۲

ب) نسبت مسئولین فنی مشمول ک۲ نسبت به غیر مشمولین

ش ش ۵۵۷۸۲۹۱۴-۹۹/۵/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۴۱

موضوع: نحوه پرداخت ۲ کا جهت خدمات تصویر بردای (MRI و CT) دورا پزشکی (تله مدیسین)

معونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، فهرست پزشکان تمام وقت جغرافیایی را به طور مکتوب به سازمان های بیمه گر پایه ابلاغ نموده و در صورت تغییر در لیست مذکور، تغییرات را به صورت ماهیانه به سازمانهای بیمه گر پایه ابلاغ نماید.

ضمیمه کردن یک نسخه از گزارش مربوطه به اسناد مثبته پرونده بیمار الزامی می باشد.

دسترسی به سیستم PACS، جهت راستی آزمایی اسناد مثبته مربوطه، توسط مراکز ارائه دهنده خدمت با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات در اختیار کارشناس ناظر سازمان های بیمه گر قرار گیرد.

ش ش ۶۱۷۸۱۶۳۹-۹۹/۹/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۴۲

موضوع: دستیاران سال آخر گروههای تخصصی پزشکی

خدمات ارایه شده توسط دستیاران سال آخر گروههای تخصصی پزشکی، تعرفه های متخصصین می باشد ولی براساس آئین نامه ک۲، تعرفه کی دوم به آنان تعلق نمی گیرد.

ش ش ۶۶۹۴۳۱۵۳-۱۴۰۰/۱/۲۴ شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳

ش ش ۶۴۹۴۷۵۳۳-۱۴۰۰/۱/۷ شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳

موضوع: نحوه پرداخت هزینه دو کا به متخصصین تمام وقت شاغل در مراکز غیر دانشگاهی

مطابق بند الف ماده ۱ آیین نامه دوکا، پرداخت دوکا مخصوص پزشکان متخصص تمام وقت مراکز آموزشی - درمانی و مراکز درمانی دولتی - دانشگاهی بوده و در صورت اشتغال در مراکز درمانی غیر دانشگاهی نظیر مراکز درمانی ناجا، از لیست دو کا خارج خواهند شد. در صورت فعالیت پزشکان دو کا در بیمارستانهای ملکی مناطق مورد نیاز سازمان، این پزشکان از شمول دو کا خارج نخواهند گردید.

ش ۷۱۹۹۲۴۲۵-۱۴۰۰/۷/۱۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۹۴

موضوع: ابلاغ آیین نامه پرداخت اعضای هیئت علمی و پزشکان تمام وقتی

تعریف اعضای تمام وقت جغرافیایی: اعضای هیئت علمی، پزشکان، پزشکان دارای مدرک دکترای تخصصی در علوم پایه و دکترای تخصصی که بصورت تمام وقت در مراکز دولتی دانشگاهی فعالیت می نمایند و حق فعالیت انتفاعی از جمله در مطب و مراکز درمانی (خیریه و موقوفه، خصوصی، دولتی غیر دانشگاهی و عمومی غیر دانشگاهی) را ندارند.

شرایط فعالیت پزشکان تمام وقت در دیگر دانشگاههای استان خود و یا استان مجاور: ۱- مجوز دانشگاه مبدأ- پذیرش دانشگاه مقصد با تعرفه دولتی ۳- ارائه مجوز از معاونت درمان و وزارت بهداشت به بیمه های پایه قبل از ارسال اسناد را داشته باشند.

شرایط فعالیت پزشکان تمام وقت در بیمارستانهای عمومی غیر دولتی مثل تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و سایر مراکزی که با تعرفه دولتی ارائه خدمت می نمایند: ۱- مناطق محروم دانشگاه باشد ۲- مجوز از معاون درمان وزارت بهداشت داشته باشد.

شرایط فعالیت پزشکان تمام وقت در مراکز تشخیصی درمانی تامین اجتماعی و نیروهای مسلح: ۱- مناطق محروم دانشگاه باشد ۲- پرداخت به این پزشکان توسط این مراکز معادل تعرفه دولتی باشد ۳- مجوز مکتوب از معاون درمان وزارت بهداشت داشته باشد ۴- اسناد ایشان نیز در بخش دولتی براساس ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت پرداخت می شود.

پزشکان شاغل در بخش های برون سپاری یا درون سپاری شده مراکز دانشگاهی: در صورت رعایت آئین نامه دو کا توسط پزشکان تمام وقت، پرداخت کا۲ بلامانع است.

شرایط ارائه خدمت پزشکان تمام وقت در مراکز با تعرفه غیردولتی (عمومی غیر دولتی تا خصوصی و خیریه) صرفاً جهت بیماران مشکوک/قطععی کرونا: ۱- تأیید معاون درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ۲- پرداخت در مرکز مقصد صرفاً با ضریب ریالی غیر تمام وقت توسط بیمه ها.

متخصصین داروساز بالینی تمام وقت جغرافیایی، (صرفاً برای خدمات تخصصی مربوط) ضریب ریالی تمام وقت جغرافیایی قابل محاسبه و پرداخت است.

متخصصین پرتودرمانی (رادیوتراپی) تمام وقت جغرافیایی، جزء حرفه ای کلیه خدمات بصورت دوکا قابل پرداخت است.

در خدمات دیالیز و شیمی درمانی، انجام یک ارزیابی توسط پزشک در طول ارایه خدمت دیالیز/همودیالیز و یک ارزیابی توسط پزشک در طی جلسه تجویز شیمی درمانی، کافی است.

بخش رادیولوژی: جزء حرفه ای کلیه خدمات سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی (MRI) و آنژیوگرافی عروق محیطی براساس گزارش ممهور به مهر پزشک تمام وقت جغرافیایی، براساس ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد.

ادامه از صفحه قبل

تبصره- خدمات دورا پزشکی(تله مدیسین)(تصویربرداری)، با رعایت موارد زیر جهت خدمات تصویربرداری ام آر آی(MRI) و سی تی اسکن(CT scan) توسط سازمانهای بیمه گر پایه، قابل محاسبه و پرداخت است:

الف- معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است فهرست پزشکان تمام وقت جغرافیایی(مشمول تبصره این بند) را بطور مکتوب به سازمان های بیمه گر پایه ابلاغ و در صورت تغییر در فهرست مذکور، تغییرات را بصورت ماهانه به سازمانهای بیمه گر پایه ابلاغ نماید.

ب- ضمیمه کردن یک نسخه از گزارش مربوط به اسناد مثبت پرونده بیمار الزامی می باشد.

پ- دسترسی به سامانه بایگانی و ارتباطات تصویر(سیستم PACS) مشابه سایر اسناد مثبت، جهت راستی آزمایی اسناد مثبت مربوط، توسط مراکز ارایه دهنده خدمت با رعایت اصل محرمانگی اطلاعات در اختیار کارشناس ناظر سازمانهای بیمه گر پایه قرار می گیرد.

پزشکی هسته ای: جزء حرفه ای کلیه خدمات پزشکی هسته ای گزارش ممهور به مهر پزشک تمام وقت مصوب سالانه هیئت وزیران محاسبه و پرداخت می شود.

آسیب شناسی(پاتولوژی) و ژنتیک: جزء حرفه ای کلیه خدمات آسیب شناسی(پاتولوژی) و ژنتیک با گزارش ممهور به مهر پزشک تمام وقت جغرافیایی، قابل پرداخت می باشد.

ملاک پرداخت اسناد خدمات آزمایشگاه تشخیصی -طبی به صورت تمام وقت جغرافیایی اطلاعات ثبت شده در سامانه نسخه الکترونیک می باشد.(بنا به اظهار آقای داوردان در وبینار مهر ماه ۱۴۰۰ در توضیح این دستورالعمل، تنها در صورت ارسال اسناد در پرتال سازمان، قابل پرداخت می باشد.)

تبصره- خدمات ارایه شده توسط سازمان انتقال خون مرتبط با فرآورده های خونی شامل تمام وقت جغرافیایی نمی باشد.

خدمات رادیوگرافی: در خصوص اسناد رادیوگرافی، پرداخت اسناد به صورت تمام وقت جغرافیایی منوط به داشتن گزارش خدمات مربوط می باشد و در صورت عدم ارایه گزارش اسناد به صورت ضریب ریالی پزشکان غیر تمام وقت محاسبه و پرداخت می گردد.

تبصره- پرداخت اسناد بخش های پیرا پزشکی(پاراکلینیک) برای دکترای تخصصی(ph.D) پیراپزشکی(پاراکلینیک)تنها برای خدماتی که مرتبط با حیطه تخصصی فرد می باشد، ضریب ریالی جزء حرفه ای تمام وقت جغرافیایی پرداخت می گردد.فهرست خدمات مرتبط با حوزه های تخصصی مختلف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(آزمایشگاه مرجع سلامت) اعلام می گردد.

در بخش های پارامدیكال مانند واحدهای توانبخشی شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، بینایی سنجی، شنوایی سنجی و همچنین تغذیه، روانشناس بالینی یا سلامت و سایر موارد مشابه، صرفاً برای ارایه کنندگان دارای مدرک دکترای تخصصی (PH.d) که بصورت تمام وقت جغرافیای فعالیت می کنند، ضریب تمام وقت جغرافیایی محاسبه و پرداخت می گردد.

مرجع تعیین کننده و مسئولیت تشخیص و صحت تمام وقت جغرافیایی بودن به عهده ریاست دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوط می باشد.

دانشگاههای علوم پزشکی باید مشخصات ایشان را که شامل نام و نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی، نوع تخصص، تصویر حکم حقوقی یا رابطه قرارداد پزشک با ذکر درجه علمی، ضبط پروانه مطب و گواهی ریاست دانشگاه مبنی بر تمام وقت بودن را رسماً از طریق سامانه های ماشینی (مکانیزه) به سازمان های بیمه گر پایه اعلام نمایند.

دانشگاه باید پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی جدید را به محض احراز شرایط به سازمان های بیمه گر پایه معرفی نماید. و همچنین به محض حذف شرایط تمام وقت مراتب را روزانه به سازمان های بیمه گر پایه اطلاع دهند.

برای پزشکان قراردادی که متقاضی در صورت داشتن پروانه مطب ارایه گواهی مبنی بر ضبط یا تحویل پروانه به همراه سایر مستندات الزامی است.

در خصوص پرداخت تمام وقتی پزشکان سرباز نیز مجاز است.

در صورت احراز موارد مغایر با شرایط تعیین شده برای پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی، اقدامات نظارتی زیر به ترتیب قابل انجام است:

۱- شصت درصد (۶۰٪) جزء حرفه ای تمام وقتی جغرافیایی از زمان شروع تخلف و یا اسناد یکسال گذشته پزشک مربوط (در صورت عدم احراز زمان شروع تخلف) غیر قابل پرداخت است. تمام کارانه وی نیز در طول این مدت از سوی مراکز درمانی دانشگاهی قابل پرداخت نیست.

۲- در صورت عدم اخذ پروانه مطب معتبر از پزشک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درجه اعتبار بخشی بیمارستان مقصد را به مدت یک سال یک درجه کاهش می دهد و پرداخت توسط سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی با تعرفه پایین تر، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳- در صورت فعالیت در مراکز جراحی محدود و مراکز تشخیصی درمانی سرپایی پروانه مسئول فنی مرکز مربوط توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابطال می گردد و سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی نسبت به تعلیق قرارداد با مرکز مربوط اقدام نمایند.

۴- تذکر کتبی به بیمارستان مبدا و معرفی پزشک مربوط از سوی دانشگاه محل خدمت به هیئت تخلفات اداری کارکنان یا اعضای هیئت علمی یا لغو قرارداد حسب نوع رابطه استخدامی.

تبصره ۱- سازمانهای بیمه گر پایه موظفند به طرق مختلف از جمله گزارش ناظرین بیمارستانی، بررسی اسناد پزشکی، بازرسین سازمان، ارتباط با سایر بیمه های پایه و تکمیلی و بررسی اسناد خسارت متفرقه نسبت به عدم اشتغال پزشکان موضوع این ماده در خارج از مراکز دانشگاهی اطمینان حاصل نمایند.

تبصره ۲- از زمان ابلاغ این آیین نامه، دانشگاههای علوم پزشکی مکلفند در صورتی که دارای پزشک تمام وقت با پروانه مطب هستند، پروانه وی را ضبط و گواهی ضبط را ضمیمه اسناد تمام وقتی جغرافیایی نمایند.

- برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پیراپزشکی) (پاراکلینیکی) و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمانهای بیمه گر پایه با اعمال ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت قابل محاسبه و پرداخت است. پرداخت تمام وقت جغرافیایی تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات، ارزش نسبی پایه هر خدمت (ضریب پزشکان غیر تمام وقت جغرافیایی) می باشد.

تبصره - در موارد شایع (گلوبال) در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمات، صرفاً بابت حق العمل جراحی، بیهوشی و معاینه (ویزیت) اولیه نوزاد تازه متولد شده، ارزش نسبی با اعمال ضریب ریالی جزء حرفه ای پزشکان تمام وقت محاسبه و به سر جمع هزینه شایع (گلوبال) اضافه می گردد.

- ضرایب مربوط به تعرفه های ترجیحی مناطق محروم از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و به جزء حرفه ای کلیه خدمات بستری بالای شش ساعت (درج اقامت) (هتلینگ) در صورتحساب بیمار) ارائه شده توسط پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت تا حداکثر (۲) برابر ارزش نسبی مربوط (با احتساب سهم بیمه پایه) حسب درجه محرومیت منطقه اضافه می شود. به عبارت دیگر سهم سازمانهای بیمه گر پایه برای پزشکان غیر تمام وقت جغرافیایی در ضریب محرومیت منطقه ضرب و بخش تعرفه ترجیحی مناطق محروم محاسبه می گردد.

تبصره ۱- جزء فنی مشمول ضریب تعرفه ترجیحی نمی گردد.

تبصره ۲- ملاک محاسبه تعرفه ترجیحی مناطق محروم برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت، ضریب ریالی پزشکان غیر تمام وقت می باشد.

تبصره ۳- تغییر در ضرایب تعرفه ترجیحی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیئت وزیران انجام می گردد.

تبصره ۴- برای خدمات پیراپزشکی (پاراکلینیک) اسناد بستری، پرداخت ضریب تعرفه ترجیحی و مناطق محروم، برحسب درجه محرومیت منطقه به استثنای خدمات آزمایشگاه تشخیصی-طبی و رادیوگرافی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

- مناطق دانشگاهی می توانند از کلیه افراد در صورت ارائه خدمات توسط پزشکان تمام وقت جغرافیایی با اعمال ضریب تمام وقتی، تعرفه مربوط را اخذ نمایند.

ادامه از صفحه قبل

تبصره ۱- خدمات خارج از پوشش بیمه و خدمات جراحی زیبایی ارایه شده توسط پزشکان تمام وقت جغرافیایی با اعمال ضریب تمام وقت جغرافیایی اعمال می گردد.

تبصره ۲- در تخت های با خدمات رفاهی ویژه در بخش دولتی، براساس مصوبه هیئت وزیران سقف تعهد بیمه های تکمیلی حداکثر تا سقف تعرفه خصوصی می باشد و در صورت سقف پرداختی بیمه های تکمیلی نباید از سقف تعرفه مذکور بالاتر محاسبه و درخواست گردد.

- خدمات دندانپزشکی مشمول این آیین نامه نمی باشد و مطابق مصوبه هیئت وزیران و دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات دندانپزشکی محاسبه و پرداخت می گردد.

- این آیین نامه برای کلیه سازمانهای بیمه گر پایه و مراکز دانشگاهی لازم الاجرا می باشد.

ش ش ۱۰۴۴۵۲۹-۹۲/۳/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۴۲۴

موضوع:انجام MRI و CT SCAN با بیهوشی

بیهوشی در CT Scan و MRI تنها در موارد درخواست پزشک معالج و انجام بیهوشی عمومی و با حضور مستمر متخصص بیهوشی قابل پرداخت بوده و در موارد Sedation خوراکی هزینه ای تعلق نمی گیرد. (براساس ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷ سدیشن وریدی نیز قابل پرداخت می باشد)

ش ش ۴۲۱۳۷۸۵-۹۳/۱۲/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۶۷۲

موضوع: عوارض بی حسی رژیونال

درمان عوارض بیحسی رژیونال در تعهد نمیباشد وهزینه بعهدہ ارائه کننده خدمات میباشد.

ش ش ۴۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع:بیهوشی

به آنژیوگرافی بیهوشی تعلق نمی گیرد.

ملاک محاسبه بیهوشی پایه بیهوشی بیشتر می باشد.

هزینه کلینیک بیهوشی در تعهد سازمانهای بیمه گر نمی باشد. (این مورد با ش ش ۱۸۵۱۴۶۳۴-۹۶/۱۱/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۷۴ باطل گردید)

ش ش ۵۶۳۷۹۳۸-۹۴/۹/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۰۲۸

موضوع:ویزیت متخصصین بیهوشی

ویزیت متخصصین بیهوشی در درمانگاهها،تنها در صورتی قابل محاسبه وپرداخت است که جهت انجام مشاوره قبل از عمل جراحی (درج آن در نسخه بیمار و ارسال به صورت دو برگی به همراه برگه درخواست پزشک معالج)انجام گرفته باشد.

دستورالعمل ها وبخشنامه های بیهوشی و آی سی یوها

ش ش ۶۹۵۱۶۱۳-۹۵/۴/۲۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۸۳۴

موضوع: محاسبات بیهوشی

- در کدهای دارای ارزش پایه بیهوشی صفر در صورتی که از بی حسی لوکال توسط متخصص بیهوشی و یا جراح استفاده شود، هزینه ای بابت بی حسی قابل محاسبه نمی باشد.
- استند بای اعمال اینترونشنال قلب بر اساس کد تعدیلی ۶۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

روش بیهوشی	طرز محاسبه ارزش تام بیهوشی
General , Spinal , Regional , Epidural	پایه + زمان + ریکاوری + کدهای تعدیلی (طبق ضوابط موجود در کتاب ارزش نسبی)
Stand by , IV Sedation	فقط پایه + زمان قابل پرداخت است. ریکاوری و کدهای تعدیلی قابل پرداخت نیست.
Local Anesthesia	در صورتیکه پروسیجری ذاتاً نیاز به یکی از روش های بیهوشی ذکر شده در بالا را داشته باشد، در ضمن در کتاب ارزش نسبی نیز برای این خدمت پایه بیهوشی مشخص شده باشد و جراح اقدام به بی حسی لوکال نماید، ۲۰٪ از حق العمل به عنوان هزینه بیهوشی به جراح تعلق می گیرد و هزینه ای بابت این روش (بی حسی موضعی) به متخصص بیهوشی تعلق نمی گیرد.

ش ش ۸۵۲۹۶۱۷-۹۵/۱۲/۹ شماره بخشنامه ۲۷۲۸/ ۴۰۲۰/۹۵

موضوع: خدمات بیهوشی در خدمات CT Scan و MRI

کدهای تعدیلی بیهوشی در خدمات CT Scan و MRI به شرح ذیل می باشد:

کد	شرح	ارزش نسبی بیهوشی
۷۰۳۰۶۰	بیهوشی برای خدمات CT Scan، سی تی آنژیو یا آنژیوگرافی	۴
۷۰۴۳۵۰	بیهوشی برای انجام خدمات MRI، پت اسکن و اسپکت	۵

ش ش ۱۷۹۵۱۰۱۳ - ۹۶/۱۱/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۲۶۱

موضوع: ضوابط اجرایی اصلاحیه مراقبتهای مدیریت شده شماره (۷) :

۱- در بخشهای مراقبت ویژه (ICU و NICU) دارای ۶ تخت یا بیشتر، حضور پزشک مقیم الزامی می باشد تعداد پزشک مقیم مورد نیاز براساس جدول ذیل قابل محاسبه می باشد.

ردیف	مجموع تعدادتخت مراقبت ویژه در بیمارستان	تعداد پزشک مقیم مورد نیاز در هر شیفت
۱	۶-۱۲ تخت	۱
۲	۱۳-۲۴ تخت	۲
۳	۲۵-۳۶ تخت	۳
۴	به ازای هر ۱۲تخت اضافه	۱

۲- در صورتی که یک پزشک مقیم در هر شیفت از تعداد ذکر شده در بند ۱ کمتر باشد، ۹۰٪ تعرفه مصوب هتلینگ بخش های مراقبت ویژه (NICU و ICU) و در صورتی که دو پزشک مقیم یا بیشتر در هر شیفت از تعداد ذکر شده در بند ۱ کمتر باشد، ۷۰٪ تعرفه مصوب هتلینگ بخش های مراقبت ویژه (NICU و ICU) در کلیه پرونده های بخش های مذکور در همان ماه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (با توجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۵۶۲ مورخ ۹۹/۱۱/۱۱ - ش ش ۶۳۹۳۷۱۴۴ مبنای محاسبات درصد تعدیلات تغییر نموده و بر اساس فرمول می باشد).

۳- در بخش های مراقبت ویژه (NICU و ICU) بیمارستانهای دولتی دانشگاهی که نیاز به حضور بیش از یک پزشک مقیم در هر شیفت می باشد، پزشک دوم به بعد می تواند به صورت یک در میان از بین رزیدنت های سال سوم و بالاتر (مطابق با تخصص های مندرج دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۷ و اصلاحیه آن) انتخاب گردد. به طور مثال در صورتی که به دو پزشک مقیم در هر شیفت نیاز باشد پزشک اول می بایست از متخصصین واجد شرایط و پزشک دوم می تواند از رزیدنت های فوق الذکر انتخاب گردد. همچنین در صورت نیاز به سه پزشک مقیم در هر شیفت، پزشک اول و سوم می بایست از متخصصین و پزشک دوم می تواند از بین رزیدنت های مربوطه انتخاب گردد.

۴- پزشکان مقیم در زمان مقیمی، نمی توانند در خارج از بخش های مراقبت ویژه (NICU و ICU) (درمانگاه، اتاق عمل، مشاوره و...) فعالیت نمایند.

۵- در یک بیمارستان، مجموع تعدادتخت های بخش های مراقبت ویژه (NICU و ICU)، ملاک عمل برای محاسبه تعداد پزشک مقیم مورد نیاز می باشد. (با توجه به ش ش ۴۰۲۵۲۱۷۹ - ۹۸/۳/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۵۲ مجموع تختهای ICU و NICU مجزا محاسبه می گردد)

موضوع: نحوه پرداخت خدمات متخصصین بیهوشی و فلوشیپ های درد

۱- ویزیت سرپایی جهت متخصص بیهوشی، فوق تخصص ICU و فلوشیپ درد قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- در بیمارستان های دارای کلینیک بیهوشی، مشاوره بیهوشی در خصوص بیماران کاندید عمل جراحی در همان بیمارستان با ارائه مستندات لازم معادل ویزیت سرپایی متخصص قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- در صورتیکه متخصص بیهوشی و یا فوق تخصص ICU بعنوان پزشک مقیم بخش ویژه ارائه خدمت نماید هزینه خدمات ارائه شده، در ۳۰ درصد هزینه هتلینگ بخش ویژه (با رعایت ضوابط و مقررات اعلامی سازمان) لحاظ گردیده و هزینه جداگانه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۴- در بخشهای ویژه ۵ تخت و کمتر فاقد پزشک مقیم، در صورت درخواست مشاوره از متخصص بیهوشی و یا فوق تخصص ICU هزینه مشاوره طبق ضوابط و مقررات سازمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- ارائه خدمات درمانی درد توسط فلوشیپ درد (صرفاً در بیمارستان ها و دی کلینیک ها) طبق کتاب ارزش نسبی با رعایت ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت است. لازم به ذکر است این خدمات برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۶- در بیمارستان هایی که دارای بخش مراقبت ویژه بسته (CLOSED ICU) میباشد فوق تخصص مراقبت های ویژه بعنوان پزشک معالج بیماران ایفای نقش مینماید و برای ایشان ویزیت روزانه بستری قابل محاسبه و پرداخت میباشد. لازم به ذکر است دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی موظف به پرداخت روزانه فقط یک ویزیت بستری میباشد و ویزیت روزانه جداگانه به سایر تخصصها تعلق نمی گیرد. این گروه از همکاران نمی توانند به صورت همزمان پزشک مقیم بخش مراقبت ویژه و پزشک معالج باشند، اضافه مینماید، در ICU بسته، مسئولیت بیمار بعهدہ پزشک فوق تخصص ICU میباشد. (با توجه ش ۱۴۰۰/۴/۲۰-۶۹۹۹۳۲۸۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۳۲ در خصوص بخش های مراقبت ویژه شامل NICU-ICU-PICU که بصورت CLOSED توسط فلوشیپ و فوق تخصص های مرتبط، مطابق با استانداردهای CLOSED ICU معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویزیت یکبار در روز بطور جداگانه، علاوه بر حق الزحمه مقیمی، قابل محاسبه و اخذ می باشد.)

موضوع: چست تیوپ و فیزیوتراپی تنفسی در NICU

هزینه فیزیوتراپی تنفسی و چست تیوپ در ۳۰٪ هزینه هتلینگ NICU لحاظ شده و جداگانه قابل گزارش و پرداخت نمیشود. ضمناً کلیه بخشنامه های قبلی در این خصوص که با این بخشنامه مغایرت دارند لغو و بلا اثر اعلام میگردد.

ش ۳۵۰۶۸۷-۳۰۳۵۰۶۸۷/۸/۲۴-۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۵۰

موضوع: خدمات پزشکی فلوشیپ بیهوشی قلب - هزینه خدمت برونکوسکوپی

هزینه Arterial line و CVP line در اتاق عمل جراحی قلب پرداخت نمیشود و هزینه این خدمات در ارزش پایه بیهوشی لحاظ شده است.

هزینه خدمات مذکور در بخش ICU قابل پرداخت است.

هزینه خدمت برونکوسکوپی (درمانی یا تشخیصی) جهت متخصصین بیهوشی و فلوشیپ های رشته بیهوشی قابل پرداخت نمیشود.

ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۲۹۲۸۲۸۴۶/۸/۳۰-۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: پرداخت بیهوشی در MRI و CT SCAN

زمان ریکاوری برای اعمال جراحی با پایه بیهوشی صفر طبق تعریف کد تعدیلی ۳۱، قابل پرداخت نمیشود.

سدیشن بیمار جهت انجام MRI به صورت تام کد ۷۰۴۳۵۰ و بدون اعمال هر کد تعدیلی دیگری، قابل محاسبه و پرداخت به متخصص بیهوشی میباشد.

در مواردی که CT اسکن زیر نظر متخصص بیهوشی با سدیشن انجام میشود، به صورت تام کد ۷۰۳۰۶۰ و بدون هر کد تعدیلی دیگری، قابل محاسبه و پرداخت به متخصص بیهوشی میباشد. ضمناً چارت بیهوشی و رعایت قوانین مربوطه الزامی است.

ش ۳۱۸۶۴۲۴۲-۳۱۸۶۴۲۴۲/۹/۲۴-۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۴۹

موضوع: انجام Sedation در خدمات اینترونشنال

در صورتی که متخصص بیهوشی از یکی از روشهای بیهوشی IV sedation، standby (به استثنای استند بای اعمال اینترونشنال قلب و عروق) استفاده نماید، صرفاً کد پایه و زمان، قابل پرداخت و هیچ کد تعدیلی و ریکاوری قابل پرداخت نیست.

ش ش ۳۹۲۵۹۷۰۵-۹۸/۲/۳۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۴۰۳

ش ش ۳۲۲۴۷۶۰-۹۳/۶/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۱۳۱۷

موضوع: نحوه محاسبه و پرداخت خدمات پزشکی متخصصین دارای فلوشیپ ICU

پزشک متخصص بیهوشی دارای فلوشیپ آی سی یو، پزشک معالج نمیتواند باشد (بجز Close ICU)

در سایر بخش ها در صورت بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی و یا متخصصین فلوشیپ ICU هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ویزیت متخصص بیهوشی مقیم دارای فلوشیپ آی سی یو در هتلینگ لحاظ شده و جداگانه پرداخت نمیگردد.

در آی سی یوهای فاقد پزشک مقیم، ۳۰٪ هتلینگ ICU پرداخت نمیگردد.

مشاوره در اورژانس و بخشها به استثناء ICU با رعایت قوانین مشاوره جهت فلوشیپ ICU بلامانع است.

هزینه انجام بیهوشی در اتاق عمل توسط فلوشیپ ICU قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۰۲۵۲۱۷۹-۹۸/۳/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۵۲

موضوع: نحوه پرداخت هزینه مقیمی در ICU و NICU

جهت پرداخت هزینه ۳۰٪ هتلینگ بخشهای ICU و NICU با احتساب مجموع تختهای مذکور بطور جداگانه در یک بیمارستان و با رعایت آخرین اصلاحیه مراقبتهای مدیریت شده شماره ۷ قابل پرداخت میباشد در صورت حضور پزشک مقیم فقط در یک شیفت کاری در بخشهای ویژه، هزینه ۳۰٪ هتلینگ قابل پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۳۶۴۷۲۴۲-۹۸/۶/۶ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۳۳۵۳

موضوع: واجدین صلاحیت بیهوشی قلب

تمامی متخصصین آنستزیولوژی و مراقبت های ویژه ، از توانایی علمی و عملی جهت ارائه خدمات در حوزه بیهوشی قلب برخوردار هستند . لازم به ذکر است در شرایط یکسان ، اولویت ارائه خدمات در حوزه بیهوشی قلب ، با متخصصین دارای مدرک فلوشیپ قلب است و در صورت عدم دسترسی به متخصصین مذکور ، ارائه بیهوشی قلب توسط سایر متخصصین بیهوشی با سابقه فعالیت در بیهوشی قلب که مورد تایید معاونت درمان دانشگاه قرار می گیرند، امکان پذیر می باشد.

ش ش ۴۷۸۰۴۶۸۱-۹۸/۹/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۶۲

ش ش ۴۵۵۱۵۰۵۵-۹۸/۷/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۴۶۸

موضوع: آزمایشات اندازه گیری گازهای خونی و الکترولیت های خون در بخش مراقبت های ویژه

هزینه این خدمات جزء تجهیزات سرمایه ای بخش مراقبتهای ویژه بوده و در هتلینگ بخش مراقبت های ویژه لحاظ گردیده است و با عنایت به اینکه این بخش ها مسئول فنی واجد شرایط خدمات آزمایشگاهی ندارند، بابت انجام آن در بخش یا خارج از بخش هزینه ای جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

هزینه خدمت خونگیری از شریان برای آزمایش ABG (کد ۳۰۲۴۸۰) نیز در هتلینگ بخش مراقبت های ویژه منظور شده است و به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۴۷۸۴۵۹۷۵-۹۸/۹/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۶۱

موضوع: نحوه محاسبه پزشک مقیم بیهوشی در بخش های ویژه

کلیه بخش های مراقبت ویژه: بیماران سوختگی (BICU)، مراقبت ویژه بیماران جراحی قلب (ICU OH)، مراقبت ویژه اطفال (PICU)، مراقبت ویژه بیماران تنفسی (RICU)، بجز نوزادان (NICU) که خدمات و مراقبتهای ویژه جهت بیماران ارائه می دهند جزء بخشهای ICU بیمارستان تقسیم بندی می شوند.

ش ۴۸۶۴۵۴۵۷-۹۸/۱۰/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۰۹

موضوع: انجام setting دستگاه ونتیلاتور

Setting دستگاه ونتیلاتور در بخش های ویژه جزئی از ویزیت یا مشاوره پزشک متخصص بیهوشی است.

ش ۵۰۲۵۴۲۸۱-۹۸/۱۱/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۸۹

موضوع: ویزیت و اقدامات تشخیصی درمانی دردهای حاد و مزمن

در خصوص پرداخت ویزیت و اقدامات تشخیصی-درمانی دردهای حاد و مزمن به متخصصین محترم بیهوشی در کلینیک بیهوشی، در تعهد سازمانهای بیمه گر نمیباشند.

خدمات مدیریت درد بعد از عمل جراحی و یا دردهای مزمن ابلاغی وزارت بهداشت، تعهد سازمانهای بیمه گر پایه در خصوص خدمات ارائه شده توسط متخصصین بیهوشی در سه گروه زیر قابل ارائه می باشد:

(۱) کدهای بیهوشی جهت اعمال جراحی

(۲) ویزیت متخصص بیهوشی در کلینیک بیهوشی برای بیماران کاندید عمل جراحی در آن بیمارستان با ارائه مستندات لازم

(۳) کد تعدیلی ۴۳ کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جهت مدیریت تزریق داروی مسکن برای کنترل درد حاد بعد از عمل و یا دردهای مزمن (سرطانی و غیر سرطانی)، از طریق پمپ و یا کاتتر های مرکزی (اپیدورال یا ساب آراکنوئید)، به صورت مداوم یا منقطع بولوس، در بیمارستان به طور گلوبال (۷/۵ واحد) و یک بار در طول بستری قابل پرداخت بوده و برای تزریق های محیطی نیز غیر قابل گزارش و اخذ می باشد.

ش ۵۸۶۲۷۷۵۸۶-۹۹/۵/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۴۰

موضوع: بیهوشی در خدمات اینترونشنال قلب

در خصوص هزینه بیهوشی در خدمات اینترونشنال قلب و عروق خدمت EPS Ablation دارای پایه بیهوشی صفر بوده و در اغلب موارد نیازی به بیهوشی ندارد، هزینه بیهوشی برای این خدمت قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

در مورد تعبیه ICD، چنانچه بنا به درخواست پزشک معالج بیمار تحت IV sedation قرار گیرد، با حضور مستمر پزشک بیهوشی و الصاق مستندات لازم (چارت بیهوشی، درج زمان شروع و پایان عمل در برگه شرح عمل و چارت بیهوشی و ذکر داروهای تجویزی در چارت بیهوشی) و رعایت ضوابط مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، هزینه بیهوشی (پایه بیهوشی + زمان) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۵۹۸۱۷۲۸۰-۹۹/۷/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۴

موضوع: نحوه پرداخت هزینه تخت های ICU تخصیص داده شده جهت درمان بیماران مبتلا به کرونا

محاسبه و پرداخت هزینه هتلینگ ICU تخصیص داده شده جهت درمان بیماران مبتلا به کرونا تا اطلاع ثانوی صرفاً برای تخت هایی امکانپذیر خواهد بود که استانداردهای اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (فایل پیوست) را دارا بوده و مراتب رعایت و اجرای استانداردهای مورد نظر در بازدیدهای به عمل آمده به تایید نماینده/کارشناس ناظر مدیریت درمان استان رسیده باشد (با رعایت ضوابط اعلامی جهت پزشک مقیم ICU). بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای اعلامی مبنای محاسبه هزینه هتلینگ تعرفه مصوب هیات وزیران بوده و هزینه سایر خدمات ویژه مانند وصل به ونتیلاتور، انجام ABG، ویزیت روزانه پزشک معالج و ویزیت متخصص بیهوشی (صرفاً در قالب مشاوره) کماکان به صورت جداگانه و با رعایت سایر ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ۵۷۳۱۳۰۰۵-۹۹/۹/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۸۷

موضوع: هزینه ویزیت های بستری به متخصصین بیهوشی در بخش های بستری بجز ICU

ویزیت های بستری در بخش های غیر از ICU (شامل ویزیت روز اول، ویزیت روز دوم و به بعد و ویزیت روز ترخیص)، جهت متخصصین محترم بیهوشی قابل محاسبه نیست و در صورت نیاز بیمار به ویزیت بیهوشی، با درخواست پزشک معالج هزینه در قالب مشاوره قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ش ۶۳۹۳۷۱۴۴-۹۹/۱۱/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۵۶۲

ش ش ۵۲۶۸۶۲۱۳-۹۹/۸/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۰۸

موضوع: نحوه محاسبه مقیمی پزشکان ICU

۱- چنانچه بیمارستانی برای بخشهای ICU (به ازای ۶ تخت یا بیشتر) پزشک مقیم تامین ننماید (یا بطور کامل پزشک مقیم وجود نداشته باشد) ۳۰٪ هزینه در هر ماه از کل هزینه هتلینگ ICU، کسر می گردد و در این حالت هزینه جزء حرفه ای خدمات ارائه شده توسط پزشکان متخصص شامل کدهای (۳۰۰۳۳۵-۹۰۱۰۸۵-۳۰۲۴۸۰-۹۰۰۶۱۰) کتاب ارزش نسبی، در هر ۲۴ ساعت تا سقف ۱۶ کا بصورت یک کا جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است جزء فنی خدمات مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- اگر پزشکان مقیم بیمارستان برخلاف برنامه اعلامی در شیفت های موظف خود حضور نداشته باشند از کل هزینه هتلینگ ICU درخواستی آن ماه، ۴۰٪ کسر می گردد.

۳- در صورت تامین ناکافی پزشکان مقیم ICU (با توجه به تعداد تخت های ICU بیمارستان)، هزینه مقیمی مطابق فرمول زیر محاسبه و پرداخت می گردد.

$$\text{درصد قابل پرداخت هتلینگ تخت ویژه} = (1/1 \times 30\% \times \frac{\text{تعداد تخت فاقد مقیم}}{\text{تعداد تخت موجود}}) - 100\%$$

۴- اگر بیمارستان براساس برنامه اعلام شده، در یک یا دو شیفت کاری پزشک مقیم معرفی ننماید در این صورت به ازای هر شیفت کاری، ۱۰٪ از هزینه هتلینگ ICU روزانه هر بیمار کسر خواهد شد.

برای مثال:

الف) اگر بیمارستانی با داشتن ۳۰ تخت ICU دارای دو پزشک مقیم باشد به دلیل تامین ناکافی پزشکان مقیم (داشتن ۲ مقیم به جای ۳ مقیم) طبق فرمول ۹۳/۴ درصد از هتلینگ درخواستی، قابل محاسبه و پرداخت است:

$$100\% - (\frac{6}{30} \times 30\% \times 1/1) = 93/4$$

ب) اگر در یک بیمارستان با داشتن ۳۰ تخت ICU و ۳ پزشک مقیم، طبق برنامه اعلامی بیمارستان پزشک مقیم در یک شیفت کاری تامین نگردد، ۱۰ درصد به ازای هر شیفت کاری کسر خواهد شد.

ج) چنانچه در یک بیمارستان، هر دو حالت (۲ و ۱) همزمان با هم رخ دهد (یعنی داشتن ۲ پزشک مقیم به جای ۳ پزشک و نداشتن پزشک مقیم در یک شیفت کاری) کافی است در فرمول بجای عدد ۱۰۰، عدد ۹۰ قرار داده شده (یعنی کسر ۱۰٪) و سپس با استفاده از فرمول کسور عدم تامین کافی پزشک مقیم و محاسبه زیر، ۸۳/۴ درصد قابل محاسبه و پرداخت است:

$$90\% - (\frac{6}{30} \times 30\% \times 1/1) = 83/4$$

ادامه از صفحه قبل

د) اگر بیمارستان مطابق برنامه اعلامی اظهار نماید دارای ۳ پزشک مقیم بوده و روزانه در هر سه شیفت پزشک مقیم حضور میابند ولی در بازرسی های انجام شده مشخص گردد یک شیفت فاقد پزشک مقیم است، در این صورت ۴۰ درصد تعرفه هتلینگ ICU همان ماه کسر خواهد شد.

- احیای قلبی-ریوی (کد ملی ۹۰۰۶۱۰)

- کمک تنفسی ممتد و نگهداری به کمک دستگاه تهویه مکانیکی به ازای هر روز خارج از بخش های مراقبت های ویژه (کد ملی ۹۰۱۰۸۵)

- لوله گذاری داخل تراشه به طور اورژانس (کد ملی ۳۰۰۳۳۵)

- خونگیری از شریان (ABG) تشخیصی (کد ملی ۳۰۲۴۸۰)

تبصره ۱: در خصوص نحوه محاسبه تعداد تخت های مراقبت ویژه بیمارستان برای تعداد پزشک مقیم، مجموع تخت های فعال انواع بخش های ICU در کل بیمارستان (BICU, MICU, PICU...)، ملاک محاسبه خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت وجود چند بخش NICU، تعداد کل تخت های NICU ملاک محاسبه خواهد بود.

ش ش ۶۷۵۳۸۷۲۰ - ۱۴۰۰/۲/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۵۹

ش ش ۶۱۲۸۷۳۰۶ - ۹۹/۸/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۰۷

موضوع: شرایط مقیمی دستیاران تخصصی کودکان در بخش ICU و ped.ICU

خدمات دستیاران اطفال در دو سال آخر تحصیل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان (NICU) و کودکان (ped.ICU) به عنوان پزشک مقیم (نفر دوم) به شرط اخذ گواهی معتبر از معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بیمارستان های با بیش از ۱۲ تخت مراقبت ویژه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. مغایرت های احتمالی در هنگام بررسی پرونده ها و بازدید های نظارتی، جهت گزارش به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، به اداره کل گزارش گردد. (با توجه به ش ش ۶۸۲۰۹۰۷۵ - ۱۴۰۰/۱۲/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۷۸ شرط صدور گواهی دستیاران اطفال دو سال آخر تحصیل در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) و کودکان (ped.ICU) به عنوان پزشک مقیم (نفر دوم) از شرایط مقیمی دستیاران تخصصی رشته اطفال حذف شده است.)

ش ۵۷/۶۸۷۸۸۸۵۷-۱۸/۳/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۵۰۸/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: دادنامه شماره ۹۵۸۱۱۹۱۵ مورخ ۹۹/۱۲/۱۲ هیات عمومی دیوان عدالت اداری

در مراکزی که فاقد پزشک مقیم در بخش های ویژه می باشند به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم، به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیپ یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسوول فنی بخش ویژه معرفی گردیده است روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

ش ۸۳/۶۹۹۹۳۲۸۳-۲۰/۴/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۷۳۲/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: حق الزحمه مقیمی در انواع بخش های مراقبت ویژه

۱- در خصوص بخش های مراقبت ویژه شامل NICU-ICU-PICU که بصورت CLOSED توسط فلوشیپ و فوق تخصص های مرتبط، مطابق با استانداردهای CLOSED ICU معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویزیت یکبار در روز بطور جداگانه، علاوه بر حق الزحمه مقیمی، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۲- جهت محاسبه تعداد پزشک مقیم، تعداد تخت به تفکیک نوع بخش های مراقبت ویژه اعم از ICU-PICU-NICU بطور جداگانه ملاک محاسبه می باشد.

۳- رشته های تخصصی پزشکان مقیم، مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در خصوص نحوه ارایه خدمت در بخش های مراقبت ویژه شامل NICU-ICU-PICU ملاک عمل و لازم الاجرا می باشد.

ش ۱۵/۷۲۳۱۳۰۱۵-۲۹/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۲۱۰/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: کشت خون (Blood Culture) در بخش مراقبتهای ویژه

هزینه انجام آزمایش کشت خون مانند سایر آزمایشات تشخیص طبی صرفاً در صورت حساب آزمایشگاه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۷۱۲۰۸۷۳۱-۱۴۰۰/۶/۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۱۴

موضوع: پرداخت هزینه تختهای ICU جهت درمان بیماران مبتلا به کرونا

شامل صورتحسابهای مربوط به بیماران پذیرش شده از تاریخ ۹۹/۶/۱۱ به بعد می باشد.

محاسبه و پرداخت هزینه هتلینگ ICU تخصیص داده شده جهت درمان بیماران مبتلا به کرونا تا اطلاع ثانوی صرفاً برای تخت هایی امکانپذیر خواهد بود که استانداردهای اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (فایل پیوست) را دارا بوده و مراتب رعایت و اجرای استانداردهای مورد نظر در بازدیدهای به عمل آمده به تایید نماینده/کارشناس ناظر مدیریت درمان استان رسیده باشد(با رعایت ضوابط اعلامی جهت پزشک مقیم ICU) در صورت عدم رعایت استانداردهای اعلامی مبنای محاسبه هزینه هتلینگ تعرفه مصوب هیات وزیران بوده و هزینه سایر خدمات ویژه مانند وصل به ونتیلاتور، انجام ABG، ویزیت روزانه پزشک معالج و ویزیت متخصص بیهوشی(صرفاً در قالب مشاوره) کماکان به صورت جداگانه و با رعایت سایر ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ش ۷۸۲۰۹۰۷۵-۱۴۰۰/۱۲/۱۷-شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۷۸

موضوع: اصلاح مصوبه شرایط مقیمی دستیاران تخصصی رشته کودکان

شرط صدور گواهی دستیاران اطفال دو سال آخر تحصیل در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان(NICU) و کودکان(ped.ICU) به عنوان پزشک مقیم (نفر دوم) از شرایط مقیمی دستیاران تخصصی رشته اطفال حذف و دستیاران مذکور بدون نیاز به گواهی خاص می توانند به عنوان پزشک مقیم معرفی شوند.

ش ۳۳۷۵۴۹-۸۸/۴/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۸۸/۲۹۲۷

موضوع: داروی بوتولیوم (دیسپورت)

داروی Botulinium A Toxin در موارد زیبایی در تعهد سازمان نبوده و در موارد درمانی نظیر درمان Strabismus. Hemifacial spasm. Belparospasm. Spasmodictorticollis و سایر بیماریها مطابق موارد مذکور در کتب مرجع قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۷۵۶۲۴۲۶-۹۵/۷/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۵۱۸

موضوع: دارو و خدمات بستری بیماران پیوند اعضا

در خصوص داروهای پیوند:

در پیوند کبد، قلب، ریه، روده، پانکراس و مغز استخوان، هزینه هتلینگ، دارو، پاراکلینیک، لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل به صورت گلوبال پرداخت می گردد. لذا نسخ حاوی داروهای بیماران کاندید این اعمال (همچون ATG) که در زمان بستری تجویز شده است، قابل محاسبه و تایید نمی باشد.

بدیهی است کلیه داروهای تجویز شده برای جلوگیری از رد پیوند که پس از عمل تجویز می گردد کما فی السابق در تعهد و قابل تایید و پرداخت است.

ش ۱۴۸۴۰۶۷۷-۹۶/۹/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۰۷۴

موضوع: فاکتورهای انعقادی

از تاریخ ۹۶/۱۱/۱ تحویل انواع فاکتورهای انعقادی در بخش بستری و بستری موقت پس از ثبت در پورتال معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی و اخذ تاییدیه قابل محاسبه و پرداخت خواهند بود.

ش ۳۵۰۱۵۹۵۶-۹۷/۱۱/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۶۳

موضوع: تجویز سوماتروپین در IVF

داروی سوماتروپین در افراد کاندید IVF قابل پرداخت نمی باشد .

ش ۴۳۲۹۹۵۲۰-۹۸/۵/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۶۰

موضوع: رادیو داروی پت اسکن

هزینه رادیو دارو برای خدمت ارائه شده (پت اسکن) در تعهد نمی باشد.

ش ۴۲۳۶۲۲۹۱-۹۸/۶/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۴۵۹

موضوع: داروی DYSPORT و SUNITINIB

-تجویز داروی DYSPORT در جهت پروفیلاکسی از میگرن مزمن در حال حاضر در تعهد سازمان نمی باشد.

-داروی SUNITINIB با توجه به دستورالعمل های ارسالی در Urothetial cell carcinoma مورد تأیید نمی باشد.

ش ش ۴۷۹۴۷۶۲۷-۹۸/۹/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۶۸

موضوع: داروی آلتپلاز جایگزین داروی رتپلاز در سکتة قلبی

داروی آلتپلاز تنها در صورت تجویز در بیمارستان جهت بیماران مبتلا به سکتة حاد ایسکمیک مغزی در تعهد سازمانهای بیمه گر قرار دارد و در سکتة های قلبی قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۳۳۳۶۴۵-۹۹/۲/۱-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۳

موضوع: لزوم اخذ اصالت داروهای مشمول طرح کنترل و رهگیری دارو در بخش بستری

در خصوص لزوم اخذ اصالت و کد رهگیری دارو برای برخی از داروهای مورد مصرف در بخش بستری مانند فاکتورهای انعقادی، تنها پس از تأیید اصالت از طریق پورتال معاونت درمان و الصاق رسید تأییدیه اخذ شده در پرونده بیمار، قابل پرداخت می باشند.

ش ش ۵۳۳۳۲۹۷۱-۹۹/۲/۱۳-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۵

موضوع: در تعهد بیمه قرار گرفتن داروی ماسیتنتان

داروی **MACITENTAN** مشروط به تجویز در درمان پر فشاری اولیه با فرانشیز ۱۰ درصد، در تعهد می باشد.

ش ش ۵۵۱۶۲۸۸۲-۹۹/۳/۲۴-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۳۵۷

موضوع: داروی ماسیتنتان

پزشکان متخصص قلب و فوق تخصص ریه مجاز به تجویز داروی ماسیتنتان هستند.

ش ش ۵۳۱۷۲۷۱۰-۹۹/۴/۹-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۶۰

موضوع: داروهای مورد مصرف در درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹

پرداخت داروهای **oseltamivir** و **kaletra (lopinavir/ritonavir)** (که در درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹ مصرف میگردند ولی در لیست داروهای مورد تعهد سازمانهای بیمه گر پایه قرار ندارند)، در بخش بستری مراکز هیات مدیره ای میلاد سلامت تامین اجتماعی (هلدینگ درمان)، ضمن نگهداری حساب هزینه های مربوطه بصورت جداگانه جهت اقدامات آتی، بلامانع است.

ش ۵۶۱۲۹۶۵۷-۹۹/۴/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۹۶

موضوع: اضافه شدن دارو جهت ثبت کد رهگیری و اخذ اصالت در بخش بستری

داروهای TRASTUZUMAB با نام تجاری Herceptin (کدهای ۲۴۸۱، ۵۲۸۳) و BEVACIZUMAB با نام تجاری Avastin (کدهای ۵۶۱۵، ۵۶۱۶) به جدول دارویی "الزام اخذ تأیید برای بیمار بستری" اضافه گردیده و محاسبه و پرداخت آنها منوط به ثبت کد رهگیری و اخذ اصالت دارو از طریق پورتال معاونت درمان و الصاق رسید تأییدیه اخذ شده به ازاء تعداد داروی مصرفی در پرونده بستری بیمار خواهد بود. (با توجه به ش ۵۶۷۹۱۶۸۱-۹۹/۵/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۸۹ ثبت کد رهگیری، اخذ اصالت دارو و الصاق پرینت تأییدیه داروی BEVACIZUMAB به پرونده بیماران مبتلا به اختلالات چشمی (یک دهم ویال صد میلی گرمی)، الزامی نیست).

ش ۵۷۱۸۹۸۰۲-۹۹/۵/۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۳۰

موضوع: حق فنی داروخانه

با عنایت به ضوابط و دستورالعمل های یکسان بیمه های پایه، سازمان های بیمه گر پایه تعهدی در خصوص محاسبه و پرداخت مدیریت خدمات دارویی داروخانه (حق فنی مسئول فنی داروخانه) ندارند.

ش ۵۷۲۳۴۵۵۵-۹۹/۵/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۳۹

ش ۵۷۰۴۲۶۰۱-۹۹/۵/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۰۳

موضوع: تجویز داروی اینترفرون در درمان بیماری کووید ۱۹

ملاک محاسبه و پرداخت داروهای تجویزی برای درمان بیماری کووید ۱۹، نسخه هفتم فلوچارت تشخیص و درمان کووید ۱۹ می باشد.

-داروهای ذکر شده در جدول زیر، صرفاً در درمان بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ قابل تجویز می باشد.

-محاسبه و پرداخت اینترفرون ها مطابق جدول در پرونده بستری، پس از ثبت در سامانه پورتال معاونت درمان، اخذ اصالت، ثبت کد رهگیری و الصاق رسید در پرونده بیمار بلامانع خواهد بود.

-در صورت ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان جهت تهیه دارو، مهمور بودن نسخه به مهر بیمارستان ضروری است. بدیهی است نسخ پس از ثبت و تایید از طریق پورتال معاونت درمان، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

سقف تعدادی قابل تجویز اینترفرون های مورد مصرف در درمان بیماری کووید ۱۹، حداکثر ۷ عدد به ازای هر بیمه شده می باشد

کدینگ و میزان مصرف داروهای جدید مورد مصرف در درمان بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ به شرح جدول زیر است.

سقف تعدادی در هر نسخه	دوز قابل تجویز	کد سازمانی	عنوان دارو
۴	یک روز در میان یک عدد بین ۵ تا ۷ روز	۹۸۱۹۸	INTERFERON BETA-۱A PARENTERAL ۱۲۰۰۰۰۰(IU)/۱ ml-۰.۵ML-CORONA
۴	یک روز در میان یک عدد بین ۵ تا ۷ روز	۹۸۱۹۹	INTERFERON BETA-۱A POWER PARENTERAL ۶۰۰۰۰۰۰ IU CRONA
۴	یک روز در میان یک عدد بین ۵ تا ۷ روز	۹۸۲۰۰	INTERFERON BETA-۱B POWDER FOR SOLUTION PARENTERAL ۳۰۰ ug-CRONA
۴	یک روز در میان یک عدد بین ۵ تا ۷ روز	۹۸۲۰۱	INTERFERON B ۱A ۴۴MCG/۰.۵ML-CRONA
۵۶	هر ۱۲ ساعت ۲ عدد/حداقل ۷ روز و حداکثر ۱۴ روز	۱۱۱۵۶	LOPINAVIR/RITONAVIR ۲۰۰/۵۰MG TAB
۱۴	یک قرص روزانه/حداقل ۷ روز و حداکثر ۱۴ روز	۵۱۹۴۶	ATAZANAVIR/RITONAVIR ۳۰۰mg/۱۰۰mg ORAL TABLET

ش ۴۰۲۰/۹۹/۶۸۹ شماره بخشنامه ۹۹/۵/۲۰-۵۶۷۹۱۶۸۱

موضوع: ثبت کد رهگیری و اخذ اصالت داروی BEVACIZUMAB در بیماران مبتلا به اختلالات چشمی

ثبت کد رهگیری، اخذ اصالت دارو و الصاق پربنت تأییدیه داروی BEVACIZUMAB به پرونده بیماران مبتلا به اختلالات چشمی (یک دهم ویال صد میلی گرمی)، الزامی نیست.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۸۴۵ شماره بخشنامه ۹۹/۶/۱۹-۵۸۷۶۱۳۸۴

موضوع: دوز تأیید داروی TERIPARATIDE

حداکثر تعداد قابل تأیید داروی TERIPARATIDE در هر ماه، به ازاء هر بیمه شده یک عدد(قلم) می باشد و در هنگام تشکیل پرونده باید در پورتال معاونت درمان ثبت گردد.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۶۷ شماره بخشنامه ۹۹/۷/۲۷-۶۰۲۲۷۴۲۸

موضوع: داروهای IVIG و آلبومین در بیماران پیوند کلیه

پرداخت داروهای IVIG و آلبومین در بیمارانی که مورد عمل پیوند کلیه قرار گرفته اند در صورت تجویز پزشک معالج هزینه داروی IVIG و در صورت انجام پلاسمافرزیس هزینه داروی آلبومین قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۵۵۵۶۵-۹۹/۸/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۸۱

موضوع: ثبت اصالت داروهای مصرفی در بخش بستری

پرداخت های بیمه ای و یارانه داروها منوط به اخذ شناسه ردیابی و رهگیری داروها در سامانه رهگیری و کنترل اصالت کالاهای سلامت محور سازمان غذا و دارو است، لذا ثبت کد رهگیری برای داروهای اعلام شده در بخش بستری الزامی است. شایان ذکر است چنانچه داروی برای یک بیمار تجویز گردد در پرونده همان بیمار قابل ثبت است و مدیریت مصرف باقی مانده دارو به عهده مرکز درمانی است.

ش ش ۴۰۴۶۶۴۰۴-۹۹/۸/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۳۲

موضوع: پوشش بیمه ای داروهای REMDESIVIR و FAVIPRAVIR

داروهای REMDESIVIR و FAVIPRAVIR در درمان بیماری کووید-۱۹ براساس پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در تعهد سازمان های بیمه گر قرار گرفته است.

ش ش ۴۵۳۲۴۵-۹۹/۹/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۱۳

موضوع: ثبت کد رهگیری و اخذ اصالت دارو در بخش بستری

مراتب ثبت کد رهگیری و اخذ اصالت دارو در راستای اجرای دستور اداری شماره ۲۷۳۳۱۸ مورخ ۹۹/۵/۲۸ رئیس محترم امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه صورت گرفته است و لذا لغو آن از سوی این سازمان امکانپذیر نیست. بدیهی است تا زمان ابلاغ دستورالعمل جدید از طرف مراجع ذیربط مفاد دستورالعمل ابلاغی لازم الاجرا خواهد بود.

ش ش ۴۶۲۰۴۶۲۰-۹۹/۱۰/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۴۶۴

موضوع: اخذ اصالت و ثبت کد رهگیری دارو در بیماران بستری

تحويل داروی IMMUNE GLOBULIN (کدهای ۱۷۷۷۳، ۸۷۹، ۵۸۴۲، ۵۸۴۳) تا اطلاع ثانوی بدون ثبت کد رهگیری در پرونده بیماران بستری، بلامانع است. (طی مذاکره شفاهی با خانم رحیمی مقدم در تاریخ ۱۴۰۰/۵/۱۹ با توجه به رفع مشکلات موجود، اخذ اصالت برای ivig باید صورت پذیرد).

ش ش ۶۴۲۶۸۰۱۴-۹۹/۱۱/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۵۶۱

ش ش ۶۲۵۷۵۷۶۶-۹۹/۹/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۷۱

موضوع: کنترل اصالت داروها در بیماران بستری

داروهای لیست پیوست در صفحه بعد، قبل از مصرف در بیماران بستری، نیاز به تشکیل پرونده در اسناد پزشکی را دارند، مابقی داروهای اصالتی (نیازمند تشکیل پرونده) در زمان بستری بیمار، نیازی به ارجاع جهت تشکیل پرونده در اسناد پزشکی را ندارند. مراتب جهت اقدام به کلیه مراکز بیمارستانی طرف قرارداد اطلاع رسانی گردد.

دستورالعمل ها و بخشنامه های دارو (لیست پیوست) از صفحه قبل

کد ژنریک	نام دارو
۱۶۱۶۴	ADALIMUMAB ۴۰MG/۰.۸ML INJ INJECTION
۰۵۶۱۵	BEVACIZUMAB ۱۰۰MG/۴ML VIAL INJECTION
۰۵۶۱۶	BEVACIZUMAB ۴۰۰MG/۱۶ML VIAL INJECTION
۰۷۰۸۸	BORTEZOMIB ۳.۵MG INJ INJECTION
۱۵۶۹۱	CETUXIMAB ۵MG/ML ۲۰ML VIAL INJECTION
۱۴۸۸۷	ERLOTINIB ۱۰۰MG TAB TABLET
۰۶۱۵۴	ERLOTINIB ۱۵۰MG TAB TABLET
۶۶۶۸۰	INFLIXIMAB ۱۰۰MG VIAL INJECTION
۶۶۶۸۱	INFLIXIMAB ۱۰۰MG VIAL INJECTION
۰۵۸۳۱	INFLIXIMAB ۱۰۰MG VIAL INJECTION
۶۶۶۸۴	RITUXIMAB ۱۰۰MG/۱۰ML VIAL INJECTION
۰۲۴۷۳	RITUXIMAB ۱۰۰MG/۱۰ML VIAL INJECTION
۶۶۶۷۹	RITUXIMAB ۱۰۰MG/۱۰ML VIAL INJECTION
۶۶۶۸۳	RITUXIMAB ۵۰۰MG/۵۰ML VIAL INJECTION
۶۶۶۷۸	RITUXIMAB ۵۰۰MG/۵۰ML VIAL INJECTION
۰۲۴۷۴	RITUXIMAB ۵۰۰MG/۵۰ML VIAL INJECTION
۰۸۴۴۸	SORAFENIB ۲۰۰MG TAB TABLET
۰۹۹۸۸	SUNITINIB MALATE ۱۲.۵MG CAP CAPSULE
۰۹۷۵۳	SUNITINIB MALATE ۲۵MG CAP CAPSULE
۰۷۸۰۴	SUNITINIB MALATE ۵۰MG CAP CAPSULE
۰۵۹۴۹	TEMOZOLAMIDE ۱۰۰MG CAP CAPSULE
۱۹۴۱۲	TEMOZOLAMIDE ۱۴۰MG CAP CAPSULE
۰۶۵۳۲	TEMOZOLAMIDE ۲۰MG CAP CAPSULE
۰۵۹۵۰	TEMOZOLAMIDE ۲۵۰MG CAP CAPSULE
۰۷۳۸۴	TEMOZOLAMIDE ۵MG CAP CAPSULE
۰۵۶۲۴	TEMOZOLOMIDE INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SOLUTION
۰۵۲۸۳	TRASTUZUMAB ۱۵۰MG VIAL INJECTION
۰۲۴۸۱	TRASTUZUMAB ۴۴۰MG VIAL INJECTION
۹۵۷۶	PROTHROMBIN COMPLEX CONCENTRATED ۵۰۰IU VIAL INJECTION
۱۷۳۷	ACTIVATED PROTHROMBIN COMPLEX CONC ۱۰۰۰ VIAL INJECTION
۱۹	ACTIVATED PROTHROMBIN COMPLEX CONC ۵۰۰ VIAL INJECTION
۹۱	ANTIHEMOPHILIC FACTOR IX ۱۰۰۰ IU VIAL INJECTION
۹۳	ANTIHEMOPHILIC FACTOR IX ۵۰۰ IU VIAL INJECTION
۵۱۹۵۱	ANTIHEMOPHILIC FACTOR IX ۶۰۰ IU VIAL
۲۶۸۲	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VII ۱,۲MG VIAL INJECTION
۹۴	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VII ۲,۴MG VIAL ۲,۴MG INJECTION
۹۵	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VII ۴,۸MG VIAL ۴,۸MG INJECTION
۱۴۴۵۶	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIIa ۱MG VIAL INJECTION
۱۴۴۵۷	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIIa ۲MG VIAL INJECTION
۱۳۲۳۸	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII (RECOMBINANT)
۱۲۵۴۴	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII (RECOMBINANT) ۵۰۰U VIAL INJECTION
۱۲۴۲۳	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII VONWILLEBRAND ۲۵۰IU VIAL INJECTION
۹۵۶۳	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII VONWILLEBRAND ۵۰۰/۱۲۰۰ IU VIAL INJECTION
۵۱۰۱۲	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII VONWILLEBRAND ۵۰۰/۵۰۰IU VIAL INJECTIO
۵۷۲۸	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII(RECOMBINANT) ۱۰۰۰U VIAL INJECTION
۲۲۴۱۹	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIIIVONWILLEBRAND ۱۰۰۰/۱۰۰۰ IU VIAL INJECTION
۱۴۶۶۴	ANTIHEMOPHILIC FACTOR XIII ۲۵۰U VIAL INJECTION
۱۴۶۶۴	ANTIHEMOPHILIC FACTOR XIII ۲۵۰U VIAL INJECTION

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳۱۱ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۲/۲۰-۶۷۶۹۴۲۹۷

موضوع: پرداخت هزینه داروهای خسارت متفرقه

بازپرداخت هزینه داروهایی که بیمارستان غیرطرف قرارداد شروط راهنمای تجویز را رعایت ننموده و یا تایید اصالت دارو را انجام نداده و بیمار به واحد خسارت متفرقه مراجعه نموده است، محاسبه و پرداخت آن بلامانع است.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳۵۵ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۲/۲۶-۶۷۹۶۳۲۸۷

موضوع: داروهای دارای کد اصالت

مواردی از مطالبه ی بهای داروهایی که کد اصالت برای آنها در بخش سرپایی گرفته شده و در صورتحساب بستری بیماران بیمه شده نیز درخواست گردیده است ناظرین بیمارستانی و کارشناسان رسیدگی معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی آن مدیریت با اعمال نظارت لازم از پرداختهای مضاعف در این خصوص پیشگیری نموده و از بازخورد نظارتی لازم نیز به بیمارستان مربوطه داده شود.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۵۰۵ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۳/۱۸-۶۷۹۵۲۸۲۱

موضوع: پوشش بیمه ای داروی سیتارابین- CYTARABINE

داروی ۱۰ ml **Cytarabine injection solution parenteral ۱۰۰ mg/۱ ml** با (کد ژنریک ۵۲۳۹۴) به لیست داروهای مورد تعهد سازمان های بیمه گر پایه گردیده است.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۶۴۰ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۴/۵-۶۹۵۲۳۸۶۳

موضوع: ارائه داروهای دارای شرط بیمارستانی از طریق نسخه الکترونیک

شایان ذکر است از ابتدای خرداد ماه ۱۴۰۰ تا اطلاع ثانوی داروهایی که دارای شرط "بیمارستانی" است از طریق سامانه نسخه الکترونیک قابل ارائه نمی باشد.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۴۳ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۴/۲۱-۶۹۸۹۰۹۲۹

موضوع: چگونگی تایید داروی (ALGLUCOSIDASE)

تایید نسخ دارویی حاوی داروی تخصصی ALGLUCOSIDASE برای بیماران مبتلا به بیماری پمپه که توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان معرفی و برای آنها سهمیه دارویی تخصیص یافته است (پس از ثبت تصویر معرفی نامه یا برگ تعیین سهمیه دارو در پرونده) بلامانع است.

ش ۱۹۰۵-۶۹۷۱۱۹۰/۴/۱۵ شمارة بخشنامه ۶۹۹/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: بازنگری بسته بیماران ام اس

درخصوص بازنگری بسته خدمتی بیماران ام اس، بهای مورد قبول و فرانشیز داروهای تخصصی مورد مصرف در بیماران ام اس به شرح جدول زیر تغییر خواهد نمود.

فرانشیز	قیمت	نام دارو	کد
۵٪	۱/۲۶۴/۰۰۰	AVONEX	۰۰۶۸۳
۵٪	۱/۳۸۰/۰۰۰	REBIF	۰۰۶۸۴
۵٪	۹۴۰/۵۰۰	BETAFERON	۰۰۶۸۵
۵٪	۹۴۰/۵۰۰	EXTAVIA	۱۶۷۷۰
۵٪	۱/۲۶۴/۰۰۰	CINNOVEX	۵۱۹۸۸

ش ۳۲۳-۷۰۵۵۵۳۲۳/۵/۱۴۰۰ شمارة بخشنامه ۸۳۰/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: رهگیری، ردیابی، کنترل اصالت و منوط نمودن پرداخت های بیمه ای به استعلام اصالت

بنا به نامه رئیس محترم ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز در خصوص "رهگیری، ردیابی، کنترل اصالت و منوط نمودن پرداخت های بیمه ای به استعلام اصالت می باشد. چنانچه هرگونه خرید خدمات سلامت و پرداخت هزینه از ابتدای دی ماه سال ۱۴۰۰ توسط سازمانها و موسسات بیمه گر مشمول، خارج از چرخه ذکر شده ممنوع بوده و تخلف از آن در حکم تصرف غیر قانونی در وجوه و اموال دولتی و مستوجب مجازات های مقرر در قوانین مربوط می باشد.

ش ۷۵۷-۶۹۸۸۰۷۵۷/۵/۱۴۰۰ شمارة بخشنامه ۸۲۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: اصلاح فرانشیز داروهای بیماران بستری در پورتال معاونت درمان توسط مرکز فناوری اطلاعات

۱- در صورت انجام تایید نسخه از طریق منوی "تایید نسخ بیمارستانی با کد ملی" فرانشیز داروها معادل ده درصد محاسبه گردد.

۲- سهم سازمان داروهای مشمول دریافت یارانه که در تعهد سازمانهای بیمه گر پایه نیستند (لیست پیوست)، مطابق فارماکوپه داروئی پورتال معاونت درمان محاسبه گردد.

۳- در جدول پایه دارویی که در اختیار این اداره کل می باشد، تفکیک داروهای فوق امکانپذیر باشد به گونه ای که پس از اعمال تغییرات، موارد در پورتال معاونت درمان به روز رسانی گردد.

دستورالعمل ها و بخشنامه های دارو

نام ژنریک	کد ژنریک
AMPHOTERICIN-B LIPOSOMAL VIAL	۱۷۰۹۴
ANAGRELIDE ۰٫۵MG CAP	۷۶۵۹
ARSENIC TRIOXIDE ۰٫۱٪ AMP	۲۰۷۹
BENDAMUSTIN ۲۵MG VIAL	۱۷۳۸۱
BENDAMUSTIN ۱۰۰MG VIAL	۱۳۲۴۵
BETAINE ۱G ۱۰۰Gram ORAL POWDER	۹۸۰۵
BETAINE ۱G ۱۸۰Gram ORAL POWDER	۶۳۷۰
BEVACIZUMAB ۲۵MG/۱ML ۴ML	۵۶۱۵
BEVACIZUMAB ۲۵MG/۱ML ۱۶ML	۵۶۱۶
BICALUTAMIDE ۵۰MG TAB	۶۷۶۵
BICALUTAMIDE ۱۵۰MG TAB	۷۵۸۲
BICARBONATE IDEMSA POWDER	۶۵۲۱
BICARBONATE POWDER PACKAGE	۵۲۸۴
BORTEZOMIB ۳٫۵MG INJ	۷۰۸۸
CABERGOLINE ۰٫۵MG TAB	۲۲۸۷
CABERGOLINE ۱MG TAB	۲۳۷۴
CABERGOLINE ۲MG TAB	۸۸۲۲
CALCITRIOL ۰٫۲۵MCG CAP	۱۹۵
CALCITRIOL INJECTION PARENTERAL ۱MCG/۱mL	۱۴۷۱۰
CETRORELIX ACETATE ۲۵۰MCG VIAL	۵۲۹۱
DACLATASVIR ۶۰ MG	۵۰۳۵۸
DACLATASVIR ۶۰ MG+SOFOBSUVIR ۴۰۰ MG	۵۰۰۰۳
DIMETHYL FUMARATE ۱۲۰ mg CAP	۲۲۹۲۵
DIMETHYL FUMARATE ۲۴۰ mg CAP	۲۲۹۲۶
ELSULFASE ALFA ۱MG/۱ML ۵ML VIAL	۲۵۳۰۸
ERLOTINIB ۱۰۰MG TAB	۱۴۸۸۷
ERLOTINIB ۱۵۰MG TAB	۶۱۵۴
EVEROLIMUS ۰٫۲۵MG TAB	۲۰۰۴۸
EVEROLIMUS ۰٫۷۵MG TAB	۲۰۰۵۰
EVEROLIMUS ۵MG TAB	۱۶۶۸۲
EVEROLIMUS ۱۰MG TAB	۱۷۲۵۳
EXEMESTANE ۲۵MG TAB	۲۹۶۲
FAMPRIDINE ۱۰MG ER TAB	۱۹۲۶۳
FOLLITROPIN ALPHA ۷۵IU INJ	۲۵۷۰

دستورالعمل ها وبخشنامه های دارو

۵۰۱۹۵	FOLLITROPIN ۷۵ IU/ ۰,۵ ML (۱۵۰ IU)
۱۶۱۷۹	FOLLITROPIN ۶۰۰ IU/۱ML ۰,۵ML(۳۰۰ IU)
۵۰۸۲۱	FOLITROPIN BETA ۳۰۰ IU (۸۳۳IU/ML ۰,۳۶ML) SOL INJECTION
۱۶۱۸۰	FOLLITROPIN ۶۰۰ IU/۱ML ۰,۷۵ML(۴۵۰ IU)
۱۶۰۶۸	FOLLITROPIN ۶۰۰ IU/۱ML ۱,۵ML(۹۰۰ IU)
۵۰۸۲۳	FOLITROPIN BETA ۹۰۰ IU (۸۳۳IU/ML ۱,۰۸ ML) SOL
۵۷۶۰	FORMOTEROL ۱۲MCG CAP
۱۱۱۱۴	FORMOTEROL ۱۲MCG/۱DOSE ۱۰۰ PUF INHALATION
۵۲۴۱۲	FORMOTEROL ۱۲MCG/۱DOSE ۱۲۰ PUF INHALATION
۱۲۵۵۰	GALSULFASE ۵MG/۵ML VIAL
۵۲۰۵۹	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۱۸۰ IU/۱ML ۱ML VIAL
۱۸۰۶۴	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۵۰ IU/۱ML ۱۰ ML(۵۰۰ IU) VIAL
۵۲۰۶۰	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۱۸۰ IU/۱ML ۳ML (۵۴۰ IU) VIAL
۱۳۹۳۰	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۲۰۰ IU ۵ML (۱۰۰۰ IU) VIAL
۵۲۰۶۱	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۳۳۴ [iU]/۱ml ۳ML(۱۰۰۰ IU
۱۸۰۶۵	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN ۵۰ IU/۱ML ۵۰ ML (۲۵۰۰ IU)VIAL
۱۹۱۷	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE ۲۵۰ MG/ML AMP
۱۱۴۴۱	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE ۵۰۰ MG/۳ML AMP
۱۵۲۸۱	INDOCYANINE GREEN ۲۵MG VIAL
۱۲۸۳۷	INSULIN DETEMIR ۱۰۰ IU/۱ML ۳ML PREFILLED PEN
۲۳۴۷۰	LEDIPASVIR ۹۰ MG+SOFOSBUVIR ۴۰۰ MG
۲۲۶۶۶	LIRAGLUTIDE ۱MG/۱ML ۳ML SOLUTION IV
۱۰۷۸۶	LUTROPIN ALFA ۷۵IU VIAL
۸۰۴	MENOTROPINS ۷۵ IU FSH+۷۵IU LH AMP
۵۱۸۹۳	MIGLUSTAT ۱۰۰ MG CAP
۸۵۹	MITOXANTRONE HCL ۲MG/۱ML ۱۰ ML VIAL
۱۲۲۷۳	NILOTINIB ۲۰۰ MG CAP
۶۳۴۳	NITISINONE ۲MG CAP
۶۳۴۶	NITISINONE ۵MG CAP
۶۳۴۰	NITISINONE ۱۰ MG CAP
۱۳۸۷۹	PACLITAXEL ALBUMIN BOUND ۱۰۰ MG VIAL
۱۲۵۴۰	PANITUMUMAB ۲۰ MG/۱ML ۵ML(۱۰۰ MG)
۱۲۵۴۱	PANITUMUMAB ۲۰ MG/۱ML ۲۰ ML (۴۰۰ MG)
۹۰۳۷	PEGASPARGASE ۷۵۰ IU/۱ML ۵ML (۳۷۵۰ MG) VIAL
۵۲۵۰۴	PEGASPARGASE PARENTERAL ۷۵۰ [iU]/۱mL ۵mL

دستورالعمل ها و بخشنامه های دارو

۱۴۰۹۸	PEMETREXED ۱۰۰ MG VIAL
۶۱۱۹	PEMETREXED ۵۰۰ MG VIAL
۱۴۱۰۹	PHOSPHATE (ORGANIC) INJ ۲۱۶ MG/۱ ML (۲۰ ML)
۱۲۱۰۲	RASBURICASE ۱,۵ MG VIAL
۱۷۰۳۸	ROMIPLOSTIM ۲۵۰ MCG VIAL
۲۱۳۰۲	SAPROTERIN ۱۰۰ MG TAB
۱۹۳۴	SODIUM BENZOATE ۲ G/۱۰ ML AMP
۲۲۴۸	SODIUM BENZOATE ۵۰۰ MG TAB
۶۴۰۳	SODIUM PHENYL BUTYRATE ۵۰۰ MG TAB
۶۳۶۹	SODIUM PHENYL BUTYRATE ۲۰۰ MG/۱ ML ۱۰ ML (۲۰۰ MG) AMP
۲۲۸۶۷	SOFOSBUVIR ۴۰۰ MG
۸۴۴۸	SORAFENIB ۲۰۰ MG TAB
۲۴۰۰	SUCCIMER ۱۰۰ MG CAP
۷۹۱۳	SUCCIMER ۲۰۰ MG CAP
۲۲۶۹۸	TERIFLUNOMIDE ۱۴ MG TAB
۱۲۱۷	THIOGUANINE ۴۰ MG TAB
۲۱۵۳۷	TOBRAMYCIN ۲۸ MG INH CAP
۱۶۷۷۵	TOBRAMYCIN ۷۵ MG/۱ ML ۴ ML INHALATION
۵۱۶۹۸	OBRAMYCIN INHALANT RESPIRATORY ۶۰ mg/۱ mL ۵ ML INHALATIO
۳۴۳۱	TRETINOIN ۱۰ MG CAP
۱۵۸۷۱	TRETINOIN ۱۰ MG TAB
۵۲۳۱۹	TRIENTINE DIHYDROCHLORIDE ۲۵۰ MG CAP
۶۴۳۵	TRIENTINE DIHYDROCHLORIDE ۲۰۰ MG CAP
۱۲۷۰	UROFOLLITROPIN ۷۵ IU AMP
۹۸۱۹۸	INTERFERON BETA-۱A PARENTERAL ۱۲۰۰۰۰۰ [iU]/۱ mL ۰,۵ ML-CRONA
۹۸۱۹۹	INTERFERON BETA-۱A POWDER PARENTERAL ۶۰۰۰۰۰ iU- CRONA
۹۸۲۰۰	INTERFERON BETA-۱B POWDER, FOR SOLUTION PARENTER ۲۰۰ ug-CRONA
۹۸۲۰۱	INTERFERON BETA-۱A ۱۲۰۰۰۰۰ IU/۰,۵ ML ۰,۵ ML
۹۹۸۸	SUNITINIB MALATE ۱۲,۵ MG CAP
۹۷۵۳	SUNITINIB MALATE ۲۵ MG CAP
۷۸۰۴	SUNITINIB MALATE ۵۰ MG CAP

ش ش ۷۷۷۰۹۰۷-۱۷/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۹۰۵

ش ش ۵۱۴۷۴۲۷۸۶-۲۱/۲/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۵۰/۱۴۰۰/۲۲۷

ش ش ۳۷۷۳۳۷۳۶۷-۷/۲/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۲۴

ش ش ۵۵۸۸۰۸۸۰۶۷-۲۹/۱/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۶۲

ش ش ۳۶۳۳۴۹۲۵۶-۲۵/۹/۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۶۶

ش ش ۳۵۸۴۴۱۵۶۲-۲۵/۹/۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۵۶

موضوع:فرانشیز داروهای رمدسیویر، فاویپیراویر و اینترفرون های مصرفی جهت بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در بخش سرپایی و بستری

در خصوص فرانشیز داروهای REMDESIVIR و FAVIPRAVIR در بخش بستری برای داروهای فوق ۱۰٪ و چنانچه ضمن رعایت ضوابط (نسخه تجویز شده توسط متخصص مرتبط و مهر بیمارستان) در داروخانه سرپایی تحویل گردند معادل ۳۰٪ می باشد. همچنین فرانشیز انواع INTERFERON مصرفی در درمان بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در بخش های سرپایی و بستری به میزان ۵٪ می باشد.

سهم سازمان بابت داروی رمدسیویر به شرط بستری و یا بستری موقت معادل ۹۰٪ می باشد.

پرداخت داروی فاویپیراویر تجویز شده از سوی پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان و یا مراکز جامع درمانی بلامانع است.

دوره درمان داروی رمدسیویر ۵روز (۶دوز) می باشد و با صلاحدید پزشک معالج این دوره بصورت بستری و یا بستری موقت تکمیل می گردد.

رمدسیویر جهت بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در فاز ریوی(متوسط تا شدید) با تشخیص پزشک معالج بلامانع است.

تجویز داروهایی که دارای شرط "بیمارستانی" هستند در سر نسخه کاغذی ممهور به مهر بیمارستان با رعایت شرایط مندرج در پورتال معاونت درمان و فرانشیز ۳۰درصد در داروخانه های سرپایی طرف قرارداد، قابل پذیرش و پرداخت می باشند.

ش ۷۱۲۱۲۶۱۱-۳۰/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۹۹۲/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: سرم های وارداتی

تا اطلاع ثانوی محاسبه و پرداخت هزینه انواع سرم های وارداتی تنها در پرونده بیماران بستری مبتلا به کرونا بلامانع می باشد.

ش ۷۱۹۹۳۶۹۵-۲۴/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۱۸۵/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: داروی اورولیموس EVEROLIMUS

داروی اورولیموس تولید داخل با دوزهای ۰/۲۵ و ۰/۷۵ میلی گرم به لیست تعهدات دارویی سازمان برای پیوند اعضاء با فرانسیز ۱۰ درصد اضافه شده است. ۷۰٪ هزینه از محل منابع تفاهم نامه بیماران خاص و صعب العلاج و ۲۰٪ هزینه دارو از منابع سازمان تامین اجتماعی محاسبه خواهد شد.

ش ۷۲۰۰۸۳۳۸-۲۴/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۱۸۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع : داروی سانی تینیپ (SUNITINIB)

داروی سانی تینیپ تولید داخل به لیست تعهدات دارویی سازمان برای موارد مصرف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با فرانسیز ۱۰ درصد اضافه گردید.

ش ۷۳۲۴۵۰۹۹-۲۷/۷/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۴۰۹/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: تعرفه خدمات دارویی

کدهای ۹۰۲۰۲۵ و ۹۰۲۰۲۶ کتاب ارزش نسبی به شرح ذیل جهت اجرا ابلاغ می گردد.

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	ارزش نسبی	ارزش پایه بیهوشی
۹۰۲۰۲۵	*#	خدمات مدیریت درمان دارویی به درخواست پزشک معالج و حضور رو در روی پزشک داروساز بر بالین بیمار و ارائه مشاوره و انجام مداخلات لازم	۴/۵	۰
۹۰۲۰۲۶	*#	تلفیق دارویی برای بیماران بستری براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴	۰

ش ۷۲۴۵۴۰۹۷-۸/۳۰-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۶۰۷/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ۷۰۶۴۵۶۷۸-۵/۲۰-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۹۳۷/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: داروی اکریلیزومب (OCRELIZUMAB)

داروی اکریلیزومب (کد ۵۲۱۷۲) با رعایت شرایط و ضوابط زیر تحت پوشش سازمانهای بیمه گر پایه قرار گرفته است.

- رعایت استاندارد تجویز مورد تأیید معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تجویز توسط نورولوژیست و لزوم نسخه نویسی الکترونیک

- تجویز دارو با رعایت شروط مندرج در فارماکوپه دارویی معاونت درمان سازمان با فرانشیز ۱۰ درصد

- ارائه تأییدیه کمیته دانشگاهی استان برای تشکیل پرونده، تأیید نسخه الکترونیکی حاوی اکریلیزومب و درج تعداد دارو در پرونده بیمار

- تأیید نسخه اول حاوی ۲ ویال اکریلیزومب (یک ویال جهت تزریق در ابتدای درمان و یک ویال جهت تزریق در ۱۴ روز بعد)

- تأیید نسخه دوم (۱۸۰ روز بعد از آخرین تزریق) فقط به تعداد ۱ ویال اکریلیزومب (تحويل تضمینی رایگان چهارمین ویال دارو در هر سال جهت هر یک از بیماران براساس تعهد نامه شماره ۱۴۰۰-۰۳۱۳۳۸ مورخ ۱۴۰۰/۴/۶ مدیر عامل محترم شرکت سیناژن به عهده شرکت تحقیقاتی و تولیدی سیناژن می باشد. ساز و کار تحويل چهارمین ویال در هر سال به بیمار به عهده شرکت مذکور خواهد بود).

- طول درمان حسب تشخیص پزشک معالج و تایید نسخه هر ۱۸۰ روز می باشد (سالانه ۳ ویال).

- بیمارانی که تحت درمان با ریتوکسیماب بوده و عود یا پیشرفت بیماری نداشته و یا دچار عوارض ناشی از ریتوکسیماب نشده اند نباید به داروی اکریلیزومب تغییر یابند (براساس دستور عمل معاونت محترم درمان وزارت بهداشت - پیوست). ضمناً تغییر ریتوکسیماب به اکریلیزومب نیز در صورت هر کدام از اندیکاسیون های مزبور باید به تأیید کمیته های دانشگاهی برسد.

- غیر فعال نمودن سایر داروهای تخصصی درمان ام اس موجود در پرونده بیماران در صورت تایید مصرف داروی اکریلیزومب توسط کمیته های دانشگاهی استان

(GLATIRAMER, TERIFLUNOMIDE, NATALIZUMAB, FINGOLIMOD, RITUXIMAB, DIMETHYL)

(FUMARATE, ALEMTUZUMAB MITOXANTRONE و انواع INTERFERON)

ش ش ۷۴۸۳۱۴۱۹-۱۴۰۰/۹/۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۶۸۴

موضوع: اخذ اصالت دارو در بخش بستری

اخذ اصالت داروهای اضافه شده در پورتال (در قسمت دریافت فایل) از تاریخ ۱۴۰۰/۹/۲۰ در بخش بستری نیز الزامی است.

ش ش ۷۶۱۸۰۷۰۶-۱۴۰۰/۱۰/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۷۵۴

موضوع: محاسبه و پرداخت هزینه داروی رمدسیویر و تزریق آن صرفاً برای بیماران بستری مبتلا به کرونا

هزینه داروی رمدسیویر و تزریق آن در بیماران کرونایی از تاریخ ابلاغ این بخشنامه صرفاً در " پرونده بستری " در تعهد سازمان بوده و در بخش سرپایی (از طریق داروخانه های طرف قرارداد) و یا تشکیل پرونده " بستری موقت " قابل محاسبه و پرداخت نیست .

ش ش ۷۶۸۸۸۹۴۸-۱۴۰۰/۱۰/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۰۳۲

موضوع: نسخه دهم راهنمای درمان کووید-سقف تجویز اینترفرون

حداکثر تعداد تجویز انواع اینترفرون در درمان بیماران مبتلا به کرونا ۵ عدد می باشد. در ضمن تغییرات مورد نیاز در پورتال معاونت درمان جهت کدهای ۹۸۱۹۸، ۹۸۱۹۹، ۹۸۲۰۱، ۹۸۲۰۰ نیز اعمال شده است.

ش.ش ۷۷۸۴۲۲۱۰-۱۴۰۰/۱۱/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۰۹۱

ش. ش. ۷۴۲۳۴۳۴۳۴۶-۱۸/۸/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۵۴۴

ش. ش. ۷۲۷۹۵۲۹۳-۱۴۰۰/۷/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۰۵

ش. ش. ۷۱۲۸۴۶۲۲-۸/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۵۹

موضوع: داروی توسیلیزوماب (اکتترا)

پرداخت هزینه داروی اکتیما در اسناد بستری از تاریخ ۱۴۰۰/۵/۲۴ ضمن رعایت سایر ضوابط ابلاغی بلامانع است.

۱. شرایط تجویز اعم از اندیکاسیون، کنترا اندیکاسیون و سایر ملاحظات رعایت گردد.

۲. تجویز و مصرف دارو تنها در صورت درخواست و ثبت در پرونده بیماران بستری مبتلایان به کووید قابل پرداخت بوده و برای بیماران سرپایی و بستری موقت قابل تأیید، محاسبه و پرداخت نمیباشد.

۳. متخصصین مجاز به تجویز متخصصین داخلی، عفونی، فوق تخصص ریه و مراقبت‌های ویژه میباشد.

۴. تجویز دارو برای بیمار باید توسط دو پزشک صاحب صلاحیت انجام گیرد و در صورت عدم رعایت این شرط، اسناد مربوطه (در پرونده بستری یا نسخه ارجاع شده به داروخانه جهت تهیه دارو برای بیمار بستری) مشمول کسور خواهد بود. بنابراین نسخ حاوی داروی فوق باید ممهور به مهر دو پزشک صاحب صلاحیت و مهر بیمارستان باشد.

۵. دوز تجویزی برای بیماران کمتر از ۹۰ کیلوگرم معادل ۴۰۰ میلیگرم و برای افراد بالای ۹۰ کیلوگرم معادل ۸۰۰ میلیگرم میباشد.

۶. محاسبه و پرداخت داروی فوق به همراه Remdesevir و کورتیکواستروئید، بلا مانع است.

۷. تحویل دارو از سوی داروخانه سرپایی پس از ثبت و ارسال از طریق سامانه های مکانیزه (پورتال معاونت درمان یا **Api**) و تایید اصالت دارو، منوط به منضم نمودن کپی برگه پذیرش پرونده بستری بیمار در بیمارستان به نسخه الزامی است.

۸. تایید و اخذ اصالت دارو و درج در پرونده بستری بیمار الزامی است.

۹. فرانسیز دارو در پرونده بستری معادل ۱۰٪ می باشد و چنانچه از طریق داروخانه جهت مصرف در بخش بستری تهیه گردد معادل ۳۰٪ می باشد. (با توجه به نامه شش ۷۷۸۴۲۲۱۰-۱۱/۲۴-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۰۹۱/۱۴۰۰/۴۰۰۰ تنها در صورت درخواست در پرونده بیماران بستری مورد پذیرش بوده و از طریق داروخانه های سرپایی پرداخت نمی گردد.)

۱۰. ضروری است نظارت کامل مبنی بر عدم پرداخت هزینه نسخ حاوی داروی توسیلیزوماب در بخش سرپایی و بستری موقت توسط کارشناسان آن استان به هنگام رسیدگی به نسخ صورت پذیرد.

تجویز داروی مذکور خارج از استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در درمان کرونا) ممنوع است.

در صورتیکه داروی مذکور در مراکز فاقد قرارداد با بیمه های پایه تجویز و استفاده شده باشد، بیمه شده می تواند پرونده بستری خود را همراه با فاکتور خرید دارو (شامل کد رهگیری و اخذ اصالت دارو) و سایر مستنداتی که موید تجویز و مصرف داروی مذکور (گزارش پرستاری حاوی نوع و دوز دارو، تاریخ و ساعت تزریق دارو) می باشند را به واحد خسارت متفرقه تحویل و هزینه های خود را برابر ضوابط مربوطه دریافت نماید.

ش ش ۷۷۲۲۶۶۶۶-۱۴۰۰/۱۱/۱۰ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۲۱۲۶

موضوع: نحوه پرداخت صورتحساب دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی مراکز درمانی دانشگاهی طرف قرارداد

"سازمانهای بیمه ای مکلفند هزینه دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی را به حساب جداگانه ای که دانشگاه اعلام می نماید واریز کنند " از تاریخ صدور این بخشنامه هرگونه پرداخت به مراکز درمانی دانشگاهی بابت مطالبات سالجاری، مستلزم ارائه روکش تفکیکی هزینه دارو و تجهیزات پزشکی از سایر اقلام صورت حساب ارسالی توسط مراکز موصوف با معرفی شماره حساب بانکی جداگانه می باشد.

ش ش ۷۸۶۱۱۶۰۵۰-۱۴۰۰/۱۲/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۲۳

ش ش ۲۶۱۴۹۰۵-۹۳/۲/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۴۵

موضوع: داروی ATG

داروی ATG در موارد پیوند، GVHD (بیماری میزبان ناشی از پیوند) و آنمی آپلاستیک به شرط تجویز توسط پزشک متخصص مرتبط، تشکیل پرونده و نسخه نویسی الکترونیک تحت پوشش تعهدات دارویی سازمان تامین اجتماعی قرار دارد.

پرداخت داروی ATG برای بیماران پیوند کلیه، قلب، ریه و مغزاستخوان بعداز تشکیل پرونده و تایید نسخه در پرتال قابل پرداخت میباشد.

ش ۷۸۹۱۵۷۳۱-۱۴۰۰/۱۲/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۳۲۲

موضوع: پوشش بیمه داروی پوزاکونازول در بیماران مبتلا به کرونا با درگیری قارچی موکورمایکوزیس

داروی پوزاکونازول در بیماران مبتلا به کرونا با درگیری قارچی موکورمایکوزیس (قارچ سیاه) براساس پروتکل پیشگیری، تشخیص و درمان موکورمایکوزیس تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفته است.

فرم تزریقی دارو (POSACONAZOLE INJECTION ۳۰۰ mg/۱۶,۷ ml) صرفاً در صورت ثبت در پرونده بستری بیماران از تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۲۷، در صورت اخذ اصالت دارو، براساس حداقل قیمت اعلامی توسط سازمان غذا و دارو و ثبت گزارش پرستاری در پرونده مبنی بر تزریق.

فرم های خوراکی دارو (POSACONAZOLE TABLET , DELAYED RELEASE ۱۰۰ mg) و POSACONAZOLE ۵۱۸۴۰ و POSACONAZOLE SUSPENSION ۴۰ mg/۱ ml ۵۰۷۲۲). در صورت مصرف در بخش بستری براساس شروط فوق و در بخش سرپایی منوط به نسخه نویسی الکترونیک توسط متخصصین عفونی، داخلی، طب اورژانس، چشم، گوش و حلق و بینی، مراقبت های ویژه، تشکیل پرونده در پورتال معاونت درمان (اسکن خلاصه پرونده بستری بیمار با تشخیص کووید ۱۹ و درج ابتلا به موکورمایکوزیس)، تعیین سهمیه مصرف برای یک ماه با سقف مندرج در جدول زیر (حداکثرشش ماهه) .

سقف دوز روزانه	نحوه تجویز	نام دارو	کد ژنریک
۶۰۰ میلی گرم روز اول (۶ عدد) ۳۰۰ میلی گرم روز دوم به بعد (۳ عدد)	۳۰۰ میلی گرم (سه قرص) هر ۱۲ ساعت روز اول و سپس ۳۰۰ میلی گرم روزانه از روز سوم	POSACONAZOLE TABLET , DELAYED RELEASE ۱۰۰ mg	۵۱۸۴۰
۲۰ سی سی روزانه (هر ۵ روز یک عدد)	۱۰ سی سی هر ۱۲ ساعت یا ۵ سی سی هر ۸-۶ ساعت	POSACONAZOLE SUSPENSION ۴۰ mg/۱ ml ۱۰۵۰۰	۵۰۷۲۲

ش ۲۱۷۲۶۷۵۵-۹۷/۲/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۲۸

موضوع: لزوم ثبت و تایید برخی آنتی بیوتیک ها در پورتال معاونت درمان در بخش بستری از ۹۷/۲/۲۰

در خصوص تجویز منطقی آنتی بیوتیکی (وانکومايسين، آمفوتريسين B، لیپوزومال، کولیستین، لینزولید، ایمی پنم، وریکونازول، تیکوپلانین و کاسپوفانترین) در صورت تجویز برای مدت بیش از (۷۲ ساعت) ۳ روز باید فرم مخصوص پر شود همچنین مهر و امضای پزشک متخصص عفونی و مهردادو ساز داروخانه بیمارستان راداشته باشد. در صورت ادامه مصرف بیش از هفت روز، باید فرم جدید به همراه نسخه جدید پس از تایید از طریق پورتال معاونت درمان، به بیمار دارو تحویل داده شود. اگر فرم فوق به همراه نسخه نباشد، داروخانه موظف است سابقه دریافت دارو توسط بیمار را ملاحظه نموده اگر برای بار اول باشد می تواند داروی مورد نیاز بیمار را با توجه به میزان مصرف تجویز شده، حداکثر جهت مصرف ۳ روز پس از اخذ تایید تحویل نماید.

ش ۲۳۰۷۸۴۴۱-۹۷/۳/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۳۷۳

موضوع: دستورالعمل تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها در بخش بستری

مبنای زمان ارائه نسخه (تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها) توسط داروخانه در ۳ روز اول بدون ارائه فرم مخصوص، تاریخ روز نسخه بوده و دریافت های قبلی بیمار در زمانهای گذشته ملاک عمل نمیباشد.

ش ۳۰۳۰۱۸۲۷-۹۷/۸/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۶۶۱

موضوع: نگهداری فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها در داخل پرونده بیمار

فرم آنتی بیوتیک های پر هزینه و تجویز منطقی آنتی بیوتیک بعنوان مستند در پرونده بیمار نگهداری شود.

ش ۲۵۱۶۹۵۲۹-۹۷/۵/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۷۷۸

موضوع: نحوه پرداخت مشاوره در طرح آنتی بیوتیک تراپی منطقی

در خصوص چگونگی پرداخت مشاوره به متخصصین عفونی یا فوق تخصص عفونی اطفال در طرح تجویز منطقی آنتی بیوتیک برای بیماران بستری که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده است به اطلاع می رساند با توجه به محدودیت های شدید مالی سازمان های بیمه گر و عدم پیش بینی هزینه های این طرح، هزینه ای بابت مشاوره قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: درمان شکستگی با گچ گیری

در مواردی که شکستگی به روش بسته درمان شود، هزینه گچ گیری به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۵/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: کد شکستگی با استئوپلاستی-خارج کردن پین با مانیپولاسیون-ترمیم دیر یا بد جوش خوردن با خارج کردن پلاک

همزمان با کد شکستگی کد استئوتومی قابل درخواست نمیشد.

در خارج کردن پین میچ دست، مانیپولاسیون انگشتان بدلیل خشکی مفاصل نیز قابل پرداخت نیست.

در اعمال جراحی ترمیم دیر جوش خوردن (Malunion) یا جوش نخوردن (Non union)، کد در آوردن پلاک قبلی (۲۰۱۰۸) قابلیت پرداخت ندارد.

ش ش ۳۸۸۳۳۱۷۲-۹۸/۳/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۳۴۹

موضوع: ترمیم روتاتورکاف

در ترمیم روتاتورکاف (که شامل ۴ عضله شانه و تاندون های مربوطه میباشد) به روش آرتروسکوپی با توجه به گزارش MRI و شرح عمل در صورت وجود پارگی و ترمیم کد ۲۰۴۷۲۵ قابل پرداخت میباشد و کد ۲۰۱۳۹۰ و ۲۰۱۳۹۵ قابل پرداخت نمیشد.

در صورتیکه بدنبال در رفتگی های مکرر شانه لبروم قدامی گلنوئید دچار پارگی شده باشد (با توجه به گزارش MRI) و عمل بنکارت با یا بدون کپسولورافی برای بیمار انجام شود کد ۲۰۴۶۷۵ قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۸۸۶۸۸۲۵-۹۸/۱۰/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۰۲۴

موضوع: درمان شکستگی بینی

با عنایت به شرح کد ۲۰۰۶۳۵ (درمان بسته شکستگی با مانیپولاسیون با و بدون تثبیت) در صورتیکه پزشک بیمار را ویزیت نموده و پروسیجر خاصی جهت درمان انجام ندهد فقط ویزیت قابل محاسبه و پرداخت است و اگر چنانچه پزشک اقدام به مانیپولاسیون نماید با ضمیمه نمودن گزارش رادیولوژی یا گرافی و یا وجود خط شکستگی در PAX های رادیولوژی هزینه کد ۲۰۰۶۳۵ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۵۶۹۰۴۰۲۹-۹۹/۵/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۱۳

موضوع: گچ گیری و یا آتل گیری در درمان شکستگی ها

هزینه گچ گیری و یا آتل گیری در بخش بستری و سرپایی همراه با درمان بسته شکستگی ها قابل پرداخت نیست ولی همزمان با درمان باز شکستگی ها، با اعمال کد تعدیلی ۵۱، قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۵۴۲۸۷۷۷-۹۴/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۶۹۵۳

موضوع: پرداخت همزمان نفرولیتوتومی و نفروستومی

همزمان با عمل جراحی نفرولیتوتومی (کد ۵۰۰۰۳۰)، عمل جراحی نفروستومی (کد ۵۰۰۰۲۰) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۳۰۳۰۲۲۳۷-۹۷/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۱۶

موضوع: TUL

سونوگرافی و یا سی تی اسکن قبل از عمل TUL با کد ۵۰۰۱۸۶ مبنی بر وجود سنگ و یا هیدرونفروز ناشی از سنگ حالب بایستی بعنوان مدارک مثبت ضمیمه پرونده باشد و در صورت عدم ضمیمه نمودن، هزینه ای قابل پرداخت نمیباشد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: درخواست همزمان پیلوپلاستی اورترولایزیس و اورترولیتومی

پیلوپلاستی اورترولایزیس و اورترولیتومی در برداشت سنگ با هم غیرقابل پرداخت است.

ش ش ۳۷۰۰۰۰۹-۹۸/۱/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۹۴

موضوع: رزکسیون تومورهای مثانه

برای رزکسیون تومورهای مثانه (TURT) در مرحله اول کد ۵۰۰۵۹۵ و در صورت TURT در مرحله دوم یا نمونه بردای و یا فولگوراسیون تومورهای مثانه ، کد ۵۰۰۵۹۰ قابل محاسبه است.

ش ۳۹۷۸۰۳۳۹-۹۸/۳/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۱۳۸۴

موضوع: ساسپنشن مثانه

در صورت وجود بی اختیاری ادراری ناشی از سیستم واصل و انجام کولپورافی قدامی (ساسپنشن مثانه) کد ۵۰۱۵۹۵ و در صورت اسلینگ مثانه با استفاده از فاشیا (TOT و یا TVT) کد ۵۰۱۶۷۰ قابل پرداخت میباشد.

ش ۴۱۶۸۹۰۵-۹۸/۴/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۰۵

موضوع: خارج کردن سوند دبل جی

جهت خارج سازی سوند دبل جی صرفا کد ۵۰۰۶۳۶ قابل پرداخت میباشد و همزمان کد ۵۰۰۶۴۰ (سیستو اورترو سکوپ یا یورو تروسکوپ با درمان تنگی حالب یا درمان تنگی یورو تروپلویک یا تنگی داخل کلیه) قابل پرداخت نمیشود.

ش ۴۴۳۸۵۷۵۴-۹۸/۶/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۲۸۴

موضوع: خروج نفروستومی

در خصوص تخصیص کد جهت خروج نفروستومی، هزینه خدمت مذکور در کد کارگزاری نفروستومی لحاظ گردیده است.

ش ۵۳۹۵۲۸۷۰-۹۹/۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۲۰۰

موضوع: عمل جراحی PCNL

نظر به اینکه انجام عمل PCNL لزوما تحت گاید صورت می گیرد لذا هزینه گاید بصورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۵۷۰۴۸۵۰۲-۹۹/۵/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۱۰

موضوع: کدهای اکسپلوراسیون با اورکیوپکسی

کدهای اکسپلوراسیون شکم (۵۰۱۶۰) و یا ناحیه اینگوینال (۵۰۱۵۵) همزمان با کدهای اورکیوپکسی از طریق شکم (۵۰۱۱۸۰) و یا از راه اینگوینال (۵۰۱۱۷۵) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۰۲۸۴۱۰-۶۰۲۲۸۴۱۰/۹۹/۱۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۶۲۸

موضوع: نحوه پرداخت هزینه تعبیه سونداژ همراه با خدمت VCUG

خدمت سونداژ جزئی از پروسه VCUG بوده و هزینه آن در ارزش نسبی خدمت VCUG (۷۰۰۳۶۵) لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نیست.

VCUG (Voiding cysto urethra graphy) جهت تشخیص ریفلکس ادراری

ش ش ۶۹۲۳۷۷۸۰-۱۴۰۰/۴/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۱۱

موضوع: پزشک صاحب صلاحیت جهت انجام عمل جراحی PCNL

انجام عمل جراحی PCNL صرفاً جهت دارندگان مدرک فلوشیپ اندویورولوژی و یا مدرک معتبر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (با توجه به ش ش ۷۷۳۷۳۱۶۸ مورخه ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ به شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۰۹۵ کلیه پزشکان فارغ التحصیل رشته تخصصی جراحی کلیه و مجاری ادراری - تناسلی مجاز به انجام خدمت و عمل جراحی PCNL می باشند.)

ش ش ۷۲۶۱۴۳۶۲-۱۴۰۰/۷/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۵۲

موضوع: کد ۵۰۰۰۳۱ PCNL کامل شامل گذاشتن سوند حالب، DJ و نفروستومی)

PCNL-همزمان گذاشتن سوند حالب از طریق سیستم اسکوپ/یورتروسکوپ/پیلوسکوپ، جزیی از عمل جراحی PCNL است و جداگانه قابل پرداخت نیست.

PCNL-همزمان سنگ حالب/سنگ کلیه طرف مقابل، قابل پرداخت است.

PCNL-همزمان سنگ حالب سمت عمل جراحی PCNL، قابل پرداخت نیست و جزئی از عمل می باشد.

PCNL-همزمان عمل جراحی BPH، جداگانه قابل پرداخت است.

PCNL-همزمان عمل جراحی واریکوسل، هرنی، توده اسکروتوم و یا عمل جراحی دیگر، قابل پرداخت است.

ش ش ۷۷۳۷۳۱۶۸ تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ به شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۰۹۵

موضوع: پزشکان مجاز به انجام PCNL

کلیه پزشکان فارغ التحصیل رشته تخصصی جراحی کلیه و مجاری ادراری - تناسلی مجاز به انجام خدمت و عمل جراحی PCNL می باشند.

ش ۷۸۰۷۹۲۷۳-۱۲/۲-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۱۶۱

موضوع: کدهای جراحی یورتروپلاستی ترمیمی

۱- در صورت انجام خدمت (ترمیم تنگی طولانی مجرا از بولبار تا نوک مجرا با ۲ برش ختنه گاه و پرینه و آوردن آلت به داخل پرینه جهت کاربرد گرافت دهانی طولانی روی مجرا به صورت یکپارچه)، در صورت احراز شرایط، کدهای ذیل قابل گزارش و پرداخت می باشد:

۱: کد ۵۰۰۷۹۰. ۲: کد ۵۰۰۷۸۵ با کد تعدیلی ۵۱. ۳: کد ۱۰۰۲۹۵ با کد تعدیلی ۵۱.

۴: معادل کد ۵۰۰۶۲۰ با کد تعدیلی ۵۱ (در صورت استفاده از دستگاه سیستم اسکوپ انعطاف پذیر).

شرایط و ضوابط این کدها به شکل همزمان به شرح ذیل است:

- خدمت مربوطه صرفاً به فلوشیپ ترمیمی جراحی ارولوژی قابل پرداخت است.

- اندیکاسیون تشخیصی این عمل جراحی: شرح حال بیمار و تصویر گرافی نشان دهنده تنگی طولانی از مجرای آلتی تا مجرای ممبرانس می باشد.

۲- در صورت انجام خدمت (ترمیم مجرای بولبوممبراتوس بیش از ۴ سانت از طریق برش پرینه به روش اناستوموز انتها به انتها با آزادسازی اجسام غاری و آماده سازی و انتقال امتنوم به محل اناستاموز با آزادسازی گردن مثانه از استخوان پوبیس)، در صورت احراز شرایط، کدهای ذیل قابل گزارش و پرداخت می باشد: ۱: کد ۵۰۰۷۹۰ ۲: کد ۱۰۰۲۹۵ با کد تعدیلی ۵۱

۳: معادل کد ۵۰۰۶۲۰ با کد تعدیلی ۵۱ (در صورت استفاده از دستگاه سیستم اسکوپ انعطاف پذیر).

تبصره: در صورت استفاده از فلپ آزاد امتنوم با انسزیون جداگانه روی شکم کد ۴۰۲۲۰۰ با اعمال کد تعدیلی ۵۱ قابل گزارش و پرداخت است. بدیهی است در صورت استفاده از کد ۴۰۲۲۰۰، کد ۱۰۰۲۹۵ به طور همزمان قابل گزارش و پرداخت نمی باشد.

شرایط و ضوابط پرداخت این کدها به شکل همزمان به شرح ذیل است:

- خدمت مربوطه صرفاً به فلوشیپ ترمیمی جراحی اورولوژی قابل پرداخت است.

- اندیکاسیون تشخیصی این عمل جراحی: شرح حال بیمار و گزارش تصویربرداری بیمار از گرافی های RUG و VCUG و شرح سیستمکوپي انجام شده می باشد.

بقیه صفحه بعدی

ادامه از صفحه قبل

ش ش ۷۸۰۷۹۲۷۳-۱۴۰۰/۱۲/۲ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۱۶۱ ۴۰۰۰

۳- در صورت انجام خدمت (ترمیم مجرای بولبر از طریق برش پرینه و استفاده از گرافت دهان و ترمیم پوشش اسفنجی) در صورت احراز شرایط، کدهای ذیل قابل گزارش و پرداخت می باشد: ۱: کد ۵۰۰۷۹۰
۲: کد ۱۰۰۲۹۵ با کد تعدیلی ۵۱

۳: معادل کد ۵۰۰۶۲۰ با کد تعدیلی ۵۱ (در صورت استفاده از دستگاه سیستم سکوپ انعطاف پذیر).

شرایط و ضوابط پرداخت این کدها به شکل همزمان به شرح ذیل است:

- خدمت مربوطه صرفاً به فلوشیپ ترمیمی جراحی اورولوژی قابل پرداخت است.

- اندیکاسیون تشخیصی این عمل جراحی: شرح حال بیمار و گزارش تصویربرداری بیمار از گرافی های RUG و VCUG و شرح سیستمکوپ انجام شده می باشد.

۴- برای کلیه موارد فوق (بندهای یک، دو و سه) و سایر موارد اعمال جراحی ترمیم مجرای ادراری، در صورتی که بیمار قبلاً در همین ناحیه جراحی شده و عمل مشابه انجام داده باشد و توسط فلوشیپ ترمیمی جراحی اورولوژی انجام شود، برای این بیمار کد تعدیلی ۵۳ به کد اصلی خدمت اضافه می گردد.

بدیهی است در صورتی که پزشک جراح، فلوشیپ ترمیمی نباشد، کد تعدیلی اعمال جراحی مجدد قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۱/۷۵۳-۹۱/۵/۲۵-۲۶۴۰۰۵ شماره بخشنامه

موضوع: نحوه پرداخت هزینه جراحی سینوس ها

انجام سی تی اسکن سینوس ها قبل از عمل سینوس و ارائه گزارش آن در پرونده الزامی است.

اعمال دو طرفه سینوس به صورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ محاسبه می شوند.

ش ۴۰۲۰/۹۶/۱۵۷۷-۹۶/۷/۱۹-۱۴۰۲۵۷۲۷ شماره بخشنامه

موضوع: نحوه محاسبه برخی از کدهای اعمال جراحی گوش و حلق و بینی

۱- کد ۶۰۲۹۷۰ (کاهش فشار از روی عصب صورتی بخش داخل تمپورال) فقط در جراحی تومور گلوموس ژوگولاریس و آکوستیک نورینوما قابل پرداخت میباشد وبا کدهای گلوموس تمپاتیک-تمپانوپلاستی-تمپانوماستوئیدکتومی، با حفظ یا برداشت دیواره قابل پرداخت نمیشد.

۲- کد ۶۰۲۹۳۵ (نورکتومی تمپانیک): فقط در موارد سیالوره، جهت کاهش ترشح بزاق قابل گزارش و اخذ میباشد.

۳- کد ۶۰۳۰۳۰ (دکمپرسیون مجرای شنوایی): فقط در جراحی تومور اکوستیک نورینوما قابل پرداخت است.

ش ۴۰۲۰/۹۶/۲۰۸۲-۹۶/۱۰/۲-۱۶۱۵۹۹۱۷ شماره بخشنامه

موضوع: نحوه پرداخت کدهای ۳۰۰۴۲۵ و کد ۶۰۲۲۶۲

درخصوص نحوه پرداخت کدهای ۳۰۰۴۲۵ با شرح کد، لارنگوسکوپي برای Web حنجره دو مرحله ((گذاشتن و برداشتن keel)) و کد ۶۰۲۳۶۵ (براکي تراپی با رادیاسیون بوسیله کارگذاری منبع شامل درآوردن) به اطلاع می رساند با عنایت به اینکه ارزش نسبی تعریف شده برای دو مرحله خدمت مورد نظر (کارگذاری و درآوردن keel و یا منبع براکي تراپی) میباشد، کل هزینه حق العمل (کارگذاری و درآوردن) در مرحله اول خدمت محاسبه و پرداخت می شود و در مرحله دوم خدمت، سایر هزینه های پرونده بجز حق العمل جراح قابل پرداخت می باشد.

ش ۳۵۷۱۵۵۵-۲۳/۲۷/۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۵۱۹

موضوع: سپتو رینوپلاستی

سپتو رینوپلاستی با کد ۳۰۰۷۰ در تعهد بیمه نمیباشد در صورت انجام سپتو پلاستی (بدون رینوپلاستی) با ضمیمه بودن گزارش رادیولوژی مبنی وجود انحراف و یا طرح در شورای پزشکی وجود اندیکاسیون علمی جهت اصلاح سپتوم کد ۳۰۰۹۵ (ترمیم تیغه یا رزکسیون زیر مخاطی و...) قابل پرداخت میباشد.

ش ۳۰۴۹۲۷۴۶-۹۷/۸/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۵۲

موضوع: سینوس مرکب

عمل جراحی سینوس مرکب در مراکز جراحی محدود در تعهد سازمان نبوده و استفاده از معادل نیز وفق مقررات نمیباشد.

ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: مدارک مثبته عمل جراحی سه سینوس و بیشتر

جهت در خواست کد ۳۰۰۱۸۰ (باز کردن سه یا بیشتر از سه سینوس) می بایستی گزارش CT-Scan تایید کننده لزوم انجام عمل باشد در غیر اینصورت کد ۳۰۰۲۰۵ قابل پرداخت میباشد.

ش ۴۲۷۴۰۴۷۶-۹۸/۵/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۰۳

موضوع: استئوپلاستی در ایمپلنت

با عنایت به اینکه خدمت ایمپلنت دندان در تعهد سازمان نمیباشد خدمات اولیه مانند گرفت استخوانی و استئوپلاستی در مواردیکه بیمار تحلیل استخوان فک دارد، قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد. (با توجه به ش ۷۰۷۹۴۸۶۳ مورخ ۱۴۰۰/۵/۱۳ پیوند استخوان فک با استفاده از گرافت در صورت انجام توسط متخصص جراح فک و صورت قابل محاسبه و پرداخت می باشد.)

ش ش ۶۰۱۴۵۹۲۴-۹۹/۸/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۰۰

ش ش ۴۳۶۸۹۴۹۷-۹۸/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۲۴

ش ش ۴۲۹۶۳۰۳۹-۹۸/۵/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۱۷

موضوع: خدمات شنوایی سنجی

ارائه خدمات شنوایی سنجی در مراکز بیمارستانی دولتی دانشگاهی، بخش های عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی نیز قابل پرداخت و محاسبه میباشد. تعرفه خدمات شنوایی سنجی از کد ۹۰۰۴۷۰ تا کد ۹۰۰۵۳۰ میباشد و در صورتیکه این خدمات توسط کارشناسان شنوایی سنجی انجام شود، قابل پرداخت است و همانند خدمات ارائه شده توسط کارشناسان پرستاری مشمول ۵۰٪ تعرفه نمی باشد.

۱- خدمات ارائه شده از سوی کارشناسان شنوایی سنجی، در مراکز بیمارستانی قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- محاسبه و پرداخت همزمان خدمت " تست رفلکس آکوستیک صوتی " (کد ۹۰۰۴۹۰) با کد ۹۰۰۴۷۵ و یا همزمان با کد ۹۰۰۴۸۵، بلامانع است.

۳- خدمت ۹۰۰۵۸۵ (بررسی وزوز گوش) از دسته خدمات " ارزیابی و درمانی " بوده و جهت کارشناسان فوق، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۶۰۱۰۷۱۹-۹۹/۸/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۹۱

موضوع: تمپانوپلاستی

در خصوص تمپانوپلاستی با کد ۶۰۲۸۷۵ ارزش نسبی ۴۰ کا جهت جراحی تمپانوپلاستی بدون ماستوئیدکتومی و کد ۶۰۲۸۸۵ با ارزش نسبی ۴۴ کا در صورت جراحی تمپانوپلاستی بدون ماستوئیدکتومی با آنتروتومی (ماستوئیدوتومی) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۷۰۷۹۴۸۶۳-۱۴۰۰/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۷۹

موضوع: هزینه خدمات گرافت برداری و پیوند استخوان فک

در مواردی که بیمار به علت تحلیل فک، دچار مشکلاتی مانند اختلال در جویده شده و به دنبال آن نیاز به جراحی پیوند استخوان فک با استفاده از گرافت استخوانی مصنوعی و یا طبیعی (دنده و یا ایلپاک کرسرست و ...) دارند، با توجه به وجود اندیکاسیون درمانی و نداشتن جنبه زیبایی، در صورت انجام توسط متخصص جراح فک و صورت قابل محاسبه و پرداخت بوده و تمامی بخشنامه های مغایر با این بخشنامه کان لم یکن تلقی می گردد.

ش ش ۴۲۶۳۳۶-۸۸/۶/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۳۴۹۵

موضوع: خدمات قابل پرداخت در درمان ناباروری

ویزیت - مشاوره - دارو (بر اساس لیست پیوست ۱) - تصویر برداری - آزمایشات و خدمات بستری (طبق لیست پیوست ۲)

ش ش ۵۰۱۳۵۸۵-۹۴/۵/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۰۵۱

موضوع: گاز آنتونوکس در زایمان بی درد

استفاده از گاز آنتونوکس برای بی دردی در زایمان غیر قابل محاسبه و پرداخت است. (با توجه به لیست گلوبال، زایمان بی دردی با گاز آنتونوکس قابل پرداخت میباشد)

ش ش ۸۷۷۶۷۶۶-۹۶/۱/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۴۱

موضوع: همسران بیمه شده متوفی

همسران بیمه شده متوفی می توانند پس از ازدواج، برای هزینه های مربوط به سزارین، زایمان، کورتاژ و ... از دفترچه درمانی قبلی خود استفاده نمایند.

ش ش ۱۳۲۳۳۹۶۹-۹۶/۶/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۴۲۹

موضوع: سزارین و چسبندگی

در پاسخ به سوال که آیا کد سزارین با کد آزادسازی چسبندگی (۵۰۱۹۷۵) قابل پرداخت می باشد: در انجام سزارین هیچ کد اضافه ای قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۷/۶۲۹ شماره بخشنامه ۹۷/۴/۱۲-۲۴۳۶۹۹۰۸

موضوع اندیکاسیونهای سزارین: علل مادری ۱-سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم(ناشی از پارگی قبلی، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی و...)، سابقه جراحی های ترمیمی سرویکس و واژن و(کولپورافی قدامی، واژینوپلاستی)وسرکلاژ داخل شکمی وسابقه ترمیم فیستول وزیکوواژینال یا رکتوواژینال، مستندات دال بر سابقه یک بار پارگی درجه ۳ و ۴ با بی اختیاری مدفوع با یا بدون ترمیم، سابقه بیش از یک بار پارگی درجه ۳ و ۴ با یا بدون بی اختیاری مدفوعی

۲-اختلالات لانه گزینی جفت(سر راهی، چسبنده، آکرتا، اینکرتا و پرکرتا)، پرولاپس بند ناف و وازوپرویا وپرزانتاسیون بند ناف.

۳-خونریزی شدید مادر وبه مخاطره افتادن جان مادر و یا جنین(مانند دکولمان جفت) ۴-عقونت مادری(هرپس فعال با علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری، HIV مثبت با ویرال لود بیش از هزار کپی در سی سی)

۵-چندقلویی ۶-هر گونه توده خوش خیم وبدخیم درمسیرکانال زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود.

۷-کانسر مهاجم سرویکس. ۸-ضرورت به ختم بارداری و وجود کنتراندیکاسیونهای القاء زایمان.

-اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری اورژانس و سرویکس نامطلوب یا عدم پاسخ با القای لیبر با نظر وصلاحدید پزشک مسئول مطابق پروتکل پره اکلامپسی .

۱۰-بیماری قلبی یا ریوی مادر با توجه به پروتکل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان.

۱۱-در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیاء موفق نباشد از ۳ تا ۴دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.

۱۲-سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر و برادر یا خویشاوندان درجه ۱ و ۲ و شک به گرفتاری جنین.

۱۳-دفورمیتی های بارز لگن، دیستوشی و عدم پیشرفت سیر زایمانی یا(CPD عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ،جنین ماکروزوم یا هر دو

تبصره:اندیکاسیون دفورمیتی های بارز لگن، قبل از بستری جهت انجام سزارین با تایید کمیته فنی سازمانهای بیمه گر امکانپذیر می باشد.

در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعداز مشاوره های لازم(منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان مادر اصرار می ورزد، انجام مشاوره های سلامت روان الزامی است.تبصره: اگر کماکان علتی برای سزارین موجود نباشد و مادر به سزارین اصرار بورزد ضمن درج مستندات در پرونده ایشان، سزارین خارج از پوشش بیمه خواهد بود.

علل جنینی: ۱-دیسترس جنینی، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین مطابق راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان. ۲-اختلالات خونریزی دهنده جنین

۳-آنومالی قابل درمان جنین که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو و دیستوشی های زایمان می شود(مثل منگومیلوسل و گاستروشیزویس، انسفالوسل، تراتوم ساکروم و گردن، هیدروسفالی و...)

۴-تاخیر رشد داخل رحمی جنین مطابق پروتکل پروتکل راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان(اختلالات رشد جنینی شدید همراه با داپلر عروقی مختل(Absent reverse) ۵-نمایش غیر طبیعی جنین مثل نمایش صورت، پیشانی پایدار، قرار عرضی ونمایش بریج.

ادامه از صفحه قبل

۶- بارداری چند قلویی ۷- ماکروزومی جنین (تخمین وزن بیش از ۴ کیلوگرم در مادر دیابتی و بیش از ۴۵۰۰ گرم در مادران غیر دیابتی)

علل مادری وجنینی: ۱- دیستوشی، عدم پیشرفت سیر زایمانی یا CPD (عدم تناسب سرجنین ولگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو

برای تشخیص عدم تناسب سر جنین ولگن مادر لازم است تا با وجود دردهای زایمانی دیلاتاسیون سرویکس حداقل به ۴ سانتی متر رسیده باشد. در فاز فعال در موارد پیشرفت کند دیلاتاسیون از نظر دیستوشی بررسی گردد. (مطابق فرم پارتوف)

سایز کفش مادر، اندازه قد مادر و تخمین اندازه جنین بوسیله سونوگرافی یا معاینه، معیاری برای تشخیص CPD نمیباشد.

۲- در دکولمان جفت در صورت وجود شرایط زیر سزارین با نظر و تصمیم گیری پزشک مسئول انجام میشود: A: جنین زنده و بالغ و قریب الوقوع نبودن زایمان واژینال B: دیسترس جنینی

۳- دو قلویی قابل حیات و غیر سفالیک بودن یکی از قل ها (زایمان واژینال بسته به شرایط مادر و جنین و مهارت پزشک در موارد سفالیک - سفالیک یا سفالیک - بریچ قابل انجام است)

۴- بیمارانی که قبل از شروع لیبر دچار آبریزش شده اند اگر مایع آمنیوتیک شفاف باشد اندیکاسیون برای سزارین ندارند و در صورتی که مایع آمنیوتیک حاوی مکنونیوم در فاز نهفته یا ابتدای فاز فعال باشد (قبل از دیلاتاسیون ۶) جزء موارد دیسترس جنین محسوب می شود و اندیکاسیون سزارین دارد.

ش ۴۶۲۸۲۸۲۹-۳۰/۸/۹۷ شماره بخشنامه ۵۸۱۷/۹۷/۴۰۱۰

موضوع: پارگی مثانه-اسلینگ-آتونری رحمی-ویزیت و NST

پارگی مثانه هنگام سزارین که بدلیل پلاستتا آکرتا پیش آمده است عارضه جراحی محسوب نشده و به شرط تایید پاتولوژی پلاستتا آکرتا، قابل پرداخت است.

اسلینگ بی اختیاری ادرار استرسی (کد ۵۰۱۶۷۰) شامل کد کولپورافی قدامی خلفی توام (کد ۵۰۱۶۱۵) نیز میباشد لذا همزمان قابل قبول نمیشود.

در صورت **uterine Atonia** وعدم انقباض رحم پس از عمل سزارین و خونریزی شدید، در صورت بستن شریانهای رحمی توسط جراح، جهت متوقف نمودن خونریزی، به جز کد ۵۰۲۱۷۰ (عمل سزارین) نمیتوان کد دیگری را هم منظور نمود. ولی در درمان مستقیم حق الزحمه متخصص بیهوشی قابل پرداخت است.

بیمار بارداری که به مدت یک هفته وبیشتر، بستری و تحت نظر بوده و سپس منجر به زایمان (سزارین یا NVD) گردیده، ویزیت و NST های قبل از زایمان قابل پرداخت نمیشود.

در صورت انجام NST جهت زائو که منجر به زایمان یا سزارین شود، هزینه جداگانه ای بابت آن قابل محاسبه نمیشود و در کد زایمان و سزارین لحاظ گردیده است ولی چنانچه منجر به زایمان یا سزارین نگردد کد ۵۰۲۰۹۰ فقط یکبار در روز قابل گزارش می باشد.

ش ۴۲۳۶۶۱۳۲-۱۳/۵/۹۸ شماره بخشنامه ۹۳۵/۹۸/۴۰۲۰

موضوع: بیهوشی در زایمان

۱. در بیمارانی که کاندید زایمان طبیعی میباشند و تحت زایمان بی درد (آنتونکس، اسپینال ویا اپیدورال) قرار گرفته اند در صورتیکه به هر دلیلی کاندید سزارین شوند هزینه گلوبال سزارین قابل محاسبه است و هزینه ای جداگانه به سر جمع گلوبال اضافه نمیشود.

۲. در صورتیکه بعد از زایمان طبیعی (بدون استفاده از روشهای بی دردی حین زایمان) بیمار بعلت اپی زیوتومی های وسیع، پارگی های وسیع کانال زایمان، باقی ماندن جفت و کورتاژ تحت بیهوشی عمومی، اسپینال ویا اپیدورال قرار بگیرد پرونده بصورت گلوبال محاسبه میشود و هزینه بیهوشی به سر جمع گلوبال اضافه میگردد ولی در زایمان طبیعی بی درد هزینه ای اضافه نمی گردد.

۳. در زایمان طبیعی بی درد در صورتیکه بیمار تحت اقدامات درمانی مانند ترمیم اپی زیوتومی های وسیع، پارگی وسیع کانال زایمان و کورتاژ ویا درمان باقی ماندن جفت در رحم تحت بیهوشی عمومی قرار بگیرد پرونده گلوبال زایمان طبیعی محسوب و هزینه ای جداگانه اضافه نمیگردد.

۴. در صورتیکه بیمار به دلیل پارگی ویا آتونری رحم تحت هیستریکتومی قرار بگیرد پرونده از گلوبال خارج میشود و هزینه طبق ضوابط ومقررات محاسبه و پرداخت میشود.

ش ش ۴۱۶۸۹۱۵۰-۹۸/۵/۲۰-۹۸/۳۳۲ شماره بخشنامه ۷۵۰۰/۹۸/۳۳۲

موضوع: هزینه های زایمان و ایام بارداری دختر تحت تکفل پدر

مطابق قانون تامین اجتماعی، ارائه کمک ها و معاینه های طبی و معالجات قبل از زایمان و حین زایمان و بعد از وضع حمل به بیمه شدگان تبعی صرفا در خصوص (همسر بیمه شده مرد) و آن هم مشروط بر این که در طول مدت یکسال قبل از وضع حمل حق بیمه ۶۰ روز پرداخت شده باشد: مقرر شده است از این رو، علی الاصول امکان پرداخت هزینه های زایمان و ایام بارداری برای فرزندان دختر تحت تکفل پدر وجود ندارد: مگر در خصوص بانوان بارداری که به دلیل فوت شوهر یا طلاق از کفالت شوهر خود خارج شده اند و شوهر آنها در یک سال اخیر منتهی به وضع حمل، حداقل ۶۰ روز حق بیمه پرداخت نموده باشد.

ش ش ۴۴۵۳۶۲۴۶-۹۸/۶/۳۱-۹۸/۱۳۰۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۰۸

موضوع: صلاحیت جهت انجام هیستریکتومی و شرایط انجام جراح عمومی

صلاحیت تجویز و همچنین ارائه و انجام هیستریکتومی کامل یا ساب توتال از طریق شکم با یا بدون درآوردن لوله ها و یا تخمدان ها بدون کولپوآورتو سیستوپکسی را تنها متخصصین زنان وزایمان و فلوشیپ های این رشته دارا می باشند . بدیهی است در شرایط اورژانس و در صورت عدم حضور متخصصین زنان وزایمان و، متخصصین جراحی عمومی میتوانند ارائه خدمت نمایند

ش ش ۴۶۲۳۵۱۳۴-۹۸/۸/۶-۹۸/۱۶۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۱۱

موضوع: صلاحیت انجام هیستریکتومی شکمی و شرایط انجام همزمان با جراح عمومی

افراد صاحب صلاحیت جهت انجام هیستریکتومی شکمی، فقط متخصصین زنان وزایمان و فلوشیپ های این رشته صلاحیت تجویز و انجام این خدمت را دارند . لازم به ذکر است در مواردی که متخصصین زنان وزایمان نیاز به کمک جراح رشته جراحی عمومی داشته باشند، با حضور و رعایت ضوابط و مقررات هزینه کمک جراح قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۶۹۳۰۰۰۴-۹۸/۸/۲۷-۹۸/۱۷۵۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۷۵۵

موضوع: سوابق بیمه ای جهت ارائه خدمت زایمان

براساس ماده ۶۸ قانون تامین اجتماعی، ارائه خدمت زایمان به بیمه شدگان منوط به بیمه پردازی حداقل به مدت ۶۰ روز در یک سال قبل از انجام وضع حمل می باشد. به همین منظور در پرتال معاونت درمان در منوی (کاربر دفتر اسناد) و در بخش (استحقاق درمان و سوابق بیمه ای)، امکان کنترل ضابطه فوق فراهم گردیده است.

ش ۳۳۳۳۰۴۹۴-۹۸/۱۰/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۰۸۳

موضوع: لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی همزمان

خدمات لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی همزمان (۸۰٪-۱۰۰٪) قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ۵۴۵۳۵۱۸۵-۹۹/۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۲

ش ۹۱۲۴۴۴۸۶-۹۸/۱۰/۴ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۶۴۵۶

ش ۷۱۱۱۶۴۳-۹۸/۵/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۴۳

ش ۸۶۵۸۸۳۷۷-۹۸/۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۲

ش ۹۹۷۹۷۴۱۱-۹۸/۴/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۸۰

۸۶/۱۱/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۲۱۹۱۹

۸۶/۹/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴۶۵۶

موضوع: فرآیند اجرایی سزارین

۱- در مواردیکه اندیکاسیون ذکر شده توسط پزشک معالج، در چارچوب گاید لاین ابلاغی وزارت، درمان و آموزش پزشکی نباشد، هزینه در مراکزی که پرونده بصورت گلوبال می باشد، معادل زایمان طبیعی و در مراکزی که پرونده غیر گلوبال می باشد ۵۰ درصد حق العمل جراح از جزء حرفه ای سزارین بعلاوه سرفصلهای پرونده گلوبال سزارین قابل پرداخت است.

۲- با توجه به عدم وجود اندیکاسیون علمی و همچنین عدم وجود موارد زیر در لیست استاندارد های اعلامی وزارت بهداشت ، هزینه سزارین در بیمارانیکه که به دلیل نازایی تحت اقدامات درمانی (ART assisted reproductive treatment) قرار گرفته اند و بیمارانیکه که به دلیل تنگی کانال نخاع، دیسک، شکستگی های قدیمی لگن (که باعث CPD نشده باشند) و نیز عیوب انکساری مانند نزدیک بینی شدید (high myopia) که توصیه به انجام سزارین میشوند قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند و لذا اگر چنانچه هزینه پرونده بصورت گلوبال تنظیم و درخواست می شود معادل هزینه زایمان طبیعی و در مراکزی که طرح گلوبال اجرا نمی شود، حق العمل جراح معادل ۵۰ درصد جزء حرفه ای سزارین بعلاوه هزینه سایر سرفصلهای پرونده گلوبال سزارین قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳- در مواردیکه یک اندیکاسیون (برای مثال CPD) بطور مکرر توسط پزشک خاصی مورد استفاده قرار می گیرد، موارد مذکور براساس موازین علمی در شورای علمی تخصصی بررسی و تصمیم گیری شود.

۴- در مواردیکه سزارین صرفاً به درخواست مادر انجام شود، خدمت مربوطه تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی نخواهد بود.

۵- پرداخت هزینه سزارین در صورتی که مدرکی دال بر تقاضای کتبی و تمایل شخصی توسط بیمه شده جهت انجام زایمان به روش سزارین به جایگزینی سایر روشهای زایمان در پرونده بالینی بیمار مندرج نباشد پرداخت هزینه سزارین برابر ضوابط و مقررات به بیمارستان های طرف قرارداد و واحد خسارت متفرقه بلامانع است.

ش ش ۶۰۴۵۸۷۸۶-۹۹/۱۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۶۳۵

ش ش ۶۰۸۵۸۲۳۶-۹۹/۸/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۹/۳۸۸۰

موضوع:تعریف سقط جهت کدهای ملی(۵۰۲۱۸۵ -۵۰۲۱۹۰)

سقط:خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکت ارادی ندارد.

ش ش ۶۵۵۲۶۳۵۸-۹۹/۱۲/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۷۳۹

موضوع:نحوه پرداخت هزینه ست اپیدورال در زایمان طبیعی

با توجه به اینکه در لیست اعمال گلوبال جهت زایمان بی درد با روش بیهوشی اپیدورال و یا اسپینال، کد خدمت ۵۰۲۱۵۶(ردیف ۳۷ لیست گلوبال) تخصیص یافته و هزینه ست اپیدورال و یا سوزن اسپینال در تعرفه این خدمت لحاظ گردیده است، لذا هزینه جداگانه ای بابت اقلام مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۶۶۳۰۹۵۸۴-۱۴۰۰/۱/۷ شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۴

موضوع:هیستروسکوپی با خراش اندومتر

در خصوص نحوه پرداخت هزینه خدمت هیستروسکوپی با خراش اندومتر جهت آمادگی انجام IVF قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. همچنین استفاده از کدهای معادل مانند هیستروسکوپی با تخریب اندومتر (۵۰۱۹۰۴۰) جهت این خدمت مغایر با ضوابط و مقررات جاری اداره کل می باشد.

ش ۷۲۱۷-۷۰۵۰۱۷/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۹۰۶

موضوع: نحوه تعهد سازمان به خدمات درمانی بیمه شدگان تبعی مستمری بگیر

با استناد به ماده ۶۸ و ۸۹ قانون تامین اجتماعی:

۱- فقط خانمی که خودش بیمه شده اصلی است و یا همسرش بیمه شده اصلی می باشد (با شرایط ۶۰ روز بیمه پرداختی در یکسال اخیر) می تواند از بیمه جهت خدمات درمانی بارداری استفاده نماید.

۲- همسر بازمانده بیمه شده متوفی در صورت ازدواج مجدد و بارداری، نمی تواند از دفترچه همسر قبلی جهت خدمات درمانی بارداری استفاده نماید.

۳- همسر بیمه شده متوفی چنانچه پیش از ازدواج مجدد باردار بوده و حمل متعلق به بیمه شده متوفی باشد، می تواند از خدمات درمانی بارداری استفاده نماید. منظور از خدمات درمانی بارداری کمک ها و معاینه های طبی و معالجات قبل، حین و بعد از زایمان می باشد.

ش ۷۰۵۹۸۱۸۱-۷۰۵۰۲۶/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۹۸۴

موضوع: هزینه آزمون بدون استرس جنین -NST

چنانچه بیماران باردار بستری به دستور پزشک معالج نیاز به انجام بیش از یک روز داشته باشند، نحوه پرداخت هزینه آن بصورت زیر است:

۱- در صورتی که نتیجه تست مذکور در نوبت اول **non-reactive** باشد، هزینه تکرار تست نیز علاوه بر هزینه تست اول (در مجموع هزینه دو تست در یک روز) قابل محاسبه خواهد بود

۲- چنانچه نتیجه تست در همان نوبت اول **reactive** باشد، صرفا هزینه یک تست قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۷۳۸۸۹۱۵۶-۷۰۵۰۸/۱۰/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۴۹۶

موضوع: پرداخت هزینه های درمانی زایمان از طریق رحم اجاره ای

برخورداری از کمک بارداری (به مدت ۱۲ هفته) را برای زن اجاره دهنده رحم (اجیر) مجاز است، چنانچه وی دارای دفترچه درمان تامین اجتماعی (به عنوان بیمه شده اصلی یا تبعی) باشد، امکان استفاده از دفترچه و بهره مندی از مزایای آن در ایام بارداری و زایمان و مراقبتهای درمانی پس از آن را خواهد داشت.

ش ۷۸۵۲۴۲۶-۱۴۰۰/۱۲/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۱۷

ش ۷۹۰۷۹۱۶۲-۱۴۰۰/۱۲/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۵۸

ش ۷۸۵۴۹۷۴۷-۱۴۰۰/۱۲/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۹۵

ش ۷۵۶۰۶۶۸۱-۱۴۰۰/۹/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۸۰۰

موضوع: زمان اجراء دستورالعمل خرید راهبردی خدمات ناباروری

- دستورالعمل خرید خدمات ناباروری از تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲ در تعهد سازمان تامین اجتماعی قرار میگیرد. (با توجه به بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۱۷ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۰ با شماره شناسه ۷۸۵۲۴۲۶ از تاریخ ابتدای سال ۱۴۰۰ تا تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲ نیز خدمات ناباروری در تعهد می باشد.)
- زوجین نابارور با مراجعه به مراکز مجاز ناباروری (که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ خواهد شد) نسبت به دریافت گواهی پزشکی مبنی بر ناباروری اقدام نمایند.
- زوجین نابارور با در دست داشتن گواهی صادره از پزشک شاغل در مراکز مجاز درمان ناباروری، جهت تشکیل پرونده به مدیریت درمان استان مراجعه نموده و پس از تشکیل پرونده صرفاً با عنوان "مبتلا به نازایی" و ثبت شماره پرونده بر روی گواهی پزشکی (ممه‌ور به مهر مدیریت درمان) نسبت به ادامه سیر درمانی اقدام نمایند.
- محاسبه و پرداخت صرفاً جهت خدمات IUI، ICSI، IVF و FET مطابق با شرایط دستورالعمل خرید راهبردی خدمات ناباروری به صورت گلوبال امکانپذیر است.
- خدمات ناباروری صرفاً با کد گلوبال به شرح زیر در سامانه TMDS با کد خدمت ۷۰۴۰ و شرح خدمات ناباروری در کد طرف قرارداد ۷ (مراکز جراحی محدود، دی کلینیک و بیمارستان) و جزئیات زیر صورت گیرد.

کد گلوبال	شرح خدمت
۹۹۰۷۰۰	بسته درمانی IUI
۹۹۰۷۰۵	بسته درمانی IVF
۹۹۰۷۱۰	بسته درمانی ICSI در صورت انجام MICRO TESE
۹۹۰۷۱۵	بسته درمانی ICSI در صورت انجام TESE
۹۹۰۷۲۰	بسته درمانی ICSI در صورت انجام PESA
۹۹۰۷۲۵	بسته درمانی FET

- در فیشیه مراکز طرف قرارداد عنوان "خدمات ناباروری" در خدمات قابل ارائه مرکز فعال گردد.
- به هنگام پذیرش اسناد فوق، ثبت تعدادی و ریالی الزامی است.
- مراکز مجاز طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت (مراکز جراحی محدود، دی کلینیک و بیمارستان) اسناد مثبته را بصورت یک بسته خدمتی با کد خدمت ارائه شده همراه با گواهی پزشکی ممه‌ور به مهر آن مدیریت، به همراه

- پذیرش ، محاسبه و پرداخت اسناد در مراکز غیرطرف قرارداد با گواهی پزشک ممهور به مهر مدیریت درمان(تشکیل پرونده در مدیریت درمان قبل از آغاز درمان ضروری است) از طریق واحد خسارت متفرقه امکان پذیر است.
 - مبنای محاسبه و پرداخت مطابق ماده ۷ دستورالعمل خرید راهبردی خدمات ناباروری و به شرح زیر میباشد:
 - (۱) در مراکز دولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی بسته های خدمتی تدوین شده
 - (۲) در مراکز عمومی غیردولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیر دولتی بسته های خدمتی تدوین شده
 - (۳) در مراکز خیریه و خصوصی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیردولتی بسته های خدمتی تدوین شده(فرانشیز و مابه التفاوت تعرفه به عهده بیمه شده می باشد).
- عقد قرارداد همکاری با واحدهای مجاز درمان ناباروری، اعم از موسسات مستقل و یا وابسته به مرکز درمانی بزرگتر(مانند بیمارستان)، با رعایت سایر ضوابط مربوطه بلامانع بوده و تا اطلاع ثانوی مکاتبه برای اخذ مجوز از ستاد در این مورد خاص الزامی نیست.
- در خدمات ناباروری هزینه تجهیزات مصرفی تخصصی شامل سوزن پانکچر، کاتتر انتقال تخمک و جنین و سوزن میکرو اینجکشن تا سقف قیمت " تولید داخل "

توجه: بر اساس شش ش ۷۲۸۱۵۵۴۰-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۰۲ مورخ ۱۴۰۰/۷/۱۲ محاسبه و پرداخت بهای لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی جهت صورتحسابهای بیمارستانهای خصوصی و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد لیست لوازم مصرفی پزشکی ورژن ۴ می باشد و بر اساس بخشنامه ۱۰۰۰/۹۹/۱۲۰۵۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۱۹ مدیرعامل سازمان با شماره شناسه ۶۵۹۳۲۹۷۴ در بیمارستان های دولتی و دانشگاهی تا سقف قیمت های مندرج در سایت IMED (با ارائه فاکتور معتبر) می باشد و براساس بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۶۰۶ مورخ ۱۴۰۰/۸/۳۰، اقلام فاقد قیمت مصوب در سایت مذکور براساس آخرین لیست قیمتی ارسالی اداره کل می باشد.

شش ش ۴۵۶۰۹۰۱-۹۴/۳/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۳۹۲

موضوع:تجهیزات ارتوپدی

مبنای پرداخت(سقف پرداخت) ایمپلنت های ارتوپدی قیمت های مندرج در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت می باشد. تمامی مراکز از ۹۴/۴/۱ ملزم به ارائه فاکتور رسمی از شرکت های ثبت شده در اداره کل تجهیزات پزشکی می باشند. مشخصات فاکتورها: سربرگ شرکت همراه با مهر و امضاء، شماره و تاریخ فاکتور، نام کامل کالا به همراه قیمت، Lot No ، کمپانی سازنده ، کد ۱۲ رقمی ثبت (در صورت دارا بودن) و آدرس کامل شرکت .

شش ش ۸۲۷۸۳۹۵-۹۵/۱۱/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۴۴۶

موضوع: سوماسنسور

محاسبه و پرداخت هزینه دستگاه سوماسنسور در اعمال جراحی سنگین و طولانی و نیز بخش های ویژه، با رعایت ضوابط و مقررات بلامانع می باشد.

شش ش ۱۳۳۶۳۰۰۵-۹۶/۷/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۴۶۲

موضوع:محلول آمبولیزاسیون مغزی

فاکتورهای صادره تحت عنوان محلول آمبولیزاسیون مغزی معادل ردیف ۴۲۵ از فهرست تجهیزات پزشکی با رعایت ضوابط ومقررات قابل پرداخت میباشد.(در ورژن ۴ ردیف آمبولیزاسیون مغزی به ۷۰۲ تغییر یافته است)

ش ش ۱۸۴۲۳۷۷۹-۹۶/۱۱/۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۲۹۵

موضوع: ژنراتور پیس میکر و ICD

ژنراتور پیس میکرو ICD و انواع پیس میکرو قابل پرداخت میباشد. و هزینه شارژ و یا باطری بصورت جداگانه قابل پرداخت نمیشد.

ش ش ۲۴۴۹۱۰۶۳-۹۷/۴/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۶۰۸

ش ش ۵۶۶۶۱۵۱-۹۴/۱۰/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۲۲۸

موضوع: ارجاع بیماران جهت تهیه دارو ولوازم مصرفی پزشکی

ارجاع بیماران جهت تهیه تجهیزات پزشکی به خارج از بیمارستان غیر قانونی می باشد. ملاک عمل بیمارستان های طرف قرارداد سایت IMED بوده و تهیه تجهیزات و ملزومات خارج از شبکه قانونی ممنوع است.

ش ش ۴۰۷۱۶۵۰۴-۹۸/۴/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۶۷۷

موضوع: لوازم و تجهیزات در خسارت متفرقه

در خصوص بیمارستانهای خصوصی که لغو قرار داد نموده اند. پرداخت تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی صرفا با ارائه اصل فاکتور و یا تصویر کلی خرید امکانپذیر میباشد. و در صورت عدم ارائه فاکتور مراتب به ارگانهای نظارتی از جمله سازمان تعزیرات حکومتی منعکس گردد.

ش ش ۴۲۵۵۰۵۳۷-۹۸/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۴۷

موضوع: ست پلاکت فرزیس

پرداخت ست پلاکت فرزیس با استفاده از ردیفهای ۳۳۹ و ۳۴۰ (حسب مورد) از لیست تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی پیوست نامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۰ مورخ ۱۳۹۶/۷/۲۹ و با رعایت ضوابط ومقررات اقدام لازم معمول گردد. **(بدیهی است به ورژن ۴ لیست تجهیزات پزشکی استناد شود.)**

ش ش ۴۲۶۶۱۲۱۳-۹۸/۵/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۷۴

موضوع: اندوپروتز

در خصوص محاسبه تمام ویا بخشی از اندوپروتزهای مصرفی در اعمال جراحی آرتروپلاستی زانو (ویا سایر آرتروپلاستی ها) که در برخی از موارد به صورت پارشیال، همی آرتروپلاستی، توتال آرتروپلاستی و... انجام میگردد به آگاهی میرساند در مواردیکه در لیست تجهیزات ارسالی این اداره کل (پیوست نامه شماره ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۰ مورخ ۱۳۹۶/۷/۲۹ مبلغ تجهیزات به صورت تفکیک قید نشده باشد از قیمت های اعلامی پورتال اداره تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (IMED) استفاده گردد. **(به لیست تجهیزات پزشکی ورژن ۴ استناد شود)**

ش ش ۴۳۸۱۳۷۵۸-۹۸/۶/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۸۳

موضوع: هزینه CD اویس میکرو

در خصوص بیمارستان دولتی شهید رجایی البرز به آگاهی می رساند در صورت خرید تجهیزات توسط بیمار بستری، محاسبه و پرداخت هزینه اقلام خریداری شده از طریق واحد خسارت متفرقه، با رعایت ضوابط ومقررات بلامانع است.

ش ش: ۴۶۴۶۴۴۳۲-۹۸/۹/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۵۸۰۵

موضوع: پروتز

سازمان هیچ گونه تعهدی در پرداخت بهای پروتز (دست وپای مصنوعی، چشم مصنوعی، حنجره مصنوعی (سروکس)، ویلچر، سمک، اسپلینت آرنج با مفصل)، به آن دسته از بیمه شدگان و افراد تحت تکفل آنان که قبل از شروع پرداخت حق بیمه ویا قبل از قرار گرفتن جزء افراد تحت تکفل، نیاز به استفاده از پروتزهای مزبور را داشته اند، ندارد.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۳۹-شماره بخشنامه ۹۹/۱/۲۵-۵۰۹۳۸۱۳۶

موضوع: نحوه پرداخت فاکتورهای لوازم مصرفی ارائه شده از شرکت های ثبت نشده در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی

پرداخت هزینه لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی تنها در صورت خریداری از شرکت های مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی و همچنین ارائه فاکتور معتبر امکان پذیر است. در صورت ارائه فاکتورهای خریداری شده توسط بیمارستانها و مراکز درمانی که فاقد شناسنامه در سایت وزارت بهداشت می باشند، تصویر مدارک خرید به دانشگاه متبوع ارسال و از نتیجه اقدام، این اداره کل را مطلع نمایید.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۹۷-شماره بخشنامه ۹۹/۲/۷-۵۳۳۳۵۸۷۰

موضوع: نحوه پرداخت لوازم خریداری شده توسط بیمه شده در اقدامات و جراحی های سرپایی

تهیه لوازمی مثل استنت ازوفاژبال، فیبراپتیک لیزر و سوزن بیوپسی که در برخی اقدامات و جراحی های سرپایی که در تعهد می باشند و توسط بیمار خارج از مرکز تهیه می گردد، از طریق واحد خسارت قابل پرداخت است.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۲۳۴-شماره بخشنامه ۹۹/۲/۳۰-۵۴۳۳۳۴۴۳۰

موضوع: هزینه کیف بهداشتی در سال ۹۹

در صورت درخواست بیمار جهت دریافت کیف بهداشتی، شامل حوله، دمپایی، لیوان، شامپوی یک نفره، مسواک، خمیر دندان یک نفره و دماسنج، به صورت سرجمع شصت و دو هزار و پانصد تومان می باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۳۴۱-شماره بخشنامه ۹۹/۳/۲۱-۵۵۰۴۰۰۹۹

موضوع: الصاق برچسب های مربوط به انواع استپلر و کارتریج

در خصوص الصاق برچسب انواع استپلر و کارتریج به آگاهی می رساند با توجه به ایملنت شدن کارتریج ها در بدن بیمار، الصاق برچسب آنها ضروری است اما در مورد استپلرها بدلیل آنکه بعنوان ابزار جایگذاری کارتریج ها بکار میروند، وجود برچسب در پرونده بیمار الزامی نمی باشد.

دستورالعمل ها و بخشنامه های تجهیزات پزشکی و لوازم پزشکی

ش ۵۵۳۸۳۰۲۶-۹۹/۴/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۰۸

ش ۴۸۴۶۸۴۲۲-۹۸/۱۲/۱-۹۸/۲۴۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۱۴

موضوع: کنترل برچسب تجهیزات پزشکی

در ارتباط با پرداخت پروتوزها و اقلام مصرفی تخصصی علاوه بر کنترل شرح عمل و فاکتور معتبر (که حداقل دارای مشخصات فروشنده، خریدار، تاریخ ارائه فاکتور، شناسه ملی/شماره اقتصادی و مهر و امضاء شرکت باشد) و با رعایت ضوابط و مقررات مربوطه (ممهور بودن فاکتور به مهر و امضاء پزشک معالج و مهر اتاق عمل)، براساس جدول پیوست نسبت به کارشناسی، محاسبه و پرداخت اقدام گردد.

گروه کالا	نام کالا	لزوم الصاق برچسب شناسایی کالا
گوارش	انواع استپلر خطی، خطی برشی و اندو استپلر	ندارد
	استپلر حلقوی و استپلر PPH	دارد
	انواع کارت ریج (خطی، خطی برشی، اندو)	دارد
	انواع استنت گوارشی (مری، دئودنوم، کولون، بیلپاری و ...)	دارد
	اسفنکتر وتوم	دارد
	انواع بالون گوارشی (دیلاتور، خروج سنگ و ...)	دارد
	کیت پک	دارد
چشم	محلول های چشمی و روغن سیلیکون	دارد
	وکیوم تریفاین	ندارد
	احمد والو	دارد
ارولوژی	شالدون (کاتتر همودیالیز موقت)	دارد
	پرمیکت (کاتتر همودیالیز دائم)	دارد
	مش های بی اختیاری ادراری (نوارهای بی اختیاری)	دارد
خون	کاتتر پورت	دارد
زنان و زایمان	کاتتر کاواترم	دارد
ارتوپدی	انواع تاندون	دارد

دستورالعمل ها و بخشنامه های تجهیزات پزشکی و لوازم پزشکی

ادامه از صفحه قبل

گروه کالا	رسته تجهیزات	نام کالا	لزام الصاق برچسب شناسایی کالا
ارتوپدی	تروما (ارتوپدی)	انواع پین، وایر، پیچ، وشر، انواع پلاک و انواع نیل (اینترلاک، گاما نیل و...)	ندارد
	تروما (ماگزوفاشیال)	انواع پیچ، مش، پلاک و وایرهای ماگزوفاشیال	ندارد
	پروتز تعویض مفصل	لگن، زانو، مچ پا و دست، انگشت	دارد
	ستون فقرات	انواع پیچ، نات، کانکتور، راد، دومینو	ندارد
	Sport medicine	انکورسوچور، پیچ های ACL	دارد
	بیومتریال	جایگزین های استخوان، سیمان ارتوپدی	دارد
	موارد خاص	آلوگرافت و زونوگرافت	دارد
قلب و عروق	اینترنشن	استنت های دارویی و غیر دارویی، انواع بالون، انواع گایدوایر و گایدینگ کاتتر، پیس میکر و ICD و ...	دارد
	جراحی قلب	انواع دریچه، کاتتر بالون پمپ	دارد
چشمی		انواع لنز داخل چشمی	دارد
جراحی عمومی		انواع مش	دارد
مغزی	اینترنشن	استنت مغزی، انواع کوئل، انواع میکروکاتتر و میکروگاید	دارد
ضروری است اقلامی که در لیست فوق به آنها اشاره نشده است، به اداره کل درمان غیر مستقیم اعلام تا بررسی های لازم انجام گیرد.			

ش ۵۶۲۹۳۸۹۱-۹۹/۴/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۲۲

موضوع: نحوه پرداخت کیسه های یورستومی

پرداخت هزینه چسب پایه و خمیر استومی به همراه کیسه های یورستومی کما فی السابق با رعایت ضوابط و مقررات بلامانع است.

ش ش ۴۹۵۶۵۵۰۹۹/۵/۱- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۹۲

موضوع: پمپ دسفرال

در صورت معیوب شدن پمپ دسفرال در بازه زمانی کمتر از سه سال در بیماران تالاسمی، ضروری است بیمار با توجه به گارانتی و خدمات پس از فروش صادر شده، نسبت به تعمیر آن اقدام نموده و چنانچه دستگاه تعمیر پذیر نبود (با تایید کتبی فروشنده و صادر کننده گارانتی و خدمات پس از فروش مبنی بر عدم امکان تعمیر)، می تواند نسبت به خرید پمپ جدید اقدام نماید.

ش ش ۷۱۱۵۸۶۸۵۶۸۶/۵/۴- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۹۹

موضوع: نحوه محاسبه و پرداخت پروتزیهای مصرفی برای بیمار بدون ارائه فاکتور خرید

جهت محاسبه و پرداخت پروتزیهای مصرفی بیماران، ضمیمه نمودن فاکتور خرید معتبر الزامی است. شایان ذکر است عدم ارائه فاکتور براساس بند ۸ ابلاغی معاونت محترم غذا و داروی وزارت بهداشت به شماره ۵۶۴۱۷/۶۶۴ مورخ ۹۸/۷/۱، به منزله عرضه کالای قاچاق می باشد.

ش ش ۴۸۱۵۸۴۸۵۷۹۱۵/۵/۲۸- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۴۷

موضوع: نحوه پرداخت لوازم مصرفی تزریق دفروکسامین در منزل برای بیماران تالاسمی

هزینه لوازم مصرفی فوق در بیماران تالاسمی زیر ۱۵ سال با ارزش نسبی ۷ کای فنی دولتی (در سال ۱۳۹۹ تا سقف ۵۰۰/۹۰۶ ریال) و در بیماران بالای ۱۵ سال با ارزش نسبی ۹ کای فنی دولتی (در سال ۱۳۹۹ تا سقف ۵۰۰/۱۶۵ ریال) طبق ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۹۶۳۵۷۸۰۳۴۹۶- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۶۲

موضوع: پوشش های بند آورنده خون با خاصیت هموستاتیک

درخصوص تعرفه پرداختی پوشش های بند آورنده خون با نام کیتوهم (تولید داخل) به استحضار می رساند، پوشش های فوق در وزن های مختلف مطابق با ردیف های ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲ لیست تجهیزات سازمان در گروه "مصرفی"، غیر از کت لب (Cath Lab) در سایر اعمال جراحی قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۴۵۸۶۱۸۰۴۵- شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۲۶

موضوع: تعرفه فیلتر لکوسیت (فیلتر تالاسمی)

هزینه فیلتر لکوسیت (تالاسمی) تک واحدی تا سقف ۸۶۴/۰۰۰ ریال و فیلتر لکوسیت دو واحدی تا سقف ۹۴۸/۰۰۰ ریال (با احتساب سود مصرف کننده)، از تاریخ ۱۳۹۹/۶/۱ طبق ضوابط قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۵۹۶۳۴۴۸۹-۹۹/۷/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۰۶

موضوع: تعرفه پرداختی انواع نخ های جراحی

فایل انواع نخ جراحی و قیمت های مورد قبول براساس بهای مصرف کننده مندرج در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام نخ	نام برند	سقف مبلغ مورد تعهد سازمان(به ریال)	قیمت تولید داخل براساس سایت اداره کل تجهیزات پزشکی	حداقل قیمت وارداتی سایت اداره کل تجهیزات پزشکی	حداکثر قیمت وارداتی سایت اداره کل تجهیزات پزشکی	نخ هایی که در قالب این کد قابل پرداخت می باشد	ضوابط پرداخت
پلی گلیکا پرون	مونوکريل	مطابق باسایت IMED	۱۰۲/۶۰۰	۱۵۶/۴۰۰	۴۴۸/۴۰۰	مونوسین - بایوسین - مونوپرون - PGC	
پلی گلايکولیک	ویکريل	"	۷۷/۷۰۰	۱۲۰/۷۰۰	۷۵۱/۰۵۰	سرچی کريل - PGA	
پلی گلايکولیک	ویکريل میکرو	"	۴۷۷/۲۰۰	-	-	PGA	
پلی پروپلین	پروئن	"	۹۶/۹۰۰	۸۱/۳۰۰	۱/۴۳۲/۸۶۰	اپتیلن-سرچی پرو - کاردیوپیلن - کرولن-PLP	نخ های خارجی در جراحی های چشم ، قلب و عروق، مغزواعصاب، اطفال و تومورها پس از رویت فاکتور خرید معتبر مراکز درمانی قابل پرداخت می باشد.
پلی پروپلین میکرو	پروئن میکرو	"	۴۳۳/۸۰۰	-	-	PLP	
پلی بوستر	اتی باند	"	-	۲۰۶/۶۱۰	۱/۸۲۹/۹۶۰	پرمیکرون-تای کرون-ایکس باند	
پلی دیاکسانون	PDS	"	۱۱۵/۵۰۰	۱۶۳/۲۰۰	۱/۸۶۸/۴۶۰	مونوپلاس - ماکسون-PDO	
سیلک	مرسیلک	"	۴۳/۰۰۰	۷۴/۳۰۰	۱/۰۰۹/۵۰۰	سیلکام-سیلکا	
سیلک میکرو	-	"	۴۲۳/۹۰۰	-	-	"	
سیلک بدون سوزن		"	۶۱/۹۰۰	۷۷/۶۰۰	۱۳۶/۲۰۰	"	
پلی دیامید	نایلون	"	۴۳/۰۰۰	۶۹/۰۰۰	۱/۴۴۱/۲۲۰	دافیلون	
نایلون میکرو		"	۴۲۲/۰۰۰	-	-	"	
نایلون لوپ		"	۶۰/۵۰۰	۷۳/۸۰۰	۱۹۶/۸۰۰	"	
پلی وینیل	PVDF	"	۴۵/۸۰۰	۴۳۶/۸۰۰	۴۷۶/۳۰۰	-	
کرومیک	-	-	۸۷/۹۲۰	-	-	-	

ش ش ۶۱۳۳۲۹۹۲-۹۹/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۹۹/۱۱۹۵/۴۰۲۰/۹۹

موضوع: باندهای پانسمان در پرونده های بستری

مبنای محاسبه و پرداخت ردیف ۵۷۴ لیست تجهیزات (باند پانسمان) متناسب با عرض باند مصرف شده و با توجه به اعلام قیمت باندهای پانسمان در سایت IMED (که براساس عرض انواع باند ذکر شده است) می باشد.

ش ش ۵۵۶۶۲۱۹۶-۹۹/۸/۲۵ شماره بخشنامه ۹۹/۱۲۱۷/۴۰۲۰/۹۹

موضوع: لوله خرطومی ونتیلاتور در بخش های عادی و ویژه

هزینه لوازم مصرفی ونتیلاتور از جمله لوله خرطومی، در جزء فنی کد ۹۰۱۰۸۵ با شرح کد (هزینه تنفسی ممتد و نگهداری به کمک دستگاه تهویه مکانیکی به ازای هر روز خارج از بخش های ویژه) لحاظ شده و در بخش های ویژه نیز هزینه لوازم مصرفی در سر جمع تعرفه هتلیینگ بخش منظور شده و به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۶۲۰۳۳۰۹۱-۹۹/۹/۱۱ شماره بخشنامه ۹۹/۱۲۹۹/۴۰۲۰/۹۹

موضوع: نحوه پرداخت محصولات شرکت نور آسمان

در خصوص عدم وجود لیبل کالایی در برخی از اقلام شرکت نور آسمان منجمله انواع استیپلر و کارتریج، با اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت در مورد ادعای شرکت مذکور (طبق فایل پیوست) مبنی بر عدم وجود لیبل کالایی در محصولات اتیکون مکاتبه گردیده و تا حصول نتیجه، محاسبه و پرداخت اقلام فوق الذکر براساس مستندات پرونده بستری بیماران (شرح عمل، برگه تجهیزات مصرفی اتاق عمل، فاکتور معتبر و ...) بلامانع می باشد.

ش ش ۶۲۱۰۸۲۹۵-۹۹/۹/۱۲ شماره شناسه ۹۹/۱۳۱۰/۴۰۲۰/۹۹

موضوع: نحوه پرداخت سنسور برون ده قلبی (فلوترک FLO Trac)

محاسبه و پرداخت سنسورهای برون ده قلبی صرفاً در اتاق عمل (در حین جراحی) و تا سقف ریالی تعهدات لوازم مصرفی روش تهاجمی (ردیف ۴۵۵ لیست تجهیزات سازمان) با رعایت ضوابط و مقررات سازمان بلامانع می باشد. در ضمن در خصوص تعداد موارد استفاده از لوازم مصرفی فوق الذکر پس از اخذ نظر معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراتب به اطلاع خواهد رسید (سقف ریالی در مراکز دانشگاهی براساس IMED می باشد).

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۹ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱/۱۷-۶۴۹۳۳۰۰۶

موضوع: اصلاح قیمت لوازم (ست) ورتبروپلاستی و اعلام قیمت رابط کاتتر الکتروفیزیولوژی

هزینه ست ورتبروپلاستی (ردیف ۶۸۲ گروه مغز و اعصاب) تا سقف ۲۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می باشد. همچنین هزینه رابط الکتروفیزیولوژی (ردیف ۴۲۱ گروه قلب و عروق) در واحد خسارت متفرقه با ارائه اصل فاکتور به نام بیمار تا سقف قیمت اعلامی در ورژن سوم لیست تجهیزات سازمان بارگذاری شده در سایت معاونت درمان و در مراکز درمانی طرف قرارداد مبلغ ۸۰۰/۰۰۰ ریال، با رعایت ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد. **(با توجه به ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۰۲ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۷/۱۲-۷۲۸۱۵۵۴۰ ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۰۲ و لیست اعلامی ورژن ۴، مبالغ هزینه ست ورتبروپلاستی تا سقف ۲۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال و هزینه رابط الکتروفیزیولوژی ۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال تغییر نموده است.)**

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۶۶۲ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۴/۷-۶۶۶۲۰۲۹۱

موضوع: پاسخ به سوالات مرتبط با لیست قیمتی تجهیزات سازمان

۱. با توجه به این که "استم" (stem) مورد استفاده در توتال هیپ و بای پولار به لحاظ ساختاری با هم تفاوتی ندارند، لذا در صورت وجود اندیکاسیون مصرف "استم" بلند، مابه التفاوت قیمت "استم" معمولی و بلند به سر جمع پروتز بای پولار اضافه و پرداخت گردد.

۲. انواع آلوگرافت استخوانی در اعمال جراحی تعویض مفصل قابل پرداخت نمی باشد. همچنین در صورت استفاده از "پد جنتامایسین" و الصاق برچسب آن در پرونده بیمار، هزینه پد به سر جمع پروتز توتال هیپ اضافه و قابل پرداخت می باشد.

۳. در حال حاضر با توجه به عدم وجود ردیف جداگانه جهت اندوباتن (Endo button) تا اطلاع ثانوی استفاده از ردیف ۱۷۱ لیست قیمتی تجهیزات سازمان بلامانع است.

۴. ست ترمیم مینیسک شامل اقلام مصرفی (و نه ابزار) همانند فست فیکس (Fast Fix) و نات پوشر (Knot Pusher) و ... می باشد.

۵. در صورتی که برچسب کالا، "جنتاکول" باشد، از ردیف های ۵۸۰ و ۵۸۱ و ۵۸۲ لیست قیمتی تجهیزات استفاده گردد و در صورتی که برچسب کالا "پد جنتامایسین" باشد، ردیف ۷۴ قابل محاسبه و پرداخت است.

۶. در صورت عدم ارائه فاکتور در خصوص پروتزهای مصرفی توسط شرکت های توزیع کننده هزینه ی مربوطه، غیر قابل پرداخت است.

۷. برای محاسبه و پرداخت هزینه های لنز، انژکتور (Injector) و کارتریج (Cartridge)، از قیمت های اعلام شده در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی استفاده گردد.

۸. قیمت گذاری اقلام مصرفی و اندوپروتزها در لیست قیمتی تجهیزات سازمان براساس سایت IMED صورت پذیرفته است، بنابراین کاهش و یا افزایش قیمت در سایت مذکور ملاک کاهش و یا افزایش قیمت در لیست سازمان می باشد.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۱۵ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۵/۴-۶۹۴۴۰۰۵۱

موضوع: سوند ساکشن در بخش های ویژه

مبنای پرداخت هزینه تعداد کاتتر (سوند ساکشن) در هر پرونده، تعداد دفعات انجام ساکشن توسط پرستار و ثبت آن در پرونده بیمار می باشد.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۲۸ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۵/۵-۶۹۴۹۲۵۰۶

موضوع: پرداخت هزینه کاتتر RF

استفاده از ردیف ۴۷۸ لیست تجهیزات برای پرداخت هزینه کاتتر RF بلامانع می باشد. محاسبه و پرداخت هر یک از ردیف های اعلام شده در یک گروه پزشکی، در سایر گروه ها با رعایت ضوابط و مقررات بلامانع است.

ش ۷۰۸۱۹۴۱۹-۱۳/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۸۸۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: عدم تطابق تاریخ فاکتور با تاریخ عمل بیمار

در خصوص عدم تطابق تاریخ فاکتور بیماران مراجعه کننده به واحد خسارت متفرقه با تاریخ عمل جراحی بیمار، تاریخ فاکتور به تاریخ قبل و یا بعد از عمل جراحی با تاخیر یک هفته ای یا چند روز بعد از عمل جراحی، پرداخت هزینه تجهیزات پزشکی مصرفی خریداری شده توسط بیماران در صورت ارائه فاکتور خرید معتبر و اطمینان از مصرف اقلام مذکور براساس مستندات پرونده بستری شرح عمل، نسخه پزشک معالج و... بلامانع می باشد.

ش ۷۱۲۹۶۲۸۱-۷/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۰۴۰/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: رهگیری، ردیابی و استعلام اصالت تجهیزات پزشکی

اخذ اصالت تجهیزات پزشکی لیست ارسالی از سامانه TTAC جهت بازپرداخت هزینه توسط سازمانهای بیمه گر از تاریخ ۱۴۰۰/۵/۱۰ سال جاری ضروری بوده و حداکثر تا پایان آذر ماه جاری به تمامی تجهیزات پزشکی تسری می یابد. در صورتی که تجهیزات پزشکی مصرفی برای بیماران، مورد استعلام اصالت از سوی مراکز درمانی قرار نگرفته باشد و یا مرکز در خصوص ثبت اطلاعات و استعلام اصالت، سهل انگاری نموده باشد، گزارش تخلفات بصورت ماهیانه به این معاونت ارسال تا مراتب به ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز انعکاس یابد.

نام کالا فارسی	نام کالا انگلیسی	سطح چهارم/گروه کالایی	سطح سوم/گروه فرعی	سطح دوم/گروه اصلی	indexid
هندل به همراه کارتریج استپلر خطی جراحی باز	Linear Stapler Device	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۵۰
آفاکیا محفظه خلفی	Aphakia Posterior Chamber	لنز داخل چشمی	مصرفی های چشم	چشم	۵۸۷
تروکار	Trocar	تروکار	ابزار جراحی	ابزارها	۶۷۹۳
استنت گرفت پریفرال	Peripheral Stent Graft	اینترنشنال	مصرفی های قلب و عروق	قلب و عروق	۶۳۱
استنت بیلیاری	Biliary Stent	استنت گوارشی	مصرفی اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۷۶۹۷
کیسه استومی	Ostomy Bag	مراقبت از استوما	عمومی گوارشی	گوارش	۱۱۷۳
استپلر حلقوی جراحی	Surgical Circular Stapler	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۰۸۲
اصلاح عیوب انکساری	Refractive Error Correction	لنز داخل چشمی	مصرفی های چشم	چشم	۵۸۹
استپلر حلقوی هموروئید	Hemorrhoid Circular Stapler	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۰۸۳
هندل به همراه کارتریج استپلر خطی برشی جراحی باز	Linear Cutting Stapler Device	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۵۲
کاتریج استپلر خطی جراحی باز	Linear Stapler Cartridge	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۴۹
کارتریج استپلر لاپاروسکوپی	Laparoscopic Stapler Cartridge	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۵۳
استنت حالب	Stent Ureteral	استنت بلند مدت ارولوژی	مصرفی های ارولوژی و نفرولوژی	ارولوژی و نفرولوژی	۹۰۸
کرم محافظ استومی	Ostomy Barrier Cream	مراقبت از استوما	عمومی گوارشی	گوارش	۳۵۵۰
استنت ادراری	Stent Urethral	استنت بلند مدت ارولوژی	مصرفی های ارولوژی و نفرولوژی	ارولوژی و نفرولوژی	۱۰۸۷
استپلر لاپاروسکوپی حلقوی	Circular Stapler	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۷۰
استنت کولون/دندونوم/رکتوم تی اس	Colon / duodenum / Rectum STENT TTS	استنت گوارشی	مصرفی اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۷۶۸۰
دستگاه پیس میکر داخلی سه حفره ای	Crt Implantable Pacemaker	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۴۵
دستگاه پیس میکر داخلی دو حفره ای	Dual Chamber Implantable Pacemaker Unit	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۳۹
کاتریج استپلر خطی برشی جراحی باز	Linear Cutting Stapler Cartridge	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۵۱

دستورالعمل ها و بخشنامه های تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی

ادامه از صفحه قبل

Broncheal Stent Metallic Self Expanding	استنت برونشیل فلزی خود بازشونده	مصرفی های تنفسی	تنفسی	تنفسی و بیهوشی	۸۸۷
HemoDialysis Filter	فیلتر همودیالیز	دیالیز	دستگاه های ارولوژی و نفرولوژی	ارولوژی و نفرولوژی	۱۳۱۵
Pediatric Hemodialysis Filter	فیلتر همودیالیز اطفال	دیالیز	دستگاه های ارولوژی و نفرولوژی	ارولوژی و نفرولوژی	۹۵۸۴
Ostomy Gel	ژل استومی	مراقبت از استوما	عمومی گوارشی	گوارش	۹۷۳۰
Skin staplers Handle with Cartridge	هندل به همراه کارتریج استپلر پوستی	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۷۱۲
_Single Chamber Pacemaker Unit	دستگاه پیس میکر داخلی تک حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۳۳
Aphakia Anterior Chamber	آفاکیا محفظه قدامی	لنز داخل چشمی	مصرفی های چشم	چشم	۵۸۸
Laparoscopic Stapler Device	هندل به همراه کارتریج استپلر لاپاروسکوپی خطی برشی	استپلر های جراحی	مصرفی های جراحی عمومی	جراحی عمومی	۱۱۵۴
Stents,Esophageal, Polymeric,Degradable	استنت زیست تخریب پذیر	استنت گوارشی	مصرفی اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۹۹۲۵
Cement Ostomy	خمیر استومی	مراقبت از استوما	عمومی گوارشی	گوارش	۱۱۷۴
Dual Chamber Implantable Pacemaker Lead	لید پیس میکر داخلی دو حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۴۲
Blood Line Set (Arterial - Venous)	ست لوله رابط همودیالیز	دیالیز	دستگاه های ارولوژی و نفرولوژی	ارولوژی و نفرولوژی	۱۳۱۶
Pancreatic	استنت پانکراس	استنت گوارشی	مصرفی اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۷۶۹۳
Ambulatory Infusion Pump Unit	دستگاه پمپ تزریق قابل حمل	پمپ تزریق	دستگاه های عمومی	دستگاه ها و لوازم عمومی پزشکی	۷۱۲۶
Temporary Cardiac Pacing Lead	لید قلبی پیس موقت تک حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۵۷
Single Chamber External Pacemaker Unit	دستگاه پیس میکر خارجی تک حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۵۳
Single Chamber Implantable Pacemaker Introducer	اینترودیوسر پیس میکر داخلی تک حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۳۸
Ostomy Powder	پودر استومی	مراقبت از استوما	عمومی گوارشی	گوارش	۳۵۴۸
Single Chamber Implantable Pacemaker Lead	لید پیس میکر داخلی تک حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۳۶

دستورالعمل ها و بخشنامه های تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی

ادامه صفحه قبل

Tracheo Bronchial Stent	تراشنو پرونشیال استنت	مصرفی های تنفسی	تنفسی	تنفسی و بیهوشی	۸۰۹
Aphakia Iris Fixation	آفاکیا فیکساسیون عنبیه	لنز داخل چشمی	مصرفی های چشم	چشم	۵۸۶
Crt Implantable Pacemaker Lead	لید پیس میکر داخلی سه حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۴۸
non TTS Colonic	استنت کولون	استنت گوارشی	مصرفی اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۷۶۸۱
Endoscope Trocar	تروکار اندوسکوپی	تروکار اندوسکوپی	ابزار اندوسکوپی	اندوسکوپی و اندوسرجری	۷۱۳۹
Crt Implantable Pacemaker Introducer	اینترودیوسر پیس میکر داخلی سه حفره ای	پیس میکر	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۴۹
Triple Implantable Cardioverter Defibrillator Introducer	اینترودیوسر آی سی دی سه حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۷۸
Triple Implantable Cardioverter Defibrillator Lead	لید آی سی دی سه حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۷۷
Dual Chamber Implantable Cardioverter Defibrillator Lead	لید آی سی دی دو حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۷۴
Single Implantable Cardioverter Defibrillator Unit	دستگاه آی سی دی تک حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۶۲
Dual Chamber Implantable Cardioverter Defibrillator Unit	دستگاه آی سی دی دو حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۶۵
Triple Implantable Cardioverter Defibrillator Unit	دستگاه آی سی دی سه حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۶۸
N/A	لید آی سی دی تک حفره ای	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۱۲۷۱
Lead Extraction Kit	لوازم اکستراکشن لید آی سی دی	آی سی دی	دستگاه های قلب و عروق	قلب و عروق	۸۶۶۵
hearing aid	دستگاه سمعک	دستگاه سمعک	دستگاه گوش و حلق و بینی	ENT	۱۹۱۶

ش ۷۱۵۶۸۱۸۹-۱۴۰۰/۶/۸ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۰۵۷

موضوع: اخذ اصالت دارو و تجهیزات پزشکی

نامه به معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو - اطلاعات مورد نیاز به شرح: "اطلاعات هویتی بیمار (کد ملی، نام نام خانوادگی)، کد و نام خدمت، تاریخ ارائه خدمت، کد پیگیری ارائه شده از سامانه، تأیید اصالت، کد و نام مرکز استعلام کننده، تاریخ انجام استعلام و قیمت ثبت شده برای هر خدمت" همراه با اطلاعات تجمیعی براساس ماه عملکرد و مرکز ارائه دهنده خدمات، جهت قرار گرفتن در پورتال سازمان در قالب سرویس به این سازمان ارائه گردد.

ش ۴۰۲۸۱۵۵۴۰-۷/۱۲/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۰۲

موضوع: لیست جدید لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی

ورژن ۴ لیست قیمتی لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی در سال ۱۴۰۰، بهای لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی صورتحساب بیمارستانها ی خصوصی و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد مربوط به صورتحساب های شهریور ماه سالجاری و به بعد و در واحد خسارت متفرقه، صورتحساب بیماران پذیرش شده از تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱ در موسسات غیر طرف قرارداد با رعایت ضوابط و مقررات مربوطه اقدام لازم معمول نمایند:

۱- در مواردی که سقف مورد تعهد اعلام نگردیده است ضوابط مندرج در ستون ضوابط پرداخت می باشد.

۲- چنانچه هر یک از ردیف های اعلام شده از لیست مورد نظر در یک گروه پزشکی، در سایر گروهها نیز مورد مصرف قرار گیرد، با رعایت ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۳- چنانچه کد و شرح خدمت ارائه شده در کتاب ارزش نسبی (براساس آخرین ویرایش ابلاغی) موجود نباشد، وسایل و تجهیزات مربوط به آن نیز قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

۴- سقف قیمتهای اعلام شده بدون کسرفرانشیز می باشد، لذا لازم است کسرفرانشیز براساس ضوابط و دستورالعمل ها صورت پذیرد.

۵- در بعضی از اعمال ممکن است به دلائل مختلف از یک وسیله برای بیش از یک بار بیمار استفاده گردد، لذا با توافق مدیریت درمان استان با موسسه طرف قرارداد، محاسبه و پرداخت مبلغ کارشناسی شده بر مبنای تعداد و دفعات مصرف وسیله ی مورد نظر، با رعایت ضوابط و مقررات بلامانع می باشد.

۶- فاکتورهای ارائه شده از سوی هیئت امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران، عیناً قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

لیست مذکور در بخش دریافت فایل پورتال معاونت درمان با عنوان ۴-۱۴۰۰ Tajhizat- قرارداد شده است. (بر اساس بخشنامه ۹۹/۱۲/۱۳۰۵۱ مورخ ۹۹/۱۲/۱۹ مدیر عامل سازمان با شماره شناسه ۶۵۹۳۲۹۷۴ در بیمارستان های دولتی و دانشگاهی تا سقف قیمتهای مندرج در سایت IMED (با ارائه فاکتور معتبر) می باشد و براساس بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۶۰۶ مورخ ۱۴۰۰/۸/۳۰، اقلام فاقد قیمت مصوب در سایت مذکور براساس آخرین لیست قیمتی ارسالی اداره کل می باشد.)

پیرو مذاکرات شفاهی با خانم امیری ستاد :

۱- برای بیمارستان های خصوصی و مراکز جراحی می باشد.

۲- اجرای نامه از زمان رسیدن نامه به دست مراکز می باشد.

۳- حق انبارداری در این لیست اعمال شده است.

ش ۷۰۷۷۴۲۲۰-۱۴۰۰/۶/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۰۱

موضوع: هزینه کاتتر ترمال ابلیشن داخل رحمی

چنانچه هر کدام از تامین کنندگان، کاتتر فوق را باقیمت کمتر از ۲۷/۰۰۰/۰۰۰ ریال ارائه نماید، مبنای پوشش بیمه ای حداقل قیمت موجود در بازار خواهد بود. همچنین مراکز ارائه دهنده خدمت، جهت گزارش کاتتر مصرفی، ملزم به ثبت کد اصالت بوده و پرداخت سازمان براساس کد اصالت ثبت شده خواهد بود.

ش ۷۲۱۴۹۱۴۳-۱۴۰۰/۸/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۵۶۵

موضوع: لوازم مصرفی و اندوپروتزهای خریداری شده توسط بیماران در برخی از مراکز طرف قرارداد

پرداخت لوازم مصرفی و اندوپروتزهای خریداری شده توسط بیماران در برخی از مراکز طرف قرارداد از طریق واحد خسارت متفرقه بلامانع است. فهرست موارد ارجاع و مستندات مرتبط با آن با عنایت به ابلاغیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص عدم ارجاع بیماران در مراکز درمانی طرف قرارداد جهت تهیه و خرید تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و تامین لوازم مصرفی توسط مراکز درمانی، جهت اعلام به دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت به این اداره کل ارسال گردد.

ش ۷۴۳۶۵۳۰۰-۱۴۰۰/۸/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۵۹۸

موضوع: پمپ دسفرال

از تاریخ ۱۴۰۰/۹/۱ محاسبه و پرداخت هزینه پمپ دسفرال از طریق واحد خسارت متفرقه علاوه بر دریافت فاکتور معتبر، منوط به ارائه گواهی اصالت اخذ شده از سامانه مذکور می باشد.

ش ش ۷۳۶۹۵۲۲۰-۱۴۰۰/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۱۶۰۶/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ش ۶۵۹۳۲۹۷۴-۱۹/۱۲/۹۹ شماره شناسه ۱۲۰۵۱/۹۹/۱۰۰

موضوع: طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان

پرداخت کل قیمت لوازم مصرفی پزشکی و اندوپروتزها برای تمامی بیمه شدگان و مستمری بگیران اصلی و تبعی بستری مشمول این طرح در بیمارستانهای دولتی/دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرف قرارداد تا سقف قیمت های مندرج در سایت IMED (با ارایه فاکتور معتبر) و در مواردی که در سایت مذکور موجود نیست با رعایت صرفه و صلاح سازمان و حفظ منافع بیمه شدگان مطابق قیمت اعلامی مورد تایید حوزه معاونت درمان برعهده سازمان خواهد بود. محاسبه و پرداخت هزینه تجهیزات مذکور براساس فاکتور ارایه شده و مطابق بهای مندرج در سامانه IMED وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صرفا شامل تجهیزاتی است که در تعهد سازمانهای بیمه گر پایه قرار دارد.

در مورد اقلام فاقد قیمت مصوب در سایت مذکور، براساس آخرین لیست قیمتی ارسالی اداره کل می باشد.

ش ش ۷۳۲۵۹۴۶۰-۱۴۰۰/۹/۲ شماره بخشنامه ۱۶۳۶/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: اصلاحیه ردیف پرداخت دریاچه های گرافت دار

مبلغ قابل محاسبه و پرداخت ردیف ۴۱۸ لیست مذکور در گروه قلب و عروق (دریاچه های گرافت دار) مبلغ ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (معادل ده میلیون تومان) می باشد.

ش ش ۷۶۹۵۵۸۹۹-۱۴۰۰/۱۰/۲۹ شماره بخشنامه ۲۰۲۷/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: نحوه پرداخت لوپ TUR

لوپ TUR جزء ۴۰٪ اتاق عمل می باشد و به طور جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۷۶۸۹۳۷۳۶-۱۴۰۰/۱۰/۲۸ شماره بخشنامه ۲۰۱۶/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: لزوم اخذ اصالت دارو و تجهیزات پزشکی در بخش بستری

براساس نامه شماره ۲۰۱۵۹۴ مورخ ۱۴۰۰/۴/۲۲ معاون محترم پیشگیری ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز ریاست جمهوری:

"از تاریخ ۹۸/۳/۸ مطابق مصوبه ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و تایید رئیس محترم جمهور، در بخش سرپایی و بستری اجرای ماده ۲۰ ضوابط اختصاصی اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی موضوع تبصره ۴ ماده ۱۸ قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز لازم الاجرا بوده و هر گونه اهمال و کوتاهی و تخلف متوجه مسئولین مربوطه خواهد بود."

دستورالعمل ها و بخشنامه های تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی

ش ۷۸۵۲۲۶۸۵-۱۳/۹-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۲۲۷۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ۷۵۵۴۲۲۴۰-۲۶/۱۰/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۹۹۸/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: استعلام اصالت دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی بیماران بستری از سامانه TTAC

منوط بودن پرداخت بیمه ها به استعلام اصالت دارو و تجهیزات مصرفی بیماران بستری برای اقلام ابلاغی سازمان غذا و دارو براساس برنامه زمان بندی شده (به پیوست لیست ذیل)، استعلام شناسه رهگیری (UID) اقلام مذکور براساس برنامه زمان بندی اعلام شده از طریق سامانه های اطلاعات بیمارستانی (HIS) متصل به وب سرویس سامانه TTAC از تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱، انجام پذیرد.

ایندکس	سطح دوم	سطح سوم	نام کالا فارسی	عنوان در لیست بیمه	تاریخ ورود به طرح
۹۷۹۰	قلب و عروق	مصرفی های قلب و عروق	کنتر دریل و مکش لخته در شریان و ورید با موتور	کاتتر آمبولکتومی	اول دی ماه ۱۴۰۰
۲۷۵۰	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	سرنگ بالون اینفلتور پمپ بالون	—	اول دی ماه ۱۴۰۰
۳۳۳۵	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	لیتوتریپتور بسکت	—	اول دی ماه ۱۴۰۰
۳۲۸۲	ارولوژی و نفرولوژی	مصرفی های ارولوژی و نفرولوژی	شیت نفرستومی آمپلاتس شیت	شیت آمپلاتز	اول دی ماه ۱۴۰۰
۸۳۵	دستگاه ها و لوازم عمومی پزشکی	مصرفی عمومی	گان بیوپسی نیمه اتوماتیک	سوزن بیوپسی نیمه اتوماتیک	اول دی ماه ۱۴۰۰
۲۷۴۹	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	هندل بالون اینفلتور پمپ بالون	—	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۱۱۷۰	جراحی عمومی	مصرفی های جراحی عمومی	استیلر لاپاروسکوپی حلقوی	استیلر حلقوی	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۳۱۰	ارتوپدی	بیو مواد استخوانی	گرفت استخوانی سنتزی گرانول	گرافت های سنتتیک استخوان	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۱۱۵۴	جراحی عمومی	مصرفی های جراحی عمومی	هندل به همراه کارتریج استیلر لاپاروسکوپی خطی برشی	اندو استیلر خطی برشی	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۲۵۹۷	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	ست کامل فیدینگ تیوب اندوسکوپی	کیت پگ	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۳۰۹	ارتوپدی	بیو مواد استخوانی	گرفت استخوانی سنتزی پودر	گرافت های سنتتیک استخوان	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۷۸۳۲	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	Remodeling and Occlusion test	بالون آنژیوپلاستی مغزی	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۸۵۱۳	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	اسنیر یکبار مصرف الکتروسرجیکال به همراه اینجکشن نیدل	اسنیر پلی پکتومی	اول بهمن ماه ۱۴۰۰
۱۷۳	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	کویل	کویل و میکروکویل مغزی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۳۵۵۰	گوارش	عمومی گوارشی	کرم محافظ استومی	کرم استومی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۲۵۷۸	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	بندلیگاتور مری یکبارمصرف	ست بند لیگیشن	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۹۰۲	ارولوژی و نفرولوژی	مصرفی های ارولوژی و نفرولوژی	کنتر سیستمیستومی	سوندپتر-سوندکاسپر-سوندمالیکوت	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۳۱۱	ارتوپدی	بیو مواد استخوانی	گرفت استخوانی سنتزی قطعه	گرافت های سنتتیک استخوان	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۱۷۲	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	استنت مغزواعصاب	استنت فلودایورتور	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۸	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	شنت مغزی	شنت مغزی نخاعی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۵۷	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	کنتر مغز و اعصاب	گایدینگ کانتور مغزی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۳۳۲۰	اندوسکوپی و اندوسرجری	مصرفی اندوسکوپی	اندو لوپ یکبارمصرف	اندو کلیپ اتوماتیک	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۵۸۹	چشم	مصرفی های چشم	اصلاح عیوب انکساری	—	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۷۳۹	دستگاه ها و لوازم عمومی پزشکی	مصرفی عمومی	پورت تزریق	کاتتر پورت	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۶۴	قلب و عروق	مصرفی های قلب و عروق	آرتربال کنتر	آرتربالین	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۷۴۰	دستگاه ها و لوازم عمومی پزشکی	مصرفی عمومی	کنتر همودیالیز عروقی	کانتور همودیالیز دائم	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۸۲۱۶	دستگاه ها و لوازم عمومی پزشکی	مصرفی عمومی	اسپونژ هموستاتیک	اسپونژچشمی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۲۳۴	مغز و اعصاب	مصرفی های مغز و اعصاب	میکرو گایدوایر	گایدوایر مغزی	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۱۱۸۱	قلب و عروق	مصرفی های قلب و عروق	پارتیکل آمبولیزاسیون	امبوسفر	اول اسفندماه ۱۴۰۰
۳۵۲۱	جراحی عمومی	مصرفی های جراحی عمومی	Percutaneous Drainage Set	کانتور درناژ	اول اسفندماه ۱۴۰۰

شماره ۸۶/۹/۲۴ بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۳۵۰

موضوع: هزینه HRCT-مسئول فنی بخش پاراکلینیک خصوصی

۱-هزینه HRCT در حالت دم و بازدم دارای یک تعرفه است.

۲-در خصوص عدم حضور مسئول فنی بخش پاراکلینیک خصوصی : بار اول : تذکر کتبی، بار دوم اخذ تعهد، بار سوم اعلام به مراجع ذیصلاح همچون معاونت درمان دانشگاه و نظام پزشکی و بار چهارم تعلیق قرارداد.

۳-تعرفه ترجیحی در صورت تایید عملکرد بخش خصوصی بر اساس تعرفه دولتی و عدم دریافت مابه التفاوت از بیمه شده، تنها در پرونده های بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت است. این بند شامل بیمارستان های تامین اجتماعی و نیروهای مسلح نیز می شود.

۴-تیغه لارنگوسکوپ یکبار مصرف در تعهد نمی باشد.

شماره ۸۷/۴/۱۰ بخشنامه ۴۰۲۰/۳۶۹۴۰

موضوع: درخواست MRI به صورت دو ناحیه ای

در صورت درخواست MRI ستون فقرات به صورت دو ناحیه ای (به طور مثال Thoracolumbar)، تنها کد مربوط به یک ناحیه (بطور مثال لومبار) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۸۱۳۷۳۱-۹۲/۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۸۳

موضوع: نحوه پرداخت اسکن به روش اسپکتا و پلانار

اسکن ارگان هایی همچون مغز و قلب همواره به شیوه اسپکت انجام می شود.

اسکن اعضای همچون مجاری اشکی، مطالعه برگشت ادرار از مثانه به حالب، تیروئید، کلیه دینامیک با مطالعه جریان خون عروقی، تخلیه معده و ریفلاکس معده به مری همواره به شیوه planar انجام می شود.

ش ش ۱۰۸۳۰۲۴-۹۲/۳/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۴۶۰

موضوع: پرداخت هزینه سایبر نایف

هزینه سایبر نایف همانند گاما نایف قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۹۹۲۴۱۶-۹۲/۹/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۹۵۰

موضوع: خدمت سنجش تراکم استخوان

سنجش تراکم با تجویز پزشکان متخصص و فوق تخصص قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۲۹۳۵۰۸۹-۹۳/۴/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۷۹۳

موضوع: خدمات تشخیص پزشکی هسته ای (PLANAR و SPECT)

خدمات تشخیص پزشکی هسته ای براساس روش planar است. و در صورت درخواست روش spect توسط پزشک معالج (و براساس گزارش خدمت) کد ۱۷۸۴۹۹ به تعرفه مبنا اضافه میگردد ولی اسکن قلب صرفاً به روش spect انجام میگردد و نیازی به درج و در خواست روش spect توسط پزشک معالج نیست و پرداخت کد ۱۷۸۴۹۹ علاوه بر اسکن قلب بلامانع میباشد. (کد ۱۷۸۴۹۹ در کتاب ارزش نسبی خدمات ویرایش سوم به کد ملی ۷۰۵۰۸۰ تغییر نموده است)

ش ش ۳۸۲۶۱۲۳-۹۳/۱۰/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۱۶۸

موضوع: شرط تخصص در برخی خدمات پزشکی هسته ای

کلیه خدمات پزشکی هسته ای بجز اسکن تیروئید مشروط به تجویز توسط متخصص میباشد.

ش ش ۴۸۲۳۸۷۰-۹۴/۴/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۷۶۸

موضوع: سونوگرافی NT و NB

پرداخت همزمان خدمات سونوگرافی NT و یا NB به همراه سونوگرافی حاملگی بلامانع است. (طبق ویرایش سال ۱۳۹۶ کتاب ارزش نسبی سونوگرافی تعیین حاملگی در سونوگرافی NT و NB لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نیست)

توضیح برای همکاران: NT (Nuthal - Translucency) به معنای فضای شفاف پشت گردن می باشد و NB (Nasal Bone) به معنای تیغه بینی می باشد.

تست غربالگری است که طی هفته ۱۱ تا ۱۴ بارداری برای تشخیص ابتلا به سندرم داون، برخی ناهنجاریهای کروموزومی و مشکلات قلبی مادرزادی به کار می رود. در NB وجود یا عدم وجود تیغه بینی و زاویه آن با استخوان پیشانی که می تواند نشان دهنده ناهنجاری ژنتیکی باشد، بررسی می شود.

اندیکاسیون : زنان بالای ۳۵ سال، خانم هایی که در زایمان های قبلی خود فرزندی با ناهنجاری داشته اند، افرادی که در اقوام درجه یک ناهنجاری ژنتیکی داشته اند.

ش ش ۴۹۵۱۴۱۸-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۰۰۰

موضوع: انجام TCD

محاسبه و پرداخت هزینه TCD در صورت انجام توسط متخصص رادیولوژی و یا داخلی مغز و اعصاب (نورولوژیست) با رعایت سایر ضوابط و مقررات بلامانع است.

ش ش ۵۱۶۴۷۹۶-۹۴/۶/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۲۳۹

موضوع: سونوگرافی Fast - آزمایش FMF و Connexin

سونوگرافی Fast در بیماران ترومایی تنها در بخش اورژانس و انجام توسط متخصص طب اورژانس با کد ملی ۷۰۱۵۵۶ قابل محاسبه و پرداخت است.

آزمایش FMF (تب مدیترانه ای خانوادگی) با کدهای زیر محاسبه و پرداخت می شود:

پذیرش سیتولوژیک با کد ملی ۸۰۷۰۰۰ ۱ ردیف

استخراج DNA با کد ملی ۸۰۵۰۰۰ ۱ ردیف

تعیین جهش با روش PCR با کد ملی ۸۰۵۰۱۰ ۱۲ ردیف

کدهای ملی ۸۰۴۶۰۰ و ۸۰۵۰۵۵ در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت ویرایش سوم سال ۹۶ حذف گردیده است.

۳- آزمایش Connexin (بررسی ناشنوایی) طبق دستورالعمل یکسان سازی بیمه ها قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۲۶۵۸۷۷-۹۴/۷/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۵۳۱

موضوع: خدمات MRI تجویز شده توسط متخصصین بیهوشی

پرداخت نسخ حاوی خدمات MRI تجویز شده توسط متخصصین بیهوشی برای بیماران بستری و بستری موقت در بیمارستان و دی کلینیک بلامانع است.

ش ش ۵۹۱۲۲۶۴-۹۴/۱۰/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۳۶۰

موضوع: انجام سونوگرافی توسط متخصصین پریناتولوژی

هزینه انجام سونوگرافی توسط فارغ التحصیلان رشته پریناتولوژی در حال حاضر قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۷۲۱۵۰۲۲-۹۵/۵/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۱۵۴

موضوع: خدمات CT SCAN و MRI در بیمارستانهای واگذاری به دانشگاه علوم پزشکی

پذیرش، محاسبه و پرداخت نسخ خدمات MRI و CT Scan انجام شده در مراکز ملکی سازمان که در شهرهای فاقد این خدمت در بخش خصوصی و دولتی ارجاع شده اند بلامانع می باشد.

ش ۱۴۱۶۰۳۵۵-۹۶/۷/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد پرتوپزشکی

-در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست دارو و خدمات رزیدنت های سال سوم و چهارم با مهر رزیدنت به همراه پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان متخصص و بدون مهر پذیرش مرکز بیمارستانی - دانشگاهی، بعنوان نسخ پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

بدیهی است که نسخ درخواست دارو و خدمات رزیدنت های سال اول و دوم در هر صورت به عنوان پزشک عمومی محسوب می گردد.

-مهمترین خدمات پر هزینه پرتوپزشکی شامل آنژیوگرافی، سونوگرافی کالر داپلر، سی تی اسکن، ام آر ای، پزشکی هسته ای (به جز جذب ید و اسکن تیروئید)، سنجش تراکم استخوان و خدمات Interventional می باشد.

-در موارد اورژانس و تروما، نسخ پزشکان عمومی حاوی سی تی اسکن بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

-بییهوشی در انجام خدمات پرتوپزشکی : چنانچه جهت انجام خدمات پرتوپزشکی نظیر ام آر آی، سی تی اسکن و ... نیاز به بییهوشی باشد در صورت درخواست متخصص رادیولوژی، رادیوتراپی و یا پزشکی هسته ای به عنوان تجویز کننده و متخصص بییهوشی به عنوان انجام دهنده (با تکمیل برگه القاء بییهوشی و ممههور به مهر وی) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- برای هر بیمار در یک نوبت، حتی برای چند ناحیه خدمات فوق الذکر، فقط یک بار بییهوشی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود .

-در صورت نیاز به بییهوشی جهت خدمات اینترونشنال از ارزش پایه بییهوشی خدمت مربوطه جهت محاسبه و پرداخت استفاده می گردد.

-در صورت انجام خدمت با sedation، هزینه ای قابل پرداخت نخواهد بود. (براساس ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷ سدیشن و ریدی نیز قابل پرداخت می باشد)

-ضوابط ارسال گزارشات خدمات پرتوپزشکی برای مراکز مشمول پرداخت ۲k طبق آئین نامه مربوطه لازم الاجرا است.

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد پرتو پزشکی

-درج عنوان خدمت پرتوپزشکی (شامل نوع خدمت، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید به طور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

-در کلیه خدمات تصویر برداری با تزریق (با کنتراست) به غیر از هزینه ماده کنتراست، کلیه هزینه ها از جمله هزینه تزریق داخل وریدی و کلیه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر سرنگ انژکتور، رابط انژکتور، چسب، آنژیوکت و... در تعرفه مربوطه لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

-تزریق مواد حاجب و رادیواکتیو در بخش ها و موسسات پرتوپزشکی توسط کارشناس پرتو کار با نظارت و سرپرستی پزشک مجاز می باشد. و با توجه به الزام حضور مسئولین فنی (پرتوپزشک متخصص) در بخش ها و موسسات پرتوپزشکی، این نظارت و سرپرستی در حیطه وظایف مسئولین فنی می باشد. شایان ذکر است در صورت عدم حضور مسئول فنی، تزریق زیر نظر و با سرپرستی سایر متخصصین پرتوپزشک و در شرایط اورژانس، تحت نظر سایر پزشکان بلامانع می باشد. بدیهی است در صورت محرز شدن ارائه خدمات با تزریق در موسسات و بخش های پرتوپزشکی در غیاب مسئول فنی یا پزشک ذیصلاح، کلیه نسخ حاوی خدمات با تزریق آن شیفتمشمول تعدیلات خواهد شد. (بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۶۰۳۶ مورخ ۹۵/۲/۲۵ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).

-خدمات پرتوپزشکی پرتابل: مطابق کد ۸۶ تعدیلی کتاب (استفاده از تجهیزات پرتوپزشکی پرتابل) در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد. و به صورت ۸۰ درصدی علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمت صرفاً در بیمارستان بستری، قابل محاسبه و پرداخت است. لازم به ذکر است خدمات سونوگرافی پرتابل صرفاً جهت بیمارستان بستری در بخش های ویژه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ضوابط اختصاصی خدمات رادیولوژی:

۱-تعرفه های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات در موارد آنالوگ و دیجیتال (DDR, DR, CR) یکسان می باشد.

۲-باتوجه به اینکه در رادیوگرافی از مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی (مانند آرنج و زانو) به طور استاندارد باید انتهای دیستال و پروگزیمال استخوانهای طرفین مفصل در کلیشه قابل رویت باشد. لذا درخواست همزمان رادیوگرافی یک مفصل و انتهای دیستال یا پروگزیمال استخوانهای دو طرف آن (مانند رادیوگرافی آرنج و انتهای پروگزیمال ساعد) فقط یک تعرفه رادیوگرافی از مفصل (بدون احتساب تعرفه رادیوگرافی استخوانهای طرفین مفصل) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۴۱۶۰۳۵۵-۹۶/۷/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴ ادامه از صفحه قبل

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد پزشکی

۴- خدمت رادیو گرافی کلانژیوپانکراتوگرافی (ERCP) با کد ملی ۷۰۰۳۰۵ حداکثر تا ۴ فیلم قابل پرداخت است.

۵- مراکز دانشگاهی و دولتی می توانند از پزشک عمومی واجد شرایط به عنوان شخص مسئول واحد رادیولوژی استفاده نمایند و اینگونه مراکز فقط مجاز به انجام گرافی های ساده و غیر تهاجمی می باشند.

ضوابط اختصاصی آنژیوگرافی عروق محیطی:

۱- پرداخت تعرفه های خدمات آنژیوگرافی بصورت دیجیتال فقط در صورت قابلیت سیستم به انجام آنژیوگرافی افتراقی دیجیتال یا (digital subtraction angiography) DSA و دارا بودن دکتور های مخصوص جهت ثبت تصاویر امکان پذیر می باشد. بدیهی است در صورت نصب نرم افزار خاص بر روی دستگاه آنالوگ و تبدیل تصاویر حاصله به تصاویر دیجیتال با استفاده از این نرم افزار، صرفاً تعرفه های غیر دیجیتال قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۲- عروق محیطی شامل کاروتید، ورتبرال، کلیوی یا احشایی (مزاتر، سیلیاک و ...)، ریوی، آئورت، ایلیاک، فمورال و پوپلیتئال می باشند و عروق کرونر و مغزی شامل آن نمی شود.

ضوابط اختصاصی خدمات سونوگرافی:

۱- در صورت درخواست سونوگرافی تیروئید به همراه غدد لنفاوی گردن (نسج نرم گردن)، فقط کد ۷۰۱۵۲۰ (سونوگرافی تیروئید) قابل محاسبه و پرداخت است. - چنانچه درخواست سونوگرافی برخی احشاء شکم و لگن بطور همزمان درخواست گردد و مجموع تعرفه های خدمات درخواستی از تعرفه سونوگرافی شکم و لگن (کد ۷۰۱۶۲۶) بیشتر شود، فقط کد ۷۰۱۶۲۶ قابل محاسبه و پرداخت است.

- در صورت درخواست همزمان سونوگرافی کلیه ها و لگن، کد ۷۰۱۶۲۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- کدهای ۷۰۱۶۱۱ (سونوگرافی کامل لگن) و ۷۰۱۶۵۵ (سونوگرافی رحم و تخمدان) بطور همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. و فقط کد ۷۰۱۶۱۱ قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- با توجه به اندیکاسیون آپاندیسیت، سونوگرافی آپاندیس با هیچ کد سونوگرافی دیگر قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۴- سونوگرافی NT و NB (کد ۷۰۱۷۳۰): از آنجائیکه زمان مناسب برای انجام این سونوگرافی بین هفته ۱۱ تا ۱۳ بعلاوه ۶ روز میباشد لذا درج سن حاملگی در نسخه توسط پزشک معالج الزامی است. الف) در صورت انجام سونوگرافی مذکور خارج از این بازه زمانی، هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد پزشکی

ب) سونوگرافی NT و NB در هر دوره بارداری صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

- کدهای ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی تعیین حاملگی) و ۷۰۱۸۱۰ (سونوگرافی کالر داپلر رحم حامله) به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۶- در صورت تجویز سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی، فقط تعرفه سونوگرافی تعیین حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

۷- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی بررسی حاملگی و سونوگرافی رشد جنین و IUGR، فقط تعرفه بررسی رشد جنین و IUGR (کد ۷۰۱۷۳۶) قابل محاسبه و پرداخت است.

۸- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پرفایل (کد ۷۰۱۷۲۰) هر دو کد قابل محاسبه و پرداخت است.

۹- سونوگرافی FAST: چنانچه توسط متخصصین طب اورژانس برای بیماران ترومایی (جهت بررسی مایع آزاد داخل شکمی و پارگی ارگان هایی نظیر کبد و طحال)، در ۶ ساعت اول بستری شدن بیمار در بیمارستان انجام شده باشد، در قالب پرونده های بستری موقت قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

بدیهی است بعد از ۶ ساعت، سونوگرافی FAST انجام شده توسط متخصص طب اورژانس قابل پرداخت نبوده و سایر خدمات مورد نیاز انجام شده توسط رادیولوژیست در قالب کدهای کتاب ارزش نسبی، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توجه: این سونوگرافی به هیچ عنوان در قالب نسخ سرپایی، قابل پرداخت نمی باشد.

- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی کالر داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵)، فقط کد ۷۰۱۸۶۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۴۱۶۰۳۵۵-۹۶/۷/۲۹ شماره بخشنامه ۹۶/۷/۱۶۴۴/۴۰۲۰

موضوع: ضوابط اختصاصی خدمات سی تی اسکن

۱-نسخ تجویز شده توسط متخصصین قابل پرداخت است و در مورد پزشکان عمومی فقط تجویز سی تی اسکن Brain بدون تزریق در موارد اورژانس و تروما با مهر اورژانس بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲-درخواست سی تی اسکن HRCT ریه توسط متخصصین داخلی، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. - هزینه سی تی اسکن HRCT ریه در حالت دم و بازدم، معادل یک تعرفه HRCT قابل محاسبه و پرداخت می باشد. - درخواست همزمان سی تی اسکن ریه و HRCT ریه ها، تنها توسط فوق تخصص ریه قابل پذیرش بوده و سایر پزشکان بایستی جداگانه و ترجیحاً "ابتدا سی تی اسکن ریه و در صورت وجود ضایعات منتشر ریوی، درخواست HRCT نمایند."

۳-در صورت درخواست سی تی اسکن سه بعدی هر ناحیه به همراه سی تی اسکن معمولی همان ناحیه یا با بازسازی، صرفاً سی تی اسکن سه بعدی هر ناحیه (۷۰۲۲۷۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

۴-کلیشه Bone Window: جهت بیماران ترومایی هزینه کلیشه Bone Window در تعرفه خدمت لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۵-در صورتیکه درخواست بصورت سی تی اسکن آگزیال، کروئال و ساژیتال در یک ناحیه مشخص باشد، کد سی تی اسکن اسپیرال ناحیه مذکور به اضافه کد ۷۰۲۴۷۰ (بازسازی متال آرتیفکت) قابل پرداخت است.

۶-چنانچه جهت بیمار سی تی اسکن با تزریق و بدون تزریق هر دو انجام گیرد، تعرفه سی تی اسکن با و بدون تزریق باید درخواست گردد در صورت محاسبه تعرفه سی تی اسکن بدون تزریق و با تزریق به شکل جداگانه، اضافه قیمت کسر می گردد.

۷-در مواردی که علاوه بر نمای آگزیال (که بطور روتین در کات های سی تی اسکن دیده می شود) نمای اضافی کروئال یا ساژیتال نیز درخواست می گردد، به ازای هر نمای اضافی، یک ردیف تعرفه باز سازی هر ناحیه با کد ملی ۷۰۲۴۷۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸-سی تی آنژیوگرافی قلب در تعهد بیمه ای نیست و با کد معادل ۷۰۲۵۲۰ (سی تی آنژیوگرافی سایر ارگان ها) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۹-سی تی اسکن سه بعدی: با توجه به اینکه برای انجام سی تی اسکن سه بعدی از یک ناحیه ابتدا تصاویر ساده (توموگرافیک) آن ناحیه تهیه می گردد و هزینه این تصاویر در تعرفه سی تی اسکن سه بعدی لحاظ شده است، لذا در صورت درخواست همزمان سی تی اسکن ساده و سه بعدی از هر ناحیه، تعرفه سی تی اسکن ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۱۴۱۶۰۳۵۵-۹۷/۷/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴

موضوع: سی تی اسکن به روش اسپیرال

۱- در صورتی تعرفه روش اسپیرال قابل پرداخت می باشد که روش اسپیرال توسط پزشک معالج تجویز و در گزارش شرح انجام ذکر شود.

۲- مراکز تصویر برداری حق اطلاع رسانی به پزشکان متخصص به منظور ذکر روش اسپیرال در نسخ تجویزی را ندارند و پزشکان متخصص می توانند با توجه به تشخیص خود و در صورت نیاز، روش اسپیرال را تجویز نمایند.

۳- در صورت درخواست سی تی اسکن مغز بدون تزریق به روش اسپیرال، علت لزوم انجام روش اسپیرال نیز باید توسط پزشک معالج قید گردد. در غیر اینصورت خدمت مذکور به روش معمولی یا غیر اسپیرال قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (بطور مثال در اطفال و یا افراد مسن به دلیل عدم توانایی در ثابت ماندن در زمان تصویر برداری)

۴- با توجه به اینکه در تکنیک اسپیرال، مقاطع مختلف یک ناحیه (برای مثال فقرات سرویکال، توراسیک یا لومبار) پشت سر هم وبدون وقفه گرفته می شود در مورد درخواستهای سی تی اسکن اسپیرال مهره های متعدد به ازای هر تعداد مهره یک ناحیه سرویکال (مهره های C۱-CV)، توراسیک (مهره های T۱-T۱۲) یا لومبار (مهره های L۵-L۱) فقط یکبار تعرفه سی تی اسکن اسپیرال فقرات همان ناحیه (سرویکال، توراسیک یا لومبار) محاسبه و پرداخت می شود.

بدیهی است در صورت درخواست سی تی اسکن دو مهره و یک دیسک هر ناحیه یکی از کدهای ملی ۷۰۲۳۴۵ تا ۷۰۲۴۰۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ضوابط اختصاصی خدمات MRI:

۱- در صورتی که از انجام آخرین MRI بیمار ۶ ماه نگذشته باشد و نیاز به انجام MRI جدید باشد، می بایست ابتدا نسخه در دفتر اسناد پزشکی با ذکر دلیل تایید گردد تا موسسه بتواند آنرا پذیرش نماید.

۲- هزینه MRI تجویزی توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص در حوزه تخصصی مرتبط قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت، MRI مغز و گوش، MRI مغز و هیپوفیز، MRI مچ و کف پا، در صورتیکه درخواست با فوکوس بر روی ناحیه اختصاصی باشد، بعنوان مثال اگر درخواست بررسی مغز با فوکوس بر روی اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز باشد فقط ناحیه اختصاصی مربوط (اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز) قابل محاسبه و پرداخت میباشد و در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا بصورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ۱۹۱۶۲۰۲۵-۹۶/۱۱/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۴۱۸

موضوع: خدمات سونوگرافی

خدمات سونوگرافی انجام شده فقط در مراکز تصویر برداری پزشکی توسط متخصصین رادیولوژی در تعهد سازمانهای بیمه گر پایه میباشد. متخصصین زنان وزایمان واجد شرایط (دارای گواهینامه معتبر) در راستای کمک به تشخیص در حیطه تخصصی جهت بیماران خود ،بدون گزارش نویسی وتبلیغات وپذیرش بیماران ارجاعی و بدون اخذ هزینه ، مجاز به انجام سونوگرافی میباشد.

ش ۲۹۳۸۶۵۳۱-۹۷/۷/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۴۹۸

موضوع: نحوه اجرای شناسنامه و استاندارد خدمات سونوگرافی دوره بارداری

تجویز پرداخت سونوگرافی **biophysical profil** (بررسی حرکت ،تون،تنفس جنین ومایع آمنیوتیک وNST):

(کد ۷۰۱۷۲۰)، با تجویز متخصص زنان وزایمان قابل پرداخت است، اندیکاسیون تجویز سونوگرافی بیوفیزیکیال پروفایل مواردی مثل (کاهش حرکات جنین ،شک به دکولمان وخونریزی واژینال سه ماهه سوم بارداری ،دیابت بارداری مادر، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR)، حاملگی پر خطر وهر بیماری مادرزادی که منجر به کاهش رشد یا دیسترس جنین شود، فشار خون حاملگی ،کاهش مایع آمنیوتیک، جنین های پرخطر، چندقلویی وهمچنین درج هفته بارداری بهمراه اندیکاسیون در نسخه توسط پزشک معالج الزامی است.

ش ش ۴۴۷۱۰۲۲۱-۹۸/۷/۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۲۸

موضوع: خدمات ارائه شده توسط دستیاران تخصصی

هزینه خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی که نیاز به دانش تخصصی و تجربه کافی دارند (مانند تست ورزش، سونوگرافی های مختلف، اکوکار دیوگرافی و...) در صورت انجام توسط دستیاران سال سوم به بالا و با نظارت مستقیم متخصصین مربوطه قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۶۸۳۶۶۸۹-۹۸/۹/۴-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۰۵

موضوع: درخواست همزمان سونوگرافی کالر داپلر توده های نسج نرم با سونوگرافی پستان

در خصوص درخواست همزمان سونوگرافی کالر داپلر توده های نسج نرم با سونوگرافی پستان، با توجه به شرح کد ۷۰۱۵۴۵ (سونوگرافی پستان به همراه فضاها ی آگزیلاری با پروپ مخصوص: یک یا دو طرفه)، درخواست همزمان سونوگرافی کالر داپلر توده های نسج نرم با کد ۷۰۱۵۴۵ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۸۱۷۲۴۶۷-۹۸/۹/۱۸-شماره بخشنامه ۸۵۰۰/۰۱/۹۸/۷۰۲۴

موضوع: سونوگرافی جنین های چند قلوئی

در حاملگی های چند قلو به استحضار می رساند طبق مصوبه شماره ۵ شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر در خصوص نحوه محاسبه و پرداخت انواع سونوگرافی حاملگی، در جنین های چند قلو برای قل اول از ارزش نسبی خدمت درخواستی و برای قل های اضافه از کد ۷۰۱۷۳۵ با ارائه گزارش قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۹۷۷۳۰۶۶-۹۸/۱۰/۲۱-شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۶۸۱۹

موضوع: ابلاغ استاندارد تراکم سنجی استخوان

افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (order) خدمت مربوطه: متخصصین داخلی و کلیه فوق تخصص ها - متخصصین اطفال و کلیه فوق تخصص ها - متخصص ارتوپدی - متخصص زنان و زایمان - متخصص جراح مغز و اعصاب - متخصص پزشک اجتماعی - متخصص طب سالمندان متخصص طب فیزیکی و توانبخشی - متخصص طب ورزشی - متخصص طب کار متخصص پوست - متخصص نورولوژی - متخصص رادیوآنکولوژی - پزشک خانواده یا پزشک عمومی در نظام ارجاع

ش ش ۵۲۵۵۴۱۶۷-۹۸/۱۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۹۱

موضوع: خدمات سونوگرافی

۱- در صورت درخواست همزمان سونوگرافی شکم و لگن با بافت های نرم ناحیه شکم و لگن، حداکثر تعرفه سونوگرافی کامل شکم و لگن (کد ۷۰۱۶۲۶) قابل پرداخت می باشد.

۲- در صورت درخواست همزمان سونوگرافی جفت از نظر کورتا و سونوگرافی بررسی حاملگی، هر دو کد قابل پرداخت می باشد.

۳- در صورت درخواست سونوگرافی طول سرویکس به همراه سونوگرافی های بارداری، صرفاً سونوگرافی های بارداری قابل پرداخت است و بابت طول سرویکس هزینه ای قابل پرداخت نیست.

ش ش ۵۲۵۴۶۹۷۲-۹۸/۱۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۸۸

موضوع: خدمات رادیوتراپی

۱- الصاق برگ ارجاع برای خدمات رادیوتراپی: الصاق درخواست اولیه و ارجاع بیماران توسط متخصصین و فوق تخصص بالینی مربوطه (غیر از رادیوتراپیست) الزامی است.

- ارجاع بیمارانی که در حال انجام شیمی درمانی هستند (یا مراحل آن را به اتمام رسانیده اند) و یا سابقه شیمی درمانی و رادیوتراپی قبلی دارند، از سوی متخصصین رادیوتراپی به مراکز رادیوتراپی دیگر بلامانع است.

- چنانچه بیمار از سوی پزشک معالج جهت ادامه درمان به رادیوتراپیست ارجاع گردد، رادیوتراپیست می تواند رادیوتراپی انجام دهد. (با توجه به ش ش ۷۷۵۴۹۰۲۲-۱۴۰۰/۱۱/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۱۱۸ شرط "ارجاع توسط سایر متخصصین برای پزشکان متخصص رادیوانکولوژی" حذف گردیده است.)

- خدمات سیمولاتور، طراحی درمان، طراحی و ساخت شیلد برای یک دوره کامل رادیوتراپی، فقط یکبار قابل پرداخت است.

- ارسال گزارش سی تی اسکن سیمولاتور به همراه صورتحساب رادیوتراپی، الزامی نمی باشد.

۲- دوره درمان رادیوتراپی: فرایند ویزیت اولیه که منجر به تشکیل پرونده درمان رادیوتراپی میگردد تا پایان جلسات درمانی رادیوتراپی بیمار یک دوره محسوب میگردد. پس از اتمام جلسات درمانی طول دوره که امکان دارد در یک ماه یا بیشتر ادامه یابد صورتحساب قابل پذیرش و رسیدگی میباشد و موسسه مجاز به تفکیک و تنظیم جلسات درمانی براساس عملکرد ماهانه نمیباشد.

۳- خدمات رادیوتراپی جهت پروفیلاکسی و دوز BOOST: قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۵۶۴۴۶۹۲۸-۹۹/۴/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۴۴

موضوع: گزارش سی تی اسکن قفسه سینه جهت تشخیص کرونا

درخصوص شرایط پرداخت هزینه سی تی اسکن قفسه سینه جهت تشخیص کرونا، ارائه گزارش خدمات پر هزینه پرتو پزشکی جهت محاسبه و پرداخت خدمت الزامی می باشد.

ش ۵۶۸۰۹۹۵۳-۹۹/۴/۳۱ شماره شناسه ۴۰۲۰/۹۹/۵۸۷

موضوع: تصویر برداری چشم پزشکی

در خصوص خدمات تصویر برداری چشم پزشکی (کدهای ۷۰۱۵۰۵ Unquantitative A Scan یا بدون B Scan و ۷۰۱۵۱۰ Scan A Quantitative به تنهایی)، به ازای هر چشم قابل محاسبه و پرداخت است و در انجام همزمان برای هر دو چشم در یک نوبت، صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۵۹۳۲۶۷۸۷-۹۹/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۰

موضوع: سونوگرافی TCD (داپلر ترانس کرانیال) - TCCS - TCCD

۱- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) صرفاً سونوگرافی ترانس کرانیال (کد ۷۰۱۸۶۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- سونوگرافی (TCCS) Transcranial Color Coded (duplex sonography) اسکن دوبلکس شریان های خارج مغزی شامل کاروتید و ورتبرال دو طرفه و وریدهای گردنی و همراه با رویت پارانشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.

۳- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.

۴- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۷۹۲۱۷۴۹-۱۴۰۰/۲/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۵۰/۱۴۰۰/۲۵۱

موضوع: خدمت (۲ MRIT) ارزیابی میزان اضافه بار آهن در قلب و کبد

ارزیابی میزان اضافه بار آهن در قلب و کبد (۲ MRIT) براساس کدهای ذیل قابل پرداخت می باشد.

شرح کد	کد قابل محاسبه و پرداخت
ام آر آی قلب جهت ارزیابی میزان اضافه بار آهن Cardiac MRI for Iron overload(T۲)	۷۰۴۰۱۰
ام آر آی کبد جهت ارزیابی میزان اضافه بار آهن Liver MRI for Iron overload(T۲)	۷۰۴۰۵۵

ش ش ۶۸۵۳۹۱۷۸-۶۸۵۳۹۱۷۸/۳/۱۰-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۷۰/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ش ۶۶۱۰۵۲۲۸-۶۶۱۰۵۲۲۸/۱۲/۲۴-۹۹ شماره بخشنامه ۱۷۸۲/۹۹/۴۰۲۰

ش ش ۶۱۸۵۱۹۶۲-۶۱۸۵۱۹۶۲/۹/۴-۹۹ شماره بخشنامه ۱۲۶۳/۹۹/۴۰۲۰

موضوع: پوشش بیمه ای و دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات IMRT

خدمت درمانی "رادیوتراپی با تکنیک (IMRT) به هر روش" در اندیکاسیون های مشخص، در مراکز مورد تایید که دارای استانداردهای مذکور هستند و با فرانشیز ۳۰٪ (در بخش سرپائی)، تحت پوشش بیمه های پایه قرار گرفته است ملاک سهم سازمان برای هزینه خدمات IMRT در تعهد، در بخش های عمومی غیر دولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد (مراجعه واحد خسارت متفرقه) تعرفه بخش دولتی می باشد که به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد و سهم بیمه شده (فرانشیز) بابت ۳۰ درصد تعرفه بخش دولتی صفر می باشد.

۱- مرکز ارائه دهنده خدمت علاوه بر اخذ مجوز کار با اشعه، ملزم به دریافت و ارائه مجوز انجام خدمت IMRT از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

۲- برگ ارجاع از سوی متخصصین بالینی: همانند رادیوتراپی شتابدهنده می باشد. فقط در مواردی که مستندات و مدارک مثبت تشخیصی بیمار مطابق جدول ماده ۵ دستورالعمل، تایید کننده سرطان باشد، نیاز به برگ ارجاع متخصصین بالینی نیست.

۳- اندیکاسیون های قابل پرداخت:

الف- سرطان پروستات (خطر عود پایین و متوسط (وقتی که انتظار می رود بیمار بقای بیش از ده سال داشته باشد)

خطر عود پایین و متوسط (بیماری لوکالیزه یا پیشرفته لوکال (با یا بدون براکی تراپی) - پس از پروستاتکتومی)

ب- سرطان های سرو گردن (به استثنای سرطان لارنکس مرحله یک یا دو جهت درمان فیلدی که قبلاً تحت رادیوتراپی قرار گرفته است).

ج- سرطان های دستگاه عصبی مرکز د- سرطان های کانال آنال ه- رادیوتراپی مجدد

۴- حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در یک دوره درمانی مطابق جدول ماده ۵ دستورالعمل می باشد.

۵- کد تعدیلی ۸۸: با توجه به الزام انجام خدمت با دستگاه رادیوتراپی مجهز به مولتی لیف (MLC) و پورتال فیلم، کد تعدیلی ۸۸ برای اسناد IMRT قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۶- نحوه محاسبه و پرداخت صورتحساب: در حال حاضر سهم سازمان برای محاسبه و پرداخت خدمات IMRT، ۷۰ درصد تعرفه دولتی میباشد.

۷- مستندات صورتحساب:

- برگ تجویز خدمت رادیوتراپی به روش IMRT با ذکر نوع سرطان توسط رادیوتراپیست (درمانگر)

- تصویر کارت درمان مهور به مهر رادیوتراپیست و فیزیوتراپیست - Beam Summary مستندات انجام پورتال فیلم و یا CBCT

- منحنی DVH - تصویر مستندات و مدارک پاراکلینیکی تاییدکننده سرطان طبق تبصره ۶-۱ دستورالعمل - فایل الکترونیک اطلاعات صورتحساب

۸- خدمات رادیوتراپی به روش IMRT از تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۸ با رعایت ضوابط و مقررات، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۶۹۸۵۷۸۵۵-۱۴۰۰/۴/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۶۶

موضوع: حذف برخی از کدهای کتاب ارزش نسبی

با حذف کد ملی ۷۰۲۹۶۵، جهت سی تی اسکن اسپیرال ستون فقرات ناحیه توراسیک با و بدون تزریق، کد ۷۰۲۹۴۵ (سی تی اسکن اسپیرال سایر ناحیه های ستون فقرات با و بدون تزریق) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۷۲۸۲۵۲۶۰-۱۴۰۰/۷/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۱۱

ش ۵۲۸۲۳۶۴۸-۹۹/۱/۱۹ شماره شناسه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳

موضوع: کد و شرایط پرداخت هزینه سی تی اسکن قفسه سینه جهت تشخیص کرونا

کد اختصاص یافته برای انجام سی تی اسکن قفسه سینه به منظور تشخیص covid ۱۹ روش اسپیرال با قدرت بالا (HRCT) می باشد. در صورت انجام خدمت با سایر روش های سی تی اسکن، با یکی از کدهای ۷۰۲۲۴۰، ۷۰۲۸۱۵ و یا ۷۰۲۲۶۰ تا اطلاع ثانوی با تجویز پزشکان عمومی و متخصص قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

کد	شرح کد	جزء حرفه ای	جزء فنی
۷۰۲۸۱۹	CT قفسه سینه به منظور تشخیص COVID-۱۹	۲/۲۱	۵/۴

ملاک محاسبه هزینه خدمت سی تی اسکن قفسه سینه جهت تشخیص بیماری کووید-۱۹، در موارد سرپایی نیز روش ثبت شده در گزارش خدمت می باشد.

ش ۷۷۵۴۹۰۲۲-۱۴۰۰/۱۱/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۱۱۸

موضوع: مراجعه مستقیم بیمار به متخصصین رادیوتراپی

شرط "ارجاع توسط سایر متخصصین برای پزشکان متخصص رادیوانکولوژی" حذف گردیده است. شایان ذکر است اسناد و مدارک مثبت دال بر تشخیص سرطان باید در پرونده بیمار (کاغذی یا الکترونیکی) ثبت و به مدیریت درمان استان ارائه گردد.

ش ۷۸۵۳۶۳۰۸-۱۴۰۱/۱/۹ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۴۱۴۰۱/۱۶

موضوع: انجام سونوگرافی دوران بارداری توسط متخصصین پریناتولوژی

پوشش بیمه ای انجام خدمات سونوگرافی های دوران بارداری (فایل پیوست)، براین اساس عقد قرارداد همکاری با مراکز (اعم از خصوصی و دولتی) براساس نیاز استان، صرفاً از طریق نسخه الکترونیک (پس از فراهم آمدن امکان ثبت الکترونیک) ارائه خدمت از سوی متخصصین پریناتولوژی در سامانه نسخه الکترونیک و سقف تعدادی تعیین شده از سوی آن مدیریت بلامانع است.

ش ۸۰۰۷۲۵۷۴-۱۴۰۱/۱/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۱/۱۴۳

موضوع: دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات IORT

۱- خدمت رادیوتراپی حین جراحی: برای خدمت رادیوتراپی در حین جراحی پستان با توجه به روش انجام رادیوتراپی (دوز کامل یا مکمل) و روش انجام رادیوتراپی با اشعه X یا الکترون،

یکی از کدهای ۷۰۵۶۱۰ یا ۷۰۵۶۱۱ به شرح (انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با اشعه X) و

کدهای ۷۰۵۶۱۵ یا ۷۰۵۶۱۶ به شرح (انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با الکترون) قابل گزارش می باشد.

۲- خدمت فیزیک پزشکی: برای محاسبه فیزیک پزشکی، کد ملی ۷۰۵۴۰۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳- خدمات جراحی و بیهوشی: برای خدمات جراحی علاوه بر کدهای معمول جراحی پستان کدهای شماره (۱۰۰۷۱۰ الی ۱۰۰۷۱۷) و کدهای شماره (۱۰۰۷۸۰ الی ۱۰۰۷۹۵)، کدهای اختصاصی رادیوتراپی حین جراحی، کد ۱۰۰۷۴۰ به شرح (کارگذاری کاتتر بالون دار رادیوتراپی داخل نسجی در پستان برای به کارگیری عناصر رادیواکتیو زمینه ای همزمان با عمل ماستکتومی ناقص).

کد ۱۰۰۷۴۵ به شرح (کارگذاری کاتترهای براکی تراپی یا سایر روش های رادیوتراپی در اتاق عمل که بعداً با مواد رادیواکتیو پر می شوند) نوع چند لوله و نوع دکمه ای) به عنوان مثال در پستان برای به کار بردن بعدی عناصر رادیواکتیو به داخل نسج بدن بال ماستکتومی ناقص (در همان زمان یا بعد از آن) (این کد علاوه بر کدهای اعمال جراحی مربوطه قابل محاسبه می باشد).

۴- برای محاسبه ارزش تام بیهوشی در رادیوتراپی حین جراحی، مشابه سایر خدمات، ارزش پایه ۵ یا ۷ بسته به روش جراحی پستان، به همراه کدهای تبدیلی و ارزش زمانی بیهوشی قابل گزارش می باشد.

۵- کدهای ملی رادیوتراپی حین جراحی (IORT)، صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با فرانشیز ۱۰ درصد مصوب، تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.

براساس (تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی) دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی، به استناد ابلاغیه شماره ۱۶۳/۱۴۲ مورخ ۰۴/۰۶/۱۳۹۹ دبیر شورای عالی بیمه سلامت کشور، هزینه خدمت رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵ در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت بطور ۱۰۰ درصد (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد و پرداخت مابه التفاوت بخش عمومی غیر دولتی، خصوصی و خیریه به عهده بیمار است.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۴۵۰ ۸۷/۲/۲

موضوع: تمدید پوشش بیمه ای آزمایشات ژنتیک زوجین ناقلین تالاسمی

در خصوص آزمایش ژنتیک زوجین ناقل تالاسمی که قبل از تولد انجام می شود، هزینه ها تنها در ۴ ماه نخست بارداری قابل محاسبه و پرداخت است.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۵۲۸ ۹۰/۳/۲۳

موضوع: تایید اینترنتی نسخ ژنتیک و پاتولوژی-آیین نامه و فلوچارت

نسخ حاوی خدمات گلوبال ژنتیک و PCR کمی در مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد قابل تایید نمی باشد و باید به دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی ارجاع گردند.

حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای ثبت تشخیص، یک ماه از تاریخ پذیرش نسخه است.

کاربران دفاتر اسناد پزشکی، برای تشکیل پرونده دارویی نتایج آزمایشات را کنترل نموده و به منظور صحت سنجی در صورت انجام آزمایشات در مراکز غیر طرف قرارداد، به صورت کتبی یا تلفنی از مرکز استعلام می کنند.

ش ش ۳۹۹۱۵۷-۹۱/۹/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۱/۱۵۵۳

موضوع: تست تنفسی

تست تنفسی با استفاده از کربن ۱۴، بخشی از فرآیند ارایه خدمت پرتو درمانی بوده و انجام آن از طریق آزمایشگاه های تشخیص طبی فاقد شرایط لازم، مقدور نمی باشد و قابل پرداخت نیست .

ش ش ۱۷۴۱۷۱۶-۹۲/۷/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۴۰۳

ش ش ۴۶۶۵۸۱۳-۹۴/۴/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۶۴۵

موضوع: تست غربالگری

انجام آزمایشات با ذکر عنوان غربالگری در تعهد سازمان نمی باشد.

در صورت درج واژه "غربالگری" در نسخ، خدمت پاراکلینیکی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۲۰۷۶۵۵۷-۹۲/۱۰/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۲۰۷۹

موضوع: تعرفه آزمایشات کمی لومینسانس

در باره آزمایشات الکترو کمی لومینسانس: انواع تومور مارکر ها با تجویز متخصص در تعهد است. همچنین آزمایش تروپونین به این روش در بخش های CCU، قلب و اورژانس منوط به تجویز توسط متخصص قلب قابل پرداخت است.

(با توجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۶۴۹ مورخه ۹۸/۴/۵ با ش ش ۳۹۲۱۶۵۳۴ آزمایش تروپونین کمی و کیفی "براساس درخواست پزشک معالج" در مراکز بیمارستانی به صورت سرپائی و بستری با درخواست پزشکان عمومی و متخصص قابل پرداخت است)

ش ش ۴۱۹۵۹۰۵-۹۳/۱۲/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۶۶۸

موضوع: خدمات تعیین پرایمر با استفاده از

جهت خدمات تعیین پرایمر ها با استفاده از PCR برای تشخیص الل های HLA هریک به تنهایی (کدهای ۸۰۲۹۶۰- ۸۰۲۹۶۵) و با توجه به درک چگونگی ارائه خدمات (گزارش حداکثر تا ۲۴ پرایمر) قابل گزارش و پرداخت میباشد. (کدهای مذکور در کتاب ارزش نسبی ویرایش سوم حذف گردیده است)

ش ش ۵۶۵۰۲۳۸-۹۴/۹/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۹۹۶

موضوع: آزمایش پاپ اسمیر

در صورت برداشت نمونه از واژن، پروستات یا مجرا در آزمایشگاه یا سایر مراکز تشخیصی درمانی، کد ۸۰۰۰۲۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۰۲۶۹۳۲-۹۴/۱۱/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۵۴۶

موضوع: تست های راپید آزمایشگاهی

تست های راپید آزمایشگاهی همچون راپید گلوکومتر و بیلی تست و ... در تعهد سازمان نبوده و قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (به استثنای آزمایشهای آمینوسنتز با توجه به بخشنامه ۹۵/۱۱/۳۰ و شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/ ۲۶۲۹)

۴۰۲۰/۹۵/ ۲۶۲۹ شماره بخشنامه ۹۵/۱۱/۳۰

موضوع: آزمایشات آمینو سنتز

با توجه به محدودیتهای قانونی برای سقط جنین، آزمایش کاربوتایپ فقط تا هفته ۱۶ بارداری در تعهد می باشد. در صورت مراجعه خانم باردار در هفته ۱۷ تا ۱۹، از آنجاییکه نتیجه آزمایش کاربوتایپ ۲ تا ۳ هفته طول می کشد و فرصت قانونی از دست می رود، یکی از آزمایشان گروه راپید تست (QF-PCR و یا MLPA) قابل پرداخت است. در صورتی که نتیجه آزمایش تایید شود، جهت تایید نهایی و ارایه به سازمان پزشکی قانونی، آزمایش تاییدی دیگر از این گروه نیز قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۸۵۲۵۵۰۷-۹۵/۱۲/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/ ۲۷۴۳

موضوع: پلاسما فرزیس

هزینه انجام خدمت پلاسما فرزیس با استفاده از دستگاه به ازای هر جلسه (حداکثر یک جلسه در یک روز) معادل کد ۸۰۲۶۶۶ کتاب ارزش های نسبی سلامت قابل پرداخت است.

ش ش ۱۰۴۱۴۵۹۲-۹۶/۴/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۸۱۰

موضوع: آزمایشات تشخیص پیش از تولد بیماریهای ژنتیک (PND)

آزمایشات تشخیص بیماریهای ژنتیک صرفا پس از ازدواج و پیش از تولد فرزند قابل قبول بوده و می بایستی شناسنامه زوجین، آزمایشات اولیه تشخیصی، معرفی نامه از مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک و رعایت ضوابط اختصاصی همراه باشد بدیهی است این آزمایشات قبل از ازدواج و پس از تولد فرزند قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۱۳۵۶۵۲۵۸-۹۶/۷/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۵۱۷

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد آسیب شناسی

- کلیه نسخ پاتولوژی فقط با درخواست پزشک متخصص و مرتبط با ذکر دقیق محل آناتومیک نمونه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (نسخ پاپ اسمیر با مهر پزشک عمومی و اما قابل پرداخت است)

- هزینه خدمات تشخیصی آسیب شناسی تنها به مراکزی قابل پرداخت است که متخصص آسیب شناسی به عنوان مسئول فنی در آن واحد مشغول فعالیت است و نیز ثبت گزارش تشخیص در پورتال معاونت الزامی است.

خدمات پاتولوژی مشاوره و گزارش لام با کد ملی ۸۰۷۱۲۰ و یا مشاوره و گزارش نمونه (بلوک) با کد ملی ۸۰۷۱۲۵ در صورت ارجاع (با پیوست گزارش مرکز مبدا به عنوان اسناد مثبت) فقط برای یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد. بدیهی است این کدها برای مرکز اولیه انجام دهنده خدمت پاتولوژی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند.

- درخواست همزمان کدهای ۸۰۷۱۲۰ و ۸۰۷۱۲۵ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند.

- بررسی پاتولوژیک بافت به روش **frozen section**: با هر تعداد نمونه از یک بافت آناتومیک و مارژین آن با توجه به تعرفه منظور شده در کتاب ارزش نسبی، فقط یک ردیف کد ملی ۸۰۷۱۳۰ با عنوان فروزن سکشن و مشاوره در اتاق عمل، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- درخواست همزمان **frozen section** و پاتولوژی معمولی با کدهای اختصاصی مربوطه به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- دکلسیفیکاسیون: انجام عمل دکلسیفیکاسیون در مورد نمونه های بیوپسی استخوان، دندان و به طور کلی بافت هایی که دارای رسوبات آهکی می باشند، به شرط انجام و ثبت آن در گزارش، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- مارژین جراحی عضو: مارژین یک عضو، جزئی از آن عضو به حساب می آید و در صورت برداشت از مارژین یک عضو، ردیف جداگانه ای بابت آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

سیتوپاتولوژی مایعات: در صورت درخواست سیتوپاتولوژی مایعات و ترشحات توسط پزشک متخصص مرتبط به هر تعداد نمونه از یک ارگان (بجز نمونه سیتولوژی ادرار) فقط یک بار کد ۸۰۷۰۰۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- سیتوپاتولوژی نمونه ادرار: در صورت درخواست سیتوپاتولوژی ادرار توسط پزشک متخصص مرتبط حداکثر تا ۳ نمونه با ذکر مشخصات نمونه ها در گزارش سیتولوژی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد آسیب شناسی

معدة : بیوپسی از هر کدام از پنج ناحیه آناتومیک معده شامل : کاردیا ، جسم ، پیلور ، آنتر و انحناى کوچک، با ذکر محل برداشت نمونه به هر تعداد در یک یا چند ظرف جداگانه، برای هر ناحیه یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

توضیح - در صورت برداشت بافت کامل معده فقط یک ردیف کد ملی ۸۰۷۳۳۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

کبد : بیوپسی به هر تعداد نمونه در یک و یا چند ظرف جداگانه فقط یک ردیف کد ملی ۸۰۷۳۰۶ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

کولون : الف) در پولیپوز کولون : به ازای یک تا ۵ بیوپسی از هر پولیپ با ذکر محل در یک یا چند ظرف جداگانه ، یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۴ و برای ۶ نمونه و بیشتر از آن در ظروف جداگانه ، ۲ ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۴ در صورت بررسی و گزارش تمام نمونه ها ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) در بیماریهای التهابی کولون : در صورت برداشت همزمان از رکتوم ، سیگموئید و کولون به ازای یک تا ۵ بیوپسی از هر ناحیه در یک یا چند ظرف جداگانه ، یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۴ ، برای ۶ تا ۱۰ نمونه در ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۴ و برای نمونه های بیشتر از ۱۰ بیوپسی حداکثر سه ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۴ در ظروف جداگانه به شرط بررسی و گزارش تمام نمونه ها ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

پروستات : با توجه به نوع نمونه گیری (بیوپسی سوزنی یا TUR)، به ازای یک تا ۵ نمونه در یک یا چند ظرف جداگانه یک ردیف کد ۸۰۷۲۶۰ و یا ۸۰۷۲۶۱ ، برای ۶ تا ۱۰ نمونه دو ردیف کد ۸۰۷۲۶۰ و یا ۸۰۷۲۶۱ و برای نمونه های بیشتر از ۱۰ بیوپسی حداکثر سه ردیف کد ۸۰۷۲۶۰ و یا ۸۰۷۲۶۱ در ظروف جداگانه به شرط بررسی و گزارش تمام نمونه ها، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

بیضه : الف) بیوپسی بیضه - با توجه به غیر یکنواخت بودن وضعیت لوله های سمینفر ، انجام یک تا ۶ بیوپسی از قسمت های فوقانی ، میانی و تحتانی هر بیضه با ذکر محل برداشت در یک یا چند ظرف جداگانه یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۶۹ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) بافت کامل بیضه - جهت بررسی پاتولوژی بافت کامل بیضه غیر تومورال ، یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۶۹ قابل محاسبه و پرداخت می باشد. اگر بافت کامل بیضه تومورال باشد یک ردیف کد ملی ۸۰۷۳۳۱ قابل محاسبه و پرداخت است.

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت اسناد آسیب شناسی

لنفوم : برای درخواست بیوپسی از لنفوم جهت تشخیص لنفوما توسط پزشک معالج می بایست علاوه بر ذکر محل دقیق آناتومیک ، تشخیص اولیه نیز در نسخه قید گردد. به ازای یک تا ۵ بیوپسی در یک یا چند ظرف جداگانه ، یک ردیف کد ملی ۸۰۷۳۱۵ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

-تعداد نمونه های پاتولوژی : صرف نظر از تعداد نمونه های استخراج شده ، به استثنای موارد ذیل ، تنها یک تعرفه براساس کدهای اختصاصی تعیین شده در کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- تیروئید : بیوپسی به هر تعداد در یک یا چند ظرف جداگانه از یک لوب فقط یک بار کد ملی ۸۰۷۲۹۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره - بیوپسی همزمان از دو یا سه ناحیه تیروئید (لوب راست، چپ و ناحیه ایسموس) در ظروف جداگانه ، به شرط بررسی و گزارش تمام نمونه ها ، حداکثر دو ردیف کد ملی ۸۰۷۲۹۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

پوست : در صورت مشخص نمودن محل دقیق نمونه برداری و ارسال در ظروف جداگانه ، به ازای هر ظرف ارسالی یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۹۹ و حداکثر تا ۵ ردیف ، به شرط بررسی و گزارش تمام نمونه ها ، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

پستان : الف - بیوپسی پستان یک طرف به تنهایی : به هر تعداد نمونه در یک یا چند ظرف جداگانه فقط یک ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۰ و یا ۸۰۷۲۳۱ (با توجه به شرح کد) قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره: در صورت برداشت همزمان نمونه از پستان راست و چپ با ذکر سمت آن در ظروف جداگانه ، حداکثر دو ردیف کد ملی ۸۰۷۲۳۰ و یا ۸۰۷۲۳۱ (با توجه به شرح کد) قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ب- ماستکتومی یک پستان: به هر تعداد نمونه در یک یا چند ظرف جداگانه فقط یک ردیف کد ملی ۸۰۷۳۰۳ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره : در صورت ماستکتومی همزمان پستان راست و چپ با ذکر سمت آن در ظروف جداگانه ، به شرط بررسی و گزارش جداگانه نمونه ها ، حداکثر دو ردیف کد ملی ۸۰۷۳۰۳ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۱۵۱۱۵۹۷۰-۸/۱۷-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۸۷

موضوع: پانل آزمایشات عوامل بیماریزا بروش PCR مولتیپلکس

پانل آزمایشات عوامل بیماریزای مننژیت، سپسیس و... به روش PCR مولتیپلکس در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت فاقد کد میباشد و قابل محاسبه با کدهای PCR کیفی و کمی به عنوان معادل نمیشد.

ش ش ۱۵۳۷۶۴۱۳-۸/۲۷-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۸۶۵

موضوع: کدهای خونگیری

پذیرش مثبت نمونه:

۱- پذیرش مثبت نمونه های آزمایشگاهی (کد ۸۰۰۰۵): برای هر تعداد نسخه آزمایش برای هر بیمار در یک روز، یک بار قابل پرداخت میباشد.

۲- پذیرش مثبت نمونه های سیتوپاتولوژی (کد ۸۰۷۰۰): برای تعداد نسخه و نمونه سیتوپاتولوژی برای هر بیمار در یک روز، یک بار قابل پرداخت میباشد.

A: به نسخ ژنتیک با توجه به گلوبال بودن هر کد که با لحاظ پذیرش مثبت نمونه میباشد. کد پذیرش و ثبت نمونه قابل محاسبه و پرداخت نمیشد.

B: در بیماران بستری کد پذیرش مثبت نمونه در دوره بستری فقط یکبار قابل پرداخت است.

خونگیری: (در صورت پذیرش نسخ آزمایشگاهی که نیاز به نمونه گیری خون میباشد، با توجه به شرایط زیر صرفا یکبار قابل پرداخت است).

۱- خونگیری در افراد ۵ سال و بالاتر: از بین کدهای ۸۰۰۰۱۰ و ۸۰۰۰۱۲ با توجه به روش خونگیری (سرنگ یا لوله خلاء) فقط یک کد قابل پرداخت است. در بیماران سرپایی به ازای هر تعداد خونگیری یک بار کد خونگیری و برای بیماران بستری به ازای هر تعداد خونگیری روزانه یک بار کد خونگیری تعلق می گیرد و در نسخ ژنتیک کد خونگیری قابل پرداخت نمی باشد.

۲- خونگیری در افراد زیر ۵ سال: از بین کدهای ۸۰۰۰۱۵ و ۸۰۰۰۱۷ با توجه به روش خونگیری (سرنگ یا لوله خلاء) فقط یک کد قابل پرداخت است.

A: در بیماران سرپایی به ازای هر تعداد خونگیری فقط یکبار کد خونگیری قابل پرداخت است.

ش ۱۷۹۹۳۱۱۸-۸/۱۱/۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۲۹۴

موضوع: ضوابط رسیدگی و پرداخت خدمات آفرزیس

خدمات آفرزیس شامل پلاسما فرزیس، پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریتروفرزیس برابر ضوابط و مقررات ارسال می گردد.

ضوابط رسیدگی و پرداخت خدمات آفرزیس درمانی:

جداسازی فراورده های خونی با دستگاه در یک سیستم بسته را آفرزیس (APHERESIS) می گویند و شامل پلاسمافرزیس، پلاکت فرزیس، لکوفرزیس و اریتروفرزیس است.

هزینه های قابل پرداخت برای پلاسمافرزیس درمانی

۱- کد خدمت پلاسمافرزیس درمانی: در صورت انجام پلاسمافرزیس درمانی در هر روز، فقط یک بار کد ۸۰۲۶۶۶ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره- باتوجه به نحوه انجام پلاسمافرزیس درمانی، کد ۸۰۲۵۵۵ (پلاسمافرزیس درمانی برای هر ۵۰۰ سی سی) جهت پلاسمافرزیس درمانی با دستگاه آفرزیس قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- مایعات جایگزین: مایع جایگزین پلاسمافرزیس درمانی شامل نرمال سالین، آلبومین و یا پلاسما FFP می باشد. مبنای پرداخت هزینه مایع جایگزین، درخواست پزشک معالج و گزارش ارائه خدمت است.

الف) فراورده خونی پلاسما FFP: به میزان درخواست پزشک معالج و گزارش تزریق آن با کد ۸۰۲۶۵۶ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) داروی آلبومین: در صورت تجویز پزشک متخصص معالج برای جایگزینی پلاسما توسط آلبومین به صورت درصد مایع جایگزین با شرایط زیر قابل محاسبه و پرداخت است:

۱) پرداخت داروی آلبومین منوط به اخذ تائید و ثبت آن در پورتال معاونت درمان و الصاق مستندات مربوط به پرونده بیمار می باشد.

۲) حداکثر تعداد آلبومین (ویال ۵۰ سی سی با غلظت ۲۰ درصد) قابل پرداخت با توجه به حجم پلاسمافرزیس درمانی تجویزی، به شرح زیر است: به ازای ۵/۱ لیتر تا ۵ عدد، برای ۲ لیتر تا ۶ عدد، برای ۲/۵ لیتر تا ۸ عدد و برای ۳ لیتر تا ۹ عدد

۳) در صورت تجویز همزمان آلبومین و ffp، تعداد آلبومین با توجه به نسبت تجویز شده محاسبه و پرداخت گردد.

ج) سرم نرمال سالین: در صورت مصرف با توجه به حجم پلاسمافرزیس و سایر مایعات ثبت شده در گزارش انجام کار، قابل محاسبه و پرداخت است.

ادامه از صفحه قبل

۳-لوازم مصرفی:فاکتور ست کامل پلاسمافرزيس(شامل ست و کیسه ترانسفربگ، هر کدام یک عدد)

تبصره ۱-در صورتی که حجم پلاسمافرزيس بیش از یک لیتر باشد، به ازای هر لیتر اضافه، یک ترانسفربگ به طور جداگانه قابل پرداخت است.

تبصره ۲-مبنای پرداخت ست کامل پلاسمافرزيس، لیست تجهیزات ابلاغی (بخشنامه شماره ۱۶۴۰ مورخ ۹۶/۷/۲۹) می باشد.

تبصره ۳-مبنای پرداخت ست پلاسمافرزيس اطفال، وزن زیر ۲۵کیلوگرم است.

۴-محلول ضد انعقاد سیتراست سدیم ۴درصد: به ازای هر جلسه پلاسمافرزيس درمانی، یک عدد تا سقف ۲۵۰/۰۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت است.

مدارک لازم برای محاسبه و پرداخت خدمات پلاسمافرزيس:

۱-درخواست پزشک متخصص معالج شامل ذکر نام بیماری، حجم پلاسمافرزيس تجویزی، تعداد جلسه و مایعات جایگزین

۲-گزارش انجام خدمت:گزارش انجام خدمت پلاسمافرزيس حاوی حجم پلاسمافرزيس انجام شده به همراه لیست لوازم و داروهای مصرفی پلاسمافرزيس

۳-در صورت مصرف ffp فرم تزریق فراورده های خونی لازم است.

۳-۳-فاکتور ست، محلول سیتراست سدیم و ترانسفربگ اضافه(در صورت مصرف)

فراورده پلاکت به روش آفرزيس(پلاکت فرزيس): به گرفتن پلاکت از فرد طبیعی گفته می شود و هدف گرفتن کیسه پلاکتی است. هر کیسه پلاکتی آفرزيس ۶تا ۸برابرکیسه معمول پلاکتی، پلاکت دارد.

لکوفرزيس درمانی : به جداسازی گلبولهای سفید از فرد طبیعی گفته می شود و در مواردی که بیمار هایپرلکوسیتوز داشته باشد مانند بیماران مبتلا به CML ممکن است لکوفرزيس انجام شود.

هزینه های قابل پرداخت خدمات پلاکت فرزيس، لکوفرزيس و اريتروفرزيس:

۱)خدمات پلاکت فرزيس با کد ۸۰۲۶۶۸ قابل محاسبه و پرداخت است.

۲)محلول ضد انعقاد سیتراست سدیم ۴درصد:به ازای هر جلسه آفرزيس درمانی، یک عدد تا سقف ۲۵۰/۰۰۰ریال قابل محاسبه و پرداخت است.

۳)لوازم مصرفی شامل ست

ادامه از صفحه قبل

مدارک لازم برای محاسبه و پرداخت برای پلاکت فرزیس، لکوفریزس و اریتروفریزس:

۱- درخواست پزشک متخصص معالج شامل ذکر نام بیماری و نوع آفرزیس (پلاکت فرزیس، لکوفریزس و اریتروفریزس) درخواستی

۲- گزارش انجام خدمت: گزارش انجام خدمت آفرزیس (پلاکت فرزیس، لکوفریزس و اریتروفریزس)

۳- فاکتور ست، محلول سیترات سدیم و ترانسفر بگ اضافه (در صورت مصرف)

ش ۱۸۶۶۵۲۳۱-۹۶/۱۱/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۵۵

موضوع: آزمایش کراس مچ خون

به ازای هر کیسه خون تزریق شده به بیمار با رعایت استانداردهای انتقال خون، یکبار آزمایش کراس مچ استاندارد (۸۰۲۵۱۵) قابل پرداخت میباشد.

در مواردی که جهت اعمال جراحی الکتیو در خواست آماده سازی خون میگردد ولی بدلیل عدم نیاز بیمار، خون تزریق نمیگردد، در صورت انجام آزمایش کراس مچ و ثبت در اسناد مثبت، حداکثر یک بار آزمایش کراس مچ استاندارد (کد ۸۰۲۵۱۵) قابل پرداخت میباشد.

با توجه به اینکه کد گلوبال تزریق خون بیماران تالاسمی (کد ۳۰۲۳۴۵) شامل آزمایش کراس مچ نیز میباشد، لذا در موارد معمول تزریق خون این بیماران، بابت کراس مچ هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمیشد.

ش ۲۰۶۴۷۲۹۳-۹۶/۱۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۶۵۵

موضوع: آزمایش آلبومین ادرار

در صورت درخواست آزمایش اندازه گیری آلبومین ادرار، صرفاً کد ۸۰۰۲۰۵ (آزمایش بیوشیمیایی تک درخواستی ادرار) قابل پرداخت میباشد.

در صورت درخواست آزمایش اندازه گیری کیفی یا نیمه کمی میکرو آلبومین، کد ۸۰۰۲۲۰ (اندازه گیری کیفی یا نیمه کمی میکرو آلبومینوری با نوار تست یا سایر روش ها) قابل پرداخت میباشد. در صورت درخواست آزمایش اندازه گیری کمی میکرو آلبومین ادرار، کد ۸۰۱۶۰۵ (اندازه گیری کمی میکرو آلبومین در ادرار به روش الایزا یا ایمونوتوربیدیمتری) قابل پرداخت میباشد.

ش ۲۷۹۷۳۰۴۱-۹۷/۱۱/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۶۵

موضوع: آزمایشات HLA به روش PCR برای پیوند اعضا

آزمایش HLA به روش PCR برای دهندگان و گیرندگان پیوند مغز استخوان در تعهد سازمانهای بیمه گر میباشد و برای سایر پیوندها از جمله پیوند کلیه بدلیل عدم اندیکاسیون در تعهد نمیشد.

ش ش ۳۴۵۲۱۶۳۹-۹۸/۴/۵ شماره بخشنامه ۴۶۹/۹۸/۴۰۲۰

موضوع: درخواست سل بلاک (cell Blouk)

روش سل بلاک در حال حاضر مبنای پرداختی ندارد. در صورت درخواست همزمان سل بلاک، سیتولوژی و fna بر روی یک نمونه، قابل پرداخت میباشد.

آزمایش IPTH با توجه به کیت های موجود در آزمایشگاهها، در صورت درخواست آزمایش اندازه گیری هورمون پاراتیروئید به صورت PTH و یا IPTH صرفاً یک بار کد ۸۰۱۵۰۰ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

آزمایش FIT، آزمایش خون مخفی در مدفوع به هر صورتی که درخواست گردد (از جمله: OB، گایاک، Hemocult، FIT، IFBT)، صرفاً با کد ۸۰۴۱۰۵ قابل پرداخت است.

اندازه گیری بیلی روبین نوزاد بوسیله دستگاه از طریق پوست فاقد کد بوده و طبق ضوابط امکان معادل سازی با سایر کدها را نداشته و قابل پرداخت نمی باشد.

در صورتیکه آزمایش بررسی میکروسکوپی و گزارش نمونه های FNA از یک ناحیه آناتومیک باشند، به هر تعداد نمونه (در مورد تیروئید به ازای هر لوب و برای هر پستان ها به ازای هر کدام) صرفاً یک بار کد ۸۰۷۰۴۵ قابل پرداخت می باشد.

درخواست آزمایشات IHC (ایمونوهیستوشیمی) توسط متخصص رادیولوژی قابل پرداخت نمی باشد.

آزمایش کاربوتایپ و سایر آزمایشات تشخیص ژنتیک توسط رادیولوژی قابل پرداخت نبوده این آزمایش با تجویز متخصصین مرتبط مطابق بخشنامه های ابلاغی قابل پرداخت است.

اگر تاریخ ویزیت نسخه با مداد نوشته شده باشد، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. -روی نسخه می بایست توسط پزشک تاریخ ویزیت قید گردد. درج تاریخ ویزیت در پشت نسخه در موارد اصلاح متن و تاریخ ویزیت قابل قبول است. در صورت مشاهده تعدد دست خط و امضا از یک پزشک در صورت حساب پاراکلینیک، می بایست موارد به واحد نظارت و بازرسی گزارش گردد و پس از بررسی و تکمیل گزارش، مراتب جهت تصمیم گیری در کمیته فنی طرح گردد. ملاک امضا مسئول فنی موسسات پاراکلینیک، امضای معرفی شده در پرونده موسسه می باشد. بدیهی است در صورت تغییر امضا مسئول فنی، می بایست از سوی موسسه اطلاع رسانی مکتوب به همراه معرفی امضا جدید مسؤل فنی به عمل آید.

ش ش ۳۴۹۷۱۹۰۳-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۱۳۶۷/۹۸/۴۰۲۰

موضوع: تزریق فراورده های خون

مدارک مثبت برای محاسبه و پرداخت هزینه فراورده های خون به صورت زیر به اطلاع می رسد : (۱) تکمیل فرم مشخصات کیسه خون و فراورده تزریقی با درج شماره انحصاری کیسه و سایر اطلاعات توسط بانک خون .

(۲) تکمیل فرم نظارت بر تزریق خون و فراورده های آن توسط دو نفر پرستار .

پیوست فرم های تکمیل شده به صورت حساب بستری و یا درمانگاهی جهت محاسبه و پرداخت فراورده الزامی است.

ش ش ۴۶۴۰۹۰۷۳-۹۸/۸/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۵۲

موضوع: آزمایش غربالگری آنتی بادی (Antibody Screening) - کد ۸۰۲۵۳۵

در خصوص درخواست همزمان آزمایش غربالگری آنتی بادی (Antibody Screening) با آزمایش کراس میچ استاندارد، فقط کد ۸۰۲۵۱۵ (آزمایش کراس میچ استاندارد) قابل محاسبه و پرداخت است. و کد ۸۰۲۵۳۵ قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۶۸۳۶۸۱۹-۹۸/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۹۹

موضوع: آزمایش مواد مخدر

درخصوص آزمایش تجسس و تشخیص مواد مخدر به آگاهی می رساند تست های ده پنل اسکرینینگ تجسس و تشخیص مواد مخدر در ادرار، در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت فاقد کد می باشد و با کد ۸۰۰۸۲۱ به عنوان معادل قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۶۳۸۹۰۱۰-۹۸/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۹۳

موضوع: آزمون تشخیصی هلیکوباکتر پیلوری

از ابتدای دی ماه سال جاری، بازه زمانی تکرار آزمایش تعیین آنتی بادی هلیکوباکتر پیلوری (IgG) با کد ۸۰۳۰۷۵ در سیستم پورتال معاونت درمان یک بار در سال تعریف می گردد و کد ۸۰۳۰۸۰ تعیین آنتی بادی هلیکوباکتر پیلوری (IgA) و کد ۸۰۳۰۸۵ تعیین آنتی بادی هلیکوباکتر پیلوری (IgM) صرفاً با درخواست متخصصین مرتبط (فوق تخصص گوارش، متخصصین داخلی و عفونی) با ذکر اندیکاسیون و یکبار در سال قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: تزریق خون در بالغین - اطفال و نوزادان

- کد ملی ۳۰۲۳۵۵ (تزریق خون یا فراورده های خون به هر روش در بالغین به ازای هر واحد): در طی یک روز (۲۴ ساعت) بار اول به صورت ۱۰۰ درصد و سایر دفعات بعد در همان روز به صورت ۵۰ درصد به ازای هر واحد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- کد ملی ۳۰۲۳۴۰ (تزریق خون یا فراورده های خون به هر روش در اطفال و نوزادان، هر بار): تزریق خون اطفال زیر ۲ سال ملاک قرار گرفت.

ش ش ۵۲۵۸۴۶۸۳-۹۸/۱۲/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۷۹

موضوع: پاپ اسمیر

هزینه آزمایش پاپ اسمیر (۸۰۷۰۲۶) تا اطلاع ثانوی کماکان مشمول تعهدات این سازمان می باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۵۴۷ شماره بخشنامه ۹۹/۴/۲۳-۵۶۴۳۹۷۲۱

موضوع: آزمایش های سرولوژی تشخیص بیماری کووید-۱۹

در خصوص آزمایش های سرولوژی در ارتباط با تشخیص بیماری کووید-۱۹، به آگاهی می رساند این گروه آزمایشات که با عناوین IgG, IgM و کیت Rapid ارائه می گردند مشمول تعهدات بیمه پایه نبوده و با هیچ کدی به عنوان معادل قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند.

تنها آزمایش تشخیصی دارای پوشش بیمه ای، آزمایش تشخیص COVID ۱۹ به روش PCR می باشد.

ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۹۵ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۶/۱۶-۶۸۵۲۲۹۶۲

ش ۴۰۲۰/۹۹/۷۵۳ شماره بخشنامه ۹۹/۶/۱-۵۵۹۴۲۲۹۹

موضوع: تعرفه گلوبال خدمت پلاکت فرزیس به همراه ست و محلول ACD-A

تعرفه گلوبال خدمت پلاکت فرزیس با کد ملی ۸۰۲۶۶۸ به همراه ست و محلول ACD-A به ازای هر کیسه که حاوی حداقل ۵ واحد پلاکت می باشد، از تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱ با ارزش ۱۰/۷۷۲/۸۰۰ ریال با رعایت موارد زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

۱- درخواست پزشک معالج شامل ذکر نام بیماری

۲- ارائه فاکتور خرید معتبر ست و محلول پلاکت فرزیس از سوی مراکز درمانی

۳- گزارش انجام خدمت پلاکت فرزیس

تعرفه اعلام شده دربرگیرنده خدمت، ست و محلول محلول مصرفی بوده و هیچگونه هزینه دیگری در قالب هزینه ست پلاکت فرزیس بصورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	بهای ست کد (۱۰۲۲۰) (ریال)	بهای محلول ACD-A آنتی کواگولانت ML ۷۵۰ (ریال)	بهای خدمت (ریال)	قیمت نهایی هر کیسه (ریال)
۸۰۲۶۶۸	#	پلاکت فرزیس	۸/۷۷۰/۰۰۰	۶۵۷/۰۰۰	۱/۳۴۵/۸۰۰	۱۰/۷۷۲/۸۰۰

ش ش ۶۱۶۸۳۱۱۵-۹۹/۹/۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۳۸

موضوع: آزمایش تشخیص ژنتیک آلفا - تالاسمی

مواردی نیاز به انجام آزمایش آلفا - تالاسمی به همراه بتا - تالاسمی می باشد که شرایط تأیید و پرداخت آن به شرح زیر باشد:

۱- آزمایش PND مرحله اول آلفا - تالاسمی صرفاً برای زوج هایی که وضعیت مشکوک - مشکوک دارند و آزمایشات هر دو بصورت $MCH < 23$ و $HbF < 3$ باشد، انجام می گردد.

۲- در ابتدا آزمایش PND مرحله اول آلفا - تالاسمی برای یک زوج (خانم یا آقا) تأیید می گردد و براساس نتیجه آن در خصوص تأیید آزمایش طرف دوم تصمیم گیری صورت می گیرد.

۳- چنانچه نتیجه آزمایش طرف اول، وجود جهش به صورت سیس (Cis) باشد برای جلوگیری از احتمال هیدروپس فتالیس (Hemoglobin Barts hydrops fetalis)، ضرورت دارد طرف دیگر زوج نیز مورد آزمایش قرار گیرد.

۴- آزمایشات ژنتیک با ارائه مستندات و ذکر علت درخواست قابل تأیید و پرداخت می باشد.

۵- ثبت نتایج آزمایشات تشخیص ژنتیک در سامانه پرتال معاونت درمان سازمان الزامی است.

۶- آزمایش آلفا - تالاسمی بصورت سهم سازمان ۷۰ درصد تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۳۷۶۴۷۳۴-۹۹/۱۰/۲۹-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۴۸۹

موضوع: اندازه گیری گازهای خونی

محاسبه و پرداخت خدمت آزمایش "گازهای خونی شامل (CO_2 و PH و PCO_2 و HCO_3) و محاسبه O_2 اشباع " بند ناف کد ۸۰۱۰۸۰ بلامانع می باشد.

ش ش ۶۶۶۷۹۴۲۴-۱۴۰۰/۳/۱۷-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۴۹۹

موضوع: هزینه آزمایش کشت خون در بخش های ویژه

هزینه انجام آزمایش کشت خون (Blood Culture) در بخش های ویژه به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۷۸۸۵۴۱۱۶-۱۴۰۰/۱۲/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۳۵۶

ش ش ۶۲۴۰۳۱۶۶-۹۹/۹/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳۲۹

ش ش ۵۲۸۲۳۶۴۸-۹۹/۱/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳

موضوع: خدمات تشخیصی بیماری COVID ۱۹

۱- شرایط محاسبه و پرداخت هزینه آزمایش COVID ۱۹

الف- بیماران سرپائی: تنها برای موارد با زمینه نقص ایمنی و کارکنان بهداشتی درمانی علامت دار در تماس با بیماران که اندیکاسیون بستری ندارند. بیماران با نقص ایمنی شامل بیماران تحت درمان با کورتیکواستروئید (بیش از $5/12 \text{ Mg/d}$ پردنیزولون بیش از دوهفته)، شیمی درمانی، بدخیمی ها، پیوند اعضا و مبتلایان به HIV می باشند.

ب- بیماران بستری: بیمارانی که با تشخیص کرونا بستری شده اند.

ج- کدهای قابل پرداخت: در صورت انجام آزمایش تشخیص COVID ۱۹ به روش PCR، فقط کد گلوبال زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد. هزینه پذیرش در کد خدمت لحاظ گردیده است.

کد ۸۰۵۱۱۹ با ارزش نسبی ۲۳/۲۷: تست گلوبال تشخیص آزمایشگاهی COVID ۱۹

د- سایر شرایط: - هزینه خدمت صرفاً در مراکز آزمایشگاهی طرف قرار دادی که دارای مجوز انجام آزمایش کرونا از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند، قابل محاسبه و پرداخت است.

- رعایت راهنماها و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص شرایط تجویز و استاندارد انجام آزمایش الزامی می باشد.

- مراکز آزمایشگاهی طرف قرار داد علاوه بر پورتال معاونت درمان سازمان ملزم به ثبت اطلاعات آزمایشات در سامانه سیب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند. بدیهی است موارد خارج از این، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- کد و شرایط پرداخت هزینه سی تی اسکن قفسه سینه جهت تشخیص کرونا: کد ۷۰۲۸۱۹ با ارزش نسبی ۷/۶۱: سی تی اسکن قفسه سینه به منظور تشخیص COVID ۱۹

ادامه در صفحه بعد

ادامه از صفحه قبل

توجه- لازم به ذکر است کد اختصاص یافته برای انجام سی تی اسکن قفسه سینه، روش اسپیرال با قدرت بالا (HRCT) می باشد. در صورت انجام خدمت با سایر روش های سی تی اسکن، هزینه با توجه به درخواست پزشک معالج و گزارش خدمت انجام شده، با یکی از کدهای ۷۰۲۲۴۰، ۷۰۲۸۱۵ و یا ۷۰۲۲۶۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

کد	شرح کد	جزء حرفه ای	جزء فنی	جمع کل	فرانشیز
۸۰۵۱۱۹	تست گلوبال تشخیص آزمایشگاهی- COVID-19 (انجام RT-PCR واستخراج RNA)	۴/۱۵	۱۹/۱۲	۲۵۲۱۰۷۵	بدون فرانشیز
۸۰۵۱۲۱	آزمایش تشخیص ایمنی شناسی (ایمونیولوژیک) آنتی ویروس عامل کووید ۱۹	-----	-----	۴۳۳۶۴۸	بدون فرانشیز

-۱۰۰ درصد هزینه آزمایشهای کرونا (جدول بالا) در تعهد سازمان می باشد.

{ طی مذاکره شفاهی با سرکار خانم رحیمی مقدم (اداره کل) جزء حرفه ای آزمایش کرونا با کد ملی ۸۰۵۱۱۹ به میزان ۴/۱۵ کا و جزء فنی ۱۰/۹۳ کا می باشد (که درواقع با اضافه شدن مبلغ کیت به ۰/۷۱ حق فنی در کتاب ارزش نسبی چاپ ۱۴۰۰ این کا تبدیل به ۱۰/۹۳ شده است)، بدیهی است مبلغ کیت آزمایش (۱۸۳۰۰۰۰ ریال) نیز در جزء فنی لحاظ گردیده است. }

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: بیماری مزمن روانی

ملاک بیماری مزمن روانی بستری بیش از ۸ هفته می باشد (به شرط مزمن نبودن تا ۸ هفته حاد محسوب می شود).

ش ش ۷۱۶۲۵۱۵-۹۵/۵/۲۳-۹۵/۵/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۰۸۶

موضوع: خدمات روانپزشکی

کدهای روانپزشکی مشروط به تکمیل فرم های ابلاغی از سوی ستاد و رعایت موارد ذیل قابل پرداخت است:

کد ۹۰۰۰۴۵ برای هر بیمار تنها یک بار و فقط در اولین مصاحبه گزارش می گردد. این خدمت با ویزیت روزانه یا سرپایی به صورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد و تکمیل وضمیمه نمودن فرم پیوست الزامی است.

کد ۹۰۰۰۴۶ شامل مصاحبه، معاینه تشخیصی، اقدامات حفاظتی و مداخله در بحران و انتقال بیمار به بخش در صورت لزوم بوده و فقط در بخش بستری قابل محاسبه و پرداخت است و تکمیل وضمیمه نمودن فرم مخصوص مشاوره روانپزشکی نیز الزامی است.

کد ۹۰۰۰۵۰ با لحاظ اختصاص حداقل ۳۰ دقیقه در هر جلسه و کد ۹۰۰۰۵۱ با لحاظ اختصاص حداقل ۴۵ دقیقه در هر جلسه با این شرایط قابل پرداخت است:

در شرایط عادی برای بیماران بستری در صورت نیاز و درخواست پزشک هر هفته یک جلسه روان درمانی قابل محاسبه و پرداخت است.

در شرایط حاد روانی در هفته اول بستری حداکثر ۲ جلسه در صورت نیاز و درخواست پزشک و پس از آن یک جلسه در هفته قابل محاسبه است.

در بیماران سرپایی در شرایط حاد روانی حداکثر دو جلسه در هفته اول و بعد از هفته اول یک جلسه روان درمانی در هفته قابل پرداخت است. در بخش سرپایی خدمت مذکور با ویزیت قابل پرداخت نمی باشد.

در بخش بستری با رعایت زمان ارایه خدمت علاوه بر زمان ویزیت، قابل پرداخت می باشد.

کد ۹۰۰۰۹۱ و ۹۰۰۰۹۳ با توجه به مشکل بیمار در ارائه شرح حال خانواده درمانی- زوج درمانی - درمان زناشویی و سکس تراپی حداکثر هفته ای یکبار قابل محاسبه و پرداخت است.

در بخش سرپایی خدمت مذکور با ویزیت قابل پرداخت نمی باشد. این دو کد همزمان قابل محاسبه و پرداخت نیست.

تکمیل وضمیمه نمودن فرم های پیوست الزامی می باشد.

ش ش ۷۴۹۷۲۵۰-۹۵/۷/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۴۵۶

موضوع: گروه درمانی و مشاوره روانپزشکی

کد ۹۰۰۰۹۶ (گروه درمانی) به ازای هر جلسه در گروه های ۸ تا ۱۲ نفره، فقط در بخش بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد. تکمیل وضمیمه نمودن فرم پیوست الزامی است و این خدمت در بخش بستری قابل پرداخت می باشد.

در خصوص درخواست مشاوره روانپزشکی با کد ۹۰۰۰۴۶ برای بیماران بستری در بیمارستان هایی که فاقد بخش بستری روانی می باشند در صورت نیاز بیمار و درخواست پزشک معالج و پر کردن فرم تقاضای مشاوره پرداخت هزینه مشاوره بلامانع می باشد.

ش ش ۸۱۰۳۴۸۶-۹۵/۱۰/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

موضوع: بستری بیش از ۶ ماه بیماران روانپزشکی

جهت تایید ادامه درمان بستری بیماران روانپزشکی پس از ۶ ماه (۲ ماه حاد و ۴ ماه مزمن) و پرداخت هزینه، پرونده به شورای علمی و تخصصی دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی ارجاع گردد.

ش ش ۱۵۱۶۱۸۷۵-۹۶/۸/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۸۸

موضوع: ویزیت فلوشیپ روانپزشکی

تعرفه ویزیت فلوشیپ روانپزشک، در تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی بخش دولتی سال ۹۶، معادل تعرفه ویزیت فوق تخصص روانپزشک لحاظ گردد. (با توجه به تعرفه های اعلامی سالانه تعرفه ویزیت فلوشیپ روانپزشک دارای مبلغ مشخص گردیده است.)

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: خدمات پاراکلینیک

خدمات پاراکلینیک بزرگسالان در بیمارستانهای اطفال و روان: خدمات پاراکلینیک بیمارستانهای ارائه دهنده خدمت(از جمله بیمارستانهای اطفال، روان و...) جهت بزرگسالان نیز مورد تایید سازمانهای بیمه گر می باشد.

ش ش ۵۳۹۸۶۲۸۴-۹۹/۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۲۱۲

موضوع: هزینه بستری در بخش روانپزشکی

در خصوص هزینه بستری در بخش روانپزشکی از کل مدت بستری هر بیمار در هر سال فقط ۸ هفته آن بعنوان حاد و مابقی بعنوان مزمن (معادل تخت روان درجه سه) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۰۳۰۱۷۱۴-۹۹/۷/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۷۷

موضوع: تعبیه DBS

در خصوص تعبیه Deep Brain Stimulator جهت درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری و رفتار ناتوان کننده (Obsessive Compulsive Disorder) در حال حاضر با توجه به اینکه استاندارد علمی جهت ارائه خدمت مذکور برای بیماری فوق وجود ندارد، قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۷۱۰۸۸۵۹۱-۱۴۰۰/۵/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۵۰/۱۴۰۰/۶۱۱

موضوع: تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره در سال ۱۴۰۰

۱- تعرفه خدمات روانشناسی و مشاوره در سال ۱۴۰۰، برای کارشناسان ارشد و دکتری تخصصی در صورت داشتن پروانه صلاحیت حرفه ای به شرح جدول زیر تعیین می گردد:

مقطع تحصیلی	تعرفه (به ریال)
کارشناسی ارشد	۱/۳۰۰/۰۰۰
دکتری	۱/۸۷۰/۰۰۰

۲- تعرفه های مربوط برای چهل و پنج (۴۵) دقیقه خدمت می باشد.

۳- براساس سوابق حرفه ای، از زمان دریافت پروانه تخصصی، برای افراد با سابقه کار بالای پانزده (۱۵) سال، پانزده درصد (۱۵٪) به مبلغ پایه اضافه می گردد.

شایان ذکر است بطور کلی در حاضر خدمت روانشناسی و مشاوره توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روانشناسی ارائه می گردد در شمول تعهدات سازمان قرار ندارد.

ش ۹۳۸۵۳۷۵-۹۶/۲/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۳۹۴

موضوع: فیزیوتراپی بیماران بستری

۱- در بیماران بستری، کد ۹۰۱۶۲۰ (ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار به ازای هر دوره فیزیوتراپی) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- در بیماران بستری، در صورت انجام فیزیوتراپی یک یا چند ناحیه با هر تعداد جلسه در روز، فقط یکبار کد ملی ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- کد ۹۰۱۶۳۵ (فیزیوتراپی قفسه سینه و اندام ها) و کد ۹۰۱۶۳۶ (فیزیوتراپی قفسه سینه بدون فیزیوتراپی اندامها) با درخواست پزشک متخصص معالج، فقط در بخش های مراقبت ویژه و جراحی توراکس و ریه، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴- فیزیوتراپی ریه (قفسه سینه):

الف- برای بزرگسالان در بخش های مراقبت ویژه و جراحی توراکس و ریه، در هر روز بستری برای هر تعداد جلسه، فقط یک بار کد ۹۰۱۶۳۶ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب- برای نوزادان و اطفال در بخش ویژه (NICU-PEDICU) در هر روز بستری برای هر تعداد جلسه، ۳۰ درصد کد ۹۰۱۶۳۶ فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (با توجه به ش ۴۳۸۱۴۲۲۰-۹۸/۶/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۸۹ فیزیوتراپی تنفسی در NICU قابل پرداخت نیست)

ج- در سایر بخش های بیمارستان (غیر از بخش های مراقبت ویژه و جراحی توراکس و ریه) در صورت انجام همزمان فیزیوتراپی تنفسی و اندامها در هر روز بستری برای هر تعداد جلسه، یک بار کد ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت انجام فیزیوتراپی تنفسی به تنهایی ۳۰ درصد کد ۹۰۱۶۴۰ و فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- کدهای ملی خدمات فیزیوتراپی ۹۰۱۶۳۵، ۹۰۱۶۳۶، ۹۰۱۶۴۰ به طور همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند و در هر روز به شرط انجام، فقط یک کد قابل محاسبه و پرداخت است.

۶- ثبت ساعت و پایان هر جلسه فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست در برگ گزارش فیزیوتراپی الزامی است. در صورت عدم ثبت ساعت و یا رعایت نکردن مدت زمان تعیین شده در شرح کدهای فیزیوتراپی، هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۷- تعداد جلسات فیزیوتراپی بیماران بستری براساس درخواست پزشک متخصص معالج قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- مستندات لازم برای محاسبه و پرداخت هزینه خدمات فیزیوتراپی در پرونده بیماران بستری:

الف- درخواست پزشک معالج در پرونده ب- ثبت گزارش انجام خدمت در پرونده بیماران توسط فیزیوتراپیست طبق فرم پیوست.

ش ۱۱۰۸۹۹۶۰-۹۶/۴/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۹۰۷

موضوع: ک۲ فیزیوتراپی

در صورت انجام مستقیم خدمت فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپیست دارای مدرک دکتری تخصصی (PHD) و یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی باشد پس از اخذ تایید جلسات در پورتال معاونت درمان بصورت ک۲ قابل پرداخت است. و در صورت اینکه انجام دهنده مستقیم خدمت فیزیوتراپی باشد، کارشناس و یا کارشناس ارشد فیزیوتراپی ک۲ قابل پرداخت نمیشود.

ش ۲۳۹۷۸۳۴۷-۹۷/۳/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۵۳۲

موضوع: چست تیوپ و فیزیوتراپی تنفسی در NICU

هزینه فیزیوتراپی تنفسی و چست تیوپ در ۳۰٪ هزینه هتلینگ NICU لحاظ شده و جداگانه قابل گزارش و پرداخت نمیشود. ضمناً کلیه بخشنامه های قبلی در این خصوص که با این بخشنامه مغایرت دارند لغو و بلا اثر اعلام میگردد.

ش ۴۳۸۱۴۲۲۰-۹۸/۶/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۸۹

موضوع: فیزیوتراپی تنفسی در NICU و PICU

هزینه خدمت فیزیوتراپی تنفسی در سر فصل هزینه هتلینگ NICU لحاظ شده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد و در صورت انجام فیزیوتراپی تنفسی (به تنهایی) در بخش pediatric ICU ، ۳۰ درصد ارزش کد ۹۰۱۶۳۶ کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۵۱۸۶۵۰۸۵-۹۸/۱۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۸۳

موضوع: درخواست فیزیوتراپی طب ورزشی

خدمات فیزیوتراپی تجویز شده توسط متخصصین طب ورزشی، پس از ثبت جلسات توسط موسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد در پورتال معاونت درمان قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۱۲۸۷۰۴۲-۹۲/۶/۱۰-۹۲/۶/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۰۴۸

موضوع: ماموپلاستی

جراحی بزرگی برست در صورت ایجاد دفورمیتی ستون فقرات و مشکل تنفسی با تایید شورای علمی و تخصصی قبل از عمل جراحی و داشتن معرفی ناظر بیمارستانی در تعهد قرار می گیرد.

ش ش ۳۰۶۱۶۰۱۱-۹۷/۸/۲۸-۹۷/۸/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۸۲

موضوع: ماموپلاستی

در خصوص پرداخت کدهای ۱۰۰۷۹۵، ۱۰۰۷۹۰، ۱۰۰۷۸۵، ۱۰۰۷۸۰، ۱۰۰۷۵۵، مقتضی است موارد در شورای علمی، تخصصی مطرح و در صورتی که جنبه درمانی بودن آن در شورای مذکور تایید گردد، قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: ماستکتومی دو طرفه

برای ماستکتومی دو طرفه، همراه با آنکوپلاستی دو طرفه، در کانسر برست، برای یک طرف ۱۰۰ درصد ماستکتومی به اضافه ۱۰۰ درصد کد آنکوپلاستی قابل درخواست است و برای طرف مقابل ۸۰ درصد مجموع طرف اول قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۳۱۵۲۸۳۴۰-۹۷/۹/۱۹-۹۷/۹/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۱۱

موضوع: ژنیکوماستی

هزینه اعمال جراحی ماستکتومی ناقص و کامل جهت ژنیکوماستی، فقط ژنیکوماستی آسیمتریک در سن بلوغ پسران، که میتواند منجر به اختلالات سایکولوژیک در فرد گردد با تایید پزشک معتمد دفتر اسناد پزشکی قابل پرداخت است.

ش ۳۳۸۴۸۰۵۶-۹۷/۱۱/۱-۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۲۰۷

موضوع: بازسازی پستان بدنبال ماستکتومی

هزینه بازسازی پستان به هرروش بدنبال ماستکتومی در بدخیمی های پستان قابل پرداخت میباشد .

ش ۳۹۸۰۴۳۶۶-۹۸/۳/۱۳-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۴۷۰

موضوع: آنکوپلاستی

۱- هزینه آنکوپلاستی تیپ ۱ و ۲ (کد ۱۰۰۷۱۶ و کد ۱۰۰۷۱۷) در بدخیمی های پستان که به روش BCS (breast conservation surgery) تحت لامپکتومی و یا پارشیال ماستکتومی قرار میگیرند با ضمیمه بودن پاتولوژی قابل پرداخت میباشد.

۲- هزینه خدمت آنکوپلاستی در ماستکتومی توتال و رادیکال و همچنین در ماستکتومی پارشیال بدنبال ضایعات خوش خیم قابل پرداخت نمیشود.

۳- کد ۱۰۰۷۱۶ و کد ۱۰۰۷۱۷ با کد ۱۰۰۷۸۰ (بازسازی نیپل) با هم قابل پرداخت نمیشود .

۴- در صورتیکه کمتر از ۳۰٪ حجم پستان حذف شود فقط هزینه خدمت ترمیم آنکوپلاستی تیپ ۱ (کد ۱۰۰۷۱۶) قابل پرداخت میباشد و در صورتیکه بیش از ۳۰٪ از حجم پستان حذف شود آنکوپلاستی تیپ ۲ (کد ۱۰۰۷۱۷) قابل پرداخت می باشد.

ش ۴۳۹۳۴۶۳۹-۹۸/۶/۱۶-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۲۱۳

موضوع: بازسازی و پروتز پستان بدنبال بدخیمی

بازسازی پستان به دنبال ماستکتومی در بدخیمی ها در تعهد می باشد، منتها در حال حاضر هزینه وسیله پروتز مورد استفاده در این اعمال در تعهد بیمه های پایه نمی باشد.

ش ۵۴۰۰۰۰۰۲-۹۹/۲/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۳

موضوع: ماستکتومی در بیماران FTM

در خصوص ماستکتومی در بیماران ترنس (FTM) به اطلاع می رساند در بیمارانی که بعلت ترنس بودن با اخذ مجوز از مراجع قانونی تحت جراحی ماستکتومی قرار می گیرند جهت محاسبه هزینه ماستکتومی زیرجلدی کد ۱۰۰۷۰۰ و برای ماستکتومی کامل کد ۱۰۰۷۰۲ با رعایت مقررات و ضوابط قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۶۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: اعمال رادیکال

ملاک عمل برای پرداخت هزینه عمل رادیکال جواب پاتولوژی می باشد.

ش ش ۱۰۵۸۵۲۹-۹۲/۳/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۳۹۱

موضوع: عمل جراحی گاستریک باندینگ

عمل گاستریک باندینگ در صورت $BMI \geq 40$ در صورت تایید شورای علمی و تخصصی قابل پرداخت است.

ش ش ۲۹۰۹۸۵۸-۹۳/۴/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۷۴۹

موضوع: وازوستومی و آناستوموز مجدد لوله های رحمی

عمل جراحی وازوستومی و نیز آناستوموز مجدد لوله های رحمی همواره در تعهد سازمان میباشد

ش ش ۴۱۷۶۱۷۳-۹۳/۱۲/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۶۲۵

موضوع: محاسبه هزینه رادیولوژی و بلوکاز عصبی در برخی خدمات

در خدماتی که در شرح کد آنها عبارت "هزینه رادیولوژی بطور جداگانه قابل پرداخت میباشد" ذکر شده است تعرفه رادیولوژی فقط یکبار پرداخت میگردد.

و در خدماتی از قبیل بیوپسی از ارگانها، تخلیه آبه و بلوکاز عصبی و... تعرفه جداگانه قابل پرداخت نیست.

و در خدماتی که در شرح کد آنها هدایت رادیولوژیک درج گردیده است و عبارت "هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نیست" ذکر شده است چون در تعرفه کد مذکور هزینه رادیولوژی لحاظ گردیده لذا بابت رادیولوژی هزینه جداگانه پرداخت نمی گردد.

ش ش ۵۴۲۸۷۷۷-۹۴/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۶۹۵۳

موضوع: فیستول آنال متعدد

در صورت انجام جراحی فیستول آنال متعدد، حتی در صورتیکه فیستول ها در یک ناحیه نباشند فقط یک کد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۹۹۷۴۸۳۷-۹۶/۳/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۶۰۹

موضوع: کد تعدیلی ۶۳ در ختنه

کد تعدیلی ۶۳ در انجام خدمت ختنه (کد ۵۰۰۹۵۵) قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: انجام FNA- چسبندگی های امنتوم- آبنه متعاقب آپاندکتومی- اسلیو گاسترکتومی- عمل فلبکتومی پا

FNA- زیرگاید سونو برای فوق غدد قابل انجام و پرداخت میباشد.

- برای رفع چسبندگی های امنتوم به احشاء (مثلاً تخمدانها) کد ۴۰۰۸۷۰ طبق تعریف کد قابل درخواست میباشد. کد ۴۰۰۸۷۰ عمل مستقل بوده و با کد دیگری قابل گزارش نمیشود و فقط در خصوص بیماران با سابقه جراحی شکمی بر اساس شرح کتاب قابل محاسبه است.

- کد عمل جراحی آبنه متعاقب آپاندکتومی طبق کد تعدیلی ۹۹ دوره پیگیری بیماران عادی یک ماه پس از اولین ترخیص است و هزینه خدمت جداگانه قابل اخذ نمیشود لیکن در موارد اورژانسی که امکان دسترسی به پزشک معالج فراهم نمیشود، به منظور حفظ سلامت بیمار، چنانچه عمل جراحی آبنه توسط جراح دیگری انجام شود، حق الزحمه مربوطه قابل پرداخت است.

- عمل slive gastrectomy با BMI بالای ۴۰ و تایید پزشک معتمد قابل درخواست است.

- در عمل فلبکتومی پا هر دو کد ۳۰۲۷۴۵ و ۳۰۲۷۷۵ همزمان برای یک اندام قابل درخواست نمیشود و برای دو اندام با لحاظ درصد های مربوطه قابل درخواست می باشد.

ش ش ۳۳۵۳۳۵۸۶-۹۷/۱۱/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۱۹۶

موضوع: مش گذاری

هزینه کار گذاری مش و یا پروتز برای ترمیم فتق های انسزیونال (۴۰۲۱۷۷) قابل پرداخت میباشد و برای سایر فتق ها، قابل پرداخت نمیشود.

ش ش ۳۴۴۴۷۱۴۱-۹۷/۱۱/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۵۸

موضوع: نحوه تایید هزینه جراحی بیماران دچار morbid obesity

مراکز طرف قرارداد: در صورت مراجعه بیمار قبل از انجام عمل جراحی به این مراکز، بیمه شده توسط نماینده ناظر بیمارستانی/پزشک مشاور و یا پزشک معتمد دفتر رویت و در صورت تایید و وجود $BMI=40$ و یا بیشتر، هزینه درمانی قابل محاسبه و پرداخت است.

مراکز غیر طرف قرارداد:

الف: در این مراکز کلیه بیماران کاندید این اعمال می بایست قبل از بستری به دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی مراجعه تا مورد معاینه پزشک مشاور و یا پزشک معتمد/نماینده ناظر (در شهرستانهایی که دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی وجود ندارد) قرار گیرند و در صورت تایید و ضمیمه نمودن اسناد تایید شده، هزینه از طریق خسارت متفرقه محاسبه و پرداخت گردد.

ب: در صورتیکه بیماران بعد از عمل جراحی جهت دریافت هزینه به واحد خسارت متفرقه مراجعه نمایند در صورتیکه در زمان مراجعه BMI بیمار ۴۰ و یا بالاتر باشد (با تایید پزشک مشاور و یا پزشک معتمد/نماینده ناظر) پرونده طبق ضوابط و مقررات قابل

ش ش ۳۸۸۰۴۶۷۵-۹۸/۳/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۴۱۷

موضوع: آندوسکوپی و کولونوسکوپی

نحوه پرداخت هزینه انجام آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی و کولونوسکوپی همزمان، بصورت ۱۰۰٪ و ۸۰٪ محاسبه میگردد.

ش ش ۴۰۳۲۷۵۸۸-۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۸۲

موضوع: آناستوموز و بستن AVF

- در صورت آناستوموز شریانی وریدی، باز مستقیم در هر جا (عمل مستقل) کد ۳۰۲۵۳۵ قابل پرداخت میباشد.

- در صورت نیاز به بستن AVF (بعد از گذشت مدت زمان دوره پیگیری) کد ۳۰۲۵۱۵ قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۱۳۷۳۰۱۱-۹۸/۴/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۸/۲۲۱۲

موضوع: انجام جراحی همزمان، بیش از یک بیمار

انجام جراحی همزمان بیش از یک بیمار (با یا بدون کمک جراح) در دستورالعمل های جاری و مربوطه پیش بینی نشده است در این خصوص به مراکز بستری تابعه اطلاع رسانی گردد.

ش ۴۶۲۸۸۳۶۸-۹۸/۸/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۲۰

موضوع: عوارض اعمال جراحی زیبایی

با توجه به اینکه اعمالی که جنبه درمانی نداشته و صرفاً به منظور زیبایی نظیر لایپکتومی انجام می شوند در تعهد سازمان های بیمه گر نمی باشند، در صورتی که انجام این اعمال منجر به ایجاد عارضه شوند نظیر آمبولی نیز در تعهد نبوده و هزینه آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۴۸۰۳۸۳۵۳-۹۸/۹/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۸۱

موضوع : کد اسفنکتروپلاستی همزمان با فیستولکتومی - فتق انسزیونال

۱- کد اسفنکتروپلاستی همزمان با فیستولکتومی تنها در مواردی که طبق مستندات موجود در پرونده (MRI، مانومتري رکتال، سونوگرافي رکتال، کولونوسکوپي و...) فیستول اینتراسفنکتریک باشد قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- کد ۴۰۲۱۷۷ (کار گذاری مش یا پروتز برای ترمیم فتق انسزیونال) طبق کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت فقط در مواردیکه هرنی (بدون در نظر گرفتن نوع آن) در محل برش عمل جراحی قبلی ایجاد شده و نیاز به ترمیم داشته باشد، قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۴۷۱۵۸۴۵۷-۹۸/۹/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۰۹

موضوع: ترمیم زخم های کوچک نوک انگشت

در موارد ترمیم زخم های کوچک نوک انگشت، با توجه به کم بودن وسعت محل ترمیم، کد ۱۰۰۲۱۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۵۷۲۱۷۶۳۰-۹۹/۶/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۲۹

موضوع: هزینه اتموئیدکتومی به روش باز

هزینه حق العمل جراحی اتموئیدکتومی قدامی و خلفی به روش باز، با کسر ۲۰٪ از جزء حرفه ای کد ۳۰۰۲۲۵ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به میزان ۲۴ کا و هزینه اتاق عمل طبق محاسبه جدید به میزان ۹,۶ کا، همچنین هزینه حق العمل جراحی اتموئیدکتومی قدامی و خلفی به روش باز، با کسر ۲۰٪ از جزء حرفه ای کد ۳۰۰۲۲۶ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به میزان ۲۰ کا و هزینه اتاق عمل آن نیز با کسر ۲۰٪ از جزء فنی به میزان ۹,۶ کا، قابل محاسبه و پرداخت است. ضمناً هزینه پولیپکتومی در ارزش نسبی کدهای مذکور لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۸۷۷۱۱۹۵-۹۹/۶/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۸۳

ش ش ۵۷۵۰۴۲۷-۹۴/۱۰/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۱۳۵

موضوع: آنترولیز فتق شکم-آنوپلاستی با هموروئیدکتومی

کد ۴۰۰۸۷۰ (آنترولیز) همراه با کد ترمیم فتق شکم قابل محاسبه نمی باشد.
کد ۴۰۱۵۲۰ (آنوپلاستی) همراه با کد هموروئیدکتومی قابل محاسبه نمی باشد.
کد آنترولیز(۴۰۰۸۷۰) همزمان با سایر اعمال جراحی در بیماران با سابقه جراحی های مکرر شکمی (لاپاراتومی) مانند بدخیمی ها با الصاق مستندات، قابل محاسبه و پرداخت است ولی همزمان با اعمال جراحی نظیر انواع هرنی ها، سزارین تکراری و یا اعمال جراحی لاپاراسکوپیک، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. در مواردی که از کد تعدیلی ۵۳ (اعمال جراحی مجدد) استفاده می شود، کد آنترولیز همزمان، قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

ش ش ۶۴۰۵۳۳۴۳-۹۹/۱۱/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۵۲۷

موضوع:نمونه برداری حین عمل جراحی

درخصوص نمونه برداری حین عمل جراحی، کد نمونه برداری اولیه جهت بررسی خوش خیمی یا بدخیمی حین عمل جراحی همزمان با کد رزکسیون تومور همان ناحیه، برای مثال درخواست کد نمونه برداری فروزن سکشن از پستان قبل از ماستکتومی، در کد اصلی لحاظ گردیده و به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۷۰۸۸۹۵۷۹-۱۴۰۰/۵/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۹۵۰

موضوع:خدمات Arterial line و cvp گذاری در اعمال جراحی

خدمات دسترسی به شریان (Arterial-Line) و خدمات دسترسی به ورید مرکزی (CVP-Line) در صورت انجام و گزارش مجزا در پرونده بیماران توسط گروه های تخصصی پزشکی و متخصصین بیهوشی(علاوه بر تعرفه خدمات بیهوشی)، به صورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۱۰۳۶۱۵۷-۹۰/۶/۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۹۷۰

موضوع: عمل جراحی صرع

هزینه بیمارانی که تحت عمل جراحی صرع قرار می گیرند، پس از طرح در شورای علمی و تخصصی و با توجه به شرح عمل ارایه شده قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۵۴۲۸۷۷۷-۹۴/۸/۱۶-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۶۹۵۳

موضوع: شکستگی و دررفتگی مهره های ستون فقرات و یا دیسککتومی با سایر اعمال

با توجه به اینکه اصلاح اسکولیوز، اسپوندیلولیزیس و اصلاح کیفوز هر یک به تنهایی اعمال بزرگی می باشند معمولاً به صورت همزمان با عمل جراحی شکستگی و دررفتگی مهره های ستون فقرات و یا دیسککتومی انجام نمی شوند، لذا چنانچه مواردی گزارش می گردد، پس از تایید شورای علمی و تخصصی استان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۱۷۳۰۹۹۴۰-۹۷/۱/۱۴-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸

موضوع: کد تعدیلی ۸۵

کد تعدیلی ۸۵ در اعمال جراحی ستون فقرات مانند: کیفواسکولیوز، اسپوندیلولیزیس، کیفوپلاستی، CD گذاری و اعمال pain که بطور معمول و روتین نیاز به استفاده از C-ARM دارند، قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد.

ش ۲۶۷۹۳۶۱۹-۹۷/۶/۴-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۰۳۷

موضوع: نحوه پرداخت هزینه آنژیوپلاستی عروق مغزی

۱- در صورت وجود AVM و یا آنوریسم مغزی که تحت درمان انسداد و یا آمبولیزاسیون عروق به هر روشی (مانند تزریق اونیکس یا کوئل گذاری) قرار گیرد. کد ۶۰۰۵۵۰ و نیز در صورت نیاز به استفاده از کوئل یا bottle اونیکس اضافه، کد ۶۰۰۵۵۲ (به ازای هر کوئل و bottle اونیکس) بصورت ۱۰۰٪ قابل پرداخت است و هزینه استنت گذاری در این پروسیجر محاسبه و لحاظ شده است و جداگانه قابل پرداخت نمیباشد ولی هزینه استنت طبق مقررات سازمان قابل پرداخت میباشد.

۲- در صورت وجود استنوز آنژیواسکلروز عروق مغزی و انجام آنژیوپلاستی با بالن مغزی کد ۶۰۰۵۶۰ قابل پرداخت میباشد و در صورت نیاز به قرار دادن استنت داخل عروقی کد ۶۰۰۵۶۵ بصورت ۱۰۰٪ قابل پرداخت میباشد در صورت نیاز به کارگذاری استنت دوم یا سوم در همان رگ کد ۶۰۰۵۶۵ با لحاظ نمودن کد تعدیلی ۵۱ قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۲۹۳۹۴۰۱۸-۹۷/۷/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۵۵۴

موضوع: نحوه پرداخت هزینه دیسککتومی

درخواست کدکوریکتومی در موارد دیسککتومی و اکسیزیون استئوفیت های موجود در جسم مهره، قابل پرداخت نمیباشد و ارزش خدمت مذکور در کدهای مربوط به لامینوتومی یا لامینکتومی با یا بدون فورامینوتومی و دیسککتومی لحاظ گردیده است.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: کرانیوپلاستی با اکسیزیون تومور مغزی-آرتروئید و CARM در جراحی ستون فقرات

کد ۶۰۰۲۴۰ (اکسیزیون تومور مغزی) همزمان با کد ۶۰۰۸۱۰ (کرانیوپلاستی) قابل درخواست نمیباشد.

در اعمال جراحی ستون مهره ها، در صورت استفاده از پودر استخوان جهت فیوژن مهره ها و درخواست کدهای ۲۰۱۱۰ (آرتروئید) و کد add ۲۰۱۱۵ و همچنین کد ۲۰۰۱۵۰ (گرافت استخوانی کوچک یا وسیع)، کد ۲۰۰۱۵۰ قابل پرداخت نمیباشد.

در اعمال جراحی ستون مهره ها که برای بیمار پلاتین و راد گذاشته و سپس با استفاده از استخوان برای بیمار فیوژن انجام می دهند، علاوه بر کد ۲۰۱۱۸۵ (استفاده از وسایل در ستون مهره ها) نمی توان کد ۲۰۱۱۲۰ (آرتروئید) را همزمان منظور نمود.

در اعمال جراحی ستون مهره، ممکن است چند عمل جراحی همزمان برای بیمار صورت گیرد، صرفاً به آن جزء از خدمت که از CARM استفاده شده است کد ۸۵ (استفاده از CARM) تعلق می گیرد نه به کل عمل.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: اسپوندیلولیزتیزیس خفیف

اگر حسب گزارش MRI علاوه بر هرنی دیسک و تنگی کانال، اسپوندیلولیزتیزیس خفیف (Mild) گزارش گردد و جراح درخواست کد ۲۰۱۱۵۷ (درمان اسپوندیلولیزتیزیس) نماید فقط کد هرنی دیسک قابل محاسبه پرداخت می باشد.

ش ۳۵۶۷۷۳۵۶-۹۷/۱۲/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۴۶۹

موضوع: نحوه پرداخت دیسکتومی

با توجه به شرح کد ۶۰۱۰۶ کتاب تعرفه همه مراحل دیسکتومی که شامل لامینوتومی یا همی لامینکتومی ویا لامینکتومی ویا فاستکتومی وفورامینوتومی (یک طرفه یا دو طرفه) با دکمپرسیون طناب نخاعی، دم اسب ویا ریشه های عصبی یک سگمان مهره ای (گردنی، توراسیک وکمری) میباشد در این کد لحاظ ومحاسبه شده است و برای پرداخت هزینه انجام پروسیجرهای فوق در سگمانهای دیگر کد ۶۰۱۰۶ قابل اضافه شدن به کد ۶۰۱۰۶ میباشد و کد دیگری قابل پرداخت نمیباشد.

ش ۴۰۴۰۹۱۰۹-۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۸۱

موضوع: دیسکتومی - اسپوندیلولیزستزیس - کیفوپلاستی - ورتبروپلاستی

روشهای جراحی دیسک

۱- دیسکتومی بروش جراحی : برداشتن دیسک از طریق جراحی یا خارج کردن نسبی دیسک بین مهره ای که با توجه به روش دسترسی از کدهای ۶۰۱۱۰۶-۶۰۱۱۱۰-۶۰۱۱۲۰-۶۰۱۱۳۰ و کدهای add استفاده می شود.

شایعترین محل دیسک L۵-S۱، L۴-L۵ می باشد. که در صورت جراحی کد ۶۰۱۱۰۶ (دیسکتومی کمری با یا بدون لامینوتومی ویا لامینکتومی با یا بدون فورامینوتومی) قابل محاسبه وپرداخت است، البته باید روش اپرچ ترانس پدیکولار باشد.

برای برداشت دیسک باید لامینوتومی یا لامینکتومی ویا فاستکتومی انجام داد، که روش اپرچ دیسک می باشد وبا توجه به شرح کد فقط ارزش کد ۶۰۱۱۰۶ قابل محاسبه وپرداخت است ودر صورت برداشت دیسک در سطوح دیگر کد ۶۰۱۱۰۸ (بصورت add) قابل محاسبه وپرداخت است.

۲- جایگزین نمودن دیسک با دیسک مصنوعی یا پرودیسکال: در صورت دیسکتومی کامل وکار گذاری Cage یا pro-disc بین دو تا مهره، علاوه بر پرداخت کدهای مربوط به دیسکتومی (با توجه به ناحیه مربوطه) کد ۲۰۱۲۱۰ (کارگذاری وسیله بیومکانیکال بین مهره ای) نیز با رعایت کد تعدیلی ۵۱ قابل محاسبه و پرداخت است.

۳- دیسکتومی ترانس توراسیک که دسترسی از طریق دنده های- مهره ای، کد ۶۰۱۱۱۰ قابل محاسبه و پرداخت است و برای فضای اضافه، کد ۶۰۱۱۱۵ قابل محاسبه وپرداخت است .

۴- دیسکتومی از طریق قدامی - جانبی یا قدام : در صورت اپرچ جراحی دیسک از قدام یا قدامی - جانبی در ناحیه گردن از کد ۶۰۱۱۲۰ و برای فضای بین مهره ای کد ۶۰۱۱۲۵ و جهت دیسکتومی در ناحیه توراسیک با اپرچ قدامی ویا جانبی - قدامی کد ۶۰۱۱۳۰ و برای فضای اضافه این ناحیه کد ۶۰۱۱۳۵ قابل محاسبه وپرداخت است.

در صورت انجام لامینکتومی جهت دکمپرسیون طناب نخاعی یا دم اسب بدون انجام فاستکتومی، فورامینوتومی، دیسکتومی

ش ش ۴۰۴۰۹۱۰۹-۴۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۸۱ (ادامه از صفحه قبل)

موضوع: دیسکتومی - اسپوندیلولیزستزیس - کیفوپلاستی - ورتبروپلاستی

در ناحیه گردن، توراسیک کمری و ساکرال (یک یا دو سگمان مهره ای) کد ۶۰۱۰۳۵ کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است. و چنانچه این خدمت در بیش از دو سگمان انجام شود کد ۶۰۱۰۴۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

توجه: کد ۶۰۱۰۳۵ و ۶۰۱۰۴۰ در اسپوندیلولیزستزیس قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (هزینه خدمت اسپوندیلولیزستزیس بصورت گلوبال با کدهای ۲۰۱۱۵۷ و ۲۰۱۱۸۵ طبق ضوابط پرداخت میشود).

عمل تیپ گیل: در صورتیکه نیاز به برداشت فاست های خراب و المانهای خراب و lose خلفی باشد و جراح اقدام به انجام لامینکتومی با برداشت فاست های غیر طبیعی نماید و همزمان فورامینوتومی و دیسکتومی انجام دهد (در یک یا دو سگمان مهره های کد ۶۰۱۰۴۵ قابل محاسبه و پرداخت است).

نحوه محاسبه کیفوپلاستی: کد ۲۰۱۰۶۰ کتاب ارزش نسبی (یک طرفه و یا دو طرفه) فقط برای ستون فقرات توراسیک و کمری قابل محاسبه و پرداخت است در صورت انجام کیفوپلاستی در بیش از یک سطح کد ۲۰۱۰۶۵ کتاب ارزش نسبی بصورت add قابل محاسبه و پرداخت است.

- در صورتیکه کیفوپلاستی در ستون فقرات غیر از توراسیک و کمری انجام شود، هزینه قابل پرداخت نمی باشد.

- با توجه به شرح کد تعدیلی ۸۵ و استفاده روتین از فناوری C-ARM در این خدمت هزینه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

- در صورت انجام کیفوپلاستی بصورت دو طرفه، کد ۲۰۱۰۶۰ قابل پرداخت است.

نحوه پرداخت ورتبروپلاستی: کد ۲۰۱۰۵۰ ورتبروپلاستی برای یک سگمان (یک جسم مهره) فقط در ستون مهره ای توراسیک و کمری قابل محاسبه و پرداخت است و برای سگمانهای اضافه کد ۲۰۱۰۵۵ طبق ضوابط قابل پرداخت است.

- این کدها برای تزریق یک یا دو طرفه یک بار قابل محاسبه است.

در صورت استفاده از C-ARM و یا سایر روشهای مانیتورینگ هزینه ای قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ارزش خدمت لامینوپلاستی با کد ۶۰۱۰۹۰ کتاب ارزش نسبی، محاسبه و پرداخت می شود.

ش ش ۴۱۵۹۰۵۸۶-۹۸/۴/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۹۰

موضوع: اسپوندیلولیزستزیس-اسکولیوزیس

اسپوندیلولیزستزیس یا لغزش مهره، تمام یا بخشی از مهره بالایی روی مهره پایینی لیز می خورد.

گریدینگ اسپوندیلولیزستزیس :

گرید ۱- ۲۵٪ از استخوان مهره به جلو یا عقب سر خورده است.

گرید ۲- ۵۰٪ از استخوان مهره به جلو یا عقب سر خورده است.

گرید ۳- ۷۵٪ از استخوان مهره به جلو یا عقب سر خورده است.

گرید ۴- ۱۰۰٪ از استخوان مهره به جلو یا عقب سر خورده است.

۱- در صورت درمان جراحی اسپوندیلولیزستزیس گرید ۱ و ۲، کد ۲۰۱۱۵۷ و جراحی اسپوندیلولیزستزیس گرید ۳ و ۴، کد ۲۰۱۱۵۸ از کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت است و این ارزش برای کلیه پروسه خدمت شامل لامینکتومی، دکمپرسیون نخاع، دیسکتومی، وسیله گذاری و فیوژن (آرتروزی) مهره ای و نیز سایر اقدامات مانند دیسکتومی، دکمپرسیون نخاع، لامینکتومی و فورامینکتومی و... که در سایر سگمانها و فضاها انجام می شود لحاظ شده است و کد دیگری با آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲- با عنایت به شرح کد تعدیلی ۸۵ و نیاز روتین به C-ARM جهت انجام این خدمت، هزینه ای جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

اسکولیوزیس (کیفواسکولیوزیس): به معنای انحراف جانبی ستون مهره است. وقتی ستون مهره را از جلو نگاه میکنیم به صورت یک خط صاف عمودی دیده میشود و وقتی این خط، قوسی شکل شود به آن اسکولیوزیس میگویند.

نحوه پرداخت: باید توجه داشت که طی عمل جراحی اسکولیوزیس در بسیاری از موارد نیاز به استفاده از C-ARM است و با توجه به شرح کد ۸۵ کتاب ارزش نسبی این کد جداگانه قابل گزارش نمی باشد.

در صورت اصلاح اسکولیوز یا کیفواسکولیوز بروش PSF و وسیله گذاری و آرتروزی (تا ۷۰ درجه زاویه انحراف) با کد ۲۰۱۱۴۱ قابل محاسبه و پرداخت است. و در صورتیکه زاویه انحراف بیشتر از ۷۰ درجه باشد کد ۲۰۱۱۴۲ قابل محاسبه و پرداخت است لازم به ذکر است هزینه کیفواسکولیوزیس بصورت گلوبال محاسبه شده است و هیچ کد دیگری مانند استئوتومی، آرتروزی و یا کیفکتومی و کیفوپلاستی جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۱۵۹۰۵۸۶-۹۸/۴/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۹۰ (ادامه از صفحه قبل)

موضوع: اسپوندیلولیزتزیس-اسکولیوزیس

تبصره : در کودکان با توجه به اینکه در سن رشد هستند باید برای فیکساسیون از Growing Rod (میله های بلند شونده) استفاده شود که فیوژن انجام نمی شود و در مواردی که ۲۰۱۱۶۸ قابل محاسبه و پرداخت است.

در صورتیکه با رشد کودک نیاز به بلند کردن راد وجود داشته باشد (مرحله دوم جهت اصلاح راد بلند شونده) که ۲۰۱۱۶۹ قابل محاسبه و پرداخت است.

نکته : در مواردی جراح PSF یا ASF را در دو روز متفاوت انجام دهد (ASF و یا PSF در دو روز متفاوت انجام شود) که با توجه به اینکه خدمت نهایی انجام شده مدنظر است فقط یکبار هزینه قابل محاسبه و پرداخت است و هزینه جراح، بیهوشی و اتاق عمل پرداخت نمی شود و در صورت استفاده از تجهیزات مصرفی محاسبه و پرداخت بلامانع است .

ش ش ۴۴۷۳۸۸۴۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۱

موضوع: نحوه پرداخت کدهای ۶۰۰۹۶۵ و ۶۰۰۹۷۶ کتاب ارزش نسبی

هزینه انجام دیسکتومی اتوماتیک یا لیزری یا رادیو فرکونسی از طریق پوست (کد ۶۰۰۹۶۵) و یا تزریق اوزن در ناحیه ستون مهره های کمری (کد ۶۰۰۹۷۶) در صورت انجام توسط متخصصین جراحی مغزو اعصاب، فلوشیپ های ستون فقرات و فلوشیپ های درد قابل محاسبه و پرداخت است و این هزینه جهت متخصصین ارتوپدی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۵۴۵۱۵۰۶-۹۸/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۴۵۰

موضوع: کیفواسکولیوزیس

بیمارانی که جهت انجام عمل جراحی کیفو اسکولیوزیس کاندید می شوند می بایست زاویه Cobb (زاویه انحراف اسکولیوزیس) توسط پزشک روی گرافی بیمار مشخص و با ضمیمه بودن گزارش رادیولوژی مبنی بر وجود انحراف در ستون مهره ها به نماینده ناظر در بیمارستان و یا پزشک معتمد در دفاتر اسناد پزشکی ارجاع داده شوند.

لذا هزینه عمل جراحی کیفواسکولیوزیس با زاویه انحراف بیش از ۴۵ درجه باشد، قابل محاسبه و پرداخت است. بدیهی است در صورت وجود زاویه انحراف کمتر از ۴۵ و یا عدم مشخص نمودن زاویه توسط جراح و یا عدم ضمیمه بودن مستندات تایید کننده ، هزینه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۶۲۸۷۱۹۰-۹۸/۸/۶-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۱۸

موضوع هزینه نورومانیتورینگ

در اعمالی که نیاز به انجام نورومانیتورینگ می باشد فقط در یک زمان کوتاهی این خدمت انجام می شود، براساس مستندات ارائه شده با ضمیمه بودن چارت نورومانیتورینگ حداکثر تا سقف یک ساعت هزینه این خدمت قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۹۲۵۶۶۰۲-۹۸/۱۰/۲۳-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۵۳

موضوع: دیسککتومی در چند سطح

در صورتیکه بیمار نیاز به دیسککتومی در چند سطح داشته و طبق اندیکاسیون های علمی نیاز به کارگذاری CD-ROD هم داشته باشد، علاوه بر کد ۶۰۱۰۶۰، ۶۰۱۰۶۵ (لامینکتومی، فاستکتومی و فورامینوتومی-یک یا دو طرفه با دیسککتومی...) کد ۲۰۱۱۸۵ (وسیله گذاری سگمانی خلف ستون فقرات تا ۵ سگمان) و یا کد ۲۰۱۱۸۷ (وسیله گذاری سگمانی خلف ستون فقرات بیش از ۵ سگمان) با رعایت کد تعدیلی ۵۱ کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است و در صورت انجام استئوتومی و انجام آرتروذ کد ۲۰۱۱۱۰ نیز با لحاظ کد تعدیلی ۵۱ نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۷۲۹۶۶۴۰-۹۹/۵/۱۹-۹۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۷۶

موضوع: بالون کایفوپلاستی و ورتبروپلاستی از طریق پوست

خدمات بالون کایفوپلاستی و ورتبروپلاستی از طریق پوست، نیازی به تایید شورای علمی تخصصی قبل از بستری ندارد و تنها در موارد خاص و بنا بر ضرورت (مانند سایر پرونده ها) می تواند در شورای علمی تخصصی مورد بررسی قرار گیرد هزینه ست خدمات مذکور، نیز قابل پرداخت بوده و نیازی به تایید شورای علمی تخصصی قبل از بستری نیست.

ش ش ۶۹۸۵۷۸۵۵-۱۴۰۰/۴/۲۲-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۶۶

موضوع: حذف برخی از کدهای کتاب ارزش نسبی

خدمت با کد ملی ۶۰۰۳۵۰ (کرانیوتومی یا کرانیکتومی برای هیپوفیزکتومی از طریق داخل جمجمه) با ارزش نسبی ۷۷ کا به علت تکراری بودن حذف شده و جهت این خدمت، کد ۶۰۰۳۴۵ با ارزش نسبی ۱۱۱ کا قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۱۶۲ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۲/۲-۷۸۰۸۲۱۳۷

موضوع: هزینه اعمال جراحی مشترک ENT و جراحی مغزو اعصاب

کدهای جراحی قاعده مجمه برای دسترسی شامل کدهای ۶۰۰۴۶۵ و ۶۰۰۴۲۰ حسب گزارش شرح عمل جراحی (بدون امکان لحاظ کد تعدیلی ۸۵) برای متخصصین گوش و حلق و بینی به همراه کدهای برداشتن تومور قاعده مجمه برای متخصصین جراحی مغزو اعصاب توسط سازمانهای بیمه گر پایه و شرکت های بیمه تجاری قابل محاسبه و پرداخت است (بدون اعمال کد تعدیلی ۵۱ و به صورت ۱۰۰ درصد برای هر یک از دو گروه تخصصی):

۱- با نظارت معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کوریکولوم های آموزشی به اعمال جراحی مشترک مذکور اشاره شده باشد.

۲- صرفاً در صورت ارائه در مراکز ارجاعی جراحی مغزو اعصاب و گوش و حلق و بینی و انجام توسط فلوشیپ های مرتبط (رینولوژی و جراحی قاعده) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۶۶۶۹۶ - ۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: اکسیزیون ضایعه قرنیه با پترژیوم

اکسیزیون ضایعه قرنیه به همراه پترژیوم به صورت ۱۰۰٪ و ۵۰٪ بلامانع است.

ش ش ۲۶۳۵۸۳۸ - ۹۳/۳/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۵۲۹

موضوع: تزریق داخل ویتره آواستین

پرداخت هزینه تزریق داروی آواستین داخل ویتره از تاریخ ۹۲/۷/۱ با رعایت شرایط اختصاصی دارو قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۹۱۷۷۰۱ - ۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: بلفاروپلاستی

۱- بلفاروپلاستی در تعهد نمی باشد. موارد بلفاروپتوز، رتراکسیون پلک، اکتروپیون و آنتروپیون بر اساس کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است.

ش ش ۷۴۰۶۱۰۸ - ۹۵/۶/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۳۵۲

موضوع: تزریق آواستین با کاتاراکت

هزینه تزریق آواستین همراه با عمل جراحی کاتاراکت در تعهد سازمان نمی باشد.

ش ش ۷۶۱۲۹۴۷ - ۹۵/۷/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۶۱۱ (با توجه به ش ش ۴۲۷۱۰۶۳۱ - ۹۸/۵/۲۷ شماره

بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۴۸ در شرایطی کاتاراکت با ویتراکتومی عمیق قابل پرداخت است)

موضوع: جراحی کاتاراکت با اعمال جراحی دیگر

در خصوص پاسخ به سوال در مورد پرداخت همزمان عمل جراحی آزاد سازی چسبندگی ها... (کد ۶۰۲۰۹۰) با عمل جراحی کاتاراکت (کد ۶۰۲۲۳۵)، بطور کلی عمل جراحی کاتاراکت با کد دیگری از اعمال جراحی چشم قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۷۶۱۹۸۱۳-۹۵/۸/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۸۰۹

موضوع: تزریق داخل چشمی آواستین

پرداخت هزینه تزریق آواستین در مراکز جراحی محدود از طریق خسارت متفرقه با رعایت شرایط و ضوابط بلامانع است.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۵/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: کاتاراکت با گلوکوم

عمل کاتاراکت و گلوکوم (ترابکولکتومی) به صورت همزمان قابل پرداخت نمیباشد.

ش ش ۳۱۸۳۸۷۹۹-۹۷/۹/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۴۷

موضوع: افزودن کرافورد به سرجمع عمل گلوبال

در خصوص افزودن کرافورد به سر جمع گلوبال DCR، مقتضی است ردیف ۳۰۶ به ردیف ۳۲۴ (کرافورد) تغییر و اصلاح یابد.

ش ش ۳۱۴۷۱۶۳۲-۹۷/۹/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۶۹

موضوع: تعیین وضعیت انکساری چشم و اندازه گیری حدت بینایی

تعیین وضعیت انکساری چشم (کد ۹۰۰۲۳۵) و تست غربالگری برای اندازه گیری حدت بینایی (کد ۹۰۰۴۱۰) جزئی از خدمت ویزیت چشم پزشکی می باشند و جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ش ۳۷۲۷۱۶۵۷-۹۸/۱/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۱

موضوع: کراس لینک و جایگذاری رینگ قرنيه

۱- هزینه کراس لینک (UVX) با دستور پزشک معالج و تشکیل پرونده تحت نظر و ضمیمه نمودن گزارش شرح خدمت، طبق شرح کد ۶۰۲۰۵۷ قابل پرداخت میباشد. البته مرکز می بایست اتاق عمل دارای شرایط استاندارد و همچنین مجهز به دستگاه اشعه ماوراء بنفش A باشد.

۲- جایگذاری رینگ قرنيه جهت کراتوکونوس که می بایستی در اتاق عمل چشم انجام گردد با کد ۶۰۲۰۵۸ قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۲۷۱۰۶۳۱-۹۸/۵/۲۷-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۴۸

موضوع: کاتاراکت با ویتراکتومی عمیق

در صورتیکه عمل ویتراکتومی عمیق (Deep Vitrectomy) در بیماران مزمن عروقی مانند فشار خون و دیابت توسط فلوشیپ های شبکه انجام شود و بیمار در موارد محدودی همزمان نیاز به عمل جراحی کاتاراکت نیز داشته باشد هزینه با رعایت کد تعدیلی ۵۱ کتاب ارزش نسبی (بصورت ۱۰۰ و ۵۰ درصد) قابل محاسبه و پرداخت است. ضمناً متذکر میگردد با عمل کاتاراکت هیچ کد دیگری قابل گزارش و پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۳۲۹۵۰۶۴-۹۸/۵/۳۰-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۰۷۱

موضوع: ROP (Retinopathy of prematurity)

در خصوص خدمات رتینوپاتی نوزادان، معاینه شبکه چشم نوزادان نارس در بدو تولد ضروری بوده و در صورتی که بعد از معاینه مذکور رتینوپاتی در نوزاد تشخیص داده شود، پیگیری های بعدی نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۳۸۵۵۴۸۰-۹۸/۶/۱۷-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۲۲۸

موضوع: خدمات درمانگاههای چشم پزشکی

خدمات اسکن A و B، اسکن کان فوکال، سونوگرافی چشم، عکسبرداری فوندوس، فتوگرافی خارجی، پریمتری و بیومتری که توسط کارشناس انجام، مهر و امضاء می گردد، صرفاً در درمانگاههای چشم پزشکی تحت نظارت پزشکان متخصص چشم، در بیمارستانهای دانشگاهی، خصوصی و ملکی واگذار شده با رعایت ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۶۷۶۲۲۹۴-۹۸/۸/۱۹-۹۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۷۸

موضوع: تزریق داخل ویتره

با عنایت به اینکه تزریق داخل ویتره در اتاق عمل سرپایی انجام و بطور معمول زمان بستری زیر شش ساعت می باشد نحوه کسر فرانشیز برابر با بخش سرپایی می باشد، در خصوص پرداخت هزینه تزریق داروی EYLEA علی رغم در تعهد نبودن دارو، هزینه تزریق داخل ویتره وفق کتاب تعرفه به پزشک معالج تعلق می گیرد.

ش ش ۴۷۹۴۸۳۶۹-۹۸/۹/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۶۸

موضوع : پتر جیوم با کاتاراکت

هزینه پتر جیوم همزمان با کاتاراکت قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۰۱۸۰۹۴۰-۹۸/۱۱/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۲۹

موضوع: کدهای لیزر چشم

در خصوص نحوه ی محاسبه و پرداخت کد ۶۰۲۱۹۵ (ایریدوتومی یا ایریدکتومی با جراحی لیزر) و یا کد ۶۰۲۲۱۵ (لیزر YAG) همزمان جهت دو چشم طبق کد تعدیلی ۵۱ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت (۱۰۰٪ و ۸۰٪) در بستری و یا سرپایی قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۱۲۵۱۸۲۷-۹۸/۱۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۳۷۹

موضوع: ویزیت همزمان با خدمات تشخیصی چشم پزشکی

کدهای ۹۰۰۲۴۵ (گونئوسکوپي-عمل مستقل)، ۹۰۰۲۸۰ (تونومتري-عمل مستقل)، ۹۰۰۲۹۰ (بیومتری)، ۹۰۰۲۹۷ (افتالموسکوپي)، ۹۰۰۲۵۵ (معاینه حسی حرکتی انحراف چشم - عمل مستقل) همزمان با ویزیت قابل پرداخت نیست.

ش ش ۵۲۰۰۱۸۹۹-۹۸/۱۲/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۸۶

موضوع: نحوه ی پرداخت سایر اعمال چشم همراه با کاتاراکت

چنانچه بیماری با اندیکاسیون پیوند قرنیه بستری گردد و در مواردی محدود نیاز به جراحی کاتاراکت داشته باشد با اعمال کد تعدیلی ۵۱، هر دو کد جراحی مذکور قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۵۷۲۹۰۱۷۲-۹۹/۵/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۶۷۵

موضوع: ترمیم اسکلا با کد کارگذاری شنت مایع زلالیه

هزینه تحکیم یا پیوند اسکلا (۶۰۲۳۹۰) در هزینه ارزش نسبی کارگذاری شنت لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. بدیهی است استفاده از کدهای معادل مانند ترمیم استافیلوما اسکلا با یا بدون گرافت (کدهای ۶۰۲۱۴۵ و ۶۰۲۱۵۰) نیز جهت تحکیم اسکلا همزمان با کارگذاری شنت (۶۰۲۱۳۵) قابل پرداخت نیست. کدهای ۶۰۲۱۴۵ و ۶۰۲۱۵۰ صرفاً در مواردیکه بیمار با تشخیص استافیلوما اسکلا تحت عمل جراحی قرار می گیرد قابل پرداخت است.

ش ۵۸۶۳۳۲۱-۹۹/۶/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۶۸

موضوع: اندیکاسیون های کاتاراکت پیچیده

درخصوص اندیکاسیون های کاتاراکت پیچیده، این کار صرفاً در موارد نانوفاالموس، سندرم مارفان، دررفتگی تروماتیک عدسی، بیماران با سابقه پیوند قرنیه و رینگ گذاری قرنیه، یک چشمی و پارگی قرنیه همراه با نشت مایع ویتره و کودکان زیر ۱۲ سال، قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۶۰۳۸۲۳۹۵-۹۹/۷/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۷۹

ش ۴۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: نحوه پرداخت کدهای بلفاروپلاستی و ترمیم بلفاروپتوز

در عمل بلفاروپلاستی (۱۰۰۴۴۶) جراحی صرفاً بر روی پوست، بافت چربی و بافت همبندی پلک انجام گرفته و کد ستاره دار بوده و در تعهد بیمه قرار ندارد، ولی در عمل ترمیم بلفاروپتوز (۶۰۲۵۴۲) علاوه بر عناصر مذکور، جراحی بر روی عضله بالابرنده پلک نیز انجام می گیرد. جهت پرداخت کد ترمیم بلفاروپتوز، تایید پزشک معتمد و یا ناظر بیمارستانی قبل از جراحی با الصاق مستندات در پرونده (کاهش میدان بینایی بیمار مطابق گزارش پریمتری) الزامی است. براین اساس چنانچه بیمار نیاز به جراحی (جنبه درمانی) داشته باشد، ولی در متن شرح عمل اشاره ای به جراحی بر روی عضله چشم نشده باشد، صرفاً کد اکسیزیون و ترمیم پلک (۶۰۲۵۷۵) قابل محاسبه و پرداخت است.

موارد رتراکسیون پلک، اکتروپیون و آنتروپیون بر اساس کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است.

ش ش ۶۲۰۲۷۸۶۲-۹۹/۱۲/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۱۲

موضوع: اصلاح شرح کد ۹۰۱۹۴۷

کد ۹۰۱۹۴۷ در بخش بستری و یا سرپایی جهت متخصص چشم پزشکی که دارای مدرک فلوشیپ شبکیه می باشند و یا چشم پزشکی که دوره افتالموسکوپی (ROP (Retinopathy of Prematurity را گذرانده و مدرک فوق را ارائه نمایند قابل محاسبه و پرداخت است (قبلا هزینه این خدمت صرفا در بخش مراقبت های ویژه نوزادان پرداخت می گردید). ضمنا با عنایت به شرح کد فوق هزینه این خدمت برای دوره نوزادی (۲۸ روز اول تولد) در نوزادانی که نارس متولد شده باشند (زیر ۳۶ هفته)، با رعایت ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۸۲۸۱۶۶۸-۱۴۰۰/۳/۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۴۲۱

موضوع: پرداخت هزینه داروی بواسیزومب (آواستین) جهت مصرف اورژانسی نوزادان

در خصوص پرداخت هزینه داروی بواسیزومب جهت مصارف اورژانسی در نوزادان و پرداخت هزینه یک عدد ویال ۱۰۰ میلی گرمی داروی فوق در موارد اورژانس نوزادان بلامانع است.

ش ش ۷۸۰۶۷۶۱۴-۱۴۰۰/۱۱/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۲۱۲

موضوع: اضافه شدن عمل جراحی استرابیسم به لیست اعمال جراحی مجاز در مراکز جراحی محدود

عمل جراحی استرابیسم در لیست اعمال جراحی مراکز جراحی محدود قرار دارد.

ش ش ۴۶۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: ویزیت همراه دبیر درمان سوختگی

- در بخش سوختگی پرداخت هزینه ویزیت همراه با هزینه دبیر درمان به پزشک بلامانع است.

ش ش ۷۱۵۷۸۵۲۲-۱۴۰۰/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۷۲

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: تخت روز (هتلینگ) سوختگی

- تا زمان ادامه درمان سوختگی حاد بیمار در صورت بستری در بخش سوختگی پس از دریافت خدمات جراحی ترمیمی، هزینه تخت روز وی با تعرفه تخت روز بخش سوختگی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- تخت روز (هتلینگ) بیمار مراجعه کننده جهت گرفت بصورت الکتیو، معادل تخت روز (هتلینگ) تخت عادی قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

- باند و گاز مخصوص سوختگی بصورت جداگانه از ۶٪ پرستاری قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

- ویزیت سرپایی پیگیری بعد از ترخیص جهت بخش سوختگی توسط سازمانهای بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۷۱۵۱۸۵۲۲-۱۴۰۰/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۷۲

ش ش ۵۶۶۵۰۲۱۱-۹۹/۶/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۵۰

ش ش ۲۸۵۳۹۷۶۶-۹۷/۷/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۴۱۵

موضوع: ویزیت و پانسمان سوختگی

۱- بیمارانی که دچار سوختگی سطحی شده اند و نیازی به بستری ندارند و به درمانگاه و یا اورژانس مراجعه می نمایند، علاوه بر هزینه ویزیت، ۵۰٪ هزینه جزء حرفه ای خدمت پانسمان (بر مبنای ارزش کای غیر تمام وقتی) قابل محاسبه و پرداخت است. در روزهای بعدی هزینه پانسمان طبق ضوابط و مقررات قابل پرداخت است.

۲- بیمارانی که دچار سوختگی شده اند و نیاز به بستری دارند، پس از اقدامات بستری و جراحی های لازم و پس از ترخیص بیمار، که نیاز به پیگیری جهت تعویض پانسمان دارند، با توجه به تبصره شرح کد ۹۹ کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، هزینه ویزیت، پانسمان و پیگیری بیمار تا یک ماه پس از اولین ترخیص غیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (با توجه به ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵ ویزیت سرپایی

پیگیری بعد از ترخیص جهت بخش سوختگی در تعهد میباشد)

ش ۷۱۵۱۸۵۲۲-۶/۹/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۰۷۲/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: نحوه محاسبه و پرداخت کدهای سوختگی

۱- هزینه ویزیت بستری در بیماران سوختگی که همزمان تحت دبریدمان-اسکاروتومی و آماده سازی جهت دریافت گرافت قرار میگیرند، همانند اعمال جراحی هزینه ویزیت در ارزش نسبی جراحی های انجام شده لحاظ گردیده و ویزیت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد

۲- برای محاسبه درصد سوختگی از قانون ۹(TBSA) به شرح زیر استفاده می شود:

محاسبه سطح سوختگی در اطفال:

اندام تحتانی(هر کدام) ۱۸٪ تنه خلفی ۱۸٪ تنه قدامی ۱۸٪ اندام فوقانی(هر کدام) ۹٪

سر و صورت و گردن ۹٪ اندام تناسلی ۱٪

محاسبه سطح سوختگی بزرگسالان:

اندام تحتانی(هر کدام) ۱۴٪ تنه خلفی ۱۸٪ تنه قدامی ۱۸٪ اندام فوقانی(هر کدام) ۹٪

سر و صورت گردن ۱۸٪

سطح پوست بدن فرد بالغ ۱۷۰۰۰ سانتی متر مربع (۱/۷ متر مربع) در نظر گرفته می شود، بنابراین هر ۱٪ سوختگی فرد بالغ معادل ۱۷۰ سانتی متر مربع می باشد.

مطابق تعریف کتاب ارزش نسبی خدمات مبنای تفکیک سنی در این مبحث ۱۰ سال می باشد.

۱- درمان اسکار سوختگی به علت عوارضی نظیر احتمال تبدیل به بدخیمی، محدودیت حرکتی، تنفسی یا ایجاد حساسیت و ناراحتی پوستی در تعهد می باشد.

۲- مطابق شرح کد ۱۰۰۳۲۵ در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت برای برداشت پوست جهت گرافت کد جداگانه ای همراه با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۳- در کلیه کدهای سوختگی که در شرح آنها به "کودکان زیر سه سال، و یا شیرخواران ۶ ماهه یا کمتر" اشاره شده است کد تعدیلی ۶۳ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و از آنجائیکه در کدهای دبریدمان سوختگی تنها به سطح بدن اشاره شده، کد تعدیلی ۶۳ قابل پرداخت است.

۴- کد ۱۰۰۱۹۰ برای خارج نمودن تیشواکسپندرهای کارگذاری شده حسب مورد چنانچه تواما از کدهای فلپ پوستی یا فلپ عضلانی - فاشیایی استفاده شود با رعایت کد تعدیلی ۵۱، قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۷۸۱۳۰۹۷۸-۱۴۰۰/۱۲/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۲۷۹

ش ۷۱۵۱۸۵۲۲-۴۰۰/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۷۲

ش ۳۳۷۵۱۵۳۷-۹۷/۱۱/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۲۸

موضوع: استعلام کدهای ۱۰۰۳۱۰ و ۱۰۰۳۱۵ و ۱۰۰۰۸۰ (گرافتهای پوستی و دبریدمان)

۱- در کدهای ۱۰۰۳۱۰ و ۱۰۰۳۱۵ پس از آماده سازی محل، انجام گرافت پوستی نیز الزامی است. بنابراین در صورت انجام گرافت، در یک مرحله یکبار کد ۱۰۰۳۱۰ و در هر ۱٪ اضافی کد ۱۰۰۳۱۵ اضافه میگردد.

(برای سوختگی های حرارتی کد ۱۰۰۳۱۰ و ۱۰۰۳۱۵ یکبار و برای سوختگی های الکتریکی، شیمیایی و یخ زدگی ها جهت سوختگی های درجه دو و بالاتر: کدهای مذکور تا دو بار توسط سازمانهای بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.)

۲- در صورت عدم انجام گرافت هیچ یک از کدهای ۱۰۰۳۱۰ و ۱۰۰۳۱۵ قابل پرداخت نمیشد اگر دبریدمان انجام شده باشد از کدهای دبریدمان حسب مورد میتوان استفاده نمود.

۳- شرح کد ۱۰۰۰۸۰ در کتاب تعرفه بیانگر دبریدمان در موارد ضایعات پوستی، غیر از سوختگی میباشد. لذا برای دبریدمان ضایعات پوستی ناشی از سوختگی میتوان حسب مورد از کدهای ۱۰۰۵۵۷ و ۱۰۰۵۶۰ و ۱۰۰۵۶۲ و ۱۰۰۵۶۳ استفاده نمود.

ش ش ۳۹۷۷۲۸۲۸-۹۸/۴/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۶۹۰

موضوع: کیفوپلاستی

کیفوپلاستی جهت متخصصین فلوشیپ درد قابل پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۴۷۳۸۸۴۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۱

موضوع: نحوه پرداخت کدهای ۶۰۰۹۷۶ و ۶۰۰۹۶۵ کتاب ارزش نسبی

هزینه انجام دیسکتومی اتوماتیک یا لیزری یا رادیو فرکونسی از طریق پوست (کد ۶۰۰۹۶۵) و تزریق اوزن در ناحیه ستون مهره های کمری (کد ۶۰۰۹۷۶) در صورت انجام توسط متخصصین جراحی مغز و اعصاب، فلوشیپ های ستون فقرات و فلوشیپ های درد قابل پرداخت است و این هزینه جهت متخصصین ارتوپدی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۰۰۴۱۰۴۲ - ۹۸/۱۰/۲۸ - شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۰۰

موضوع: نحوه پرداخت همزمان برخی از کدهای جراحی توسط فلوشیپ درد

در خصوص نحوه ی محاسبه و پرداخت کد جراحی ۶۰۰۹۲۰ همزمان با کد ۶۰۱۴۷۵ یا کد ۶۰۱۴۶۵ به پزشکان محترم فلوشیپ درد به اطلاع می رساند کد جراحی ۶۰۰۹۲۰ (آزاد سازی چسبندگی های اپیدورال از طریق پوست با استفاده از محلول ...) صرفاً در بیماران با سابقه جراحی در همان ناحیه (با الصاق مستندات مربوطه)، طبق کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت با رعایت کد تعدیلی ۵۱ همزمان با کدهای ۶۰۱۴۶۵ (تزریق ماده بی حسی و یا استروئید، عصب مفصل پاراورتبرال فاست یا...) و یا کد ۶۰۱۴۷۵ (تزریق ماده بی حسی و یا استروئید از طریق سوراخ اپی دورال) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۳۳۳۵۸۷۰ - ۹۹/۲/۷ - شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۹۷

موضوع: خدمات اینترونشنال درد

خدمات اینترونشنال درد (از جمله دکمپرسیون نوکلئوس پولپوزیس با لیزر، تزریق ازن و دیسکوژل و...) صرفاً در مراکز دانشگاهی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

(طبق بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۵۸ مورخ ۹۹/۶/۱ - ش ش ۵۴۳۵۴۴۳۰ پرداخت هزینه فوق در مراکز غیر دانشگاهی طرف قرارداد نیز با رعایت ضوابط و مقررات سازمان قابل پرداخت می باشد).

ش ش ۵۴۳۵۴۴۳۰-۹۹/۶/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۵۸

موضوع: خدمات اینترنتی نشنال درد

پرداخت هزینه خدمات اینترنتی نشنال درد (از جمله دکمپرسیون نوکلئوس پولپوزیس با لیزر، تزریق ازون و دیسکوژن و...) در بیمارستان های دانشگاهی و غیر دانشگاهی طرف قرارداد با رعایت ضوابط و مقررات سازمان اقدام گردد.

ش ۴۰۲۰/۶۰۶۷ شماره بخشنامه ۸۹/۷/۲۸-۶۸۰۳۹۳

موضوع: نحوه پرداخت آنژیوگرافی

در یک دوره بستری هزینه دو آنژیوگرافی (توسط یک یا دو پزشک) قابل پرداخت نمی باشد.

در صورت انجام آنژیوگرافی در فاصله یک ماه (از تاریخ پذیرش) به تعداد دو بار در یک بیمارستان یا دو بیمارستان مجزا، پزشک ارائه دهنده خدمت دوم باید علت علمی انجام دوباره آن را ذکر کرده و سپس جهت تایید در شورای علمی و تخصصی مطرح گردد. (با توجه به ش ۴۴۳۸۲۲۱۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۸-۲ گزارش آنژیوگرافی در یک مرکز درمانی تا شش ماه و گزارش آنژیوگرافی از مرکز درمانی دیگر تا سه ماه معتبر بوده و انجام و پرداخت هزینه آنژیوگرافی در بازه زمانی نزدیکتر امکان پذیر نمی باشد)

لازم است تمامی موارد انجام آنژیوگرافی در پورتال معاونت درمان ثبت گردد.

ش ۴۰۲۰/۷۳۴۵ شماره بخشنامه ۹۰/۲/۲۴-۸۹۴۲۰۸

موضوع: پرداخت آنژیوگرافی به همراه آنژیوپلاستی

درخواست هزینه آنژیوگرافی به همراه آنژیوپلاستی بلامانع می باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۴/۶۳۳ شماره بخشنامه ۹۴/۴/۱-۴۶۸۴۳۱۴

موضوع: نحوه محاسبه آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی های مکرر

هزینه انجام آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی های مکرر در یک دوره بستری:

- ۱- در صورت انجام آنژیوپلاستی های مکرر در یک دوره بستری، تنها یک آنژیوگرافی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۲- چنانچه بیمار در یک بستری، علاوه بر آنژیوپلاستی رگ قبلی، مجدداً جهت رگ دیگری مورد آنژیوپلاستی قرارگیرد، تنها بر حسب مورد کدهای ۹۰۰۶۷۵ یا ۹۰۰۶۷۳ قابل گزارش و پرداخت است.

ش ش ۴۹۰۶۹۳۹-۹۴/۵/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۰۲

موضوع: خدمات آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

کدهای ۹۰۰۷۰۰ و ۹۰۰۷۰۵ (اندارترکتومی اینترونشنال) و کدهای ۹۰۰۶۴۰ و ۹۰۰۶۴۵ (ترومبولیتیک تراپی)، همراه با آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۲۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: آنژیوپلاستی ناموفق

در موارد آنژیوپلاستی ناموفق هیچ هزینه ای پرداخت نمی شود.

ش ش ۴۹۸۵۶۶۹-۹۴/۵/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۰۶۰

موضوع: انجام همزمان آنژیوگرافی عروق کرونر و عروق محیطی

بر اساس کد ۹۰۰۸۲۰، در صورت انجام آنژیوگرافی عروق کرونر توام با آنژیوگرافی عروق پیریفری (محیطی)، ۵۰٪ ارزش نسبی تعرفه آنژیوگرافی عروق محیطی مربوطه علاوه بر این کد قابل محاسبه و گزارش است.

برابر آیین نامه یکسان سازی رسیدگی در بستری، هزینه جزء حرفه ای آنژیوگرافی عروق محیطی حداکثر در ۳۰ درصد از آنژیوگرافی های عروق کرونر قابل محاسبه و اخذ می باشد (به تفکیک هر پزشک) و بدیهی است هزینه آن از بیمار بطور جداگانه قابل اخذ نمی باشد. (با توجه به ش ش ۴۴۳۸۲۲۱۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۸ انجام همزمان آنژیوگرافی عروق محیطی تنها با در نظر گرفتن اندیکاسیون های علمی لازم و تا سقف ۱۰ درصد موارد آنژیوگرافی کرونر امکان پذیر بوده و میزان مازاد بر آن برای هر پزشک قابل پرداخت نمیباشد.)

ش ش ۵۴۷۷۶۶۰-۹۴/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۴۲ (با توجه به ش ش ۴۴۹۹۴۳۳۸-۹۸/۷/۸ شماره

بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۸۳ باطل گردید)

موضوع: آنژیوپلاستی CTO

آنژیوپلاستی (CTO) به همراه تعبیه یک استنت برابر شرح کدهای ۹۰۰۶۷۶ و ۹۰۰۶۷۷، تا وصول استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت در تعهد سازمان نمی باشد.

ش ش ۵۳۷۵۵۰۰-۹۴/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۸۵۳

موضوع: انجام Unprotected PCI

با عنایت به فراوانی Unprotected LMCAD در ۴ تا ۶٪ آنژیوگرافی ها و سوالات مکرر برخی از استان ها در خصوص موارد استفاده از کد ۹۰۰۶۷۸ مبنی بر Unprotected left main angioplasty به آگاهی می رساند تا اطلاع ثانوی و در صورت فراهم بودن شرایط زیر محاسبه و پرداخت کد مذکور در آنژیوپلاستی رگ اصلی چپ کرونر بلامانع است:

۱- بیمار سابقه CABG در رگ اصلی چپ داشته باشد و شواهد آنژیوگرافی فعلی مبنی بر ناکارآمدی گرافت یا گرافت های قبلی باشد.

۲- صرفاً در Left main artery و در هریک از نواحی Ostium یا Trunk یا Bifurcation انجام گردد.

۳- استفاده از این کد در آنژیوپلاستی سایر عروق کرونر مجاز نمی باشد.

ش ش ۴۳۸۵۸۰۰-۹۴/۱۰/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۴/۸۸۰۹

موضوع: کاتتریسیم چپ و راست - پرایمری PCI بدون استنت

هزینه کاتتریسیم چپ و راست همراه با آنژیوگرافی عروق کرونر و پروسیجرهای بستن PFO، PDA، ASD و PTMC و جاهت قانونی ندارد. (با توجه به ش ش ۴۴۳۸۲۲۱۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۸ مواردی از آنژیوگرافی که با کاتتریسیم چپ و راست قابل پرداخت میباشد، ذکر گردیده است).

در مورد کد ۹۰۰۶۸۰ (Primary PCI)، در صورت انجام آنژیوپلاستی بدون استنت، به میزان ارزش نسبی یک استنت از کل ارزش نسبی کم می گردد.

ش ش ۷۶۶۷۱۴-۹۴/۱۰/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/ ۲۱۷۳

موضوع: ترومبولیتیک تراپی

در موارد Primary PCI کدهای ترومبوساکشن و ترومبولیتیک تراپی (۹۰۰۶۴۵ و ۹۰۰۶۴۰) در ارزش نسبی خدمات مذکور لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نیست.

ش ش ۵۵۲۸۹۳۰-۹۴/۱۲/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۰۴

موضوع: انجام Ablation

هزینه Ablation با هر روش با کدهای ۹۰۰۹۱۵ و ۹۰۰۹۲۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۱۱۲۰۱۰-۹۴/۱۲/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۴۲

موضوع: دریچه بیولوژیک آئورت

دریچه های بیولوژیک بدون نیاز به بخیه (Suture less) همانند Perceval در حال حاضر در تعهد سازمان نمی باشد.

ش ش ۶۳۳۱۰۷۹-۹۵/۱/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۶۵

موضوع: تایید نسخ آنژیوگرافی عروق محیطی

پرداخت هزینه های خدمات آنژیوگرافی عروق محیطی در بخش سرپایی منوط به اخذ تایید نسخ در پورتال معاونت درمان و یا وب سرویس می باشد.

ش ش ۸۳۰۶۲۲۲-۹۵/۱۱/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/ ۲۵۳۲

موضوع: کد تعدیلی ۸۶ در اکو

کد تعدیلی ۸۶ در اکو کار دیوگرافی قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۹۶۵۳۹۴۲-۹۶/۳/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۴۹۸

موضوع: نحوه پرداخت آنژیوگرافی عروق محیطی-ونوگرافی

در صورت انجام آنژیوگرافی عروق محیطی به طور همزمان در چند رگ در موارد خاص و با ذکر اندیکاسیون انجام خدمت، هزینه خدمت مذکور با رعایت کد تعدیلی ۵۰ (به صورت ۱۰۰٪، ۵۰٪، ۲۵٪ و ۱۰٪) قابل محاسبه و پرداخت است. (با توجه به ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵ آنژیوگرافی عروق محیطی به صورت همزمان، به بالاترین خدمت انجام شده ارزش نسبی ۱۰۰٪ و جهت آنژیوگرافی عروق محیطی دیگر به صورت همزمان تا سقف حداکثر ۲ خدمت، بصورت ۵۰٪ و بیشتر از ۳ رگ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.)

هزینه و نوگرافی همزمان با کارگذاری کاتتر پورت و پرمیکت در ارزش نسبی کدهای مربوطه لحاظ شده و جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ش ۲۰۹۳۵۲۰۶-۹۷/۱/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۸۹

موضوع: استرس اکو کار دیوگرافی

خدمت استرس اکو کار دیوگرافی به شرح کد ۹۰۰۷۱۵، خدمت بیمارستانی بوده و در صورت ارائه در مطب هزینه آن قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

ش ش ۲۷۲۵۸۸۱۹-۹۷/۶/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۰۸۱

موضوع: کاتتریسم با والولوپلاستی قلب

باتوجه به اینکه هزینه خدمت کاتتریسم راست و چپ در سر جمع خدمت والولوپلاستی دریچه آئورت، ریوی، میترال و یا تری کوسپید از طریق پوست لحاظ شده و کدهای ردیف ۹۰۰۶۸۵، ۹۰۰۶۹۰، ۹۰۰۶۹۵ کتاب ارزش نسبی با کد ۹۰۰۸۰۵، ۹۰۰۸۴۰، ۹۰۰۸۳۰، ۹۰۰۸۴۵ قابل تجمیع و گزارش نمیشد.

ش ش ۲۸۸۵۱۴۴۲-۹۷/۷/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۳۹۱

موضوع: آنژیوگرافی و کاتتریسم راست و چپ

هزینه آنژیوگرافی و کاتتریسم راست و چپ در سر جمع اعمال اینترونشنال جهت PDA و ASD و سایر بیماریهای قلبی مادرزادی لحاظ شده و هزینه ای جداگانه قابل گزارش نیست.

ش ش ۲۸۹۹۶۵۶۵-۹۷/۸/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۰۶

موضوع: درخواست کد ۳۰۱۰۹۰ در اعمال جراحی تعویض دریچه آئورت

درخصوص پرداخت کد ۳۰۱۰۶۵ و ۳۰۱۰۹۰ در عمل تعویض دریچه آئورت ، کد ۳۰۱۰۹۰ فقط در موارد subaortic discrete stenosis قابل پرداخت میباشد و در عمل تعویض دریچه آئورت کد ۳۰۱۰۶۵ قابل پرداخت میباشد و این دو کد همزمان در تعویض دریچه آئورت مجاز نمی باشد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۴۰۱۰/۹۷/۵۸۱۷

موضوع: اکوکاردیوگرافی بدون دلیل - CABG با آنوریسمورافی و تعویض دریچه

درخصوص پاسخ به سوال انجام اکوکاردیوگرافی های بدون دلیل در طی زمان بستری، انجام اکو مجدد نیازمند درج علت و ذکر دلایل انجام آن بوده و به طور روتین قابل انجام نیست.

هیچ کدی برای مثال آنوریسمورافی و یا برداشتن پل ماهیچه ای (Muscle bridge) از روی عروق کرونر با CABG قابل پرداخت نمیشود. ولی تعویض دریچه همزمان با CABG قابل پرداخت است.

ش ۳۵۱۵۲۸۶۷-۹۷/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۹۸

موضوع: تعبیه و تعویض ژنراتور پیس میکرو ICD

۱- در صورت تعبیه پیس میکرو تک حفره ای، دو حفره ای و یا ICD به ترتیب کدهای ۳۰۰۸۸۵ و ۳۰۰۸۹۰ و ۳۰۰۹۷۵ کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است این هزینه شامل کلیه مراحل پروسیجر شامل آنالیز و پروگرامینگ، بررسی لیدها و فلوروسکوپی و غیره میباشد و کد دیگری با این کدها قابل گزارش و اخذ نمیشد.

۲- در صورت تعویض ژنراتور ICD و نیاز به برنامه ریزی مجدد (مطالعات و اقدامات الکتروفیزیولوژیک درون قلبی) علاوه بر کد ۳۰۰۹۰۰، کد ۹۰۰۹۱۰ کتاب ارزش نسبی، قابل پرداخت میباشد. و در صورت نیاز به آنالیز الکترونیک بعدی و یا دوره ای (بررسی اعمال فیزیولوژیک غیر تهاجمی)، کد برای پروگرامینگ ICD، کد ۹۰۰۹۵۵ قابل پرداخت میباشد.

۳- در صورتی که آنالیز و پروگرامینگ دوره ای و یا برنامه ریزی مجدد در زمان تعویض ژنراتور پیس میکرو تک حفره ای یا دو حفره ای و یا سه حفره ای برای بیماران انجام گیرد علاوه بر کد ۳۰۰۹۰۰ کتاب تعرفه، کد ۹۰۰۹۵۵ نیز قابل پرداخت میباشد.

ش ۳۶۰۷۵۲۵۴-۹۷/۱۲/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۵۱۳

موضوع: انجام ICD در مطب

هزینه خدمت ICD در مطب توسط پزشکان فلوشیپ الکتروفیزیولوژی قلب به شرح کد ۹۰۰۹۱۰ قابل پرداخت نمیشد.

ش ۳۸۱۱۵۵۵۷-۹۸/۲/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۷

موضوع: نحوه پرداخت باز توانی قلب

پرداخت هزینه باز توانی قلب حداکثر ۱۲ جلسه (۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه ای) در یک دوره یک ساله قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۴۴۳۸۲۲۱۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۸

موضوع: نحوه پرداخت خدمات آنژیوگرافی قلب و عروق

۱- باتوجه به استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت ، تعداد آنژیوگرافی های عروق کرونر انجام شده توسط یک پزشک در هر بازه زمانی (با توجه به روند بررسی اسناد پزشکی یک ماهه) با گزارش نرمال نبایستی از ۲۵ درصد بیشتر باشد و آنژیوگرافی هایی با گزارش نرمال بالای ۲۵ درصد (کل خدمت) قابل پرداخت به پزشک نمی باشد. تبصره : منظور از آنژیوگرافی نرمال تنگی های عروق کرونر حداکثر تا ۲۵ درصد سطح مقطع رگ و یا ذکر عبارات **No lesion**، **Normal** یا **Minimal CAD** می باشد.

۲- گزارش آنژیوگرافی در یک مرکز درمانی تا شش ماه و گزارش آنژیوگرافی از مرکز درمانی دیگر تا سه ماه معتبر بوده و انجام و پرداخت هزینه آنژیوگرافی در بازه زمانی نزدیکتر امکان پذیر نمی باشد.

۳- انجام همزمان آنژیوگرافی عروق محیطی تنها با در نظر گرفتن اندیکاسیون های علمی لازم و تا سقف ۱۰ درصد موارد آنژیوگرافی کرونر امکان پذیر بوده و میزان مازاد بر آن برای هر پزشک قابل پرداخت نمی باشد. همچنین در صورت انجام دو یا چند آنژیوگرافی عروق محیطی همراه با آنژیوگرافی عروق کرونر، ضرایب ۵۰، ۲۵، ۱۰ و... اعمال می گردد.

(با توجه به ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵ آنژیوگرافی عروق محیطی به صورت همزمان، به بالاترین خدمت انجام شده ارزش نسبی ۱۰۰٪ و جهت آنژیوگرافی عروق محیطی دیگر به صورت همزمان تا سقف حداکثر ۲ خدمت، بصورت ۵۰٪ و بیشتر از ۳ رگ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.)

تبصره : اندیکاسیونهای انجام آنژیوگرافی عروق کلیوی (Renal) : پر فشاری خون مقاوم به درمان با سه دارو یا وجود شواهد تایید شده تنگی عروق کلیه در سونوگرافی داپلر و یا تایید نفرولوژیست مبنی بر لزوم انجام آنژیوگرافی عروق کلیه می باشد. تبصره : اندیکاسیونهای انجام آنژیوگرافی عروق مغزی : وجود ضایعه Left Main و یا Sever ۳ Vessel Disease در هنگام آنژیوگرافی کرونر، سابقه CVA و یا TIA در ۶ ماه اخیر، وجود شواهد قطعی تنگی عروق کاروتید در سونوگرافی داپلر و یا توصیه نورولوژیست به انجام آن در هنگام آنژیوگرافی عروق کرونر می باشد. تبصره : با توجه به کوریکولوم آموزشی رشته تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق، پرداخت حق الزحمه دیگر آنژیوگرافی های عروق محیطی به متخصصین و فوق تخصص قلب و عروق امکانپذیر نمی باشد. (ش ش ۴۶۸۵۱۵۱۰-۹۸/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۷۰۹ فوق تخصص قلب، متخصصین داخلی میباشند که پس از اتمام دوره تخصص داخلی مدرک فوق تخصص قلب را اخذ نموده اند)

۴- در بیش از ۹۰ درصد موارد آنژیوگرافی رگهای کرونر ، بیمار نیاز به بستری بیشتر از یک روز نداشته و به پزشک معالج ویزیت تعلق نمی گیرد، بطور معمول انجام عمل آنژیوگرافی کرونر نیاز به بیهوشی عمومی ندارد.

۵- در برخی از بیماریهای مادرزادی کودکان (از قبیل تترالوژی فالوت ، جابجایی عروق بزرگ قلب ، آترزی شریان پولمونر ، Double Outlet Right Ventricle و persistrnt Truncus Arteriosus) و همچنین بیماریهای دریچه ای (از قبیل تنگی و یا نارسائی های دریچه های آئورت، میترا ل) ... ادامه صفحه بعد

(ادامه از صفحه قبل)

ش ۴۴۳۸۲۲۱۶-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۸

موضوع: نحوه پرداخت خدمات آنژیوگرافی

کاردیو میوپاتی ها ، نارسایی قلب و در مواردی از آندوکاردیت ها انجام آنژیوگرافی عروق کرونر همراه با کاتتریسیم چپ و راست (مادرزادی یا غیر مادرزادی) جهت تعیین وضعیت عروق کرونر الزامی و تعرفه آن قابل پرداخت می باشد . (کدهای ۹۰۰۸۳۵ و ۹۰۰۸۵۰)

۶-میزان ماده حاجب مصرفی در آنژیوگرافی عروق کرونر حداکثر تا ۱۰۰ سی سی و در آنژیوگرافی عروق کرونر و بای پس شده با هم حداکثر ۲۰۰ سی سی میباشد.

ش ۴۴۹۹۴۳۳۸-۹۸/۷/۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۸۳

موضوع :نحوه پرداختی آنژیوپلاستی CTO (chronic total occlusion)

(۱) ۷-۱۰٪ از موارد ضایعات در بیماران CAD ، به صورت chronic total occlusion می باشند که عبور گاید وایر از این ضایعات به تکنیک خاصی نیاز دارد و هم باید از انواع خاصی از وایرها استفاده گردد.

(۲) ضایعه chronic total occlusion به ضایعه ای گفته می شود که بیش از ۳ ماه از مسدود شدن کامل رگ گذشته باشد و حتماً باید دارای کولترال باشد و اگر در افراد بی علامت بطور اتفاقی این ضایعه تشخیص داده شود ، در صورت وجود ایسکمی در استرس اکو -اسکن هسته ای و MRI قلب و وجود بافت زنده (viable) در قلمرو رگ مورد نظر اندیکاسیون درمان ویا مداخله اینترونشنال ویا جراحی دارد.

(۳) دو اپرچ اصلی جهت درمان این ضایعات وجود دارد: ۱-انتگرید ۲-رتروگرید

(۴) در اپرچ انتگرید در صورت عدم موفقیت در عبور وایر از ساب انتیما با استفاده از تکنیک های Reentry ویا استفاده از اپرچ رتروگرید ضروری است.

لازم به ذکر است در صورت انجام آنژیوپلاستی انتگرید موفق هزینه کد ۹۰۰۶۷۶ کتاب ارزش نسبی طبق ضوابط و مقررات قابل محاسبه و پرداخت است و در صورتیکه اینترونشنیست برای انجام آنژیوپلاستی از اپرچ رتروگرید همزمان استفاده نماید کد ۹۰۰۶۷۷ قابل محاسبه و پرداخت است و کد ۹۰۰۶۷۶ قابل پرداخت نمی باشد.

(۵) افراد صاحب صلاحیت جهت انجام این خدمت، فلوشیپ های اینترونشنال قلب و عروق می باشند (که باید ۶ ماه بر روی این موضوع تمرکز داشته و دوره گذرانده باشد).

(۶) زمان عمل عموماً بیش از ۱-۲ ساعت طول می کشد .

(۷) لازم به ذکر است در صورتیکه آنژیوپلاستی همراه با موفقیت نباشد هزینه پرونده قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۴۵۵۶۰۳۸۰ - ۹۸/۷/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲/۹۸/۱۴۷۴

ش ش ۴۸۹۱۴۴۳ - ۹۴/۷/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۵۳۲

موضوع: اکوکاردیوگرافی مادرزادی

افراد صاحب صلاحیت جهت انجام خدمت اکوکاردیوگرافی بیماریهای مادرزادی به شرح ذیل می باشد :

۱- فوق تخصص قلب اطفال

۲-متخصص قلب دارای مدرک فلوشیپ اکوکاردیوگرافی

۳-متخصص قلب دارای مدرک فلوشیپ بیماریهای مادرزادی قلب در بالغین

لازم به ذکر است در صورتیکه در رپورت اکوکاردیوگرافی گزارشی مبنی بر وجود بیماریهای مادرزادی وجود داشته باشد کد ۹۰۰۷۸۰ کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت است در غیر اینصورت کد ۹۰۰۷۸۵ (اکوکاردیوگرافی در بیماریهای غیر مادرزادی) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۶۸۵۱۵۱۰ - ۹۸/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۷۰۹

موضوع: نحوه پرداخت خدمات آنژیوگرافی قلب و عروق

۱-تاریخ اجرای نامه فوق الذکر ۹۸/۸/۱ می باشد.

۲-مواردی از آنژیوگرافی عروق کرونر که به علت بیماری دریچه ای و یا مادر زادی انجام شده و گزارش آن نرمال می باشد، در سر جمع آنژیوگرافی های نرمال محاسبه نمی شود و جدا از این موارد، آنژیوگرافی های نرمال مازاد بر ۲۵ درصد به پزشک معالج قابل پرداخت نمی باشد.

۳-اندیکاسیون های آنژیوگرافی عروق کلیوی عبارت "بیماری پرفشاری خون مقاوم به درمان با سه داروی فشارخون، شواهد تایید شده تنگی عروق کلیه در سونوگرافی داپلر و یا تایید نفرولوژیست مبنی بر لزوم انجام این آنژیوگرافی می باشد" صحیح است.

۴-منظور از فوق تخصص قلب، متخصصین داخلی می باشند که پس از اتمام دوره تخصص داخلی مدرک فوق تخصص قلب را اخذ نموده اند. بدیهی است انجام آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی تمامی عروق محیطی توسط اینترونشنال کاردیولوژی قابل پرداخت می باشد.

ش ۴۷۱۵۸۴۵۷-۹۸/۹/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۰۹

موضوع: برخی کدهای کتاب ارزش نسبی (کاتتریسم-PDA-کوارکتاسیون آئورت)

۱- کدهای کاتتریسم قلب راست، کاتتریسم قلب راست و چپ ترانس سپتوم و یا کاتتریسم رتروگرید قلب چپ و آنژیوگرافی دهلیز یا بطن چپ و همچنین نظارت بر تصویر برداری و تفسیر گزارش اعمال تزریق در جریان کاتتریسم قلب چپ با کدهای ۹۰۰۸۷۵ و ۹۰۰۸۸۰ (ترمیم ASD و VSD بروش بسته) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند و ارزش نسبی آنها در کد ترمیم ASD و VSD لحاظ و محاسبه شده است .

۲- در صورت درخواست کد بستن PDA همراه با سایر کدهای جراحی قلب در نوزادان و اطفال، کد ۳۰۱۳۹۳ با رعایت ضوابط و مقررات، بصورت ۱۰۰ درصد قابل اضافه شدن به کدهای جراحی قلب می باشد. بدیهی است در همین ارتباط کد تعدیلی ۶۳ نیز باید مدنظر قرار گیرد.

۳- جهت کوارکتاسیون آئورت به روش بسته، مقتضی است کد ۳۰۱۴۰۵ مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و مراقبتهای بهداشت و لحاظ نمودن کد تعدیلی ۸۵ با رعایت سایر ضوابط و مقررات مورد استفاده قرار گیرد. بدیهی است تعبیه کاتتر در آئورت و آنژیوگرافی قوس آئورت سینه ای در ارزش کد فوق لحاظ شده است.

۴- کد ۳۰۱۲۳۶ در تمام اعمال جراحی قلب قابل محاسبه و پرداخت نبوده و مستلزم ارائه مستندات مثبت مبنی بر ابتلا بیمار به فیبریلاسیون دهلیزی مزمن و مقاوم به درمان می باشد.

۵- در صورت انجام اکو TTE همراه با اکو TDI و TEE، فقط هزینه اکو TEE یا TDI با رعایت ضوابط و مقررات مندرج در بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۱۷ مورخ ۹۸/۸/۶ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۴۹۹۰۹۶۱۹-۹۸/۱۰/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۸۱

موضوع: اکوی TEE به روش D ۳

در خصوص نحوه ی محاسبه اکوی TEE به روش D ۳ ، در صورت انجام توسط متخصصین فلوشیپ اکوکاردیوگرافی با کد ۹۰۰۷۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۰۴۷۵۶۰۷ - ۹۸/۱۱/۷ شماره بخشنامه (۴۰۲۰/۹۸/۲۲۵۹)

موضوع: اکوکاردیوگرافی معمولی با اکو مری

هزینه اکوکاردیوگرافی معمولی در اکوکاردیوگرافی از طریق مری لحاظ گردیده است. لذا در صورت درخواست اکو معمولی همزمان با اکوکاردیوگرافی از طریق مری، تنها اکوکاردیوگرافی از طریق مری قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸ - ۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: آنژیوگرافی عروق محیطی همزمان

آنژیوگرافی عروق محیطی به صورت همزمان به بالاترین خدمت انجام شده ارزش نسبی ۱۰۰٪ و جهت خدمات انجام شده دیگر به صورت همزمان تا سقف حداکثر ۲ خدمت دیگر بصورت ۵۰٪ ارزش نسبی بطور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.. بیشتر از ۳ رگ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۱۴۴۹۳۲۸ - ۹۸/۱۲/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۷

موضوع: نحوه ی اجرای دستورالعمل آنژیوگرافی عروق محیطی به همراه عروق کرونر

۱- اندیکاسیون های انجام آنژیوگرافی عروق کلیوی

- ۱- پرفشاری خون مقاوم به درمان با سه داروی ضد فشارخون
- ۲- وجود شواهد تایید تنگی عروق کلیوی در سونوگرافی داپلر
- ۳- توصیه نفرولوژیست مبنی بر لزوم انجام آنژیوگرافی عروق کلیوی

۲- اندیکاسیون های انجام آنژیوگرافی عروق مغزی

- ۱- وجود ضایعه left main در آنژیوگرافی کرونر
 - ۲- وجود severe ۳ vessel Disease (تنگی شدید سه رگ اصلی قلب) در آنژیوگرافی کرونر
 - ۳- سابقه CVA یا TIA در ۶ ماه اخیر
 - ۴- وجود شواهد تایید شده تنگی شریانهای عروق مغزی در ناحیه گردن در سونوگرافی داپلر گردن
 - ۵- توصیه نورولوژیست مبنی بر لزوم انجام آنژیوگرافی عروق مغزی
- لازم به ذکر است در مواردی که مدارک فوق در پرونده ضمیمه نمی باشد ولی گزارش آنژیوگرافی محیطی غیر نرمال است محاسبه و پرداخت آنژیوگرافی محیطی مذکور همزمان با کرونر بلامانع است.

ش ش ۴۹۱۹۲۳۱۱-۹۸/۱۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۷۴

موضوع: ضوابط اجرایی جهت ارائه خدمات قلب و عروق

پیرو ابلاغ شناسنامه و استاندارد خرید راهبردی "ضوابط اجرایی جهت ارائه خدمات قلب و عروق" توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاههای علوم پزشکی و سازمانهای بیمه پایه، این سازمان آمار تعداد آنژیوگرافی های انجام شده و میزان انحراف از استانداردهای ابلاغی این سازمان از تاریخ ۹۹/۱/۱ برابر استاندارد ابلاغی وزارت متبوع نسبت به اعمال کسور قانونی اقدام خواهد نمود.

ش ش ۴۸۱۳۰۴۷۵-۹۸/۱۲/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۸۲

ش ش ۷۸۸۶۳۶۹-۹۵/۹/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۹۵۶

موضوع: پرایمری PCI

۱- انجام Primary PCI (کد ۹۰۰۶۸۰) فقط در موارد بیماران دارای درد سینه با STEMI در نوار قلب (بالا رفتن قطعه ST به اندازه ۱ mm یا بیشتر در حداقل دو لید) که در اثر انسداد کامل یا تقریباً کامل عروق کرونر به وسیله لخته خون ایجاد شده باشد و یا بیماری که با LBBB که جدید ایجاد شده باشد مراجعه نموده است ، اندیکاسیون انجام دارد.

۲- این خدمت تنها در رگ اول که دچار STEMI شده است پرداخت شده و سایر رگ ها در صورت آنژیوپلاستی بر مبنای PCI رگ دوم به بعد محاسبه می شود.

۳- اگر بیماری کاندید PPCI می باشد، بایستی حداکثر ۲ ساعت بعد از رسیدن به بیمارستان تحت آنژیوپلاستی موفق قرار گیرد، فقط در رگ اول هزینه کد ۹۰۰۶۸۰ قابل محاسبه و پرداخت بوده و در صورت انجام آنژیوپلاستی بعد از ۲ ساعت هزینه معادل کدهای آنژیوپلاستی غیر اورژانس قابل محاسبه و اخذ می باشد.

-در خصوص نحوه پرداخت هزینه PPCI در مواردیکه محل ارائه خدمت جزء بیمارستانهای منتخب اعلامی از سوی وزارت بهداشت نبوده ، پرداخت هزینه آن امکانپذیر نمی باشد.

ش ش ۵۵۹۸۱۸۶۹-۹۹/۴/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۲۳

موضوع: هزینه برداشتن و آماده سازی شریان و وریدهای اندام فوقانی در عمل جراحی CABG

هزینه کلیه مراحل انجام عمل بای پس شریان کرونر از جمله برداشتن و آماده سازی کلیه گرافت های شریانی و وریدی، در تعرفه کدهای ۳۰۱۲۱۵ و ۳۰۱۲۲۰ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت در نظر گرفته شده و در این خصوص کد دیگری قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۴۰۲۰/۹۹/۱۴۵۷ شماره بخشنامه ۱۳۹۹/۱۰/۱۶-۶۲۶۱۱۶۰۸

۴۰۲۰/۸۹/۴۹۳۱ شماره بخشنامه ۱۳۸۹/۲/۷

موضوع: نحوه پرداخت تیوب ساکشن در هیستروسکوپی- ICD قلبی

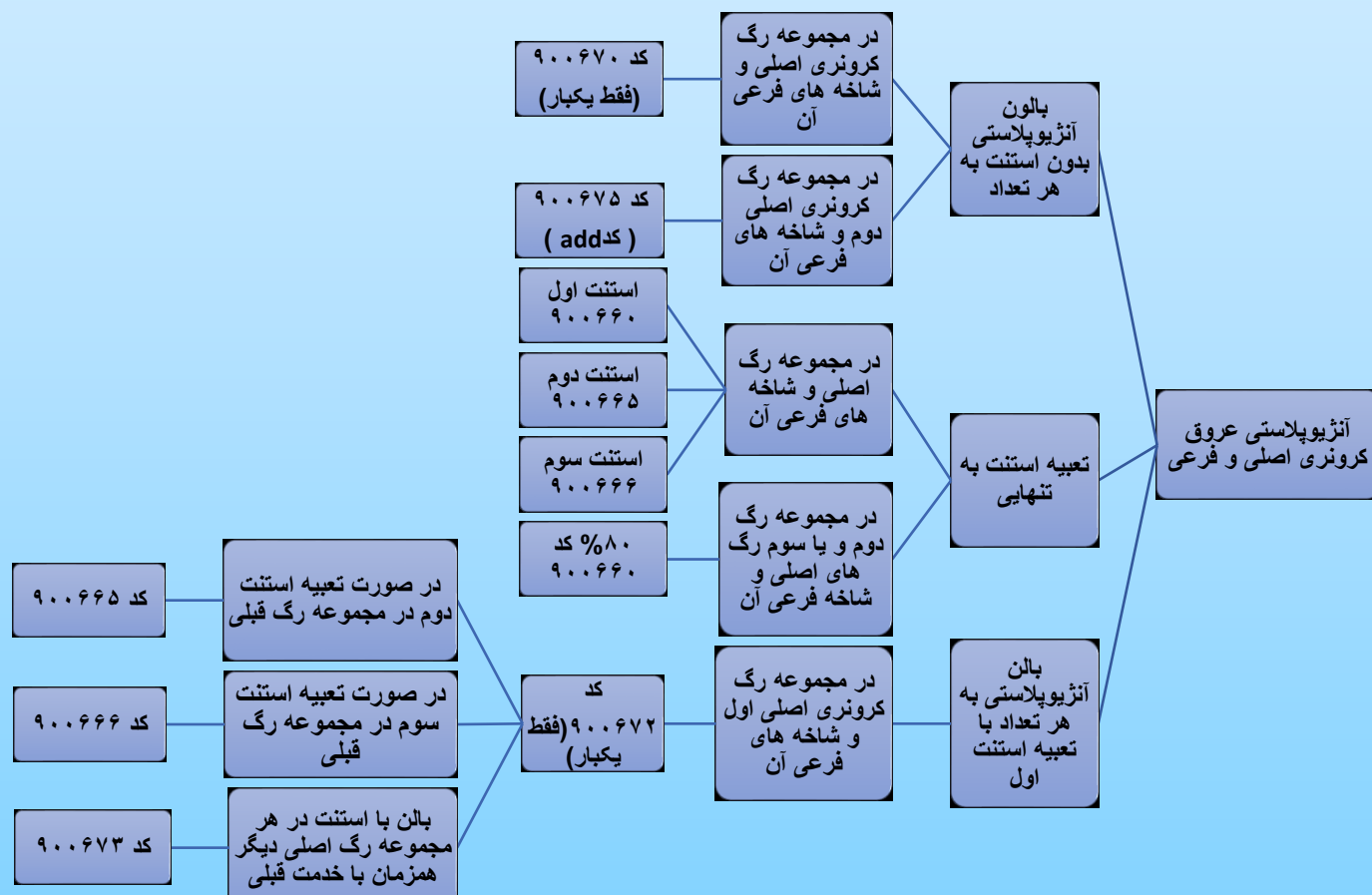
در صورت تایید حیاتی بودن ICD قلبی جهت بیمار توسط پزشک معالج و دو پزشک متخصص قلب بیمارستان و نهایتاً طرح در شورای علمی، تخصصی با ارائه فاکتور معتبر از هیات امناء یا شرکت های دیگر که دارای کد اقتصادی معتبر است، پرداخت آن بلامانع می باشد.

تیوب ساکشن ایریگیشن جزء ملزومات مصرفی جراحی های لاپاروسکوپی است، هزینه آن قابل پرداخت است ولی در هیستروسکوپی وازینال با عنایت به اینکه می توان از تیوب دائم مصرف استفاده نمود. نوع یکبار مصرف قابل پرداخت نمی باشد.

۴۰۲۰/۹۹/۱۶۶۴ شماره بخشنامه ۹۹/۱۱/۲۹-۶۵۰۱۱۸۰۷

۴۰۲۰/۹۹/۱۵۹۶ شماره بخشنامه ۹۹/۱۱/۱۸-۶۴۵۵۷۲۰۸

موضوع: آنژیوپلاستی عروق کرونری فرعی و اصلی



ش ش ۶۲۶۸۳۱۷۹-۹۹/۱۲/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۷۸۱

موضوع: تختی بعنوان post cath و هزینه مانیتورینگ و ECG در بخش POST CCU

۱-تختی بعنوان post cath در مصوبه ابلاغی هیئت وزیران تعریف نگردیده لذا چنانچه بیماری در این بخش بستری گردد به شرطی که تخت های این بخش جزء تخت های مصوب بیمارستان باشد تعرفه اتاق سه تخته قابل پرداخت است. در صورتیکه بیمار نیاز به خدمات تخت post ccu داشته باشد و در این بخش بستری گردد، قابل پرداخت است.

۲-هزینه مانیتورینگ و ECG در بخش POST CCU قابل پرداخت نمی باشد.

ش ش ۶۵۵۳۱۱۰۶-۹۹/۱۲/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۲۷

ش ش ۴۷۵۱۶۸۵۹-۹۸/۹/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۰۱

ش ش ۲۶۰۸۸۹۴۴-۹۷/۵/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۸۸۹

ش ش ۱۳۴۵۷۱۳۶-۹۶/۷/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۴۸۲

ش ش ۷۷۵۵۵۸۶-۹۵/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۷۷۵

موضوع: اکوکاردیوگرافی TDI

انجام اکو TDI جهت رشته فلوشیپ اکوکاردیوگرافی و فوق تخصص نارسایی قلب و پیوند قابل پرداخت می باشد. هزینه اکو TDI تا ۳۰٪ اکوهای انجام شده جهت بیماران سرپایی (مطب، درمانگاهها) توسط فلوشیپ های مربوطه قابل پرداخت است و در موارد مازاد بر این درصد، اکوی معمولی با کد ۹۰۰۷۸۵ پرداخت می گردد و در موارد بستری به شرط انجام توسط فلوشیپ های مذکور و ضمیمه نمودن گزارش استاندارد TDI قابل پرداخت است.

در صورت انجام اکوی TDI توسط متخصصین قلب و عروق که فاقد تخصص اکوکاردیوگرافی می باشند، اکوی معمولی ۹۰۰۷۸۵ پرداخت می گردد. اکوکاردیوگرافی غیر مادرزادی کد ۹۰۰۷۸۵ و مادرزادی کد ۹۰۰۷۸۰ همزمان با اکوی TDI (۹۰۰۷۴۰) قابل پرداخت نیست.

(طبق بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۲۷ مورخ ۹۹/۱۲/۲۸ - ش ش ۶۵۵۳۱۱۰۶ با عنایت به شناسنامه و استاندارد خدمت اکو کادیوگرافی داپلر بافتی، افراد صاحب صلاحیت انجام اکو TDI صرفا فلوشیپ های اکوکاردیوگرافی می باشند).

ش ۶۸۰۴۱۴۸۵-۱۴۰۰/۲/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳۹۷

موضوع: درخواست کد CTO در آنژیوگرافی عروق محیطی

کدهای ۹۰۰۶۷۶ و ۹۰۰۶۷۷ (CTO آنته گرید و رتروگرید) صرفاً جهت عروق کرونری بوده و برای عروق محیطی مانند عروق اندام تحتانی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ۶۹۸۵۷۸۵۵-۱۴۰۰/۴/۲۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۶۶

موضوع: حذف برخی از کدهای کتاب ارزش نسبی

خدمت با کد ملی ۹۰۰۶۷۵ با شرح کد "بالون آنژیوپلاستی عروق کرونر یا محیطی، هر رگ اضافی دیگر غیر از رگ اول، بدون تعبیه استنت قابل پرداخت می باشد.

ش ش ۲۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: ختنه و پیوند کلیه

ختنه و پیوند کلیه گلوبال نبوده و بر اساس کتاب ارزش نسبی محاسبه می گردد.

ش ش ۵۴۲۸۷۷۷-۹۴/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۶۹۵۳

موضوع: عدم تعهد آزادسازی چسبندگی همراه کیست تخمدان

آزاد سازی چسبندگی ها (سالپنژیولیز، اوواریولیز) با کد ۵۰۱۹۷۵ همراه با عمل جراحی برداشتن کیست تخمدان (گلوبال ردیف ۴۸) قابل قبول نمی باشد.

ش ش ۶۵۲۸۱۴۵-۹۵/۲/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۱

موضوع: فرآورده های خونی

تا اطلاع ثانوی هزینه های مربوط به فرآورده های خونی قابل اضافه شدن به سرجمع صورتحساب های گلوبال نمی باشد.

ش ش ۹۰۲۲۷۳۶-۹۶/۲/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۴۱

موضوع: ویزیت نوزاد در زایمان

در لیست گلوبال در موارد زایمان طبیعی و سزارین مبالغ تخت روز و ویزیت اولیه نوزاد بصورت جداگانه لحاظ گردیده است و به سرجمع گلوبال سزارین و زایمان طبیعی اضافه میگردد. ۲ کای هیات علمی و ضریب ترجیحی مناطق محروم در ویزیت نوزاد سالم قابل محاسبه می باشد.

دستورالعمل ها وبخشنامه های گلوبال

ش ش ۱۸۶۸۸۰۴۸-۹۶/۱۱/۱۵ شماره بخشنامه ۲۳۳۴/۹۶/۴۰۲۰

تعرفه گلوبال پیوند کلیه به شرح جدول ذیل تدوین و قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمت، صرفاً بابت حق العمل جراحی و بیهوشی دو کا پرداخت می گردد.

کد ملی	شرح خدمت	جزء حرفه ای (ارزش های تام)							جزء فنی			ارزش نسبی تام
		تجهیزات	تجهیزات مشاوره و نفرو لوژیست	ویزیت و مشاوره سایر	پاراکلینیک	اتاق عمل	هتلینگ	ایمنی سایر سبب داروی				
۵۰۰۰۹۰	پیوند کلیه دهنده (زنده) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۲۴۰	۵۲,۵	۱۷۰	۲۰	۵۰	۹۰	۳۶۰	بر اساس فاکتور	۹۸۲,۵		
۵۰۰۰۹۵	پیوند کلیه دهنده (جسد) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۳۵۰	۳۳,۷۵	۱۸۰	۲۵	۴۵	۱۴۰	۳۲۵	بر اساس فاکتور	۱۰۹۸,۷۵		

ش ش ۲۲۹۲۳۵۸۳-۹۷/۴/۱۲ شماره بخشنامه ۶۳۸/۹۷/۴۰۲۰

موضوع: ابلاغ تعرفه گلوبال سال ۹۷

در اعمال گلوبال، کدهای تعدیلی (۳۹-) (۶۳-) (۸۵-) (۹۰-) (۹۵-) در صورت وجود اسناد مثبت به سر جمع گلوبال اضافه میگردد. ویزیت بیمار در قالب کلینیک بیهوشی قبل از انجام اعمال جراحی بعنوان ویزیت سرپایی میباشد و به گلوبال اضافه نمیگردد.

ش ش ۲۹۲۸۲۸۴۶-۹۷/۸/۳۰ شماره بخشنامه ۵۸۱۷/۹۷/۴۰۱۰

موضوع: بی حسی موضعی اعمال گلوبال

کد تعدیلی ۴۶ (انجام بیحسی موضعی توسط پزشک) قابل اضافه شدن به اعمال جراحی گلوبال نمیشد.

ش ش ۳۸۰۶۵۶۴۶-۹۸/۲/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۶۲

موضوع: ابلاغ تعرفه گلوبال سال ۹۸

۱- در اعمال گلوبال ، کدهای تعدیلی (۳۹-)، (۶۳-)، (۸۵-)، (۹۰-)، (۹۵-) در صورت وجود اسناد مثبت، به سر جمع تعرفه های مربوطه اضافه میشود.

۲- کای دوم پزشکان تمام وقت فقط جهت سر فصلهای هزینه حق العمل جراح ، هزینه بیهوشی ، ویزیت اولیه نوزاد قابل پرداخت است

۳- مشاوره بیهوشی در قالب کلینیک های بیهوشی در سر جمع هزینه اعمال گلوبال پرداخت شده و جداگانه پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۲۳۶۶۱۳۲-۹۸/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۳۵

موضوع: بیهوشی در زایمان

۱- در بیمارانی که کاندید زایمان طبیعی میباشند و تحت زایمان بی درد (آنتونکس ، اسپینال ویا اپیدورال) قرار گرفته اند در صورتیکه به هر دلیلی کاندید سزارین شوند هزینه گلوبال سزارین قابل محاسبه است و هزینه ای جداگانه به سر جمع گلوبال اضافه نمیشود.

۲- در صورتیکه بعد از زایمان طبیعی (بدون استفاده از روشهای بی دردی حین زایمان) بیمار بعلت اپی زیوتومی های وسیع ، پارگی های وسیع کانال زایمان ، باقی ماندن جفت و کورتاژ تحت بیهوشی عمومی ، اسپینال ویا اپیدورال قرار بگیرد پرونده بصورت گلوبال محاسبه میشود و هزینه بیهوشی به سر جمع گلوبال اضافه میگردد.

۳- در زایمان طبیعی بی درد در صورتیکه بیمار تحت اقدامات درمانی مانند ترمیم اپی زیوتومی های وسیع ، پارگی وسیع کانال زایمان و کورتاژ ویا درمان باقی ماندن جفت در رحم تحت بیهوشی عمومی قرار بگیرد پرونده گلوبال زایمان طبیعی محسوب و هزینه ای جداگانه اضافه نميگردد.

۴- در صورتیکه بیمار به دلیل پارگی ویا آتونی رحم تحت هیستروکتومی قرار بگیرد پرونده از گلوبال خارج میشود و هزینه طبق ضوابط ومقررات محاسبه و پرداخت میشود.

ش ش ۴۵۳۹۳۷۷۷-۹۸/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۴۴۷

موضوع: نحوه محاسبه هزینه پرونده های گلوبال

کای دوم پزشکان اعضای هیئت علمی تمام وقت درمانی وهمچنین کای ترجیهی صرفاً به سر فصل های حق العمل جراح ، بیهوشی و ویزیت اولیه اضافه می گردد و جهت سایر خدمات قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۶۴۱۱۲۹۷۳-۹۹/۱۲/۳ شماره شناسه ۴۰۲۰/۹۹/۱۶۸۰

موضوع: نحوه محاسبه هزینه تروکار و کلیپس در پرونده های گلوبال

هزینه تروکار به سرجمع اعمال گلوبال که به روش لاپاراسکوپیک انجام می شوند با در نظر گرفتن دفعات استفاده، بلامانع است.

وبا توجه به اینکه کلیپس های جراحی جزء اقلام مصرفی عمومی در اعمال جراحی می باشند، بصورت جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشند.

ش ش ۶۵۵۳۱۱۰۶-۹۹/۱۲/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۸۲۷

ش ش ۶۴۹۷۷۴۱۶-۹۹/۱۲/۱۹ شماره شناسه ۴۰۲۰/۹۹/۱۷۶۰

موضوع: آزمایش PCR در پرونده گلوبال

هزینه آزمایش کووید-۱۹ به روش PCR بیماران بستری، صرفاً در بیمارانی که در طول مدت اقامت در بیمارستان نیاز به تشخیص قطعی بیماری کووید -۱۹ دارند قابل محاسبه و پرداخت می باشد. و با توجه به شرایط بالا هزینه آزمایش مذکور در خدمات اعمال گلوبال اضافه می گردد.

ش ش ۶۸۲۷۴۹۷۴-۱۴۰۰/۳/۴ شماره بخشنامه ۴۰۵۰/۱۴۰۰/۲۹۷

موضوع: تعرفه های اعمال جراحی شایع (گلوبال) در سال ۱۴۰۰

۱- محاسبه مبلغ نهایی هر یک از خدمات تشخیصی و درمانی شایع (گلوبال) از حاصل جمع رقم ذیل ستون های مرکز ارایه دهنده خدمت (حسب درجه بیمارستان، ستون های ۷ تا ۱۱)، پزشک معالج و متخصص بیهوشی (حسب وضعیت تمام وقتی و یا غیر تمام وقتی ستون ۱۲ تا ۱۵) به دست می آید.

۲- در اعمال جراحی شایع (گلوبال)، در صورت وجود اسناد مثبته، کدهای تعدیلی (-۳۹)، (-۶۳)، (-۸۵)، (-۹۵) به سرجمع تعرفه های مربوطه اضافه می گردد.

۳- هزینه کای ترجیحی مناطق محروم فقط در فصل های حق العمل جراح، بیهوشی و ویزیت اولیه نوزاد با رعایت ضوابط و مقررات سازمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴- جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های اسناد گلوبال، کماکان رعایت مفاد ماده (۲۲) دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری موضوع نامه شماره ۴۰۲۰/۹۴/۱۱۱۹ مورخ ۴۰۲۰/۰۶/۰۲ ۱۳۹۴ الزامی می باشد.

ش ۷۳۱۵۶۳۱۱-۸/۵-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۴۶۱/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: پرداخت هزینه داروهای غیرمرتبط با اعمال گلوبال

پرداخت هزینه داروهایی که براساس روال عادی در هزینه پرونده های گلوبال نبوده ولی برای بیمار درخواست و مصرف می گردد با عنایت به اینکه هزینه ی داروهای مرتبط با اعمال گلوبال در سرجمع محاسبات اینگونه اعمال لحاظ گردیده است. نسبت به بررسی موضوع در شورای علمی تخصصی استان بر مبنای ارتباط یا لزوم مصرف دارو در عمل انجام شده اقدام لازم صورت پذیرد.

شماره ۸۶/۹/۲۴ بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۳۵۰

موضوع: مسئول فنی بخش پاراکلینیک خصوصی

در خصوص عدم حضور مسئول فنی بخش پاراکلینیک خصوصی : بار اول : تذکر کتبی، بار دوم اخذ تعهد، بار سوم اعلام به مراجع ذیصلاح همچون معاونت درمان دانشگاه و نظام پزشکی و بار چهارم تعلیق قرارداد.

ش ۱۷۴۷۸۲ - ۸۷/۹/۱۲ - ۸۷/۱۲/۰۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۸۷/۱۲۰۸

موضوع: مجوز موقت از سوی دانشگاه

کلیه پروانه هایی که با عنوان مجوز موقت فعالیت و نیز مجوز موقت مسئول فنی صادر شده و در حال حاضر با مهر تمدید ممهور گردیده و به امضای ریاست محترم دانشگاهها رسیده اند و نیز پروانه هایی که از طرف وزارت متبوع تحت عنوان پروانه بهره برداری صادر میگردند همانند پروانه های تاسیس قبلی دارای اعتبار قانونی میباشند.

شماره ۸۷/۱۲/۳۰ بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹۲

موضوع: حضور مسئول فنی آزمایشگاه

در زمان فعالیت آزمایشگاه، حضور مسئول فنی واجد شرایط و صاحب صلاحیت بر اساس آیین نامه تاسیس مراکز آزمایشگاهی و قرارداد فی مابین الزامی است.

ش ۳۹۹۴۴۰۸ - ۹۳/۱۲/۱۸ - ۹۳/۱۲/۲۶۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۲۶۰۰

موضوع: مهر و امضاء نسخه توسط قائم مقام مسئول فنی داروخانه

قائم مقام داروخانه (فارغ التحصیلان رشته دارو سازی یا آندسته از دانشجویانی که کارت عضویت انجمن دارو سازان ایران را دریافت کرده و مجوز فعالیت بعنوان قائم مقام مسئول فنی داروخانه را دارا میباشند) ملزم به مهر و امضای نسخه تحویلی به بیماران میباشند و مهر و امضای مسئول فنی داروخانه بعنوان تایید قائم مقام است.

ش ش ۳۹۲۱۶۵۳۴-۹۸/۴/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۶۴۹

موضوع: نحوه معرفی جانشین مسئول فنی در موسسات آزمایشگاهی

مطابق ماده ۲۷، ۲۸، ۳۱ آئین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاههای تشخیص پزشکی، در صورتیکه به هر علت استثنائی مسئول فنی نتواند شخصاً در زمان تعیین شده در آزمایشگاه حضور داشته باشد لازم است فردی واجد شرایط و صلاحیت را به صورت موقت به عنوان قائم مقام یا مسئول فنی همکار معرفی نماید.

و همچنین مسئول فنی در حالت عادی می بایست جهت معرفی جانشین خود به عنوان مسئول فنی موقت به دانشگاه مربوطه معرفی نماید تا حکم مسئول فنی موقت توسط اداره امور آزمایشگاههای دانشگاه صادر گردد.

راه اندازی واحد پذیرش و نمونه گیری آزمایشگاه در یک مرکز و ارجاع نمونه ها به مرکز آزمایشگاهی دیگر عقد قرارداد و پذیرش نسخ، برخلاف ماده ۷ و تبصره ۲ ماده ۳۸ آئین نامه تاسیس و اداره امور آزمایشگاههای تشخیص پزشکی می باشد و امکانپذیر نیست.

مسئول فنی آزمایشگاه مطابق بخشنامه ۴۰۲۰/۳۳۰۴۶ مورخ ۱۳۸۰/۴/۲۴ مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی می توانند پزشک عمومی شاغل در آن مرکز را بعنوان مسئول فنی آزمایشگاه معرفی نمایند.

ش ش ۴۶۳۴۹۳۹۶-۹۸/۸/۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۲۱

موضوع: فعالیت دستیاران سال سوم و چهارم رادیولوژی

فعالیت دستیاران سال سوم و چهارم رادیولوژی با معرفی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی در مدت طرح یک ماهه به عنوان مسئول فنی در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی مناطق محروم امکانپذیر بوده و در این صورت با توجه به ساعات مقرر برای حضور، هزینه خدمات انجام شده قابل محاسبه و پرداخت می باشد. لازم به ذکر است این مسئولیت مشمول آئین نامه پرداخت ۲k نمی شود.

ش ش ۴۷۷۹۹۲۴۸-۹۸/۹/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۸۶۰

موضوع: مهر و امضاء نسخ پاراکلینیکی توسط مسئول فنی

۱- در صورت فعالیت مسئولین فنی متعدد در مراکز پاراکلینیک طرف قرارداد، می بایست با توجه به صلاحیت هر یک از مسئولین فنی در حد دامنه عملکرد مندرج در پروانه مسئولیت فنی، آیین نامه تاسیس و ضوابط و دستورالعمل های مربوطه، نسخ امضا و مهر گردند.

۲- با عنایت به بند (۴-۵) قرارداد همکاری با موسسات پاراکلینیک، موسسه (موسس) موظف است هر گونه تغییر مسئول یا مسئولین فنی را حداقل ظرف مدت دو هفته قبل به سازمان اعلام نماید.

۳- بخشنامه مسئولیت فنی بخش های آزمایشگاه و رادیولوژی به شماره ۴۰۲۰/۹۷/۱۰۳ مورخ ۱۳۹۷/۱/۲۷ در خصوص مراکز دولتی کماکان معتبر می باشد.

۴- در صورت ارسال نسخ امضا شده توسط مسئول فنی معرفی نشده، می بایست قبل از انجام عملیات رسیدگی، مراتب جهت ارائه مستندات لازم به موسسه اعلام گردد. بدیهی است در صورت عدم ارائه مستندات جهت مسئول یا مسئولین فنی، نسخ قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۵- امضا شدن نسخ توسط مسئولین فنی متعدد با رعایت شرایط و ضوابط ابلاغی، بلامانع است و مشمول کسور نمی گردد.

ش ش ۵۴۱۲۳۲۶۵-۹۹/۲/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۹۲

موضوع: خدمات دستیاران سال چهارم تخصصی رادیولوژی در بیمارستانهای "هیات مدیره ای میلاد سلامت تامین اجتماعی (هلدینگ درمان)"

در خصوص پرداخت هزینه خدمات ارایه شده توسط دستیاران سال چهارم رادیولوژی در بیمارستانهای "هیات مدیره ای میلاد سلامت تامین اجتماعی (هلدینگ)" در شیفت شب و ایام تعطیل، به شرط محدودیت در بهره مندی از خدمات پزشکان متخصص رادیولوژی، صدور مجوز کتبی از سوی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، قبول مسئولیت توسط مسئول فنی بخش و مرکز درمانی و با رعایت ضوابط و مقررات جاری بلامانع می باشد.

ش ۶۱۱۸۶۷۲۴-۹۹/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۹۷

ش ۴۱۱۰۲۳۱۷-۹۸/۴/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۷۰۱

ش ۴۰۳۷۱۷۹۴-۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۷۶

موضوع: شرایط وضوابط مسئول فنی مرکز/بخش دیالیز

۱- با عنایت به آیین نامه تاسیس مراکز/بخش های دیالیز، حضور مستمر و فعال مسئول فنی یا جانشین وی در مرکز/بخش دیالیز در ساعتها و نوبت های کاری درج شده در پروانه مسئول فنی الزامی است.

۱-۱- مسئول فنی واجد شرایط مرکز/بخش دیالیز شامل فوق تخصص کلیه (نفرولوژیست) و یا متخصص داخلی دوره دیده دیالیز (مورد تایید وزارت بهداشت) می باشد.

۱-۲- پزشک عمومی دوره دیده (دارای مدرک آموزشی طی دوره دیالیز مورد تایید وزارت بهداشت) می تواند بعنوان جانشین مسئول فنی در مراکز به صورت مقیم حضور داشته باشد.

۲- در صورت عدم حضور مسئول فنی یا جانشین وی در ساعت ها و نوبت های کاری موظف، ضمن گزارش به دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، مطابق دستورالعمل نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور عمل گردد.

۳- تمامی بیماران باید هفته ای یک بار توسط نفرولوژیست یا متخصص داخلی دوره دیده (دارای مدرک آموزشی طی دوره دیالیز مورد تایید وزارت بهداشت) ویزیت شوند.

۴- تمامی بیماران باید در هر نوبت دیالیز توسط مسئول فنی یا جانشین وی ارزیابی گردند، ارزیابی شامل نظارت، کنترل و تایید گزارش (Sheet) دیالیز می باشد.

با توجه به شرایط شیوع بیماری کووید-۱۹ تا اطلاع ثانوی، جزء حرفه ای خدمت دیالیز برای بخش های دیالیزی که مسئول فنی (متخصص داخلی) و یا جانشین مسئول فنی (پزشک عمومی) فاقد گواهی آموزش دوره دیالیز می باشد، پرداخت گردد، خاطر نشان می گردد پرداخت جزء حرفه ای منوط به حضور مسئول فنی و یا جانشین وی در تمام ساعات فعالیت بخش دیالیز می باشد.

ش ۶۶۶۷۸۵۷۱-۱۴۰۰/۱/۲۱ شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۴

موضوع: مسئولیت فنی بخش های دیالیز موسسات پزشکی

کماکان پرداخت جزء حرفه ای منوط به معرفی و حضور مسئول فنی واجد شرایط و یا جانشین وی در تمام ساعات فعالیت بخش دیالیز می باشد.

ش ۷۵۳۱۴۳۹۹-۱۴۰۰/۱۰/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۰۳۵

ش ۶۶۵۰۳۳۳۵-۱۴۰۰/۱۰/۱۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۸۵

ش ۶۱۲۹۶۶۹۸-۹۹/۸/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۹۹

ش ۲۱۳۳۶۲۰۰-۹۷/۱/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۰۳

موضوع: مسئولیت فنی بخش های آزمایشگاه و رادیولوژی

در خصوص مسئولیت فنی بخش های آزمایشگاه و رادیولوژی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی، جهت مساعدت و جلوگیری از وقفه در ارائه خدمات تشخیصی، در صورت نبود مسئول فنی و انجام خدمات جنرال (و نیز در بخش تصویربرداری که فاقد دستگاههای MRI و CT می باشند) تا زمان تامین متخصص حائز شرایط، برعهده مسئول فنی آن موسسه خواهد بود و در اینصورت "صرفاً جزء فنی" خدمات قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

در مناطق کمتر برخوردار، در بیمارستانهای تا ۶۴ تخت (مندرج در پروانه) که بدلیل عدم معرفی فرد واجد شرایط، مسئول فنی آزمایشگاه تشخیص پزشکی به عهده مسئول فنی بیمارستان می باشد، جزء حرفه ای خدمات مذکور قابل پرداخت نبوده و "صرفاً جزء فنی" قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۶۲۴۷۶۵۵-۹۴/۱۲/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۷۷۸

ش ۴۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: کد تعدیلی ۴۳

- کد تعدیلی ۴۳ از کتاب ارزش های نسبی سلامت (مدیریت درد) با توجه به عدم ابلاغ گاید لاین از سوی وزارت بهداشت فعلاً در تعهد سازمان نمی باشد.

- بی دردی و پمپ آن تا زمان اعلام دستورالعمل وزارت بهداشت غیر قابل پرداخت است.

(با توجه به ش ۵۰۲۵۴۲۸۱-۹۸/۱۱/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۸۹ کد تعدیلی ۴۳ با رعایت مندرجات کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت می باشد)

ش ۶۹۵۱۶۱۳-۹۵/۴/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۸۳۴

موضوع: کدهای تعدیلی بیهوشی ۳۱ و ۴۶ کتاب ارزش نسبی

۱. در کدهای دارای ارزش پایه بیهوشی صفر در صورتی که از بی حسی لوکال توسط متخصص بیهوشی و یا جراح استفاده شود، هزینه ای بابت بی حسی قابل محاسبه نمی باشد.
۲. استند بای اعمال اینترنشنال قلب بر اساس کد تعدیلی ۶۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

روش بیهوشی	طرز محاسبه ارزش تام بیهوشی
General , Spinal , Regional , Epidural	پایه + زمان + ریکاوری + کدهای تعدیلی (طبق ضوابط موجود در کتاب ارزش نسبی)
Stand by , IV Sedation	فقط پایه + زمان قابل پرداخت است. ریکاوری و کدهای تعدیلی قابل پرداخت نیست.
Local Anesthesia	در صورتیکه پروسیجری ذاتاً نیاز به یکی از روش های بیهوشی ذکر شده در بالا را داشته باشد، در ضمن در کتاب ارزش نسبی نیز برای این خدمت پایه بیهوشی مشخص شده باشد و جراح اقدام به بی حسی لوکال نماید، ۲۰٪ از حق العمل به عنوان هزینه بیهوشی به جراح تعلق می گیرد و هزینه ای بابت این روش (بی حسی موضعی) به متخصص بیهوشی تعلق نمی گیرد.

ش ۳۵۵۰۳۵۵-۱۴۱۶۰۷/۲۹-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۶۴۴

موضوع: کد تعدیلی ۸۶

-خدمات پرتویزشکی پرتابل :مطابق کد ۸۶تعدیلی کتاب (استفاده از تجهیزات پرتویزشکی پرتابل)در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد. وبه صورت ۸۰ درصدی علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمت صرفاًدر بیماران بستری، قابل محاسبه وپرداخت است. لازم به ذکر است خدمات سونوگرافی پرتابل صرفاًجهت بیماران بستری در بخش های ویژه قابل محاسبه وپرداخت خواهد بود.

ش ۶۲۲۲-۸۳۰۶۲۲۲-۹۵/۱۱/۲۰-۹۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۵۳۲

موضوع: کد تعدیلی ۸۶ در اکو

کد تعدیلی ۸۶ در اکوکاردیوگرافی قابل پرداخت نمی باشد.

ش ۹۹۴۰-۱۷۳۰۹۹۴۰-۹۷/۱/۱۴-۹۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸

موضوع: کد تعدیلی ۶۳

- این کد در جزء فنی خدمات کدهای دارای سه جزء، هزینه کمک جراح وهزینه استهلاک اتاق عمل قابل محاسبه وپرداخت نمیباشد- این کد تعدیلی برای کلیه اعمالی که در شرح خدمت آنها به نوزادان، شیر خواران، کودکان (زیر ۳سال) بطور شفاف اشاره شده، قابل محاسبه وپرداخت نمیباشد.

-کدتعدیلی۶۳برای خدمات غیر تهاجمی و نیمه تهاجمی (همانند:اعمال ارتروسکوپی، لاپاراسکوپی ویا اعمال اینترونشنال قلب وعروق مانند والولوپلاستی های قلبی از طریق پوست، کاتتریسیم راست و چپ، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی)قابل محاسبه وپرداخت نمیباشد.

ضریب کد تعدیلی ۶۳ در خدمات بیهوشی به ارزش تام بیهوشی(پایه+زمان+کدهای تعدیلی بیهوشی+ریکاوری)تعلق میگیرد

ش ش ۱۷۳۰۹۹۴۰-۹۷/۱/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸

موضوع: کد تعدیلی ۵۳

در صورت عود مجدد بیماری قبلی، نیاز به تکرار همان جراحی روی همان ارگان یا دستگاه حیاتی قبلی باشد مثل جراحی مجدد کبد بعلت کیست هیداتیک عود کرده این کد قابل گزارش است . دراعمال جراحی مجدد کاتاراکت ، سزارین، هرنی، اسکوپپی های تشخیصی ودرمانی این کد قابل محاسبه وپرداخت نمیشد.

در جراحیهایی که به جهت عوارض عمل جراحی اولیه در همان نوبت بستری یا زمان پیش بینی (مطابق کدتعدیلی ۹۹) بعداز بستری اولیه، دچار عوارض عمل جراحی شوند مشمول این کد نمیشد.

در کد تعدیلی ۵۳ در صورت رعایت ۲ شرط فوق ۳۰٪ علاوه بر ارزش نسبی نهایی خدمت (فقط به بخشی از عمل جراحی که تحت عمل redo قرار گرفته است) قابل پرداخت است.

اعمال جراحی که در شرح کد آنها بطور شفاف به مجدد بودن عمل اشاره شده است مشمول این کد نمیشد.

این کد شامل حق فنی (کدهای سه جزئی) نمیگردد.

ش ش ۱۷۳۰۹۹۴۰-۹۷/۱/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸

موضوع: کد تعدیلی ۸۰

- کد تعدیلی ۸۰ مبنی بر وجود یک عمل جراحی با ارزش بیش از ۳۰ کا این کد قابل گزارش است.

- در این اعمال ۲۰ درصد ارزش نسبی نهایی خدمت (بدون لحاظ نمودن کدهای تعدیلی) جهت کمک جراح قابل پرداخت است.

- چنانچه چند عمل همزمان انجام شود ویا یک عمل جراحی شامل چند پروسیجر همزمان باشد ملاک پرداخت کد تعدیلی ۸۰، وجود حداقل یک خدمت با ارزش نسبی بیش از ۳۰ کا میباشد، صرفا هزینه کمک جراح به خدمت بالای ۳۰ کا تعلق میگیرد و به مجموع کدها تعلق نمیگیرد.

کد تعدیلی ۸۰ در اعمال غیر تهاجمی و نیمه تهاجمی که فیلد جراحی اجازه جراحی همزمان به دو جراح را نمیدهد مانند: اعمال ارتروسکوپی ، لاپاراسکوپی ، اندوسکوپی ، کولونوسکوپی ، اعمال اینترونشنال مغز ، قلب و عروق (کاتتریسیم راست وچپ)، آنژیوپلاستی ، آنژیوگرافی ، والولوپلاستی های قلبی از طریق پوست ، کیفوپلاستی بروش بسته (قابل محاسبه وپرداخت نمیشد).

ش ش ۹۷۳۰۹۹۴۰-۱۷۳/۱/۱۴ شماره بخشنامه ۹۷/۱۸/۹۷/۴۰۲۰

موضوع: نحوه استفاده از کد تعدیلی ۳۹

برای مراقبت استاندارد از بیماران در بخش ریکاوری در بیهوشی به روش جنرال، رژیونال، اسپاینال یا اپیدورال به شرط اقامت بیش از نیم ساعت در ریکاوری و به ازای هریک ساعت عمل جراحی یک واحد به ارزش تام بیهوشی اضافه میشود. این کد تعدیلی برای بیهوشی به روش استند بای IV Sedation و لوکال و همچنین برای بیمارانیکه مستقیم به بخش ویژه منتقل شوند، قابل پرداخت نمیشود.

ش ش ۹۷۳۸۲۸۴۶-۹۷/۵/۳۰ شماره بخشنامه ۹۷/۵۸۱۷/۹۷/۴۰۱۰

موضوع: استفاده از لوپ و CARM در جراحی ها

-در موارد استفاده از لوپ در حین عمل جهت بزرگ نمایی، نمیتوان کد ۸۵ (استفاده از میکروسکوپ) را اعمال کرد.
-در اعمال جراحی و کدهایی که در توضیح آن قید شده (کد دیگری با این کد قابل گزارش و أخذ نمیشود) مانند کد ۲۰۱۱۴۱ (اصلاح اسکولیوز) و یا کد ۲۰۱۱۵۷ (درمان اسپوندیلولیتیزیس) و یا کد ۵۰۰۰۳۰ (عمل PCNL) نمی توان کد ۸۵ (استفاده از فناوریهای نیمه تهاجمی) مانند C-ARM و میکروسکوپ را منظور نمود.

ش ش ۹۷۳۵۴۱۷۶۱-۹۷/۱۲/۶ شماره بخشنامه ۹۷/۲۴۱۳/۹۷/۴۰۲۰

موضوع: کد تعدیلی ۴۶

در صورتیکه پزشک معالج شخصا برای انجام عملی که معمولا تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام میشود، از بیحسی موضعی استفاده نماید ۲۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت است. در این موارد نباید از ارزش پایه بیهوشی استفاده نماید.

ش ش ۹۷۳۲۹۰۸-۹۸/۹/۱۶ شماره بخشنامه ۹۸/۱۸۶۹/۹۷/۴۰۲۰

موضوع: نحوه تخصیص کدهای تعدیلی ۳۶ و ۳۲

۱-در خصوص کد تعدیلی ۳۶: همانگونه که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت ذکر گردیده در مواردی که بیمار نیازمند اقدامات فوری و اورژانسی است و در صورت تاخیر، خطر مرگ بیمار را تهدید میکند با ذکر علت اورژانسی بودن، قابل محاسبه و گزارش است و اعلام لیست اعمال جراحی که شامل این کد تعدیلی می شوند امکانپذیر نبوده و هر عمل جراحی از جمله عمل های جراحی نحوه تخصیص کد در جراحی هایی نظیر اکلامپسی، پره اکلامپسی با عدم پیشرفت زایمانی، افت ناگهانی FHR نوزاد، اینرسی با خونریزی غیر قابل کنترل، انواع پرفوراسیون های شکمی و سایر موارد منتج به وضعیت اورژانسی و به شرط رعایت بند مذکور در شورای علمی-تخصصی مورد بررسی قرار گیرد.

۲-در خصوص کد تعدیلی ۳۲: در صورت اعلام پوزیشن لیتوتومی در متن شرح عمل و درج آن در برگه بیهوشی در اعمال جراحی CRP-CRP و D&C و شبیه آن، کد تعدیلی ۳۲ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۴۷۱۵۸۴۵۷-۹۸/۹/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۹۰۹

موضوع: کد تعدیلی ۳۸ کتاب ارزش نسبی

کد تعدیلی ۳۸ کتاب ارزش نسبی، در اعمالی که خونریزی شدید داشته باشند و جراح نیاز به دید مستقیم داشته باشد، با درخواست کتبی جراح و مشخص بودن داروی مورد استفاده جهت ایجاد هیپوتانسیون و کاهش حداقل ۲ واحد فشار خون سیستول از میزان فشار خون اولیه در جراحی های گوش داخلی، تومورهای مغزی، اعمال کیفواسکولیوزیس، جراحی های فک و صورت و آندوسکوپی سینوس ها قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۱۷۷۹۵۷۸-۹۸/۱۲/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۳۵

موضوع: کد تعدیلی ۹۹ بیماران تصادفی

کلیه خدمات در بیماران تصادفی پس از اتمام دوره پیگیری (پس از دوماه از اولین ترخیص از بیمارستان) بر عهده بیمه های پایه میباشد. چنانچه خدمتی ناشی از آسیب تصادفات نیز به هر دلیلی با ذکر در پرونده بیمار انجام نگردد، در صورت انجام خدمت مذکور پس از دوره پیگیری نیز بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

ش ش ۵۳۹۶۰۱۰۹-۹۹/۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۲۰۴

ش ش ۲۹۷۹۱۹۹۲-۹۷/۸/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۱۴

موضوع: هزینه کمک جراح

در خصوص هزینه کمک جراح به اطلاع می رساند نحوه ی پرداخت کد تعدیلی ۸۰ کتاب ارزش نسبی (هزینه کمک جراح) در کلیه مراکز خصوصی طرف قرارداد و واحد خسارت متفرقه کما فی السابق مانند مراکز آموزشی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هزینه کمک جراح فقط جهت متخصصین مرتبط با عمل جراحی انجام شده در مراکز خصوصی و خیریه و مراکز جراحی محدود قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۵۵۶۲۶۱۵۳-۹۹/۴/۷ شماره بخشنامه ۴۴۲/۹۹/۴۰۲۰

موضوع: کد تعدیلی ۴۳

تعهد سازمان در خصوص کد تعدیلی ۴۳، جهت مدیریت تزریق داروی مسکن برای کنترل درد حاد بعد از عمل جراحی و یا دردهای مزمن (سرطانی و غیر سرطانی)، با رعایت همزمان دو شرط استفاده از پمپ و تعبیه کاتترهای مرکزی اپیدورال یا ساب آراکنوئید، به صورت مداوم یا منقطع بولوس، در بیمارستان به طور گلوبال (۷/۵ واحد) و یک بار در طول بستری قابل پرداخت بوده و برای تزریق های محیطی نیز غیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۲۰۲۳۲۵۸-۹۹/۹/۱۰ شماره بخشنامه ۱۲۸۹/۹۹/۴۰۲۰

موضوع: کد تعدیلی ۶۰ کتاب ارزش نسبی

در خصوص نحوه پرداخت هزینه کد ۶۰ تعدیلی استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق، صرفا در اعمال آنژیوپلاستی های عروق قلب و به شرط درخواست پزشک معالج و رعایت استانداردهای **stand by** اعلامی وزارت بهداشت قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۸۲۴۵۵۹۹-۱۴۰۰/۳/۱۰ شماره بخشنامه ۴۷۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: نحوه محاسبه کدهای ضمیمه (add-on)

کدهای با علامت + بدون لحاظ نمودن کد تعدیلی ۵۱ به ارزش کد اصلی اضافه میگردد و چنانچه حین یک عمل جراحی چندین عمل همزمان انجام گیرد با لحاظ نمودن کد تعدیلی ۵۱ قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

برای مثال در یک عمل جراحی :

عمل اصلی با کد $k = ۲۰۱۱۴۴ = ۹۰$ به همراه عمل دیگر با کد $k = ۲۰۱۱۱۰ = ۴۸$ به همراه ۲ سگمان اضافی (کد $۱۴,۳ \times ۲ = ۲۰۱۱۱۵$

$$۹۰(۱۰۰\%) + ۷۶,۶(۵۰\%) = ۹۰ + ۳۸,۳ = ۱۲۸,۳$$

ش ۶۷۳۵۹۵۸۶-۱۴۰۰/۳/۳۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۶۲۳

موضوع: کدهای تعدیلی ۸۰

در صورت انجام اعمال جراحی شکمی به روش لاپاراسکوپیک و همچنین در صورت نیاز به حضور کمک جراح، کد تعدیلی ۸۰ (برای کدهای با ارزش نسبی بالای ۳۰٪) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۷۲۴۰۵۶۰۲-۱۴۰۰/۷/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۲۶۶

موضوع : کد تعدیلی ۵۱

در صورتیکه برای یک بیمار در طول یک جلسه اقدامات مشابه در یک گروه خدمتی (اعم از تشخیصی و درمانی به استثنای خدمات آزمایشگاهی) انجام گیرد براساس موارد زیر اقدام گردد:

الف- صددرصد (۱۰۰٪) بالاترین ارزش نسبی از میان خدمات ارائه شده به عنوان عمل اصلی محاسبه گردد

ب- برای اقدامات دوم به بعد پنجاه درصد (۵۰٪) ارزش نسبی محاسبه گردد

مثال: در صورت درخواست سونوگرافی مغز و سونوگرافی شکم و لگن به صورت همزمان خدمت با مبلغ تعرفه بیشتری به صورت صددرصد (۱۰۰٪) و خدمت با تعرفه کمتر به صورت پنجاه درصد (۵۰٪) محاسبه گردد

کد تعدیلی ۵۱ شامل خدمات جانبی ارائه شده از سوی پزشکان در مطب و درمانگاههای طرف قرارداد و انواع خدمات تصویربرداری (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر ای)، سنجش تراکم استخوان، پزشکی هسته ای، آنژیوگرافی، خدمات مکمل تشخیصی و فیزیوتراپی (منوط به پیاده سازی کدهای لوئینک به استثنای کد ۹۰۱۶۲۰-۰۰۰۰ "ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار به ازای هر دوره فیزیوتراپی") نیز می گردد. (با توجه به ش ۷۶۳۹۸۰۶۵-۱۴۰۰/۱۰/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۷۹۴ {طبق روال سابق} کد تعدیلی ۵۱ ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰-هـ مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۰۹ ملاک عمل خواهد بود).

ش ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۸۲۲ شماره بخشنامه ۷۵۳۴۸۵۸۰-۱۴۰۰/۹/۲۹

ش ش ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۶۲۳ شماره بخشنامه ۶۷۳۵۹۵۸۶-۱۴۰۰/۳/۳۱

ش ش ۴۰۲۰/۹۹/۲۷۴ شماره بخشنامه ۵۴۵۳۰۳۶۴-۹۹/۳/۷

ش ش ۴۰۲۰/۹۷/۱۸ شماره بخشنامه ۱۷۳۰۹۹۴۰-۹۷/۱/۱۴

موضوع: کد تعدیلی ۸۵

با عنایت به اینکه استفاده از آندوسکوپ جهت انجام PCNL جزئی از مراحل ارائه خدمت است و نیز با توجه به شرح کد مذکور در کتاب ارزش نسبی "مبنی بر عدم محاسبه هزینه این کد تعدیلی در اعمالی که به طور روتین از این تجهیزات استفاده می شود"، هزینه این کد همزمان با خدمت مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

با توجه به این که در کدهای مرتبط با عمل جراحی اسلیو استفاده از لاپاراسکوپ در متن شرح کد در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت قید نگردیده است لذا در صورت استفاده از لاپاراسکوپ کد تعدیلی ۸۵ جهت این اعمال قابل محاسبه و پرداخت است.

گرافی های کنترلی که قبل از عمل جراحی شکستگی ها و دیسککتومی (جهت تعیین سطح دسترسی) حین و یا پس از عمل جهت حصول اطمینان از نحوه انجام خدمت انجام می شود، C-ARM لحاظ نمی گردد. در خصوص جراحی های فوق نیز مطابق شرح کد ۸۵ تعدیلی کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، با توجه به اینکه انجام C-ARM لازمه انجام خدمت می باشد، هزینه ی جداگانه ای قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

کد تعدیلی ۸۵ در اعمال جراحی ستون فقرات مانند: کیفواسکلیوز، اسپوندیلولیستریس، کیفوپلاستی، CD گذاری و اعمال pain که بطور معمول و روتین نیاز به استفاده از C-ARM دارند، قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد.

- کد تعدیلی ۸۵: به اعمالی که بطور روتین و معمول باید از این تجهیزات استفاده گردد و یا این فناوریها جزئی از فرایند معمول ارائه آن خدمت محسوب میشوند قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد.

- در صورتیکه خدمتی مشمول کد تعدیلی ۸۵ شود ۲۰٪ به ارزش نسبی خدمت (جزء فنی و حرفه ای) افزوده میشود.

- هزینه کد تعدیلی ۸۵ جهت کمک جراح قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد.

- در صورت استفاده از یک و یا چند فناوری نیمه تهاجمی همزمان در یک خدمت، این کد تنها یکبار قابل محاسبه و پرداخت میباشد. لازم به ذکر است در صورتیکه چند کد تعدیلی در یک خدمت استفاده شود کدهای تعدیلی به تفکیک به ارزش نسبی خدمت ارائه داده شده اضافه میگردد.

لازم به ذکر است کدهای تعدیلی در هزینه کمک جراح لحاظ نمیشود.

ش ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۷۹۴ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۰/۱۸-۷۶۳۹۸۰۶۵

موضوع: ابلاغ تصویب نامه کد تعدیلی ۵۱

کد تعدیلی ۵۱ طبق روال سابق ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب نامه شماره ۷۰۳۵۸/ت/۵۴۲۴۰-هـ مورخ ۱۳۹۶/۰۶/۰۹ ملاک عمل خواهد بود.

دستورالعمل ها وبخشنامه های فرانیشیز

ش ش ۲۴۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: فرانیشیز در سنگ شکن

ملاک پرداخت فرانیشیز در سنگ شکن: بستری ۱۰٪ و سرپایی ۳۰٪ است.

ش ش ۱۰۲۰۰۲۷-۹۰/۵/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۸۶۳

موضوع: شرایط پرداخت ها به مستمري بگيران بیمه مکمل وتجاری

سقف مبالغ پرداختی به بیمه شدگان سازمان که دارای بیمه تکمیلی سازمان و تکمیلی تجاری می باشند، نباید از صد درصد هزینه های بیمار در بخش خصوصی تجاوز نماید.

ش ش ۲۱۰۷۷۰۳-۹۲/۱۰/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۲۱۲۷

موضوع: فرانیشیز داروهای بستری در زمان وصل به ونتیلاتور

فرانیشیز دارو های مورد تفاهم در بخش بستری برای بیمه شدگان خاص، فوتی و وصل به بنت رایگان می باشد.

ش ش ۷۳۲۳۴۰۹-۹۵/۶/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۲۷۰ (در این خصوص با توجه به تغییرات ایجاد شده از ش ش ۱۶۸۰۹۶۲۵-۹۶/۱۰/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۱۳۳ و فایل های پیوستی آن استفاده گردد)

موضوع: نحوه اجرای فرانشیز (خود پرداخت)

مابه التفاوت خود پرداخت بیماران (فرانشیز) تا ۳۰٪ برای خدمات سرپایی و ۱۰٪ برای خدمات بستری از محل منابع طرح تحول نظام سلامت در اختیار وزارت بهداشت تامین می گردد.

ش ش ۸۱۰۳۴۸۶-۹۵/۱۰/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۲۳۲۰

موضوع: شیوه نامه پذیرش و رسیدگی به اسناد تحت نظر در بخش اورژانس

تبصره ۲: چنانچه بیمار در مدت کمتر از ۶ ساعت از زمان پذیرش، ترخیص، فوت و یا به بیمارستان دیگری انتقال یابد، پرونده با فرانشیز سرپایی و بدون تخت روز محاسبه می گردد.

ش ش ۱۳۹۴۹۷۲۴-۹۶/۸/۲۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۸۴۳

موضوع: فرانشیز خدمات بستری

سهم پرداختی بیماران (فرانشیز) بستری و بستری موقت در قالب نظام ارجاع معادل پنج درصد و برای سایر بیمه شدگان معادل ده درصد میباشد.

هزینه درمان بیماران فوت شده در تمامی مراکز درمانی ارائه دهنده خدمت و بیماران بستری در بخش های ICU، RCU، NICU، (بخش مراقبتهای ویژه نوزادان و ریوی) که به MV (دستگاه تنفس دهنده مکانیکی) وصل میشوند، ۱۰۰٪ سهم بیمه شده (فرانشیز)، از خدمات در تعهد برابر تعرفه های مصوب در بخش دولتی قابل پرداخت میباشد.

دستورالعمل ها و بخشنامه های فرانشیز

ش ۱۶۸۰۹۶۲۵-۹۶/۱۰/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۱۳۳

موضوع: نحوه محاسبه خود پرداخت

میزان خود پرداخت بیماران بستری و بستری موقت روستایی و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر بیمه شدگان بیمه سلامت در مراکز دولتی با رعایت نظام ارجاع ۵ درصد میباشد، بدیهی است سازمان تامین اجتماعی در این خصوص عملکردی ندارد.

سهم بیمه پایه در اسناد بستری موقت زیر ۶ ساعت، ۷۰٪ تعرفه مصوب هیات وزیران در بخش دولتی میباشد.

صورتحساب	سهم قانونی سازمان	سهم سازمان از محل تبصره بودجه	فرانشیز پرداختی بیمار
عادی-اختیاری-مشاغل آزاد	۹۰٪	-----	۱۰٪
فوتی(بخش بستری) به استثنای مشاغل آزاد	۹۰٪	۱۰٪	-----
فوتی زیر ۶ ساعت در بخش بستری	۹۰٪	۱۰٪	-----
تحت نظر زیر ۶ ساعت (بستری موقت)	۷۰٪	-----	۳۰٪
ارجاع از ستاد توزیع سازمان تامین اجتماعی، مستمری بگیر	۹۰٪	۱۰٪	-----
وصل به بنت در ICU جنرال و NICU و RCU...	۹۰٪	۱۰٪	-----
بیمه مکمل در درمان مستمری بگیران	۹۰٪	۵٪	۵٪

با توجه به ش ۷۸۲۸۳۴۹۶-۱۴۰۰/۱۲/۷-۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۱۹۱ شماره بخشنامه ۴۰۰۰/۱۴۰۰/۱۱۹۱ سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه برای خدمات بستری در اورژانس (به استثنای سطح ۵ تریاژ)، معادل ۹۰ درصد می باشد و همچنین تاریخ اقدام از ۱۴۰۰/۱۱/۱۶ می باشد.

جدول انواع فرانشیز سرپایی در بیمارستانهای دانشگاهی

صورتحساب	پرداختی سازمان	سهم قانونی سازمان	سهم سازمان از محل تبصره بودجه	سهم طرح تحول نظام سلامت	فرانشیز پرداختی بیمار
خدمات پاراکلینیک (کدهای ۷ و ۸)	۷۰٪	۷۰٪	-	۵٪	۲۵٪
سایر خدمات تشخیصی درمانی سرپایی (سایر کدهای کتاب)	۷۰٪	۷۰٪	-	۱۰٪	۲۰٪

ش ش ۴۹۲۵۶۶۰۲-۹۸/۱۰/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۵۳

موضوع: مستمری بگیران و یا کارکنان سازمان دارای بیمه تکمیلی

۱- چنانچه مستمری بگیران و یا کارکنان سازمان دارای بیمه تکمیلی باشند، و به بیمارستانهای طرف قرار داد مراجعه نمایند مانند سایر بیمه شدگان، صورتحساب بیماران بصورت ۹۰ درصد سهم بیمه پایه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۵۸۳۳۲۲۷۵-۹۹/۶/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۰۰

موضوع: بیماران تعیین تکلیف نشده در اورژانس

در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز با فرانشیز بستری قابل محاسبه و پرداخت است. لازم بذکر است در صورت رعایت نکردن مورد فوق توسط مراکز خریدار خدمت، موارد به تفکیک نوع سازمان بیمه گر، استان و بیمارستان مربوطه، جهت نظارت و پیگیری بعدی به دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت ارسال گردد.

موضوع: طرح حمایت مالی از بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان

۱) تمامی بیمه شدگان و مستمری بگیران اصلی و تبعی تحت پوشش سازمان که در شهرستان های فاقد بیمارستان ملکی، به بیمارستانهای منتخب دولتی / دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرف قرارداد مراجعه می نمایند، از پرداخت فرانسیز ۱۰ درصد خدمات بستری در تعهد (سهم بیمه شده) براساس تعرفه دولتی معاف بوده و مبلغ آن توسط سازمان پرداخت می شود.

۲) بیمه شدگان و مستمری بگیران اصلی و تبعی تحت پوشش سازمان که در زمان بستری دارای ۶۵ سال سن و بالاتر هستند، از پرداخت فرانسیز ۱۰ درصد (سهم بیمه شده) خدمات بستری در تعهد براساس تعرفه دولتی در تمامی بیمارستانهای دولتی / دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرف قرارداد معاف بوده و مبلغ آن توسط سازمان پرداخت می گردد.

۱-۲) حمایتهای مندرج در بندهای فوق، شامل بیمه شدگانی که در سامانه استحقاق درمان مشمول پرداخت فرانسیز هستند نمی گردد (برقراری ارتباط فیما بین سامانه وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی و بیمارستانهای مشمول طرح در دستور کار است و تا تکمیل فرایند و در صورت عدم امکان شناسایی بیمه شدگان مشمول فرانسیز، معافیت فرانسیز بخش بستری برای کلیه بیمه شدگان قابل تسری است.

۳) چنانچه در شهرستانهای فاقد بیمارستان ملکی (بیمارستانهای هیات مدیره ای سازمان بیمارستان ملکی محسوب می شوند)، بیش از یک بیمارستان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود داشته باشد، تعیین تعداد بیمارستان مشمول طرح با توجه به نیاز و صرفه و صلاح سازمان با نظر مدیریت درمان استان خواهد بود.

۳-۱) در صورت عدم وجود بیمارستان دولتی / دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شهر مورد نظر، استفاده از سایر بیمارستانهای دولتی، با توجه به نیاز منوط به رایحه پیشنهاد از طرف مدیریت درمان استان و اخذ مجوز کتبی از معاونت درمان خواهد بود.

۳-۲) بیمارستانهای واگذار شده به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل معافیت بیمه شدگان از پرداخت فرانسیز (با رعایت ضوابط مربوطه)، خوبخود مشمول طرح می باشند.

۴) پرداخت ۵ درصد از فرانسیز سهم بیمه شده (مستمری بگیران و کارکنان سازمان) توسط سازمان که در قالب طرح بیمه مکمل از سنوات گذشته در حال انجام است، کماکان برای مستمری بگیران کمتر از ۶۵ سال و کارکنان سازمان در شهرهای دارای بیمارستان ملکی ادامه می یابد.

۵) بیمه شدگان مشمول این طرح که دارای بیمه تکمیلی هستند کما فی السابق و در صورت پرداخت از جیب (POCKET OUT OF)، می توانند با مراجعه به بیمه ی تکمیلی خود، نسبت به دریافت مبلغ مورد تعهد بیمه ی تکمیلی اقدام نمایند.

۶) ضروری است الگوی تجویز و مصرف تجهیزات پزشکی و سایر هزینه های ناشی از اجرای این مصوبه بطور ماهیانه پایش و هر سه ماه یکبار به معاونت درمان گزارش گردد.

ش ۱۴۱۴۶۶۴۶-۱۴۰۱/۱۴-۱۴۰۰ شماره شناسه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۳۱

موضوع: فرانشیز بیماران اعزامی مشمول طرح حمایت مالی از بیمه شدگان

در صورت نیاز به ارجاع یا اعزام بیمار بستری در بیمارستان مشمول طرح شهرستانهای فاقد بیمارستان ملکی به مراکز طرف قرارداد جهت انجام خدمات یا ادامه درمان، تعهدات سازمان در قالب طرح حمایت مالی از بیمه شدگان صرفاً مشمول خدماتی است که در بیمارستان مشمول طرح ارائه گردیده است و سایر هزینه های ناشی از ارجاع بیمار مطابق ضوابط و مقررات سایر مراکز طرف قرارداد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۶۹۸۷۱۹۱۹-۴۰۲۰/۴-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۷۲۷

موضوع: بهره مندی بیمه شدگان از خدمات بستری بیمارستانهای وابسته به وزارت نفت و نیروهای مسلح

در خصوص امکان بهره مندی از خدمات بخش بستری بیمارستانهای وابسته به وزارت نفت و نیروهای مسلح در شهرستانهای فاقد بیمارستان ملکی، بدون پرداخت فرانشیز با رعایت ضوابط و مقررات مربوطه و منوط به رعایت تعرفه دولتی می باشد.

ش ۷۱۲۹۵۲۵۸-۶۰۱/۶-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۱۲

موضوع: تشکیل پرونده بستری یا بستری موقت برای تزریق داروی رمدسیویر در بیمارستان و بخش اورژانس بیمارستان

هزینه ارائه خدمت و تزریق داروی رمدسیویر به شرط تشکیل پرونده بستری در بیمارستان یا بستری موقت در بخش اورژانس بیمارستانهای طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد امکان پذیر خواهد بود و در درمانگاههای مستقل و یا درمانگاههای وابسته به بیمارستان طرف قرارداد، فرانشیز ارائه خدمات فوق کماکان به میزان ۳۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ۷۷۳۶۰۵۳۳-۱۱/۱۷/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۰/۱۴۰۰/۱۰۳۰

ش ۷۱۵۶۸۲۳۱-۶/۹/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۷۴

ش ۷۱۴۸۶۰۳۹-۶/۸/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۶۱

ش ۷۱۴۳۸۹۶۲-۶/۳/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۲۶

ش ۷۱۲۹۵۲۵۸-۶/۱/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۰۱۲

موضوع: هزینه بیماران کرونایی و امیکرون

عدم پرداخت فرانشیز توسط بیماران مبتلا به کرونا در بیمارستانهای دولتی - دانشگاهی و اجرای آن از تاریخ ۱۴۰۰/۵/۲۶ به شرح زیر می باشد:

۱- در صورتیکه بیمه شده تامین اجتماعی دارای پوشش بیمه تکمیلی است، پس از کسر سهم بیمه تکمیلی توسط بیمارستان، الباقی هزینه بیمار به حساب سازمان منظور گردد. (با توجه به توضیحات شفاهی خانم دکتر سرلک، این موضوع فقط برای مراکزی قابلیت اجرایی دارد که با بیمه تکمیلی بیمه شده قرارداد مستقیم داشته باشد)

۲- تعهد سازمان شامل مابه التفاوت های احتمالی مانند مابه التفاوت قیمت دارو و یا هزینه هایی که طبق مقررات بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد، نمی گردد.

۳- صورتحساب پرونده های بستری بیماران مشمول طرح در فایلی تحت نام " ۱۰ Hosdisc کد ۷۰۱۸ " با سهم ۱۰۰٪ ثبت گردد.

۴- صورتحساب پرونده های بستری موقت (بخش اورژانس) بیماران مشمول طرح با کد " ۷۰۱۹ " با سهم سازمان ۱۰۰٪ ثبت گردد.

بیماران تحت پوشش مبتلا به کرونا که در بیمارستان های دولتی - دانشگاهی بستری شده یا در بخش اورژانس (با تشکیل پرونده بستری موقت) مورد مداوا قرار می گیرند تا اطلاع ثانوی از پرداخت فرانشیز معاف بوده و صد در صد هزینه از سوی سازمان پرداخت خواهد شد و بدیهی است در سایر موارد کمافی السابق مطابق مقررات جاری اقدام گردد.

هزینه ارائه خدمت و تزریق داروی رمدسیویر به شرط تشکیل پرونده بستری در بیمارستان یا بستری موقت در بخش اورژانس بیمارستانهای طرف قرارداد (غیردولتی - دانشگاهی) با فرانشیز ۱۰ درصد در بیماران کرونایی جهت دریافت داروی رمدسیویر امکان پذیر خواهد بود و در درمانگاههای مستقل و یا درمانگاههای وابسته به بیمارستان طرف قرارداد، فرانشیز ارائه خدمات فوق کماکان به میزان ۳۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۴۰۰/۱۴۰۰/۱۱۹۱ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۲/۷-۷۸۲۸۳۴۹۶

موضوع: فرانشیز بیماران در بخش اورژانس

سهم پرداختی سازمان های بیمه گر پایه برای خدمات بستری در اورژانس (به استثنای سطح ۵ تریاژ)، معادل ۹۰ درصد می باشد و همچنین تاریخ اقدام از ۱۴۰۰/۱۱/۱۶ می باشد.

ش ۸۶/۷/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۶۷۲۵۹

موضوع: خدمات بیماران خاص

۶ جلسه اول دیالیز بیماران دیالیزی به عنوان دیالیز حاد محسوب می شود.

۱۰۰٪ هزینه پمپ دیسفرال و داروی اریتروپویتین حسب ضوابط قابل پرداخت است.

۱۰۰٪ هزینه آزمایشات PND بیماران هموفیلی و تالاسمی که از طریق مشاورین شبکه ارجاع معرفی شده اند، قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ۱۲۹۴۴۰-۸۷/۸/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۸۴

موضوع: دفترچه بیماران خاص

مدت استفاده از دفترچه بیماران خاص برای بیمه شدگانی که تحت عمل پیوند کلیه قرار می گیرند، ۹۰ روز، و برای کسانی که تحت عمل پیوند مغز استخوان قرار می گیرند، ۳۰ روز می باشد.

ش ۷۹۹۳۵-۹۰/۱۱/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۰/۵۰۴۶۹

موضوع: پرداخت مطالبات دیالیز

با عنایت به اینکه مراکز دیالیز هیچ گونه فرانشیزی از بیمه شدگان دریافت نمی نمایند، پرداخت مطالبات مراکز دیالیز در اولویت قرار گیرد.

ش ش ۶۰۶۲۵۲۶-۹۴/۱۱/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۵۸۰

موضوع: تعرفه انتقال خون

تزریق خون با کدهای ۳۰۲۳۴۰، ۳۰۲۳۴۵ و ۳۰۲۳۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است. تعرفه کراس مچ به همراه کدهای ۳۰۲۳۴۰ و ۳۰۲۳۵۵ قابل پرداخت است ولی تعرفه کراس مچ با توجه به شرح کد ۳۰۲۳۴۵، برای بیماران تالاسمی قابل پرداخت نیست. ست تزریق خون بر اساس کد ۶۶۶۷۵ سیستم جامع قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۰۸۹۳۹۶-۹۴/۱۲/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۶۰۹

موضوع: دیالیز صفاقی

۱) کد ۹۰۰۱۵۰ برای بیماران ESRD که نیازمند تعبیه کاتتر دیالیز صفاقی برای انجام پروسه دیالیز صفاقی در منزل می باشد بصورت گلوبال در یک دوره بستری معادل ۱۳۷/۵ کا جراحی (بابت کلیه خدمات بستری اعم از هتلینگ-حق العمل جراحی- بیهوشی-مشاوره-ویزیت-دارو-تجهیزات-رادیوگرافی و دیالیز و...) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲) چنانچه بیماری به علل دیگری بستری و به صورت موردی نیازمند انجام دیالیز صفاقی موقت باشد کد ۴۰۲۰۶۵ "کار گذاری کاتتر یا کانول داخل پریتون برای درناژ یا دیالیز موقت" معادل ۱۰ کا جراحی برای یکبار در طول بستری قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۶۳۳۲۹۲۲-۹۵/۱/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۳۹

موضوع: فیشیه مراکز دیالیز

- چنانچه مرکز دیالیز مستقل باشد، فیشیه آن تحت عنوان درمانگاه تشکیل گردد.

- چنانچه بیمارستان طرف قرارداد خدمت دیالیز نیز ارائه نماید، فیشیه آن تحت عنوان درمانگاه تشکیل و به بیمارستان مربوطه متصل گردد.

- در صورت انجام دیالیز در یک درمانگاه مستقل، خدمت دیالیز جزء خدمات جانبی درمانگاه ثبت گردد.

ش ۷۰۶۳۰۱۲-۹۵/۶/۲-۹۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۱۸۲

موضوع: کاتتر همودیالیز

تعبیه شالدون در بیماران همودیالیزی بر اساس کد ۳۰۲۵۱۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (و همچنین جهت کاتتر دائم همودیالیز یا پرمیکت در کتاب ارزش نسبی ویرایش سوم با کد ملی ۳۰۲۴۳۵ می باشد).

ش ۸۸۵۲۱۱۸-۹۶/۱/۲۰-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۸۳

موضوع: هزینه پمپ دسفرال

هزینه پمپ دسفرال شامل قیمت و مالیات بر ارزش افزوده آن بر اساس فاکتور معتبر بدون اخذ فرانشیز برای بیماران خاص و براساس ضوابط قابل پرداخت می باشد.

ش ۹۲۲۱۱۷۳-۹۶/۲/۲۰-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۳۰۰

موضوع: حذف ارسال اسناد دیالیز به صورت کاغذی

ارسال اسناد کاغذی دیالیز حذف و مبلغ پرداختی صرفا بر اساس تائید جلسات ثبت شده در پورتال معاونت درمان سازمان خواهد بود صحت ثبت صورتحسابها و حضور مسئول فنی در بیمارستانها و سایر ضوابط دیالیز ها بعهدہ ناظرین بیمارستانی و بازرسین میباشد.

ش ۹۶۵۳۹۴۲-۹۶/۳/۹-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۴۹۸

موضوع: ونوگرافی

هزینه ونوگرافی همزمان با کارگذاری کاتتر پورت و پرمیکت در ارزش نسبی کدهای مربوطه لحاظ شده و جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

ش ۱۰۷۷۸۴۰۱-۹۶/۴/۱۸-۹۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۸۲۰

موضوع: تایید جلسات دیالیز

از تاریخ ۹۶/۸/۱ جلسات دیالیز (حاد، مزمن، صفاقی) که در پورتال معاونت درمان ثبت میگردند قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ۱۴۳۵۹۸۵۲-۹۶/۸/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۷۰

موضوع: دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی

- محاسبه و پرداخت تعرفه تزریق برخی از فرآورده های خونی شامل گلبول قرمز با حذف لکوسیت (کد ۸۰۲۶۶۰) و گلبول قرمز شسته شده (کد ۸۰۲۶۷۶) برای بیماران تالاسمی با در نظر داشتن تبصره زیر انجام پذیر است: در مواردی که تزریق خون با فرآورده های خونی کدهای ۸۰۲۶۶۰ و یا ۸۰۲۶۷۶ انجام پذیرد، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نبوده و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمیباشد.

تعرفه انجام خدمات شیمی درمانی در سیستم های بسته (Clean Room)، علاوه بر هزینه خدمت شیمی درمانی و لوازم مصرفی، با رعایت شرایط زیر با کد ۹۰۲۰۱۰ قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۱- رعایت استاندارد های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله اتاق تمیز (Clean Room).

۲- ثبت و تأیید اولیه جلسه شیمی درمانی قبل از تزریق دارو.

۳- تهیه کلیه داروهای مصرفی توسط مرکز شیمی درمانی.

۴- اخذ تأیید دارو و گزارش تزریق دارو براساس میلی گرم به ازاء وزن بیمار (mg/kg).

بدیهی است در صورت عدم ایجاد و رعایت شرایط فوق، بابت هر جلسه شیمی درمانی صرفاً "هزینه خدمت شیمی درمانی و لوازم مصرفی (۱/۵k) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ۱۷۳۳۱۵۹۳-۹۶/۱۰/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۱۶۵

موضوع: نحوه پرداخت کد ۹۰۱۵۵۰ و ۹۰۱۵۶۵ در شیمی درمانی

انفوزیون طولانی مدت (بیش از ۸ ساعت) باشد کد ۹۰۱۵۵۰ (انفوزیون طولانی مدت با یا بدون پمپ قابل حمل یا قابل کاشت همراه با پر کردن مجدد پمپ و صرفاً با نظارت مستقیم پزشک) تا ۲۴ ساعت، یکبار قابل پرداخت میباشد.

اگر بیمار در روزهای بعد جهت شارژ پمپ کاشته شده و ادامه شیمی درمانی از طریق پمپ مراجعه نماید. فقط کد ۹۰۱۵۶۵ قابل پرداخت میباشد.

کد ۹۰۱۵۵۰ با کد ۹۰۱۵۶۵ در یک جلسه یا یک روز قابل تجمیع و گزارش نمیشود.

ش ۲۴۵۶۰۹۴۸-۹۷/۴/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۶۳۰

موضوع: ۲۲ کا در دیالیز

پرداخت جزء حرفه ای خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول ۲ کا بصورت ۱۹۰٪ میباشد. (سهم بیمار یا فرانشیز ۱۰٪، بصورت یک کا محاسبه میگردد).

ش ۲۸۲۶۱۳۹۵-۹۷/۷/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۳۱۲

موضوع: پودر و محلول در همودیالیز

تغییر قیمت انواع پودر بیکربنات محلولهای مصرفی در همودیالیز، به پیوست فایل اسامی دستگاهها، پودرها و محلولهای مصرفی بصورت جدول در سیستم ثبت و تایید اینترنتی، به همراه کدینگ جدید اعمال شده است.

ردیف	نوع دستگاه	کد پودر	عنوان	قیمت (ریال)
۱	B.Braun	۹۸۰۵۱	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۳۰۰۰۰
۲	Belco	۹۸۰۵۱	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۳۰۰۰۰
۳	Fersinus ۴۰۰۸ B	۹۸۰۵۲	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۱۰۰۰۰
۴	Fersinus ۴۰۰۸ S	۱۱۳۹	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۵۰۰۰۰
۵	Gambro	۹۸۰۵۱	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۳۰۰۰۰
۶	Idemsa	۵۱۱۷۶	BICARBONATE IDEMSA POWDER	۲۱۰۰۰۰
۷	JMS	۵۱۱۷۶	BICARBONATE IDEMSA POWDER	۲۱۰۰۰۰
۸	Nipro	۹۸۰۵۱	BICARBONATE POWDER PACKAGE	۱۳۰۰۰۰

کد محلول	عنوان	قیمت (ریال)
۷۱۹۶	HEMODIALYSIS ACIDIC II ۵LIT CONC SOLUTION	۲۴۲۰۰۰
۷۱۹۷	HEMODIALYSIS I ۵LIT CONC SOLUTION	۲۴۲۰۰۰
۷۱۹۸	HEMODIALYSIS II ۵LIT CONC SOLUTION	۲۴۲۰۰۰

ش ش ۲۹۱۶۴۴۰۱-۹۷/۷/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۴۶۳

موضوع: تعرفه همودیالیز در بخش خصوصی، خیریه، عمومی غیر دولتی

در خصوص تفکیک ارزش نسبی حرفه ای و فنی در خدمت دیالیز برای بخش خصوصی و عمومی غیر دولتی، جزء حرفه ای برای همودیالیز حاد برابر ۶ کا و برای دیالیز مزمن، برابر ۴ کا می باشد ولذا مابقی ارزش نسبی، به عنوان جزء فنی در نظر گرفته می شود.

ش ش ۲۹۱۶۴۲۳۲-۹۷/۷/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۴۶۵ (با توجه به ش ش ۹۸/۷/۲۸-۴۵۹۶۶۸۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۵۲۵ قیمت ها تغییر کرده است)

موضوع: قیمت ست، سوزن، صافی

قیمت ست، سوزن و صافی دیالیز به صورت گلوبال ۶۶ هزار تومان تعیین میگردد.

ش ش ۳۰۰۳۰۰۴۱-۹۷/۸/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۶۶۹

موضوع: کای تمام وقتی شیمی درمانی، دیالیز و رادیوتراپی-رادیوگرافی

به استثناء کد ۹۰۱۵۵۰ صرفا یک ارزیابی توسط پزشک در طول دوره (جلسه) ارائه خدمت شیمی درمانی - دیالیز برای پرداخت دو کا کفایت مینماید و در صورت عدم ارزیابی، صرفا یک کا قابل پرداخت است (ش ش ۹۸/۶/۹-۴۳۶۹۳۰۰۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۱۷ حضور تمام وقت مسئول فنی دیالیز الزامی است)

-نیازی به الصاق رپورت برای رادیوگرافی های ساده (بدون ماده حاجب) نمیباشد به استثناء موارد بررسی جهت شرح عمل جراحی (همانند سپتوپلاستی).

ش ش ۳۵۲۲۵۹۲۹-۹۷/۸/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۴۸۴

موضوع: فرانشیز دارو و لوازم و پاراکلینیک شیمی درمانی

در خصوص محاسبه خدمت شیمی درمانی و لوازم اینگونه بیماران که به مراکز خصوصی غیر طرف قرارداد مراجعه مینمایند به آگاهی میرساند مبنای محاسبات هزینه های خدمت شیمی درمانی دستورالعمل ارسالی این اداره کل تحت عنوان بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج به شماره ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۷۰ مورخ ۱۳۹۶/۸/۱۵ میباشد. بدیهی است هیچگونه هزینه ای خارج از موارد ذکر شده خدمتی مورد اشاره، قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد.

ش ش ۳۰۹۴۵۸۲۴-۹۷/۹/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۸۳۲

موضوع: دفترچه خاص بیماران با اختلالات خونریزی دهنده

بیماران مبتلا به بیماریهای خونریزی دهنده جزء بیماران خاص میباشند. البته بیماران خاص (انواع هموفیلی A, B, تالاسمی ماژور و کمبود فاکتور VII اینتر مدیای نیازمند تزریق مکرر خون و افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شامل دیالیز صفاقی و همودیالیز).

ش ش ۳۶۵۹۷۶۴۵-۹۷/۱۲/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۵۸۲

موضوع: آزمایشات، داروهای حین دیالیز و خدمات انتقال خون بیماران دیالیزی

زمان	آزمایشات
ماهانه	BUN (قبل و بعد از دیالیز) HCT, K, Ca, P, CBC, FBS برای دیابتیک ها
۳ ماهه	سرم PTH, Ferritin, TIBC, Creatinin, Na, Bicarbonat, آهن سرم، آلبومین سرم، کلسترول، تری گلیسرید، آلکالن فسفاتاز
۶ ماهه	آنزیم های کبدی (ALT, AST) HBS Ag-
سالانه	سطح سرمی ویتامین D, HCV Ab, HBS Ab

هزینه انجام آزمایش BUN (قبل و بعد دیالیز) Creatinin, CBC, HCT در گلوبال دیالیز لحاظ شده و طبیعتاً نباید این آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران نوشته شود.

هزینه انجام مابقی آزمایشات در گلوبال دیالیز لحاظ نشده و در نتیجه آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران درج گردیده و سهم فرانشیز سازمانهای بیمه گر مطالبه شود.

هزینه داروی هپارین، سرم های تزریقی (نمکی، قندی نمکی، رینگر و...) گلوکز هیپر تونیک، میدودرین (داروی بالابرنده فشارخون) در گلوبال دیالیز لحاظ شده است.

هزینه تزریق خون در گلوبال لحاظ نشده و لیکن بر طبق بخشنامه سازمان انتقال خون در بیماران خاص، تزریق رایگان است و از بیمار هزینه ای درخواست نمی شود.

ش ش ۳۸۳۴۶۷۹۳-۹۸/۲/۱۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۰

موضوع: خدمات انتقال خون در بیماران خاص

هزینه انتقال خون بیماران خاص بصورت سهم سازمانی (سرپایی ۷۰٪ و بستری ۹۰٪) قابل پرداخت میباشد و همچنین فرانشیز بیماران خاص از محل اعتبارات یارانه ای وزارت بهداشت میباشد.

ش ش ۴۲۵۴۵۲۰۲-۹۸/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۴۳

موضوع: نحوه محاسبه خدمات بیماران دیالیزی

پرداخت خدمات دیالیز بیمارانی که علیرغم داشتن استحقاق درمان، امکان ثبت مکانیزه در پورتال معاونت درمان ندارند، به استحضار میرساند هزینه خدمات انجام شده به این بیماران با ارائه گواهی استحقاق درمان از شعب بیمه ای و تکمیل وارسال sheet خدمات انجام شده توسط مرکز دیالیز قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

ش ش ۴۲۵۴۳۸۲۵-۹۸/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۹۵۱

موضوع: ما به التفاوت تعرفه سال ۱۳۹۸ خدمات دیالیز

مابه التفاوت تعرفه جلسات دیالیز به میزان ۱۵٪ صرفاً برای جزء فنی کدهای ۹۰۰۱۴۵ و ۹۰۰۱۴۰ به ازای هر جلسه، فقط برای صورت حساب فروردین ماه ۹۸ مراکز طرف قرارداد با توجه به نوع مالکیت (دولتی، عمومی غیر دولتی و خیریه و خصوصی) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۴۳۹۸۸۶۰۵ - ۹۸/۶/۱۲ شماره بخشنامه ۱۴۲/۹۲

موضوع: عدم اعمال کسورات جزء حرفه ای دیالیز تحت سرپرستی متخصصین داخلی

با توجه به برگزاری دوره های آموزشی بخش دیالیز جهت متخصصین داخلی تا پایان سال جاری، شایسته است سازمان های بیمه گر حداکثر تا پایان سال جاری از اعمال کسورات جزء حرفه ای دیالیز برای بخش های تحت سرپرستی متخصصین داخلی خودداری نمایند.

ش ش ۴۵۹۶۶۸۱۰-۹۸/۷/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۵۲۵

موضوع: تغییر قیمت ملزومات دیالیز

تعرفه خدمت "سوزن ، ست ، صافی " با کد ۶۶۶۷۶ از تاریخ ۹۸/۸/۱ به ۸۲۰۰۰۰ ریال تغییر می یابد .

ش ش ۴۶۴۱۰۶۵۱-۹۸/۸/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۶۳۱

موضوع: برخی خدمات شیمی درمانی و دارویی

۱-شیمی درمانی با پمپ قابل حمل یا قابل کاشت: در صورتی که دوره شیمی درمانی با پمپ قابل حمل یا قابل کاشت انجام شود، جهت کاشت و پر کردن در روز اول یک بار کد ۹۰۱۵۵۰ قابل محاسبه و پرداخت است.

برای سایر روزها که پمپ کاشته شده شارژی گردد، فقط کد ۹۰۱۵۶۵ قابل محاسبه و پرداخت است.

۲-تزریق پالس متیل پردنیزولون: این دارو در دوزهای ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی گرم مشمول پرداخت با کد ۹۰۰۰۳۸ می باشد.

۳-تزریق داروی دگزامتازون: تزریق داروی دگزامتازون در تمام دوزهای دارویی، مشمول پرداخت با کد ۹۰۰۰۳۸ نمی باشد.

ش ش ۴۷۹۶۰۶۴۲-۹۸/۱۰/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۰۹۱

موضوع: شیمی درمانی در بخش سرپایی

۱-در صورتیکه دارویی در لیست داروهای در تعهد سازمان نباشد، اما جزء داروهای شیمی درمانی طبقه بندی شده باشد، هزینه تزریق براساس کد ۹۰۱۵۴۰ قابل پرداخت می باشد.

۲-چنانچه در پروتکل شیمی درمانی از داروهای آنتی بادی های منوکلونال جهت بیمار استفاده گردد، هزینه تزریق آن جزء پروسه شیمی درمانی است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۳-در صورتیکه بیمار مبتلا به سرطان نبوده و جهت درمان از داروهای آنتی بادی های منوکلونال استفاده شود، کد ۹۰۰۰۳۷ قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۵۰۰۷۴۳۲۱- ۹۸/۱۰/۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۱۷۷

موضوع: نحوه پرداخت CRRT

درخصوص نحوه پرداخت CRRT (continuous renal replacement therapy) به اطلاع می رساند هزینه کد ۹۰۰۱۵۳ (هموفیلتراسیون و درمان های مداوم جایگزین کلیه) مطابق کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، هر ۲۴ ساعت یکبار مشابه سایر خدمات بستری به صورت ۹۰ درصد سهم سازمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۵۱۵۷۳۶۷۵- ۹۸/۱۲/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۵۸

موضوع: پرداخت هزینه تجهیزات مصرفی دیالیز به روش CRRT (continuous renal replacement therapy)

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	بهای ست CRRT	بهای فیلتر CRRT	بهای محلول ۵ لیتری
۹۰۰۱۵۳	#	CRRT هموفیلتراسیون و درمان های مداوم جایگزین کلیه	۵/۰۹۰/۰۰۰ ریال	۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال	۱/۸۰۰/۰۰۰ ریال

شایان ذکر است که در هر جلسه دیالیز به روش CRRT بمدت ۲۴ ساعت:

- ۱- حداکثر یک عدد ست و فیلتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۲- تعداد محلول ۵ لیتری براساس مستندات ارائه شده در پرونده قابل محاسبه و پرداخت می باشد. خاطر نشان میگردد قیمت های فوق با لحاظ سود ۸ درصد محاسبه گردیده است.

ش ش ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۸۱-۹۸/۱۲/۷-۵۱۴۹۹۱۴۳ شماره بخشنامه

موضوع: کمو آمبولیزاسیون کبد

خدمت شیمی درمانی آمبولیزاسیون از طریق کاتتر شریانی در کبد (TACE) با کد ۳۰۲۶۵۵ صرفاً به اینترونشنال رادیولوژی (طبق کوریکولوم آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی) و در صورت انجام آمبولیزاسیون بدون کموتراپی کد ۳۰۲۶۳۰ قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود و همچنین پرداخت هزینه تجهیزات مصرفی با رعایت ضوابط و مقررات مطابق با لیست اعلامی تجهیزات نیز از طریق واحد خسارت متفرقه بلامانع است.

ش ش ۴۰۲۰/۹۸/۲۴۷۷-۹۸/۱۲/۷-۵۱۷۳۳۱۸۸ شماره بخشنامه

موضوع: ضوابط پرداخت خدمات شیمی درمانی با کد ۹۰۱۵۵۰

۱- شیمی درمانی با پمپ قابل حمل یا قابل کاشت: در صورتی که دوره شیمی درمانی با پمپ قابل حمل یا قابل کاشت انجام شود، جهت کاشت و پرکردن در روز اول یک بار کد ۹۰۱۵۵۰ و برای سایر روزها که پمپ کاشته شده شارژ میگردد، فقط کد ۹۰۱۵۵۶ قابل پرداخت است.

۲- انفوزیون طولانی مدت (بیش از ۸ ساعت): در صورت انجام شیمی درمانی با داروهایی که مطابق پروتکل تزریق دارو بیش از ۸ ساعت بطول می انجامد به شرط نظارت مستقیم پزشک و قید ساعت شروع و پایان ارائه خدمت در فرم گزارش شیمی درمانی، قابل پرداخت می باشد.

شایان توجه است عملکرد پزشکان و موسسات ذینفع به صورت ادواری (سه ماه یک بار) از نظر انطباق با موازین و استانداردهای علمی خدمت مورد بررسی و نظارت قرار گیرد.

ش ش ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۹۲-۹۸/۱۲/۲۷-۵۲۲۸۸۴۷۸ شماره بخشنامه

موضوع: قیمت تجهیزات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱- هزینه ماسک یا فیکساتورهای رادیوتراپی ۳ نقطه و لاشکل تا سقف ۹۵۰/۰۰۰ ریال، ماسک های ۵ و ۴ نقطه تا سقف ۱/۴۵۰/۰۰۰ ریال و فیکساتور یا ماسک breast تا سقف ۲/۳۰۰/۰۰۰ ریال با ارائه فاکتور معتبر قابل پرداخت می باشد.

۲- هزینه سوزن یا گاید تا سقف ۲/۳۷۵/۰۰۰ ریال و کاتتر تا سقف ۳/۷۸۰/۰۰۰ ریال با ارائه فاکتور معتبر قابل پرداخت می باشد. در صورت ارائه اقلام فوق الذکر با قیمتهای بالاتر از سقف اعلامی، مراتب به این اداره کل اعلام گردد.

ش ۵۲۵۴۸۹۸۳-۹۸/۱۲/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۸۷

موضوع: ضوابط پرداخت خدمات شیمی درمانی با کد ۹۰۲۰۱۰

در خصوص نحوه محاسبه و پرداخت کد ۹۰۲۰۱۰ (آماده سازی محلول های شیمی درمانی حجیم و غیر حجیم)

۱- رعایت استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله اتاق تمیز (Clean Room).

۲- ثبت مکانیزه و تأیید اولیه جلسه شیمی درمانی قبل از تزریق دارو- تا زمان فراهم شدن بستر تأیید مکانیزه مستندات بصورت مکتوب ارائه گردد.

۳- تهیه کلیه داروهای مصرفی توسط مرکز شیمی درمانی.

۴- اخذ تأیید دارو و گزارش تزریق دارو بر اساس میلی گرم به ازای وزن بیمار (mg/kg).

شایان توجه است در صورت عدم ایجاد و رعایت شرایط فوق، بابت هر جلسه شیمی درمانی صرفاً هزینه خدمت شیمی درمانی و لوازم مصرفی (۱/۵k) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ش ش ۵۵۶۹۲۴۰۴-۹۹/۶/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۹۵

موضوع: کموتراپی

در خصوص کموتراپی IT (داخل نخاعی)، هزینه این خدمت مطابق کد ۹۰۱۵۶۰ به صورت سرپایی قابل پرداخت می باشد و با توجه به شرح کد مربوطه "به شرط یک بررسی توسط پزشک در طی جلسه شیمی درمانی"، هزینه ویزیت همزمان پزشک، در ارزش نسبی این خدمت لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۵۹۶۰۳۲۴۵-۹۹/۷/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۹۶۳

موضوع: تشکیل پرونده و صدور دفترچه خاص

صدور دفترچه خاص برای بیماران مبتلا به انواع اختلالات بدون خونریزی دهنده بدون لحاظ درصد کمبود فاکتورهای خونی، بلامانع است.

ش ش ۶۰۲۹۶۷۹۹-۹۹/۸/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۱۳۷

موضوع: تعرفه پرداختی آمبوسفر در کموآمبولیزاسیون

هزینه آمبو سفر ۱cc تا سقف ۱۱/۱۷۸/۰۰۰ ریال و آمبوسفر ۲cc تا سقف ۱۸/۷۴۷/۰۰۰ ریال با احتساب سود مصرف کننده و رعایت سایر ضوابط ومقررات قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ش ش ۵۸۶۷۶۴۹۴-۹۹/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۴۸

موضوع: بسته خدمتی بیماران خاص (دیالیزی، صفاقی، تالاسمی و هموفیلی) MS، پیوند کلیه و سرطانی

هزینه کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی ارائه گردد) بر مبنای ارزش ریالی k دولتی محاسبه و پرداخت می گردد. در موارد خدمات مشمول k۲ کای دوم مشمول حذف فرانشیز نمی باشد و هزینه ای نیز بابت فرانشیز کای دوم از بیمار دریافت نمی گردد.

فهرست تعهدات مشمول این دستورالعمل:

الف) تعهدات همودیالیز

- ✓ ۱- خدمت همودیالیز
- ✓ ۲- تعبیه راه عروقی
- ✓ ۳- هزینه لوازم مصرفی
- ✓ ۴- داروهای تخصصی

ب) تعهدات دیالیز صفاقی

- ✓ ۱- عمل کاتتر گذاری
- ✓ ۲- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- ✓ ۳- هزینه محلول دیالیز صفاقی

ج) تعهدات تالاسمی

- ✓ ۱- داروهای تخصصی
- ✓ ۲- تزریق خون
- ✓ ۳- فیلتر خون
- ✓ ۴- تزریق دفروکسامین
- ✓ ۵- هزینه پمپ دفروکسامین
- ✓ ۶- هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص
- ✓ ۷- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد
- ✓ ۸- آزمایشات Anti HCV- Anti HBs- HBs Ag- Anti HIV

ادامه از صفحه قبل

د) تعهدات هموفیلی

- ✓ ۱- داروهای تخصصی
- ✓ ۲- تزریق فاکتور
- ✓ ۳- تزریق خون و فراورده های خونی
- ✓ ۴- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپین داخل مفصلی
- ✓ ۵- آزمایشات Anti HCV-Anti HBS-HBS Ag-Anti HIV
- ✓ ۶- تعویض مفصل
- ✓ ۷- آزمایشات ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی

ه) تعهدات MS

- ✓ ۱- داروهای تخصصی

و) تعهدات پیوند کلیه

- ✓ ۱- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه)
- ✓ ۲- داروهای تخصصی

ز) تعهدات شیمی درمانی

- ✓ ۱- هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتراپی
- ✓ ۲- هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی
- ✓ ۳- جدول ملزومات
- ✓ ۴- هزینه کارگذاری پورت
- ✓ ۵- هزینه سوزن پورت
- ✓ ۶- هزینه کاتتر پورت

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

- ✓ ۱- هزینه خدمت رادیوتراپی
- ✓ ۲- هزینه ماسک های رادیوتراپی
- ✓ ۳- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

ادامه از صفحه قبل

بیماران دیالیزی:

الف) شامل بیمارانی است که دچار نارسایی مزمن کلیه می باشند و نیاز به انجام دیالیز دارند. (دیالیز خونی و صفاقی)

ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز اولیه (حاد-۶جلسه اول) دارند.

تبصره: اگر به هر علتی دیالیز حاد بیش از ۶جلسه طول بکشد و وارد فاز مزمن نشده باشد، بقیه مراحل دیالیز با تعرفه مزمن قابل محاسبه و پرداخت است.

الف) تعهدات همودیالیز:

۱. خدمت همودیالیز:

۱- همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: ضرایب ریالی جزء حرفه ای در کلیه بخش های ارائه خدمت عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی هر بخشی که ارائه خدمت می نماید (عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی و دولتی در تعهد سازمانهای بیمه گر خواهد بود).

۲- همودیالیز بیماران دچار نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد-۶جلسه اول) با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: ضرایب ریالی جزء حرفه ای در کلیه بخش های ارائه خدمت عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی بخش های مربوطه در تعهد سازمان های بیمه گر خواهد بود.

تبصره: سهم سازمان های بیمه گر برای انواع خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول آیین دو کا، ۱۹۰٪ پرداخت می شود.

ادامه از صفحه قبل

۲. خدمت تعبیه راه عروقی:

۱-۲ کاتتر گذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی ، ارزش پایه بیهوشی برابر ۶ کا می باشد.

۲-۲ ایجاد فیستول شریانی -وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.

تبصره سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

۳-۲ در خصوص بیمارانی که امکان ایجاد فیستول رادیو سفالیک از طریق کد ۳۰۲۵۳۵ وجود ندارد، در صورت ایجاد فیستول براکیو سفالیک و یا براکیو بازلیک با ذکر اندیکاسیون های مربوطه کد ۳۰۲۵۲۰ قابل محاسبه پرداخت می باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۷ کا می باشد.

۴-۲ کارگذاری کاتتر ورید مرکزی قرار داده شده از طریق ورید مرکزی، همراه با تونل زدن، با پمپ یا ورودی زیر جلدی با هر تعداد کاتتر مورد نیاز یا پرمیکت در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۴۳۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۶ کا می باشد.

۳. هزینه لوازم مصرفی:

۱-۳ کاتترهای دائم و موقت و همچنین گرافت های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه ای تحت پوشش سازمانهای بیمه گر خواهد بود.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

ادامه از صفحه قبل

۲-۳ بسته ست و صافی دیالیز شامل لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز می باشد.

در ارتباط با هر جلسه دیالیز (حاد و مزمن) بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال دیالیز، هزینه بسته مذکور براساس قیمت های مندرج در فاکتور خرید در سامانه IMED تا سقف قیمت ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت)، هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارایه دهنده خدمت به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: تامین بسته ست و صافی دیالیز (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی برعهده مرکز می باشد و مراکز درمانی صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی شود.

۳-۳ محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم:

به ازای هر جلسه دیالیز هزینه همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم براساس نوع دستگاه بر پایه تفاهم نامه دارویی پرداخت می شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

آزمایشات بیماران دیالیزی:

زمان	آزمایشات
ماهانه	BUN (قبل و بعد از دیالیز)، HCT, K, Ca, P, CBC و FBS برای دیابتیکها
۳ ماهه	سرم Na, Creatinin, TIBC, Ferritin, PTH, Bicarbonat, آهن سرم، آلبومین سرم، کلسترول، تری گلیسرید، آلكالین فسفاتاز
۶ ماهه	آنزیم های کبدی (ALT, AST)، HBS Ag
سالانه	سطح سرمی ویتامین D, HCV Ab, HBS Ab

هزینه انجام آزمایشات BUN (قبل و بعد دیالیز)، Creatinin, CBC, HCT که برحسب نیاز توسط پزشک در بخش دیالیز درخواست می شود در گلوبال دیالیز لحاظ شده و طبیعتاً نباید این آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران نوشته شود.

هزینه انجام مابقی آزمایشات (مندرج در جدول بالا) در گلوبال دیالیز لحاظ نشده و در نتیجه آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران درج گردیده و سهم سازمانهای بیمه گر مطالبه شود.

ادامه از صفحه قبل

هزینه داروی های تزریقی حین دیالیز نظیر هپارین، سرم های تزریقی (نمکی، قندی نمکی، رینگر و...) گلوکز هیپر تونیک، میدودرین (داروی بالابرنده فشارخون) در گلوبال دیالیز لحاظ شده است و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

تبصره: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می بایست نوع پودر بی کربنات را متناسب با نوع دستگاه های موجود در بازار، به روز رسانی و جهت ابلاغ به سازمان های بیمه گر به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت ارائه نماید.

داروهای تخصصی: داروهای تخصصی زیر براساس ضوابط جاری بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

۱-ERYTHROPOIETIN (تمام دوز و اشکال مورد تعهد): این دارو در بخش سرپایی و بستری حسب ضوابط بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است و بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۲-ترکیبات آهن وریدی تزریقی (مانند IRON SUCROSE): در بخش سرپایی و بستری حسب ضوابط بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۳-Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

۱. گلوبال-بستری جهت کاتتر گذاری دائمی دیالیز صفاقی:

مطابق کد ملی ۹۰۰۱۵۰ (با ارزش نسبی ۱۳۷/۵ کا و ارزش تام بیهوشی ۱۲/۵ کا) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره ۲: در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد، این کد مجدداً قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۳: هزینه کاتتر دیالیز صفاقی در شرح خدمت لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

۲. آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی:

آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی توسط پزشکان دوره دیده براساس راهنمای بالینی (پیوست شماره یک) با کد ملی ۹۰۰۱۵۵ ماهیانه یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۱: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

۳. هزینه محلول دیالیز صفاقی:

قیمت محلول دیالیز صفاقی براساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو پرداخت می گردد.

تبصره: تامین محلول دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه های مندرج در بند های فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی کاهش هزینه های بیماران خاص و صعب العلاج)

تبصره: جهت بیماران دیالیز صفاقی، محلول و ملزومات مصرفی بیماران در بخش بستری توسط سازمانهای بیمه گر پرداخت می گردد.

ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

۱. تزریق خون به بیماران تالاسمی: در بیماران تالاسمی هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ (با ارزش نسبی ۷ کا) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز توسط سازمان های بیمه گر به این بیماران ارائه می گردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

تبصره: در مواردی که تزریق خون با فراورده های خونی کدهای ۸۰۲۶۶۰ (با ارزش نسبی ۶ کا) یا ۸۰۲۶۷۶ (با ارزش نسبی ۵ کا) انجام پذیرد، به علت عدم نیاز به فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی باشد.

۲. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است. براساس فاکتورهای رسمی طبق ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی، تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد.

ادامه از صفحه قبل

۳. تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی: تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی به دو صورت انجام می شود:

الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم مصرفی مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ بابت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: هزینه دفروکسامین به ازای هر نوبت به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) هزینه لوازم مصرفی تزریق دفروکسامین در منزل در بیماران زیر ۱۵ سال معادل ۷ کای جز فنی دولتی و بالای ۱۵ سال معادل ۹ کای فنی می باشد. به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی (به شرح جدول زیر) به جز پمپ و آمپول دفروکسامین قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

اسکالپ وین	۲۵ عدد
سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
سرنگ ۲۰ سی سی بالای ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
چسب ضد حساسیت	یک حلقه
پد الکلی	۵۰ عدد

تبصره: به ازای هر ویال دفروکسامین، ۲ ویال آب مقطر در نسخه بیمار با حذف فرانشیز داده می شود.

۴. هزینه پمپ دفروکسامین: در صورت احراز خرید از سوی بیمار براساس فاکتورهای معتبر طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و براساس نرخ اعلامی سازمان های بیمه گر، به صورت ۱۰۰ درصد قابل پرداخت می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمانهای بیمه گر، هر ۳ سال یکبار امکانپذیر است.

تبصره: در صورت نیاز بیمار به پمپ در فاصله زمانی کمتر از ۳ سال با تایید ادارات کل استانی قابل پرداخت می باشد.

۵. هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص: در این بیماران مطابق با تعرفه گلوبال (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۶. هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای تالاسمی مینور: که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند، سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

۷. آزمایشات Anti HCV-Anti HBS-HBS Ag-Anti HIV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR انجام آزمایش فریتین، حداکثر دو بار در سال، سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا، سیکل تالاسمی و تالاسمی اینترمدیا، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول بند (۸) در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز است.

۸. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از موارد مندرج در جدول ذیل که در بخش سرپایی و بستری و بستری موقت به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد:

ردیف	نام دارو
۱	DEFEROXAMINE for inj ۵۰۰mg
۲	DEFRIPIRON Tab E.C.Tab ۵۰۰mg
۳	DEFERASIROX Tab ۵۰۰,۲۵۰,۱۲۵mg
۴	DEFERASIROX Tab(FC)۳۶۰,۱۸۰,۹۰mg
۵	قرص هیدروکسی اوره

تبصره: هزینه داروهای فوق با شرط بیمار خاص (بیماران سیکل تالاسمی و تالاسمی اینترمدیا) توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

د) تعهدات بیماران هموفیلی:

۱. داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (بطور رایگان) ارائه می گردد به شرح جدول ذیل می باشد:

ردیف	نام دارو
۱	Factor VII
۲	Factor VIII
۳	Factor VIII Vonwillebrand
۴	Factor IX
۵	Factor XIII
۶	PCC
۷	Feiba
۸	Fibrinogen
۹	Desmopressin

تبصره- پذیرش بیماران جدید در خصوص درمان بیماران هموفیلی با پروتکل ITI منوط به تامین منابع مالی و پروتکل درمانی ابلاغی و مصوب از وزارت بهداشت می باشد.

۲. تزریق فاکتور: هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی K۳ قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۳. تزریق خون و فراورده های خونی: هزینه تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و کد ملی ۳۰۲۳۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی K۳ قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۴. فیلتر خون: در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

۵. هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی: براساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۶ و کد ملی ۲۰۰۰۶۷ مشمول حذف فرانشیز می گردد.

۶. آزمایشات Anti HCV-Anti HBS-HBS Ag-Anti HIV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی HCV-PCR و انجام آزمایش تعیین سطح فاکتورهای انعقادی و سطح مهار کننده ۸ و ۹ بر (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۸. هزینه آزمایش ژنتیکی تشخیص پیش از تولد هموفیلی:

هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۱۰۱۱۲ و ۸۱۰۱۸۴ و ۸۱۰۲۶۲ (براساس دستورالعمل بیمه ای) و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: تا قبل از شروع به کار سیستم ارجاع مشاورین، سازمانهای بیمه گر براساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می نمایند.

۹. بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هر روش با کد ملی ۵۰۲۰۸۰ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۴ کا قابل محاسبه و پرداخت است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ادامه از صفحه قبل

ه) تعهدات بیماران MS:

۱. داروهای تخصصی:

در این بیماران داروهای تخصصی به شرح جدول ذیل مشمول کاهش فرانشیز می گردند:

ردیف	نام دارو
۱	Interfron B ۱b for inj ۳۰ MCG
۲	Interfron B ۱a for inj ۴۴ MCG/۵ ml
۳	Interfron B ۱a inj ۸million u/۱ ml
۴	Methyl prednisolone for inj ۵۰۰ mg
۵	Glatiramer acetate for inj, ۴۰,۲۰ mg/ml
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Natalizumab Amp
۸	Rituximab Vial ۱۰۰ mg, ۵۰۰ mg

که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردد. (براساس راهنمایی تجویز ابلاغی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

تبصره ۱- تشخیص ام اس منوط به تایید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

تبصره ۲- پرداخت هزینه داروی ریتوکسی مب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.

(با توجه به شش شش ۶۹۷۱۱۹۰۵-۱۴۰۰/۴/۱۵ شماره بخشنامه ۶۹۹/۱۴۰۰/۴۰۲۰ درخصوص بازنگری بسته خدمتی بیماران ام اس، بهای مورد قبول و فرانشیز داروهای تخصصی مورد مصرف در بیماران ام اس به شرح جدول زیر تغییر خواهد نمود.)

فرانشیز	قیمت	نام دارو	کد
۵٪	۱/۲۶۴/۰۰۰	AVONEX	۰۰۶۸۳
۵٪	۱/۳۸۰/۰۰۰	REBIF	۰۰۶۸۴
۵٪	۹۴۰/۵۰۰	BETAFERON	۰۰۶۸۵
۵٪	۹۴۰/۵۰۰	EXTAVIA	۱۶۷۷۰
۵٪	۱/۲۶۴/۰۰۰	CINNOVEX	۵۱۹۸۸

ادامه از صفحه قبل

و) تعهدات پیوند کلیه: ۱. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال- به جز داروهای ایمنوساپرسیو و Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG)- به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.

۱-۱- در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی ۵۰۰۰۹۰ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

۱-۲- در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی ۵۰۰۰۹۵ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

تبصره: هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعرفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.

۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از:

ردیف	نام دارو
۱	Ciclosporin Cap-Tab
۲	Ciclosporin infu
۳	Ciclosporin oral sol
۴	Mycophenolic acid cap-Tab
۵	Erythropoietin
۶	Anti Thymocyte immunoglobulin ۲۵۰ mg/۵ ml
۷	Anti Thymocyte immunoglobulin Amp ۲۵ mg
۸	Gancyclovir
۹	Cap-Tab Tacrolimus ۱ mg
۱۰	Cap-Tab Tacrolimus ۵ mg
۱۱	Tab-Cap Sirolimus ۱ mg
۱۲	busulfan

تبصره ۱: داروهای جدول فوق در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز صفر درصد (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره ۲: داروهای فوق در سایر موارد پیوند اعضا در زمان بستری (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ز) تعهدات شیمی درمانی: ۱. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، کد شیمی درمانی ۹۰۱۵۳۵ تا ۹۰۱۵۷۰ به طور رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (مابه التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است).

تبصره- ویزیت همزمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظ شدن در خدمت قابل پرداخت نمی باشد.

۲. هزینه خدمت آماده سازی هر داروی شیمی درمانی تزریقی و لوازم مصرفی آن در پرونده بستری موقت در بیمارستانها و مراکز سرپایی شیمی دزمانی دولتی، غیر دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه تا سقف تعیین شده در جدول زیر و مطابق کد ۹۰۲۰۱۰ و براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، به طور رایگان قابل محاسبه و پرداخت است و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (مابه التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است).

تبصره- داروساز بالینی یا پزشک درمانگر مسولیت حرفه ای آماده سازی دارو را عهده دار خواهد بود.

تبصره- انواع بسته های مختلف برای نحوه و شرایط آماده سازی دارو و جزئیات کای فنی، حرفه ای و هزینه تجهیزات مصرفی به شرح زیر است. در خصوص بسته های ۷ تا ۹ پرداخت ها توسط سازمان های بیمه گر صورت می گیرد. در خصوص سایر بسته ها، با تایید مشخصات هر مرکز توسط معاونت درمان و پس از تعیین سه ماه زمان برای آماده سازی میلی گرمی دارو، پرداخت ها توسط سازمانهای بیمه گر صورت می گیرد. در غیر این صورت روال پرداخت مطابق بسته های ۷ تا ۹ خواهد بود. در صورت آماده سازی میلی گرمی دارو، مشوق هایی از جمله پرداخت های زودتر بیمه ای توسط سازمانهای بیمه گر صورت خواهد گرفت.

بسته	تجهیزات سرمایه ای پایه	تجهیزات سرمایه ای مکمل	تجهیزات مصرفی	کای حرفه ای	کای فنی	کای تجهیزات مصرفی	کای کل
۱	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱،۸	۲،۳	۳،۳	۷،۳
۲	ایزولاتور	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱،۷	۱،۴	۳،۳	۶،۴
۳	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱،۶	۱،۱	۳،۳	۶
۴	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	----	سیستم بسته	۱،۵	۱۰۷	۳،۳	۶،۵
۵	ایزولاتور	----	سیستم بسته	۱،۴	۱	۳،۳	۵،۷
۶	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	----	سیستم بسته	۱،۳	۰،۵	۳،۳	۵،۱
۷	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت ایمن: BSC)	----	روش غیر بسته	۱،۲	۱،۷	۱	۳،۹
۸	ایزولاتور	----	روش غیر بسته	۱،۱	۱	۱	۳،۱
۹	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	----	روش غیر بسته	۱	۰،۵	۱	۲،۵

ادامه از صفحه قبل

جدول ملزومات:

ملزومات	تعداد
آنژیوکت	۲
ست سرم رنگی ساده	۱
سرنگ ۲ سی سی	۳
سرنگ ۵ سی سی	۳
سرنگ ۱۰ سی سی	۲
سرنگ ۲۰ سی سی	۲
پنبه	به مقدار لازم
چسب	به مقدار لازم
الکل	۱۵ سی سی
دستکش لاتکس	۲ جفت
ماسک فیلتردار	۲
دستکش یکبار مصرف	۳ جفت
سه راهی	۱
گاز استریل	۲

۲. هزینه کارگذاری پورت (شیمی درمانی دایم ۳۰۲۴۳۵) براساس کتاب ارزش نسبی به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سامان بیمه گر می باشد).

۳. هزینه سوزن پورت یک عدد در هر بار شیمی درمانی قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۴. هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت های اعلامی سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

(ز) تعهدات رایوتراپی و براکی تراپی:

۱. هزینه خدمت رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵ و خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵ در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت به طور ۱۰۰ درصد (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است).

ادامه از صفحه قبل

۲. هزینه ماسک های رادیوتراپی صرفاً ناحیه سر و گردن براساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و براساس فاکتور رسمی طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی قابل پرداخت است.

۳. هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیاال براکی تراپی براساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و قابل پرداخت است.

تبصره : مقرر گردید انجام رادیوتراپی حین جراحی برای پستان به روش Full dose با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش بیمه های پایه قرار گیرد.

تبصره :در خصوص انجام رادیوتراپی حین جراحی برای پستان Boost ، با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به بار مالی آن، مقرر گردید کاهش ۴۶ کا از مجموع کای حرفه ای خدمت رادیوتراپی حین جراحی با روش اشعه ایکس و الکترون (کدهای ۷۰۵۶۱۰ و ۷۰۵۶۱۵).

ش ش ۶۹۸۵۷۸۵۵-۲۲/۴/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۷۶۶/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: حذف برخی از کدهای کتاب ارزش نسبی

خدمت با کد ملی ۹۰۱۵۶۰ با شرح کد "تجویز شیمی درمانی به داخل CNS و داخل نخاعی شامل پونکسیون" حذف نگردیده و کما فی السابق قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۷۰۶۸۸۵۳۷-۱۳/۵/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۸۸۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: تغییرات قیمت پودر بی کربنات

قیمت پودرهای بیکربنات مورد مصرف به هنگام انجام همودیالیز، از تاریخ ۱۴۰۰/۴/۱۱ در سامانه پورتال معاونت درمان به روز رسانی گردیده است.

نام محصول	قیمت مصوب (ریال)
RENABAG BICARBONATE ۶۵۰ G POWDER	۵۶۵،۰۰۰
RENACART BICARBONATE ۶۵۰ G POWDER	۵۱۷،۵۰۰
RENACABAG S BICARBONATE ۶۵۰ G POWDER	۵۹۰،۰۰۰

دستورالعمل ها و بخشنامه های دیالیز و بیماران خاص

ش ۷۱۶۶۱۹۶۹-۱۴/۶/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۱۱۶

موضوع: اصلاح تعرفه دیالیز و همودیالیز در بخش های خیریه و موقوفه

ردیف	کد خدمت	عنوان	مبلغ تعرفه (ریال)
۱	۹۰۰۱۴۰	گلوبال - نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد - ۶ جلسه اول)	۵/۶۶۹/۴۰۰
۲	۹۰۰۱۴۵	گلوبال - همودیالیز مزمن	۵/۴۲۷/۶۰۰

ش ۶۹۰۴۷۱۹۹-۱۴/۱۲/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۲۹۹

موضوع: تعرفه پودر، محلول و ست همودیالیز

محاسبه و پرداخت مابه التفاوت هزینه ملزومات مصرفی (کد ۶۶۶۷۶) از ابتدای سال جاری لغایت تاریخ اعمال قیمت در پورتال معاونت درمان (۱۴۰۰/۴/۱۴) به صورت دستی شامل یک عدد ست و صافی و دو عدد سوزن بطور گلوبال معادل ۱/۲۹۱/۵۰۰ ریال (یکصد و بیست و نه هزار و یکصد و پنجاه تومان) و هزینه پودر بیکربنات و محلول دیالیز در قالب قیمت های مصوب تفاهم نامه دارویی، مطابق با ضوابط و مقررات بلامانع است.

با توجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۱/۷۲ مورخ ۱۴۰۱/۱/۱۷ با شماره شناسه ۷۹۶۴۱۱۲۴ قیمت های جدید اعلامی محلولهای همودیالیز به شرح ذیل می باشد.

کد ژنریک	نام ژنریک	قیمت (ریال)
۷۱۹۶	HEMODIALYSIS CONCENTRATED II ACIDIC SOLUTION	۶۹۳۴۰۰
۷۱۹۷	HEMODIALYSIS I SOLUTION	۶۹۳۴۰۰
۷۱۹۸	HEMODIALYSIS CONCENTRATED II SOLUTION	۶۹۳۴۰۰
۵۱۵۰۲	HEMODIALYSIS CONCENTRATED I ACIDIC SOLUTION	۶۹۳۴۰۰
۵۱۵۰۴	HEMODIALYSIS CONCENTRATED III ACIDIC SOLUTION	۶۹۳۴۰۰
۷۵۴۳	HEMODIALYSIS CONCENTRATED III SOLUTION	۶۹۳۴۰۰

ش ش ۱۷۱۸۷۶-۸۷/۹/۱۱-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۱۸۱

موضوع: قرارداد پاراکلینیک

عقد قرارداد و همکاری با واحد های پاراکلینیک مستقر در بیمارستان های غیر طرف قرارداد با شرایط زیر امکان پذیر است:

مجوز و پروانه تاسیس مستقل داشته باشد.

در غیر اینصورت:

۱. خدمت خاصی را ارائه نموده و رفرانس باشد.
۲. ارائه خدمت در ایام تعطیل و شبانه روزی
۳. وضعیت جغرافیایی مرکز و دسترسی بیمه شدگان به تسهیلات

ش ش ۴۶۶۶۹۶-۸۸/۱/۲۹-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۲۳۵۷

موضوع: تست تعادل سرگیجه - تست خواب - خدمات دندانپزشکی

- Fall Test (تست تعادل و سرگیجه) در تعهد نمی باشد.

- تست خواب در تعهد نمی باشد.

- خدمات دندانپزشکی در بخش بستری برای افراد خاص (کودکان معلول) قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۶۹۷۷۴۸-۸۹/۵/۱۲-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۵۴۹۰

موضوع: نیاز سنجی استان به خدمات موسسات

قبل از ارسال درخواست عقد قرارداد با موسسات به منظور نیاز سنجی استان و تعیین قرار داشتن بودجه مورد نظر در محدوده اعتبارات و بودجه ، جدول مربوطه تکمیل شود (جدول پیوست بخشنامه).

ش ش ۱۰۲۶۳۷۲-۹۰/۵/۱۸-شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۸۹۷

موضوع: بیمه مکمل سازمان

بیمه مکمل سازمان در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ش ش ۱۵۵۹۱۵۲-۹۲/۶/۲۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۱۰۸

موضوع: آماده سازی اسناد

اسناد در دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی حداکثر ظرف ۶۰ روز آماده پرداخت گردد. (با توجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۲۹۷ مورخه ۹۴/۱۰/۲۷ به ش ش ۵۸۸۱۵۳۷ زمان آغاز تا پایان فرایند رسیدگی به اسناد نبایستی بیش از ۳ ماه باشد)

ش ش ۱۷۶۸۱۶۹-۹۲/۸/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۴۷۱

موضوع: سوابق بیمه شده برای تعویض مفصل

جهت انجام برخی امور پزشکی از جمله به هنگام تعویض مفصل، سوابق بیمه شده از سامانه مشاهده سوابق بیمه شده جهت امور درمان قابل استناد می باشد.

ش ش ۱۸۰۷۰۳۳-۹۲/۸/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۲/۱۵۶۶

موضوع: عدم پرداخت هزینه درمانی با مدارک کپی برابر اصل

به منظور جلوگیری از پرداخت های مضاعف، هر گونه پرداخت هزینه درمان به بیمه شدگان بر اساس کپی برابر اصل مدارک ممنوع است.

ش ش ۳۱۷۹۰۳۰-۹۳/۶/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۱۱۸۵

موضوع: نحوه عقد قرارداد با کلینیک های ویژه

در خصوص کلینیک های ویژه دانشگاه نیاز به عقد قرارداد جدید نبوده و رعایت تعرفه دولتی ضروری میباشد.

ش ش ۳۰۲۵۱۶۵-۹۳/۶/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۳/۱۳۶۲

موضوع: قراردادن لیست جدید بیمارها در MIS

با توجه به الزام بیمارستان های دانشگاهی به استقرار MIS از پذیرش اسناد فاقد فایل الکترونیک روکش اسناد بیمارستانی ، از آذرماه سال جاری خودداری گردد.

ش ش ۴۹۱۷۷۰۱-۹۴/۵/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۹۹۹

موضوع: عبارت "براساس پروتکل ابلاغی" - کار درمانها - تست آلرژی - کدهای سه جزئی - کدهای انتقال خون

کدهایی که در متن آن عبارت " بر اساس پروتکل ابلاغی" قید شده است، تا زمان ابلاغ راهنما، غیر قابل پرداخت است. خدمات کاردرمانی در تعهد نمی باشد. -تست آلرژی در تعهد نمی باشد- در کدهای سه جزئی، جزء سوم به عنوان استهلاک بوده و مجدداً به صورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد. -کدهای مربوط به سازمان انتقال خون در دست بررسی بوده و فعلاً در تعهد نمی باشد. (خدمات انتقال خون با توجه به بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۵۶-۹۴/۸/۱۶ در تعهد قرار گرفت)

ش ش ۵۱۶۴۹۵۴-۹۴/۶/۲۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۵۲۰۹

موضوع: کدهای منوط به گاید لاین تا زمان ارائه راهنما

کدهایی از کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت که در شرح آنها به دستورالعمل یا استاندارد ابلاغی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اشاره گردیده است، تا زمان ابلاغ مراتب از سوی شورای عالی بیمه سلامت غیر قابل محاسبه و پرداخت می باشند.

ش ش ۵۴۷۷۸۱۴-۹۴/۸/۱۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۱۷۵۶

موضوع: خدمات انتقال خون

خدمات انتقال خون تا تعیین تکلیف نهایی بر اساس مصوبه هیئت دولت در تعهد قرار گرفت.

ش ش ۶۰۶۲۵۲۶-۹۴/۱۱/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۴/۲۵۸۰

موضوع: تعرفه خدمات انتقال خون

۱- فرآورده ها و خدمات انتقال خون بر اساس کدهای ۸۰۲۶۵۲ الی ۸۰۲۶۷۸ کتاب ارزش نسبی تا اطلاع ثانوی قابل محاسبه و پرداخت است.

۲- هزینه های اضافی با عناوین مختلف همچون کیسه خون و ... قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (با توجه به لیست تجهیزات سال ۱۳۹۶، کیسه خون قابل پرداخت میباشد)

۳- صورتحساب خدمات در پرونده بستری مدارک مثبت و در بیماران سرپایی در صورتحساب درمانگاهی ارائه می شود.

ش ش ۷۲۷۸۷۹۴-۹۵/۶/۸-۹۵/۱۲۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۲۱۹

موضوع: تعرفه های اعمال در تعهد قرار گرفته پیوند

برای پیوند کبد، قلب، ریه، روده و پانکراس: K ۳۰۰۰ به صورت گلوبال بابت هزینه های فنی (هتلینگ، پاراکلینیک)، دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل توسط سازمانهای بیمه گر پایه پرداخت می شود.

برای پیوند مغز استخوان (BMT): K ۱۷۰۰ به صورت گلوبال بابت هزینه های فنی (هتلینگ، پاراکلینیک)، دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل توسط سازمانهای بیمه گر پایه پرداخت می شود.

برای فراهم آوری اعضای پیوندی: K ۴۰۰ به صورت گلوبال بابت هزینه های فنی (هتلینگ، پاراکلینیک)، دارو و لوازم مصرفی بخش و اتاق عمل توسط سازمانهای بیمه گر پایه پرداخت می شود.

هزینه های حق الزحمه تیم پزشکی برای پیوند کبد، قلب، ریه، روده، پانکراس، مغز استخوان و برای فراهم آوردن اعضای پیوند که شامل جراحی، بیهوشی، ویزیت و مشاوره میباشد، به طور کامل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت خواهد شد.

به منظور رایگان شدن تمام هزینه های مرتبط پیوند اعضا نظیر محلول نگهداری و کیسه عضو، بالن پمپ و... توسط هیئت امنا به واحدهای فراهم آوری اعضا پرداخت میشود.

کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی سرپایی و بستری پس از پیوند مشابه سایر بیماران تحت پوشش سازمان بیمه گر می باشد.

ش ش ۲۷۱۵۷۰۳۶-۹۷/۷/۱-۹۷/۱۲۲۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۲۲۶

موضوع: دستورالعمل های سازمان

ملاک عملکرد دفاتر اسناد پزشکی، بخشنامه های صادره از سازمان میباشد همچنین دستورالعمل های سازمان مطابق با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت میباشد، لذا رعایت و عمل به آن خللی در ارائه خدمات ایجاد نمی نماید.

ش ش ۳۰۴۹۳۹۹۰-۹۷/۸/۲۴-۹۷/۱۷۵۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۵۹

موضوع: کرایوترایی

هزینه خدمت کرایوترایی با کد ۱۰۰۶۲۰ در موارد غیر زیبایی و تعهد بیمه پایه، در یک جلسه فقط یکبار کد کرایو قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۳۰۶۷۹۶۴۸-۹۷/۸/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۷۸۳

موضوع: جزء فنی

خدمات دارای یک ارزش نسبی که در اتاق عمل و در بخش دولتی انجام میشود ، ۴۰٪ بعنوان جزء فنی لحاظ شود.

ش ش ۳۱۵۳۲۱۳۶-۹۷/۹/۱۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۲۰

موضوع: شنوایی سنجی

خدمات ارائه شده توسط کارشناسان شنوایی سنجی در قالب رشته تخصصی مذکور به میزان ۵۰٪ تعرفه کتاب ارزش نسبی در موسسات درمانی تابعه دانشگاه قابل پرداخت میباشد.

ش ش ۳۱۴۷۱۶۳۲-۹۷/۹/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۱۹۶۹

موضوع: ادیومتری و تمپانومتری

انجام خدمت ادیومتری و تمپانومتری توسط کارشناس، معادل ۵۰ درصد یک کا و براساس کدهای موجود در کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت است.

ش ش ۳۳۱۱۵۷۲-۹۷/۱۰/۱۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۰۹۱

موضوع: خدمات دارای شرح کد یکسان

نحوه پرداخت خدمات دارای شرح کد یکسان و ارزشهای نسبی متفاوت، از جمله کد ۳۰۰۲۱۵ و ۳۰۰۲۰۵، کد ۵۰۰۰۶۵ و ۵۰۰۰۶۰، کد ۶۰۰۳۴۵ و ۶۰۰۳۵۰ و سایر موارد مشابه، بایستی پرداخت ها براساس کدهای با حداقل ارزش نسبی اقدام شود.

ش ش ۴۰۲۹۱۷۵۵-۹۸/۳/۲۸ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۵۸۰

موضوع: انجام TPN (محیطی یا مرکزی)

هزینه خدمت تهیه و آماده سازی محلولهای تزریقی تغذیه ای (TPN) با کد ۹۰۱۷۳۰ بعلت عدم تدوین و ابلاغ استاندارد این خدمت تا اطلاع ثانوی قابل پرداخت نمیشود.

ش ش ۴۳۵۹۷۳۵۲-۹۸/۶/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۱۲۱

موضوع:تأخیر تادیه مطالبات دانشگاههای علوم پزشکی

سازمان بعلت عدم نقدینگی کافی وعدم پرداخت مطالبات از سوی دولت، مکلف به پرداخت خسارت ناشی از تأخیر تادیه مطالبات مراکز مزبور نمی باشد.

ش ش ۴۴۳۹۶۶۷۰-۹۸/۷/۶ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۱۳۶۰

موضوع:عقد قراردادبا داروخانه های خصوصی در بیمارستانهای آموزشی

در خصوص تاسیس داروخانه های خصوصی در مراکز آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی به آگاهی می رساند در صورت ارائه مجوزهای قانونی ورعایت ضوابط تاسیس داروخانه های خصوصی ،انعقاد قرارداد جدید با داروخانه های موصوف به شرط رعایت بودجه واعتبارات قانونی بطور کلی بلامانع می باشد.

ش ش ۵۰۴۷۶۵۷۸-۹۸/۱۱/۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۴۳

موضوع:اخذ کدرهگیری و ثبت اصالت دارو

پیگیری هر گونه اختلال در اخذ کد رهگیری و ثبت اصالت دارو و دریافت و اصلاح اطلاعات GLN داروخانه ها از طریق پیام رسان "بله" (به آدرس کانال پشتیبانی طرح در پیام رسان بله:ttac-insurances@، لینک عضویت در کانال پشتیبانی طرح در پیام رسان بله:http://ble.im/MWZjMjUZY۲، اکانت پشتیبان در پیام رسان بله:esalatbimeh@ امکانپذیر است. خواهشمند است دستور فرمائید اطلاع رسانی لازم به داروخانه های طرف قرارداد انجام پذیرد .

کانال تلگرامی به نام: طرح اتصال TTAC

ش ش ۵۰۵۱۷۶۸۶-۹۸/۱۱/۱۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۲۷۸

موضوع:درج زمان شروع و پایان جراحی

براساس تبصره کد تعدیلی ۴۴دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه، جهت کلیه اعمالی که در اتاق عمل انجام می شود، درج زمان شروع وپایان عمل با تایید جراح الزامی است. در صورت عدم درج زمان، ضمن گزارش کتبی به مرکز مربوطه(به تفکیک شماره پرونده یا در صورت امکان نام پزشک)، ۱۰ درصد حق العمل جراح به صورت غیر قابل برگشت کسر می گردد.

ش ش ۵۱۳۳۰۲۷۱-۹۸/۱۱/۲۳ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۳۵۱

موضوع: تهاتر مراکز درمانی غیر دانشگاهی

انجام تهاتر با کلیه مراکز درمانی غیر دانشگاهی بلامانع است.

ش ش ۵۳۵۱۸۵۳۸-۹۹/۲/۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۱۵

ش ش ۴۹۶۱۹۵۶-۹۴/۵/۱۳ شماره بخشنامه ۱۰۰۰/۹۴/۴۹۵۱

موضوع: ممنوعیت استفاده از پیام رسان های غیر بومی

هرگونه فعالیت و ارائه خدمات در قالب گروه، کانال، ربات و یا موارد مشابه به منظور اطلاع رسانی، روابط عمومی، تبلیغاتی، ارائه خدمات الکترونیکی، مکاتبات اداری، در پیام رسان های غیر بومی از جمله تلگرام، واتس آپ و... ممنوع می باشد. استفاده از نرم افزارهای پیام رسان خارجی در نشر و اشتراک گذاری اطلاعات سازمان ممنوع می باشد. تخطی تخلف اداری بوده و قابل پیگیری از سوی مراجع قضایی است.

ش ش ۵۳۵۶۸۰۹۶-۹۹/۲/۹ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۴

موضوع: پرداخت هزینه های خسارت متفرقه درمان به حساب متوفی

پرداخت هزینه های خسارت متفرقه درمان در مواردیکه بیمه شده اصلی در قید حیات نبوده و امکان ارائه مدارک انحصار وراثت نیز مقدور نمی باشد، واریز کردن مطالبات نقدی متوفی به حساب بانکی وی مجاز می باشد.

ش ش ۵۳۵۸۳۲۶۱-۹۹/۳/۱۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۲۸۷

موضوع: مغایرت دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه های پایه با کتاب ارزش نسبی خدمات و بخشنامه های سازمان

در صورت مشاهده مغایرت کتاب ارزش نسبی ویرایش سوم سال ۱۳۹۶ و آخرین نسخه دستورالعمل مذکور در سال ۱۳۹۴، اولویت اجرا با کتاب ارزش های نسبی می باشد. همچنین بخشنامه هایی که بعد از ویرایش سوم کتاب ارزش نسبی سال ۱۳۹۶ ابلاغ شده اند ملاک عمل هستند.

ش ۵۵۳۸۸۳۹۸-۹۹/۴/۲ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۰۶

موضوع: پیوند کلیه

آن دسته از بیمارستان هایی که با هیئت امنای ارزی قرارداد دارند می بایست ماهیانه پرونده های پیوند کلیه را در اسرع وقت (قبل از ارسال به هیات امنای) جهت رسیدگی به دفاتر اسناد پزشکی ارسال نموده تا دفاتر مذکور نیز پس از رسیدگی و کارشناسی اسناد مربوطه، لیست و مبلغ نهایی تایید شده را به هیات امنای ارزی تحویل نمایند و در مورد بیمارستانهایی که با هیئت امنای ارزی قرارداد ندارند، مطابق روال جاری، هزینه اسناد پیوند کلیه پس از کارشناسی ناظر بیمارستانی، از طریق دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی محاسبه و پرداخت گردد.

ش ۵۶۸۹۹۳۴۴-۹۹/۵/۴ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۵۹۷

موضوع: مدت زمان رسیدگی به اسناد بستری و سرپایی

استاندارد مدت زمان رسیدگی به اسناد بستری کمتر از ۹۰ روز (نود روز) و سرپایی کمتر از ۶۰ روز (شصت روز) می باشد.

ش ۵۸۹۹۵۳۵۰-۹۹/۶/۲۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۸۷

موضوع: هزینه درمان بیماران مبتلا به کوید-۱۹ در مراکز غیر دانشگاهی

در خصوص هزینه درمان بیمه شدگان مبتلا به بیماری کوید-۱۹ که به مراکز غیر دانشگاهی طرف قرارداد و یا طرف قرارداد (که صورت حساب آن به واحد خسارت متفرقه ارائه می گردد) مراجعه می نمایند در شمول تعهد سازمان می باشد.

ش ۶۰۱۶۷۹۲۴-۹۹/۷/۲۷ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۶۳

موضوع: تعهد بیمه ای روش درمانی هموپرفیوژن جهت بیماران مبتلا به کووید-۱۹

روش درمانی استفاده از هموپرفیوژن در درمان بیماران مبتلا کووید-۱۹ در حال حاضر در تعهد سازمان نمی باشد.

ش ۶۱۷۰۷۵۱۰-۹۹/۹/۱ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۸۹۰۳

موضوع: استناد به امضاء الکترونیک نامه های دارای بار مالی

امضاء الکترونیک نامه های دارای بار مالی که از طریق سیستم گام صادر می گردد، نیاز به امضاء فیزیکی نامه های مذکور نمی باشد.

ش ۴۷۵۵۸-۶۲۰۴۷۵۵۸/۹۹/۱۰-۹۹/۱۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۲۹۱

موضوع: پذیرش نسخ با کد ملی

داروخانه های طرف قرارداد ضمن پذیرش نسخ کاغذی تجویز شده از سوی پزشکان، نسبت به ثبت آن در پورتال معاونت درمان از طریق منوی "تائید نسخ با کد ملی" اقدام نمایند.

همچنین مراکز پاراکلینیک نیز پس از اخذ استحقاق درمان بیمه شدگان و درج کد پیگیری در ظهر نسخه نسبت به پذیرش نسخ مذکور اقدام نموده و لیست نسخ مربوطه از سوی داروخانه ها و مراکز پاراکلینیک به شکل جداگانه تنظیم و به مدیریت درمان استان ارسال گردد.

ش ۶۶۰۶۶۰-۶۶۸۶۰۶۶۰/۱۴۰۰/۲۴-۱۴۰۰/۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۱۳۴

موضوع: نام فایل و فرمت طرح حمایت مالی از بیمه شدگان

ثبت برگه های صورتحساب بیماران مشمول طرح حمایت مالی از بیمه شدگان همچنین صورتحساب بیماران خاص، فوت شده، بستری در ICU، RCU، NICU، ارجاعی و واگذاری که مشمول طرح مذکور هستند در فایلی تحت نام "Hosdisc" کد ۷۰۲۱ و عنوان "خدمات حفاظت مالی" با سهم سازمان ۱۰۰٪ مطابق با جدول زیر انجام پذیرد.

عنوان	نوع مرکز	شماره Hosdisc	درصد فرانشیز
بیمار بالای ۶۵ سال	مراکز ملکی، واگذاری، دولتی-دانشگاهی سراسر کشور	•	•
بیمار زیر ۶۵ سال	در مراکز دولتی-دانشگاهی مشمول طرح حمایت	•	•
بیمار زیر ۶۵ سال	در مراکز واگذاری مشمول طرح حمایت (شامل بخش های اولیه و احداث شده پس از واگذاری)	•	•

ش ۱۲۲۵-۶۷۶۰۱۲۲۵/۲/۱۲-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۴۰۰/۲۷۰

موضوع: ارجاع به خارج از بیمارستان

با عنایت به تبصره دوم بند (ت) مصوبه هیات محترم وزیران در خصوص تعرفه خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی در سال ۱۴۰۰، بند (۶) تفاهم نامه سه جانبه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان تامین اجتماعی و نامه شماره ۱۳۵۱۸/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۹/۷/۲۳ معاونت درمان وزارت بهداشت ارجاع بیماران جهت تهیه و خرید دارو، لوازم مصرفی پزشکی و خدمات پاراکلینیک را ممنوع اعلام کرده است.

ش ش ۴۰۵۰/۱۴۰۰/۳۳۷ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۳/۲۰-۶۸۸۸۰۸۰۴

موضوع: تعرفه های تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۰

تعرفه جزء فنی کدهای با علامت (#) و کدهای (۸ و ۷) کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، تا اطلاع ثانوی ملاک عمل تصویب نامه شماره ۵۷۳۲/ت/۵۸۶۶۶ مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳ هیات محترم وزیران بوده و در صورت هر گونه تغییر احتمالی مراتب اطلاع رسانی خواهد گردید.

ش ش ۱۰۰۰/۱۴۰۰/۲۴۸۸ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۳/۲۶-۶۸۵۸۷۵۸۵

موضوع: اشتغال ناظرین بیمارستانی در روزهای تعطیل

نظر به اینکه خدمت رسانی به هنگام و بدون وقفه به بیمه شدگان و مستمری بگیران محترم سازمان در بیمارستان های طرف قرارداد سازمان، مستلزم حضور و انجام وظیفه ناظرین بیمارستانی در تمامی ایام هفته می باشد، بدینوسیله نحوه اشتغال و جبران خدمات کارکنان موصوف در روزهای تعطیل به شرح ذیل ابلاغ می گردد:

الف: مشمولین: صرفاً ناظرین بیمارستانی که مطابق برنامه تدوین شده در روزهای تعطیل موظف به حضور در مراکز طرف قرارداد و انجام وظایف محوله می باشند.

ب: تایید کارکرد و جبران عملکرد: مطابق برنامه تدوینی و براساس کارکرد تایید شده توسط مقام ذیربط، ماهانه حداکثر تا سقف ۳۵ ساعت اضافه کار ایام تعطیل قابل پرداخت خواهد بود.

ش ش ۴۰۰/۱۴۰۰/۲۷۰ شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۴/۲۷-۷۰۱۹۳۳۳۸

موضوع: تامین هزینه پیاده سازی Api در نرم افزارهای بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی

تامین هزینه پیاده سازی Api برعهده شرکت های تولید کننده نرم افزار بیمارستانی بوده و سازمان تعهدی در قبال این موضوع ندارد.

ش ش ۷۰۲۶۸۱۶۹-۴/۲۸-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۵۰۸/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: شاخص های مربوط به مدت زمان رسیدگی

در خصوص شاخص های مربوط به مدت زمان رسیدگی، با توجه به زمان بر بودن اجرای کامل پروژه نسخه الکترونیک، HIS و....، مدت زمان ۹۰ روز و کمتر جهت صورت حسابهای بستری و ۶۰ روز و کمتر، جهت صورت حسابهای سرپایی و خسارت متفرقه منظور گردد.

بدیهی است کاهش در مدت زمان رسیدگی به پرونده ها (بستری، سرپایی و خسارت متفرقه) در رتبه بندی مدیریت های درمان به عنوان امتیاز مثبت در نظر گرفته خواهد شد.

ش ش ۷۱۲۰۰۳۸۶-۶/۲۱-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۱۵۶/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: مدارک مورد نیاز جهت احراز هویت

تا استقرار کامل سامانه های مکانیزه مقتضی است ناظرین یا نمایندگان جانشین آنها جهت هویت سنجی بیماران در مراکز طرف قرارداد، اصل برگ دستور بستری حاوی نام، نام خانوادگی، شماره ملی بیمار و (HID) اخذ شده را در هنگام فرایند احراز هویت بعنوان مدرک مثبته رویت و در صورت تطابق با مدارک هویتی بیمار آن را مهر و امضاء نمایند، بنابراین نیازی به اخذ کپی شناسنامه، کارت ملی یا صفحه اول دفترچه درمانی جهت الصاق به پرونده بیمار نمی باشد.

ش ش ۷۲۳۰۱۲۹۵-۶/۲۹-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۱۲۰۹/۱۴۰۰/۴۰۲۰

ش ش ۷۰۹۵۰۶۲۶-۵/۱۹-۱۴۰۰ شماره بخشنامه ۵۹۵/۱۴۰۰/۴۰۵۰

موضوع: بانک شیر مادر

در خصوص تعرفه ارایه خدمت در بانک شیر مادر جهت نوزادان نارس در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان، با کد ۹۶۰۰۰۰ به ازای هر یکصد (۱۰۰) سی سی شیر، پانصد و شصت و چهار هزار (۵۶۴/۰۰۰) ریال برای سال ۱۴۰۰ تعیین می گردد. نود درصد (۹۰٪) تعرفه این خدمت به مدت یک سال تحت پوشش سازمانهای بیمه گر پایه است.

پوشش بیمه ای منوط به اعلام لیست مراکز منتخب و ارائه دستورالعمل از سوی وزارت بهداشت می باشد.

ش ش ۶۲۲۸۵۹۲۱-۱۴۰۰/۷/۲۵-شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۶۵۸۳

موضوع: پرداخت کمک هزینه پروتز و اورتوز

با توجه به راه اندازی سرویس غیر حضوری پرداخت کمک هزینه پروتز و اورتوز در قالب طرح ۳۰۷۰، متقاضیان بهره مندی از حمایت مذکور می توانند از طریق مراجعه به سامانه خدمات غیر حضوری سازمان تامین اجتماعی به نشانی es.tamin.ir و با ورود به منوی بیمه شدگان/حمایتهای کوتاه مدت/ درخواست کمک هزینه پروتز و اورتوز نسبت به ثبت درخواست و بارگذاری مدارک مربوطه (گواهی تجویز پزشک و فاکتور خرید و مستندات تشخیصی و درمانی مورد استناد پزشک معالج و حسب مورد کارت گارانتی) اقدام نمایند.

پرداخت کمک هزینه مربوط به اقلام پروتز و اورتوز کمتر از ۲۰۰ هزار تومان و همچنین عینک طبی بدون نیاز به رویت اصل مدارک بارگذاری شده توسط متقاضی در صورت احراز شرایط قانونی بلامانع خواهد بود.

ش ش ۷۳۶۴۹۵۹۱-۱۴۰۰/۸/۱۵-شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۵۲۴

ش ش ۷۳۰۷۰۴۶۶-۱۴۰۰/۷/۱۸-شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۳۳۴

موضوع:مدارک مورد نیاز جهت احراز هویت

احراز هویت بیماران با استفاده از مدارک مستند شامل کارت ملی، شناسنامه و یا جلد دفترچه درمانی بیمار در زمان ارائه خدمات تشخیصی و درمانی(به غیر از موارد اورژانس)ضروری می باشد. لذا جهت جلوگیری از خطاهای احتمالی در زنجیره پذیرش تا ترخیص بیمار، رویت کارت شناسایی عکس دار(جهت افراد زیر ۱۸ سال ارائه مدرک شناسایی معتبر) حاوی کد ملی توسط درمانگر و متصدی پذیرش ضروری بوده و اخذ کپی با رعایت مفاد دستورالعمل معاون محترم رییس جمهور و رییس سازمان اداری و استخدامی کشور "چنانچه دریافت کپی مدارک هویتی در ارائه خدمات ضرورت دارد، دستگاه اجرایی موظف است راسا نسبت به تهیه رونوشت(کپی برداری)از مدارک هویتی خدمت گیرندگان بدون دریافت هزینه(به صورت رایگان) اقدام نماید و از درخواست رونوشت از خدمت گیرندگان اجتناب گردد"، صرفا محدود به مواردی است که ناظر تشخیص می دهد.

ش ش ۶۸۵۴۰۸۷۰-۱۴۰۰/۸/۲۵-شماره بخشنامه ۱۴۰۰/۱۴۰۰/۱۵۷۳

موضوع:انجام اعمال جراحی غیرمجاز در مراکز جراحی محدود

جراحی های لفورت فک و سندرم صورت دراز در لیست اعمال مجاز مراکز جراحی محدود نمی باشد، لذا جهت مراکز جراحی محدود طرف قرارداد قابل محاسبه و پرداخت نیست. محاسبه و پرداخت هزینه خدمات مذکور از طریق واحد خسارت متفرقه(و موارد مشابه که انجام آن در مراکز یاد شده مجاز نیست)، ضمن اطلاع رسانی به دانشگاه علوم پزشکی مربوطه جهت انجام اقدامات انضباطی مرتبط (به همراه مستندات)، بلامانع است.

ش ۷۴۵۰۷۵۷۹-۱۴۰۰/۹/۷ شماره بخشنامه ۱۶۶۳/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: نحوه تنظیم اسناد پرونده بستری بیماران کرونایی

در خصوص تنظیم اسناد پرونده برای بیماران کووید ۱۹ جهت تزریق رمدسیویر مقرر گردید به طور کلی برای هر دوره درمان یک پرونده تشکیل و تمام مراحل درمان در روزهای مختلف در قالب یک پرونده از سمت بیمارستانهای مجری به سازمان های بیمه گر پایه جهت پرداخت تحویل گردد.

ش ۷۵۱۰۴۰۵۳-۱۴۰۰/۹/۱۳ شماره بخشنامه ۱۷۰۴/۱۴۰۰/۴۰۲۰

موضوع: الزام ثبت و پذیرش نسخ الکترونیک

پذیرش، محاسبه و پرداخت هزینه نسخ پزشکان، دارو و پاراکلینیک از تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱ صرفاً بصورت الکترونیک مجاز می باشد.

ش ۷۷۷۸۷۲۵۸-۱۴۰۰/۱۱/۲۰ شماره بخشنامه ۶۲۹۸/۱۴۰۰/۴۰۱۰

موضوع: اعتبار برگه های تایپ شده در پرونده های پزشکی

استفاده از برگه های تایپ شده در پرونده های پزشکی به شرط آنکه مهر و امضای شخص صاحب نوشته ذیل در آن قید شده باشد هیچ تفاوتی با متن دست نویس مندرج در پرونده ندارد و از این حیث متن تایپ شده دارای همان اثر حقوقی و قانونی می باشد.

ش ۷۸۱۴۳۰۰۵-۱۴۰۰/۱۲/۱۵ شماره بخشنامه ۱۲۵۹/۱۴۰۰/۴۰۰۰

موضوع: هزینه های ضرب و جرح

۱- در خصوص موارد مشمول پرداخت هزینه های ناشی از ضرب و جرح اشاره شده در ضوابط دستورالعمل های یکسان بیمه های پایه، کما فی السابق در تعهد سازمانهای بیمه پایه قرار گرفت:

- - نزاع خانوادگی بستگان درجه یک
- - ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی
- - ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی

۲- در مواردی که فرد ضارب حقیقی یا حقوقی (مانند نیروی انتظامی) به استثنای نزاع های خانوادگی مشخص باشد، هزینه های مربوطه برعهده ضارب خواهد بود.

۳- بیمه های تکمیلی با توجه به مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف به جبران هزینه های مازاد بر هزینه های پرداختی سازمان های بیمه گر پایه به فرد مجروح مطابق بند (۱) این مصوبه می باشند.

ش ش ۵۹۳۲۶۷۸۷ - ۹۹/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۰

موضوع: بخش مراقبت ویژه سक्ته حاد مغزی (SCU)

تعریف: بخش مراقبت ویژه سक्ته مغزی، بخش ویژه مستقل و سازمان یافته داخل بیمارستان (مشابه سایر بخشهای ویژه مانند ICU/CCU) است، که در آن مکان اقدامات مراقبتي استاندارد و درمانی شامل تزریق داخل وریدی داروی ترومبولیتیک، درمان دارویی مورد نیاز، و مانیتورینگ بیماران واجد شرایط و توانبخشی موثر فراهم می شود.

بخش مراقبتهای ویژه سक्ته مغزی (SCU): بیمارستانهایی که دارای نورولوژیست، بخش CT-scan، آزمایشگاه تمام وقت و بخش ICU و گروه توانبخشی استروک و بلع درمانگر می باشند.

مجوز بهره برداری بخش: با درج در پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان و تعیین تعداد تخت های بخش در مجوز

اعتبار بخشی بخش: براساس دستورالعمل اجرایی و استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پزشک متخصص نورولوژیست در هر شبانه روز موظف است حداقل ۲ بار، هر بیمار را ویزیت نماید در غیر اینصورت ویزیت آن روز توسط سازمانهای بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (در هر شبانه روز حداکثر یک ویزیت متخصص قابل محاسبه و پرداخت می باشد).

تبصره: حضور پزشک معالج حین تزریق داروی وریدی ترومبولیتیک الزامی می باشد.

دستورالعمل ها و بخشنامه های تخت های ویژه سक्ته حاد مغزی (SCU)

ش ش ۵۹۳۲۶۷۸۷-۹۹/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۰ ادامه از صفحه قبل

خدمات پایه هتلینگ:

ردیف	كد ملی	شرح خدمت
۱	-	مانیتورینگ قلبی پایه
۲	۹۰۱۱۳۵ و ۹۰۱۱۲۵	پالس اکسی متری
۳	۵۰۰۴۴۰	سوند گذاری (Foley)
۴	۵۰۰۴۴۵	خارج کردن سوند (Foley)
۵	۹۰۰۸۰۵	گذاشتن لوله بینی معده ای یا دهانی معده ای
۶	۹۰۰۲۰۰	لاواژ و گاواژ دستگاه گوارش
۷	-	تخلیه ترشحات ریوی (ساکشن)
۸	۸۰۰۰۱۰	خونگیری وریدی یا مویرگی یک یا چند نوبت
۹	۳۰۲۴۸۰	نمونه گیری و تفسیر برای گازهای خونی (ABG)
۱۰	۹۰۰۷۱۰	ECG با تفسیر و گزارش
۱۱	۳۰۲۳۵۵	تزریق خون (هزینه های لوازم مصرفی مرتبط با تزریق خون و فراورده های خونی جداگانه قابل محاسبه و اخذ می باشد.)

خدمات قابل پرداخت در بخش SCU:

ردیف	كد ملی	شرح خدمت
۱	۹۰۰۶۱۰	احیای قلبی ریوی (CPR)
۲	۹۰۱۲۲۰	ECG روتین (طبق شناسنامه استاندارد خدمت مدیریت سक्ته حاد مغزی)
۳	۶۰۰۹۳۵	پونکسیون نخاع
۴	۳۰۲۶۱۰	ترومبولیز عروق مغزی، تزریق وریدی
۵	۷۰۱۸۶۵	سونوگرافی (TCD)
۶	۷۰۱۸۷۰	سونوگرافی (TCCS)

ش ۵۹۳۲۶۷۶۸-۹۹/۷/۱۵ شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۰۱۰ ادامه از صفحه قبل

۱- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) صرفاً سونوگرافی ترانس کرانیال (کد ۷۰۱۸۶۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- سونوگرافی (TCCS) Transcranial Color Coded (duplex sonography) اسکن دوبلکس شریان های خارج مغزی شامل کاروتید و ورتبرال دو طرفه و وریدهای گردنی و همراه با رویت پارانشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.

۳- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.

۴- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

هرگونه خدمات دیگر که توسط فرد صاحب صلاحیت ارایه گردد، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

مشاوره: در صورت درخواست پزشک متخصص معالج قابل پرداخت می باشد.

اندیکاسیون پذیرش بیمار در بخش: بیماران دچار سکتة حاد مغزی با دستور پزشک متخصص نورولوژیست

کنترا اندیکاسیون پذیرش بیمار در بخش: $GCS \leq 8$ / نیاز به حمایت تنفسی مکانیکی / شرایط ناپایدار قلبی تنفسی / بیماران نیازمند جراحی یا وجود شواهد SAH ، وجود شرایط نیازمند مداخله اورژانس های سایر رشته ها مانند شواهد خونریزیهای سیستمیک تهدید کننده و... یا شرایط نیازمند جراحی اورژانس سایر رشته ها، وجود خونریزیهای مغزی تروماتیک

اندیکاسیون خروج بیمار از بخش:

بیمارانی که نیاز به ونتیلاتور دارند (انتقال به ICU)

بیماری از نظر نورولوژیست قابل انتقال به بخش نورولوژی است.

مدت زمان اقامت بیمار در بخش : تا زمان رسیدن به شرایط مطلوب و امکان انتقال به بخش عادی حداکثر ۷۲ ساعت بیمار می تواند در این بخش اقامت داشته باشد. در صورتیکه بیمار بیش از ۷۲ ساعت در SCU بماند، به ازای هر روز، معادل ۳ تخته بخش عادی با درجه بندی همان بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.