



سازمان بهداشت ایران

اداره کل بیمه سلامت استان


نوع مدرک	کتاب
نام مدرک	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی
کد مدرک	09 BK 004 00

تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده	
دکتر حنان حاجی محمودی	دکتر آناهیتا کشاورزی	دکتر محمدجواد کبیر	نام و نام خانوادگی
رئیس مرکز پزشکی خانواده و نظام ارجاع	سرپرست معاونت بیمه خدمات سلامت	مدیرعامل	عنوان پست سازمانی
			امضاء:
۱۳۹۵/۰۱/۳۰	۱۳۹۵/۰۱/۳۰	۱۳۹۵/۰۱/۳۰	تاریخ:

تاریخ اجرا: ۱۳۹۵/۰۲/۰۱

محل مهر و وضعیت مدرک	
تاریخ:	تاریخ:

کلیه مطالب این مدرک متعلق به سازمان بیمه سلامت بوده و تکثیر آن بدون مجوز ممنوع می باشد

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

جدول سوابق تهیه و ویرایش مدرک

ردیف	تهیه کننده/تهیه کنندگان مدرک	عنوان پست سازمانی / سمت	کد مدرک	تاریخ تهیه / ویرایش مدرک

جدول ثبت تغییرات مدرک

شماره تغییرات	صفحه	محل تغییرات	تغییرات اعمال شده	تاریخ
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				


کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

بسمه تعالی

مقدمه:

با استعانت از درگاه خداوند متعال و همکاری و همیاری همکاران گرامی استانی و ستادی، مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی پس از ماه‌ها تلاش مداوم، تهیه و به منظور سهولت دسترسی در قالب این کتاب گردآوری و متمرکز گردید. مجموعه حاضر شامل آخرین تغییرات دستورالعمل‌های رسیدگی بر اساس قوانین و مقررات و بخشنامه‌های سازمانی می‌باشد که در دو فصل کلی ضوابط عمومی و ضوابط اختصاصی رسیدگی به تفکیک گروه‌های مختلف تخصصی اسناد پزشکی شامل: پزشکان، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، پرتویزشکی و بستری تنظیم شده است و جایگزین دستورالعمل‌های جداگانه پیشین خواهد شد. از کلیه کارشناسان و صاحب نظران حوزه اسنادپزشکی خواهشمندیم ضمن لحاظ کردن مفاد دستورالعمل‌های ذکر شده در فرآیند رسیدگی به اسناد مربوطه، پیشنهادات و نظرات ارزشمند خود را جهت به روز رسانی و اصلاح کتاب حاضر به ما اعلام فرمایند. لازم به ذکر است که همزمان با تغییرات کتاب ارزش نسبی و قوانین بالادستی و همچنین صدور بخشنامه‌های جدید سازمانی، در دوره‌های زمانی مناسب، این مجموعه نیز ویرایش و ارسال مجدد خواهد شد. ضمن ارج نهادن به کلیه تلاش‌های همکاران عزیز و گرامی در تهیه این کتاب، امید است که مجموعه حاضر بتواند چارچوبی شفاف جهت رسیدگی هماهنگ و متحد در کلیه ادارات کل بیمه سلامت استانی را فراهم آورد.

دکتر حنان حاجی محمودی
رییس مرکز پزشک خانواده و نظام ارجاع
فروردین ماه ۱۳۹۵

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

« کلیات و تعاریف »

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بیمه سلامت ایران اداره کل بیمه سلامت تهران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱. هدف: تبیین ضوابط لازم الاجرای سازمانی برای نحوه صحیح رسیدگی به اسناد پزشکی در سرفصل‌های مختلف

۲. دامنه عملکرد: ادارات کل استانی

۳. مسئولیت اجرا: اداره اسناد پزشکی

۴. تعاریف و اصطلاحات:

موسسات پاراکلینیک: به موسساتی اطلاق می‌گردد که در آن روش‌های بررسی و تشخیص بیماری یا نقائص در غیر از بالین بیمار انجام می‌گیرد مثلاً در آزمایشگاه، رادیولوژی و یا فیزیوتراپی.

نسخ ارجاعی به پزشکان: نسخی که از طرف پزشکان دیگر جهت تشخیص و درمان پاراکلینیکی به پزشک دیگر ارجاع داده می‌شود مانند: اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، EEG, NCV, EMG و...

نسخه کاربندی: با توجه به کاربنس بودن نسخ دفترچه‌های سازمان و عدم نیاز به کاربن گذاری، نسخه کاربندی به نسخه مخصوص پزشکی اطلاق می‌گردد که از برای انعکاس تجویز پزشک از نسخه اول (اصلی) بر روی آن از کاغذ کاربن استفاده می‌گردد.

خدمات پرهزینه: عموماً گرانترین خدمات ارائه شده در هر گروه تخصصی پزشکی می‌باشد که طبق قوانین سازمانی نیازمند ثبت تشخیص اولیه در نسخ تجویزی، ضمیمه نمودن گزارش (Report) و یا تایید توسط اداره کل بیمه سلامت می‌باشند در حوزه‌های زیر:


پرتوپزشکی: مهمترین خدمات پرهزینه پرتوپزشکی شامل: خدمات سنجش تراکم استخوان، آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای (به جز اسکن و جذب ید تیروئید)، رادیوتراپی و خدمات مداخله‌ای (Interventional) می‌باشند. **آزمایشگاه:** شامل: آزمایشات ژنتیک و پاتولوژی می‌باشد.

خدمات پزشکان: خدمات پرهزینه ارائه شده در مطبها و کلینیکها شامل: اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، آندوسکوپی، کلونوسکوپی، اسپیرومتري، EEG, EMG, NCV و ...

سهیم بیمه شده: در بخش دولتی شامل فرانشیز تعرفه دولتی و در بخش خصوصی شامل فرانشیز تعرفه دولتی به اضافه مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصی می‌باشد.

فرانشیز دارو: درصدی از مبلغ کل در تعهد دارو که توسط بیمار پرداخت می‌شود.

سهیم سازمان: قسمتی از هزینه‌های درمان بیمه شده است که طبق قانون بیمه همگانی و برابر تعرفه مصوب در تعهد سازمان بیمه گر قرار می‌گیرد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

آزمون های غربالگری: عبارت از معاینات بالینی روتین و اقدامات پاراکلینیک مشخصی است که به صورت گروهی و برای اشخاص به ظاهر سالم بکار می روند و اصولاً پایه ای برای درمان نیستند. برای مثال آزمون های پاراکلینیکی قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

خدمات خارج از تعهد: خدمات خارج از تعهد سازمان شامل خدماتی است که یا برای آنها از سوی شورای عالی بیمه سلامت تعرفه ای تعیین نشده است و یا در کتاب ارزشهای نسبی ستاره دار میباشد، خدماتی که درخواست آن با شرایطی مغایر با ضوابط ابلاغی انجام شده باشد (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)، خدماتی که به منظور Check up انجام می شود و همچنین خدماتی که انجام آن جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد.

اضافه قیمت: مبلغی است که مازاد بر تعرفه های مصوب هیات محترم وزیران و همچنین کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت توسط پزشکان و موسسات طرف قرارداد در نسخ درخواستی درج می گردد که در نهایت موجب اعمال تعدیلات قانونی خواهد شد.


ارزش نسبی کد: نشان دهنده سختی ارائه هر خدمت می باشد و شامل جزء حرفه ای و فنی به تفکیک بوده و چنانچه برای خدمتی در این ستون تنها یک ارزش نسبی درج گشته باشد، آن عدد نشانه جزء حرفه ای خدمت مربوطه می باشد.

۵. مدارک مرتبط :

کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران - دستورالعمل مشترک سازمانهای بیمه گر - روشهای اجرایی پذیرش و رسیدگی - دستورالعملها و بخشنامه های سازمان بیمه سلامت ایران - فرمهای مربوط به اعتباربخشی و عقد قرارداد، فرمهای برگ صورتحساب و درخواست هزینه به انضمام کلیه اسناد مثبتیه مربوطه

۶. شرح اقدامات :

این دستورالعمل که شامل دو قسمت کلی ضوابط عمومی و ضوابط اختصاصی می باشد، با منظور آگاهی رساندن شفاف جهت رسیدگی هماهنگ و متحد در کلیه ادارات رسیدگی به اسناد پزشکی ادارات کل بیمه سلامت استانها تهیه شده است.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

بخش اول :

«ضوابط عمومی رسیدگی به اسناد پزشکی»

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱-۱-۶- کلیه دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها و بخشنامه‌های مرتبط که از سوی سازمان به مؤسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می‌باشد.

تبصره: هر گونه تغییرات در ضوابط سازمان یک ماه قبل از اجرا به نحو مقتضی به اطلاع مراکز ارائه دهنده خدمات خواهد رسید.

۱-۲-۶- نسخ دارای تاریخ، امضاء، مهر نظام پزشکی همراه با متن بدون خدشه و با یک دست خط قابل پذیرش بوده و در صورت وجود هرگونه خدشه در تاریخ یا متن نسخه، مورد صحیح باید در پشت یا روی نسخه به وسیله پزشک معالج ذکر و مهر و امضاء گردد.

توضیح: موارد ذیل خدشه محسوب می‌شوند:

خط خوردگی، لاک گیری، دوخط بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتیکه تاریخ، مشخصات بیمه شده و مندرجات نسخه مخدوش گردد)

تبصره ۱: با توجه به مسئولیت پزشک در خصوص مهر نمودن نسخ، دو خط یا دورنگ بودن تاریخ نسخه با متن نسخه و همچنین درج تاریخ با دستگاه تاریخ زن بلامانع می‌باشد.

تبصره ۲: نسخی که بجای اصل امضاء، با استفاده از مهر امضاء ارسال شده باشند مورد تعدیل قرار می‌گیرند.

تبصره ۳: در صورت ایجاد خدشه در قیمت گذاری علاوه بر تصحیح قیمت در روی نسخه، مورد صحیح باید در پشت نسخه به وسیله مسئول فنی ذکر و مهر و امضاء گردد.

۱-۳-۶- شماره نظام پزشکی و در صورت لزوم تخصص پزشک معالج می‌بایست بطور کامل در روی نسخه مشخص باشد.

تبصره ۱: در صورت تعویض مهر پزشک یا موسسه نمونه مهر جدید باید قبل از ارسال اسناد به اطلاع ادارات کل استانی رسانده شود.

۱-۴-۶- در صورتیکه در حین جدا کردن نسخه از دفترچه، اطلاعات فردی سربرگ نسخه پاره گردد، می‌بایست قسمت مربوطه چسبانیده شود.

۱-۵-۶- نسخ بدون تاریخ قابل پذیرش نمی‌باشد.

۱-۶-۶- هرگونه دستکاری نسخه توسط مؤسسه (در صورت احراز) جزء تعدیلات محسوب شده و موضوع از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری است.

۱-۷-۶- نسخ پاراکلینیک و نسخ ارجاعی به پزشکان برای ارائه خدمات تخصصی از زمان تجویز تا آخر ماه بعد و نسخ دارویی یک ماه از زمان تجویز، قابل پذیرش توسط مؤسسه ارائه دهنده خدمت می‌باشد.

تبصره ۱: کلیه خدمات ارائه شده توسط مؤسسه در هر ماه (صرف نظر از زمان تجویز) باید در همان ماه تنظیم و ارسال گردد.

تبصره ۲: نسخ قابل پذیرش از سوی مؤسسات:

برگ اول دفترچه برای داروخانه و پاراکلینیک و برگ دوم برای ویزیت پزشکان و دو برگ اول و دوم برای خدمات پزشکان و برگ اول برای خدمات ارجاعی به پزشکان قابل پذیرش می‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۸-۱-۶- نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، زمان تعلیق، سایر سازمانها، مؤسسات دیگر، ماههای گذشته (به استثنای موارد مشمول بند ۷-۱-۶) و آینده، کپی نسخ، نسخ کاربندی، دو خط بودن متن نسخه، برگ مخصوص بیمار و نسخ سفید جزء تعدیلات محسوب خواهد شد.

تبصره ۱: ارسال برگ دوم دفترچه (برگه پزشک) از سوی داروخانه و یا مؤسسات پاراکلینیک و ارسال برگه اول دفترچه (برگه داروخانه و پاراکلینیک) برای ویزیت پزشکان و ارسال تک برگ برای خدمات پزشکان به استثناء نسخ ارجاعی مشمول تعدیلات می شود
عدم رعایت نظام ارجاع برای بیمه شدگان مشمول نظام ارجاع نیز مشمول تعدیلات می شود.

تبصره ۲: در صورتیکه نسخه مربوط به سایر سازمانهای بیمه گر باشد، ضمن کسر از صورت حساب، در صورت امکان به موسسه عودت داده می شود.

تبصره ۳: در صورتیکه نسخ مربوط به (ممه‌ور به مهر) سایر مؤسسات باشد علاوه بر غیر قابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد

تبصره ۴: در صورت درخواست پزشک معالج در متن نسخه، مبنی بر انجام خدمت توسط یک مؤسسه خاص و پذیرش آن توسط مؤسسه دیگر، پذیرش انجام خدمت، بلامانع می باشد.

تبصره ۵: خدمات مربوط به نوزادان که صرفاً در یک ماه اول تولد با دفترچه مادر امکان پذیر است شامل: خدمات بستری و سونوگرافی مغز می باشد.

۹-۱-۶- نسخ مؤسسات پاراکلینیک فقط در صورت تجویز و ارجاع از سوی دیگر پزشکان (غیر از مسئول فنی مؤسسه) قابل پذیرش و پرداخت می باشد (به استثنای خدمات مداخله ای (Interventional) تجویز شده توسط فلوشیپ های رادیولوژی مداخله ای).

۱۰-۱-۶- در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه، نسخ درخواست خدمات پاراکلینیک انترنرها با مهر انترن به همراه مهر مرکز بیمارستانی - دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز قابل پذیرش و پرداخت می باشد. (تا پیاده سازی طرح مکانیزه ورود نام و مشخصات انترن)


۱۱-۱-۶- در کلیه مؤسسات اعم از دولتی و خصوصی، نسخ درخواست خدمات پرتوپزشکی رزیدنتها با مهر رزیدنت به همراه مهر 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.

تبصره: پذیرش نسخ تجویزی پزشکان بخش خصوصی در مراکز پاراکلینیک بیمارستانهای دانشگاهی از نظر سازمان بلامانع است.

۱۲-۱-۶- ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخ خدمات پرتوپزشکی توسط پزشک معالج از تاریخ ۱/۱/۹۵ الزامی می باشد و از آن تاریخ به بعد پذیرش اینگونه نسخ بدون درج تشخیص مشمول تعدیلات خواهد شد.

۱۳-۱-۶- نسخ پزشکان عمومی حاوی خدمات پرهزینه قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.

تبصره: در موارد اورژانس و تروما نسخ پزشکان عمومی مقیم در اورژانس حاوی سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان سرطانست ایران مرکز سرطانستان
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۴-۱-۶- نسخ تجویزی در صورتیکه جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد (به استثنای موارد ابلاغی از سوی سازمان). در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

۱۵-۱-۶- ثبت بهای نسخ و یا خدمات انجام شده توسط موسسه می بایست برای هر یک از خدمات انجام شده به تفکیک (براساس تعرفه بخش دولتی) صورت گرفته و جمع کل، سهم بیمه شده و سهم سازمان در نسخه مشخص گردد. همچنین نسخه پذیرش شده بلافاصله ممهور به مهر موسسه گردد (پرینت قیمت روی نسخه بلا مانع است).

تبصره ۱: پزشکان و مؤسسات خصوصی می بایست علاوه بر موارد فوق نسبت به درج مبلغ کل دریافتی (سهم بیمه شده) در برگ سوم (مخصوص بیمار) همراه با مهر مؤسسه اقدام نمایند. (در صورت ارائه قبض حاوی این اطلاعات توسط مؤسسه برای بیمار، درج مبلغ کل دریافتی در برگ سوم الزامی نمی باشد)

تبصره ۲: نسخی که تعرفه خدمات در آنها توسط پزشک یا موسسه اشتباه و یا درج نگردیده باشد، بشرح زیر تعدیل می گردند:

الف : در صورت عدم ثبت مبالغ ۳ گانه ذکرشده در بند ۱۵-۱-۶ خدمات انجام شده، مبلغ در خواستی قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

ب : در صورت درخواست مبلغ کمتر از تعرفه، همان مبلغ درخواستی، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

ج : در صورت درخواست مبلغ بیشتر از تعرفه، تفاوت این دو مبلغ به عنوان کسورات محسوب خواهد شد.

تبصره ۳: در ردیف و محل قیمت گذاری نسخ، اگر قیمت بعضی از اقلام نوشته نشده ولی در سرجمع کل نسخه لحاظ شده باشد، مشروط به آنکه جمع کلی هزینه منطبق با تعرفه مصوب باشد مشمول تعدیل نمی گردد.

۱۶-۱-۶- مسئول فنی و پرسنل صاحب صلاحیت موسسه موظفند طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج، خدمات پاراکلینیک را برای بیماران انجام دهند.

تبصره ۱: مسئول فنی و پرسنل موسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را ندارند.

تبصره ۲: عدم تطابق خدمات پاراکلینیک با تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار (مثلاً تجویز MRI زانوی چپ در موارد آسیب دیدگی مینیسک زانوی راست)، مغایرت سن یا جنس بیمار (با خدمت پاراکلینیک (مثلاً تجویز رادیوگرافی آدنوئید برای بزرگسالان و یا آزمایش PSA واسپریموگرام برای خانمها و پاپ اسمیر برای آقایان) و دیگر موارد مهم باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت و موضوع به اطلاع اداره نظارت و ارزشیابی رسانده خواهد شد.

توضیح: ممکن است در برخی شرایط خاص نظیر: بدخیمی ها برخی خدمات در هر دو جنس درخواست شود.

تبصره ۳: درخصوص خدمات پرهزینه مواردی همچون عدم ارتباط خدمات با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز تالیوم اسکن قلب توسط متخصص ارتوپدی)، مغایرت سن یا جنس بیمار با تخصص پزشک معالج (مثلاً تجویز آنژیوگرافی توسط متخصص اطفال برای افراد مسن) باید توسط مسئول فنی بررسی شود. بدیهی است چنانچه پس از تحویل نسخ، این اشکالات منجر به تعدیلات در نسخ گردد موسسه حق هیچگونه اعتراضی را نخواهد داشت.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۷-۱-۶- برگ درخواست هزینه و همچنین نسخ ارسالی باید دارای مهر یا پرینت مشخصات مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد.

۱۸-۱-۶- کلیه برگ‌های درخواست هزینه و همچنین نسخ ارسالی مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستانها، درمانگاه‌های خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) علاوه بر مهر بخش مربوطه (داروخانه، پرتوپزشکی، آزمایشگاه، پزشکان و...) و مهر و امضاء مسئول فنی باید دارای مهر مرکز درمانی نیز باشد.

توضیح: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی باشد.

تبصره ۱: نسخ خدمات ارائه شده توسط اعضای هیئت علمی تمام وقت و تمام وقت درمانی می بایست توسط موسسه تفکیک و به صورت جداگانه درخواست هزینه شود

تبصره ۲: در مراکز و شبکه های بهداشتی درمانی دولتی که امکان تعیین متخصص به عنوان مسئول فنی پاراکلینیک وجود ندارند پزشک عمومی واجد شرایط مرکز پس از تایید معاونت درمان دانشگاه به عنوان مسئول واحد مربوطه شناخته می شوند.

توضیح: این مراکز فقط مجاز به ارائه خدمات مطابق خدمات سطح یک روستاییان می باشند.

۱۹-۱-۶- الصاق تصویر گزارش (Report) خدمات پرهزینه (ممه‌ور به مهر و امضاء مسئول فنی یا پزشک ارائه دهنده خدمت) به نسخ ارسالی (یا از طریق مکانیزه) الزامی می باشد و ارسال اینگونه نسخ بدون الصاق تصویر گزارش (یا از طریق مکانیزه) مشمول تعدیلات خواهد شد.

۲۰-۱-۶- کلیه پزشکان و موسسات طرف قرارداد موظفند برگ درخواست هزینه و لوح فشرده (CD) ارسالی ماهانه را در قالب نرم افزارهای مورد تایید سازمان که در تطابق با سامانه پردازشگر رسیدگی به اسناد پزشکی باشد، برای هر صندوق بیمه (کارکنان دولت، ایرانیان، سایر اقشار و روستاییان) بطور جداگانه تنظیم کرده و نسخ مربوطه را به ترتیب تاریخ، برگ شماری، بسته بندی و ارسال کنند.


تبصره ۱: در صورت تداخل نسخ صندوقهای مختلف موسسه موظف به اصلاح اسناد مربوطه می باشد.

تبصره ۲: ارسال نسخ بیمه شدگان روستایی فقط از طریق موسساتی قابل پذیرش و پرداخت است که قبلاً قرارداد پذیرش نسخ بیمه روستایی را منعقد نموده باشند.

تبصره ۳: کلیه موسسات طرف قرارداد موظفند علاوه بر تفکیک صندوقها، نسخ را به تفکیک خدمت نیز تنظیم و جداگانه درخواست هزینه نمایند.

۲۱-۱-۶- کلیه برگ های درخواست هزینه و نسخ ماهانه مؤسسات مستقل طرف قرارداد سرپایی بایستی حداکثر تا تاریخ پانزدهم ماه بعد و صورتحساب بیمارستانهای طرف قرارداد حداکثر تا پایان ماه بعد براساس برنامه ریزی اداره کل استان می بایست تحویل داده شوند.

تبصره ۱: ادارات کل استانی مجاز می باشند نسبت به درخواست هزینه اسناد چند ماه موسسات کم هزینه به صورت تجمعی (حداکثر تا ۳ ماه) برنامه ریزی نمایند به گونه ای که اسناد هر ماه در ماه مربوطه درخواست و ثبت گردد. لازم به ذکر است ارسال بالاتر از یک ماه فقط شامل نسخ فیزیکی بوده و فایل الکترونیکی موسسه باید ماهیانه به طریق مقتضی ارسال گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

تبصره ۲: مهلت تحویل نسخ اسفندماه هر سال مراکز درمانی حداکثر تا پایان فروردین ماه سال بعد خواهد بود.

۲۲-۱-۶- در موارد ذیل، اسناد در مقطع زمانی مورد نظر قابل پذیرش و پرداخت نبوده و از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد:

الف) تعطیلی موقت و یا دائم مؤسسه

ب) عدم اطلاع تغییر آدرس مؤسسه

پ) تغییر مسئول فنی و عدم اطلاع

ت) عدم ارسال نسخ بیش از سه ماه

ث) عدم اعتبار پروانه های مسئولیت فنی و تاسیس

ج) اسناد مربوط به زمانهای قبل از قرارداد، زمان تعلیق، فسخ، لغو و اتمام قرارداد

چ) مواردی که مشمول اقدامات نظارتی می شوند (مطابق دستورالعمل نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد)

۲۳-۱-۶- حضور مسئول فنی در کلیه مراکز پاراکلینیک خصوصی و دولتی طرف قرارداد سازمان الزامی می باشد و مسئولین فنی باید به سازمانهای بیمه گر معرفی شوند. در صورت عدم حضور مسئول فنی ضمن ارجاع موضوع به کمیته فنی استان، سهم سازمان نسخ کسر و مطابق آیین نامه نظارت برخورد خواهد شد.

۲۴-۱-۶- مؤسسات طرف قرارداد در هنگام تحویل اسناد ماه جاری علاوه بر دریافت رسید پذیرش اسناد موسسه خود می تواند گزارش عملکرد سه ماه قبل را نیز دریافت نماید و حداکثر ۱۵ روز بعد از دریافت برگ گزارش عملکرد می توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند و از آن پس اعتراضی پذیرفته نخواهد بود.

۲۵-۱-۶- لیست خدمات مورد تعهد سازمان و ملاک محاسبه قیمت خدمات، آخرین فهرست کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بخشنامه های مربوطه است که از طریق مراجع ذیصلاح (دبیرخانه شورایی بیمه) اعلام می گردد.

۲۶-۱-۶- در نسخ خدمات، عنوان خدمت (شامل نوع خدمت، ناحیه و در صورت لزوم نمای مورد نظر) باید بطور کامل براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران توسط پزشک معالج درخواست شود و در صورت عدم ذکر عنوان کامل خدمت (مثلاً درخواست سونوگرافی داپلر یک ناحیه بدون ذکر سیاه و سفید یا رنگی بودن آن) حداقل تعرفه خدمت ملاک محاسبه خواهد بود.

۲۷-۱-۶- پرداخت فرانشیز قانونی بر مبنای تعرفه خدمت در بخش دولتی، مابه التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی (هنگام مراجعه به مراکز خصوصی) براساس مصوبه هیئت محترم وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات فاقد تعرفه، خدمات ستاره دار کتاب ارزش نسبی و خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار است.

۲۸-۱-۶- خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در مؤسسه و مندرجات پروانه بهره برداری و مفاد قرارداد مطابقت داشته باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۲۹-۱-۶- موسسات طرف قرارداد موظفند ضوابط تایید خدمت سازمان را رعایت نمایند و در غیر این صورت مشمول تعدیلات می شوند. نسخی که نیاز به تأیید سازمان را دارند عبارتند از:


الف) نسخ دارویی و خدمات تعریف شده

ب) نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته و پر هزینه فاقد تشخیص که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد.

پ) خدماتی که از نظر مسائل نظارتی جهت کنترل نیاز به تایید دارند و از سوی سازمان اعلام می گردد

ت) مشکلات مربوط به ارجاع سطح دو صندوق روستاییان


تبصره: در نسخی از پاراکلینیک که نیاز به تأیید اینترنتی و اخذ کد رهگیری وجود دارد عدم درج کد رهگیری در نسخه مشمول تعدیلات می گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

بخش دوم:

« ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد

پزشکی »

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

•
•


کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و سلامت ایران مدرک بهداشت و سلامت
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

الف: ضوابط اختصاصی کلیه گروه های پزشکی:

- ۱- پزشک باید پس از نوشتن نسخه، حتماً برگ مخصوص بیمار را به عنوان سابقه پزشکی مهر نماید.
- ۲- کلیه خدمات انجام شده در یک روز بر روی یک نسخه نوشته شود.
- ۳- خدمات قابل انجام در مطب و درمانگاه های جنرال یکسان و نیز خدمات قابل انجام در درمانگاههای تخصصی و بخشهای سرپائی بیمارستان مشابه یکدیگر تعیین میگردد. (جدول شماره ۱)
- ۴- در حال حاضر منعی برای انجام تست ورزش در مطب قابل وجود ندارد، اما با توجه به عوارض احتمالی آن بهتر است در کلینیکهای تخصصی و بیمارستان انجام شود. لازم است چنانچه پزشک متخصص قلب و عروق در مطب اقدام به انجام آن نماید، در فرم قرارداد ایشان ذکر گردد.
- ۵- شیمی درمانی خوراکی بر اساس کد ملی ۹۰۱۵۳۳ و تنها برای داروی فینگولیمود قابل پرداخت می باشد.
- ۶- اکسیژیون میخچه فقط با کد ۱۰۰۰۸۵ قابل پرداخت است.
- ۷- پرداخت همزمان دو اکو در یک روز امکان پذیر نمی باشد.
- ۸- ویزیت همراه با خدمت تا اطلاع ثانوی قابل پرداخت نمی باشد.


موارد تعدیلات اختصاصی پزشکان:

- ۱- نسخه ویزیت و خدمت تجویز شده توسط پزشک برای خود
 - ۲- نسخی که خارج از مطب تجویز شده مانند نسخی که ممهور به مهر مراکز درمانی (بیمارستانی، درمانگاهی) و ویزیت در منزل و غیره باشند و از طریق مطب ارسال گردند.
 - ۳- نسخ تکراری ویزیت بیمار طی یک روز (ویزیت دوم و یا بعد از آن جزو تعدیلات هستند).
 - ۴- نسخی که تعرفه خدمات در آنها توسط پزشک اشتباه و یا درج نگردیده باشد، در صورت عدم ثبت کد ملی ارزش نسبی خدمات انجام شده، مبلغ در خواستی قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- تبصره ۵:** درخصوص نسخ ویزیت درج کد ملی ارزش نسبی ویزیت، در فایل یا لیست ارسالی کفایت می کند.
- ۵- نسخ مربوط به گواهی استعلاجی و یا گواهی فوت

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	


جدول شماره ۱- کدهای منتخب خدمات قابل انجام در مطب و درمانگاه ها

ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۳.۸۰	آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک	۱۰۰۰۰۵		جراحی	پوست
۳.۰۰	جراحی آکنه (برای مثال مارسیوپالیزاسیون، باز کردن یا برداشت چندین میلیا، کومدون ها، کیست و یا پوستول) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۰۰۰۱۵		÷	پوست
۴.۰۰	انسیزیون و درناژ آبسه (برای مثال کاربانکل، هیدرآدنیت چرکی، آبسه جلدی یا زیرجلدی، کیست، فرونکل، پارونشیا)	۱۰۰۰۲۰		جراحی	پوست
۴.۰۰	انسیزیون و درناژ کیست پیلونیدال، ساده یا مشکل	۱۰۰۰۲۵		جراحی	پوست
۵.۰۰	انسیزیون و درآوردن جسم خارجی؛ بافت زیرجلدی؛ ساده یا مشکل	۱۰۰۰۳۰		جراحی	پوست
۲.۸۰	انسیزیون و درناژ هماتوم، سروما یا تجمع مایع پونکسیون و آسپیراسیون آبسه، هماتوم، بول یا کیست (برای محاسبه هزینه این خدمت به همراه هزینه رادیولوژی به کد ۱۰۰۰۴۰ مراجعه گردد)	۱۰۰۰۳۵		جراحی	پوست
۲.۰۰	دبریدمان پوست اگزمایی یا عفونی؛ تا ۱۰٪ از سطح بدن	۱۰۰۰۵۰		جراحی	پوست
۲.۰۰	تراشیدن یا بریدن ضایعه شاخی خوش خیم (مثل میخچه و پینه)؛ با هر تعداد (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۰۰۰۸۵		جراحی	پوست
۵.۰۰	نمونه برداری پوست، بافت زیرجلدی و یا بافت مخاطی (شامل ترمیم اولیه)، منفرد یا متعدد	۱۰۰۰۹۰		جراحی	پوست
۴.۵۰	برداشتن تکه های پوستی، متعدد (فیبروکوتانوس)، در هر جای بدن؛ با هر تعداد ضایعه	۱۰۰۰۹۵		جراحی	پوست
۴.۰۰	اکسیزیون یا تراشیدن ضایعات خوش خیم درم یا اپیدرم، منفرد، در تنه، بازوها یا ساق؛ در پوست سر، گردن، دست-ها، پاها، ناحیه تناسلی؛ در صورت، گوش-ها، پلک-ها، بینی، لب-ها، پرده-های مخاطی؛ به قطر کمتر از ۲ سانتیمتر (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۰۰۱۰۰		جراحی	پوست
۲.۰۰	برداشتن، با یا بدون دبریدمان ناخن با یا بدون تخلیه هماتوم ناخن (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۰۰۱۳۵		جراحی	پوست
۵.۱۰	اکسیزیون ناخن و بستر ناخن به صورت ناقص یا کامل برای مثال ناخن در گوشت فرورفته با یا بدون اکسیزیون گوه-ای پوست کنار ناخن (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۱۰۰۱۴۰		جراحی	پوست
۱۵.۰۰	اکسیزیون کیست یا سینوس پیلونیدال ساده، وسیع یا مشکل	۱۰۰۱۶۰			
۱.۵۰	تزریق، داخل ضایعات، اولین ضایعه	۱۰۰۱۶۵			
۰.۵۰	تزریق، داخل ضایعات، هر ضایعه اضافه	۱۰۰۱۶۶			
۵.۰۰	ترمیم ساده زخمهای سطحی ناحیه پوست سر، گردن، زیر بغل، اعضای تناسلی خارجی، تنه و یا اندامها (شامل دستها و پاها)؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۱۰۰۲۱۵		ترمیم (بستن)	پوست
۶.۰۰	ترمیم ساده زخمهای سطحی ناحیه صورت، گوشها، پلکها، بینی، لبها و یا پرده های مخاطی؛ تا ۲۰ سانتیمتر	۱۰۰۲۲۵		ترمیم (بستن)	پوست
۲.۵۰	پونکسیون و آسپیراسیون کیست پستان (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه قابل محاسبه و اخذ می باشد)	۱۰۰۶۳۰			
۲.۹۰	تزریق تاندون، غلاف سینویوم و نقاط تریگر عضلات	۲۰۰۰۶۰		کلیات	دستگاه استخوانی عضلانی
۱.۵۰	آسپیراسیون و یا تزریق، مفصل کوچک یا بورس (مانند انگشتان دست یا پا) (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه و اخذ می باشد) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می گردد)	۲۰۰۰۶۵			
۳.۰۰	آسپیراسیون و یا تزریق، مفصل یا بورس متوسط (مانند مفصل فکی-گیجگاهی، غرابی-ترقوه ای، مچ دست یا پا، آرنج، یا بورس اولکرانون)	۲۰۰۰۶۶			


کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۴۰۰	آسیب‌رسانی و یا تزریق ، مفصل یا بورس بزرگ (مانند شانه ، لگن ، زانو ، بورس تحت غرابی (ساب آکرومیال)	۲۰۰۰۶۷			
۱۳۰۰	درمان بسته شکستگی تنه رادیوس و یا اولنا یا بدون مانیپولاسیون	۲۰۲۱۲۰			
۴۰۰	درمان بسته متا کارپ، منفرد یا بدون مانیپولاسیون ، هر استخوان بدون فیکساسیون	۲۰۲۶۱۵			
۲۰۰	درمان بسته شکستگی بند انگشت دیستال، انگشت یا شست؛ با یا بدون مانیپولاسیون، هر کدام	۲۰۲۶۸۰		دست و انگشتان	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۸۰	درمان بسته دررفتگی مفصل اینترفالانژیال، منفرد، با مانیپولاسیون؛ با یا بدون بیهوشی	۲۰۲۶۹۰		دست و انگشتان	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۴۰	درمان بسته شکستگی شست پا، یک پا چند بند، با یا بدون مانیپولاسیون	۲۰۴۴۰۰		پا و انگشتان پا	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۰۰	درمان بسته شکستگی یک یا چند بند انگشت، به جز انگشت بزرگ؛ با یا بدون مانیپولاسیون، هر کدام	۲۰۴۴۱۰		پا و انگشتان پا	دستگاه استخوانی عضلانی
۴۰۰	گچ؛ به شکل ۸ Figure-of-eight. اسپایکا برای شانه، گچ و لپو	۲۰۴۵۳۵		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۳۰۰	گچ شانه تا دست (بلند)، آرنج تا انگشت (کوتاه)، دست و قسمت پایینی ساعد (به صورت دستکش ساقه بلند)	۲۰۴۵۴۰		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۰۰	به کارگیری آتل بلند اندام فوقانی (شانه تا دست یا ساعد تا دست؛ استاتیک یا دینامیک)	۲۰۴۵۵۰		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۱۴۰	آتل بندی انگشت	۲۰۴۵۵۵		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۰۰	باند پیچی؛ قفسه سینه، قسمت تحتانی پشت، شانه (برای مثال و لپو)، آرنج تا مچ، دست یا انگشت	۲۰۴۵۶۵		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۴۰۰	به کارگیری گچ بلند پا (ران تا انگشتان پا) یا از نوع قابل راه رفتن (کف دار)؛ به کارگیری بریس گچی بلند پا یا به کارگیری گچ سیلندری (ران تا مچ پا)	۲۰۴۵۷۵		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۴۰۰	به کارگیری گچ کوتاه پا (زیر زانو تا انگشتان پا) و نوع قابل راه رفتن (کف دار با پاشنه پلاستیکی) و PTB	۲۰۴۵۸۰		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۲۰۰	به کارگیری آتل بلند یا کوتاه پا	۲۰۴۶۰۰		گچ گیری و باند پیچی	دستگاه استخوانی عضلانی
۱۵۰	برداشتن یا دو نیم کردن گچ باز کردن پنجره یا اصلاح گچ به غیره از کلاپ فوت	۲۰۴۶۲۵			
۳۰۰	گچ بلند بازو یا گچ بلند ساق	۲۰۴۶۳۰			
۳۰۰	در آوردن جسم خارجی از بینی	۳۰۰۰۵۵			
۳۳۰	کنترل خونریزی یا تامپون قدامی بینی (یک طرفه یا دو طرفه ، با یا بدون کوتریزاسیون)	۳۰۰۱۳۰		بینی	دستگاه تنفس


ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۴.۵ ۳ ۱.۵	لارنگوسکوپ، غیر مستقیم؛ تشخیصی (عمل مستقل)	۳۰۰۳۴۵		حنجره	دستگاه تنفس
۷.۰۰	آسپیراسیون مغز استخوان	۳۰۰۲۸۲۰		طحال	خون و لنف
۲.۵۰	بیوپسی لب	۴۰۰۰۰۵			
۲.۰۰	انسیزیون فرنوم لب (فرنوتومی)	۴۰۰۰۳۵		وستیبول دهان	گوارش
۲.۸۰	بیوپسی وستیبول دهان	۴۰۰۰۴۰			
۱۲ ۸ ۴	ازوفاگوسکوپ، سخت یا قابل انعطاف؛ تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه (های) بوسيله شستشو یا برس زدن با بیوپسی منفرد یا متعدد (عمل مستقل)	۴۰۰۵۱۵		مری	گوارش
۱۶ ۱۰.۵ ۵.۵	اندوسکوپ دستگاه گوارش فوقانی شامل مری، معده، دئودنوم و یا ژژونوم تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه، بوسيله برس زدن یا شستشو با یا بدون بیوپسی منفرد یا متعدد	۴۰۰۵۶۵		مری	گوارش
۵.۵ ۳.۵ ۲	پروکتوسیگموئیدوسکوپ، سخت؛ تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه بوسيله برس زدن یا شستشو با بیوپسی منفرد یا متعدد (عمل مستقل)	۴۰۱۲۷۰		رکتوم	گوارش
۹ ۶ ۳	سیگموئیدوسکوپ، انعطاف پذیر، تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه بوسيله برس زدن یا شستشو با بیوپسی منفرد یا متعدد (عمل مستقل)	۴۰۱۳۰۵		رکتوم	گوارش
۷ ۴.۵ ۲.۵	آنوسکوپ؛ تشخیصی، با یا بدون جمع آوری نمونه بوسيله برس زدن یا شستشو با بیوپسی منفرد یا متعدد (عمل مستقل)	۴۰۱۵۴۰		مقعد	گوارش
۴.۰۰	تخریب ضایعات مقعد ساده یا وسیع (کوندیلوما پاپیلوما مولوسکوم کونتاژیوزوم و زیکول هرپس) شیمیایی الکترونیکی جراحی کرایو جراحی لیزر برداشت جراحی	۴۰۱۶۳۰		مقعد	گوارش
۱.۰۰	وارد کردن کاتتر به صورت موقت به داخل مثانه (برای مثال کاتتریزاسیون مستقیم برای اندازه گیری ادرار باقیمانده) یا تعبیه کاتتر ساده یا مشکل مثانه (Foley)	۵۰۰۴۴۰			
۵/۰	خارج کردن سوند (Foley) مثانه، ساده یا مشکل	۵۰۰۴۴۵			
۱.۰۰	گذاشتن و برداشتن سوند نلاتون	۵۰۰۴۴۷			
۸.۰۰	ختنه با استفاده از کلامپ یا وسایل دیگر یا اکسیژیون جراحی در نوزاد یا غیر نوزاد	۵۰۰۹۵۵		پنیس	تناسلی مذکر
۵.۵۰	کولپوسکوپ تمام واژن با سرویکس، با یا بدون بیوپسی	۵۰۱۷۱۵			
۳.۱۰	بیوپسی سرویکس، منفرد یا متعدد با اکسیژیون ضایعه، با یا بدون فونگوراسیون (عمل مستقل)	۵۰۱۷۲۵			تناسلی مونث
۶ ۴ ۲	کوتریزاسیون گردن رحم الکتریکی، حرارتی، کرایو یا لیزر برای بار اول یا تکراری	۵۰۱۷۳۵			تناسلی مونث
۱.۵۰	نمونه برداری اندومتر با یا بدون نمونه برداری اندوسرویکال (پاپ اسمیر)	۵۰۱۷۹۰			
۱.۰۰	خارج کردن وسیله داخل رحمی (مثل آی-یو-دی)	۵۰۱۸۶۵		جسم رحم	تناسلی مونث
۳.۴ ۱.۳ ۲.۱	آزمون استرس جنین یا انقباض رحم	۵۰۲۰۸۵			تناسلی مونث
۲.۲ ۰.۵ ۱.۷	آزمون بدون استرس جنین (NST) (این کد با کدهای ۵۰۲۱۵۵، ۵۰۲۱۶۰ و ۵۰۲۱۷۰ قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۵۰۲۰۹۰			تناسلی مونث

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	


ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۳۰۰	درآوردن جسم خارجی، سطح خارجی چشم؛ ملتحمه سطحی؛ جسم خارجی فرو رفته در ملتحمه (شامل کانکریشن)، زیر ملتحمه یا اسکلرا (غیر نافذ)؛ قرنیه ای، با یا بدون اسلیت لامپ	۶۰۱۹۲۵		کره چشم	چشم و ضمائم چشمی
۶۰۰	اکسیژون شالازیون منفرد یا متعدد در همان پلک یا پلکهای مختلف	۶۰۲۴۹۰			چشم و ضمائم چشمی
۲۸۰	در آوردن جسم خارجی فرو رفته در پلک	۶۰۲۵۶۵			چشم و ضمائم چشمی
۱۵۰	تزیق زیر ملتحمه	۶۰۲۶۰۰		ملتحمه	چشم و ضمائم چشمی
۳۲۰	دیلاتاسیون پونکتوم اشکی، با یا بدون شستشو	۶۰۲۷۰۰			
۲۸۰	درآوردن جسم خارجی از مجرای گوش خارجی، با یا بدون بیهوشی عمومی	۶۰۲۷۶۵			
۱۸۰	درآوردن سرومن سفت شده، هر گوش به هر روش (شستشوی گوش، ساکشن و ...)	۶۰۲۷۷۰		گوش خارجی	سیستم شنوایی
۸۰۰	میرنگوتومی شامل اسپیراسیون و یا بادکردن شیپور استاش و یا تزریق اینترا تیمپانیک	۶۰۲۸۰۰		گوش میانی	سیستم شنوایی
۱۵۰	لوله‌گذاری مری و جمع‌آوری نمونه با شستشو برای سیتولوژی، شامل آماده‌سازی نمونه‌ها (عمل مستقل)	۹۰۰۱۶۵		گاستروانترولوژی	خدمات داخلی
۱۶۰	گذاشتن لوله جهت بررسی خونریزی از روده کوچک، قراردادن در محل و مانیترینگ	۹۰۰۱۹۵		گاستروانترولوژی	خدمات داخلی
۱ ۷. ۳.	گونئوسکوپی (عمل مستقل)	۹۰۰۲۴۵		خدمات چشم پزشکی خاص	خدمات داخلی
۱.۵ ۱ ۵.	معاینه حسی حرکتی با چندین اندازه‌گیری برای تعیین انحراف کره چشم (برای مثال عضلات محدودکننده یا ضعیف همراه با دیپلوپی) با تفسیر و گزارش (عمل مستقل)	۹۰۰۲۵۵		خدمات چشم پزشکی خاص	خدمات داخلی
۱.۵ ۱ ۰.۵	معاینه میدان بینایی، یک یا دو طرفه، با تفسیر و گزارش؛ معاینه محدود (برای مثال به وسیله تانژانت اسکرین، اتوپلوت، آرک پریمتر یا تست SSLA همانند اکتاپوس ۳ یا ۷ یا مشابه)	۹۰۰۲۷۰		خدمات چشم پزشکی خاص	خدمات داخلی
۳.۳ ۲.۲ ۱.۱	پریمتری اتوماتیک شامل کلیه هزینه های مربوطه (هزینه دیگری با این کد قابل گزارش نمی باشد)	۹۰۰۲۷۵		خدمات چشم پزشکی خاص	خدمات داخلی
۳ ۲ ۱	بیومتری چشمی به وسیله اینترفرومتری همزمان ناقص با محاسبه قدرت عدسی داخل چشمی	۹۰۰۲۹۰		خدمات چشم پزشکی خاص	خدمات داخلی
۲.۵ ۱.۵ ۱	آنژیوسکوپی فلورسین، با تفسیر و گزارش	۹۰۰۳۰۰			
۱.۵ ۱ ۰.۵	افتالموداینامومتری (عمل مستقل)	۹۰۰۳۱۵			
۱.۵ ۱ ۵.	فیت کردن عینک، به جز برای آفاکیا، تک کانونی (ویزیت با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۰۳۷۵			

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان ملی استاندارد ایران مرکز ملی استاندارد
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۲ ۱.۵ ۰.۵	فیت کردن عینک ، به جز برای آفاکیا ، دو کانونی یا بیشتر (ویزیت با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۰۳۸۰			
۲ ۱.۵ ۵.	بررسی عملکرد عصب صورتی (الکترونورونوگرافی)	۹۰۰۴۴۵		خدمات اختصاصی گوش، حلق و بینی	خدمات داخلی
۴.۸ ۳.۲ ۱.۶	ارزیابی پایه سیستم تعادلی (الکترونوستاگموگرافی) ENG و VNG	۹۰۰۴۶۰		آزمایش‌های بررسی فونکسیون وستیبولر با ثبت (مثل ENG و PENG) و ارزیابی تشخیصی طبی	خدمات داخلی
۳.۵ ۲ ۱.۵	پوستچروگرافی دینامیک کامپیوتری (صندلی چرخان)	۹۰۰۴۶۵		آزمایش‌های بررسی فونکسیون وستیبولر با ثبت (مثل ENG و PENG) و ارزیابی تشخیصی طبی	خدمات داخلی
۹. ۷. ۲.	اندازه‌گیری تیمپانیک (تست آمپدانس)	۹۰۰۴۸۵		تست‌های فونکسیون شنوایی با ارزیابی تشخیص طبی	خدمات داخلی
۰.۵ ۳۵. ۱۵.	تست رفلکس آکوستیک صوتی	۹۰۰۴۹۰		تست‌های فونکسیون شنوایی با ارزیابی تشخیص طبی	خدمات داخلی
۴ ۲.۵ ۱.۵	آزمون پتانسیل های برانگیخته پایدار شنوایی، ABR، جامع یا محدود	۹۰۰۵۰۰			
۱ ۷. ۳.	تست انتشار صوت (اسکرینینگ) یا TEOAE	۹۰۰۵۰۵		تست‌های فونکسیون شنوایی با ارزیابی تشخیص طبی	خدمات داخلی
۱ ۷. ۳.	ECG با تفسیر و گزارش	۹۰۰۷۱۰		داخلی قلب و عروق	خدمات داخلی
۴.۵۰	خواندن فیلم آنژیوگرافی به تنهایی	۹۰۰۷۶۰			
۴ ۲.۵ ۱.۵	هولتر ۲۴ ساعته فشار خون یا ECG با دستگاه قابل حمل شامل ثبت ، تفسیر و گزارش ، به ازای هر ۲۴ ساعت	۹۰۰۷۷۱			
۱۴ ۹.۵ ۴.۵	اکو کاردیوگرافی کامل در بیماری های مادرزادی	۹۰۰۷۸۰		داخلی قلب و عروق	خدمات داخلی
۹.۵ ۶.۵ ۳	اکو کاردیوگرافی کامل در بیماران غیرمادرزادی	۹۰۰۷۸۵		داخلی قلب و عروق	خدمات داخلی
۵.۷ ۳.۸ ۱.۹	تست ورزش	۹۰۰۸۰۰		داخلی قلب و عروق	خدمات داخلی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۱.۵ ۱ ۵.	اسپیرومتری ساده (SVC) شامل ظرفیت حیاتی آهسته همراه با منحنی آن در بزرگسالان	۹۰۰۹۸۵		بررسی های ریوی	خدمات داخلی
۳ ۲ ۱	اسپیرومتری ساده (SVC) شامل ظرفیت حیاتی آهسته همراه با منحنی آن در نوزادان و اطفال زیر ۳ سال	۹۰۰۹۹۰		بررسی های ریوی	خدمات داخلی
۴.۵ ۳ ۱.۵	اسپیرومتری شامل ظرفیت حیاتی (SVC) ظرفیت حیاتی حداکثر اجباری (FVC)، حداکثر ظرفیت تنفسی دقیقه ای ارادی (MVV)، همراه با متحنیهای حجم-جریان و حجم-زمان تنفسی	۹۰۱۰۰۵		بررسی های ریوی	خدمات داخلی
۵.۵ ۴ ۱.۵	اسپیرومتری شامل ظرفیت حیاتی آهسته (SVC) ظرفیت حیاتی حداکثر اجباری (FVC)، حداکثر ظرفیت تنفسی دقیقه ای ارادی (MVV)، همراه با متحنیهای حجم-جریان و حجم-زمان تنفسی، قبل و بعد از دوز آزمایش پرونکودیلاتور	۹۰۱۰۱۰		بررسی های ریوی	خدمات داخلی
۳.۳ ۲.۲ ۱.۱	بررسی کمپلینانس ریوی (برای مثال پلتیسوموگرافی، اندازه گیری فشار و حجم)	۹۰۱۱۲۰		تست آلرژى	خدمات داخلی
۱۰ ۶.۵ ۳.۵	EEG روتین در حالت خواب یا هوشیاری یا کما	۹۰۱۲۲۰		الکتروانسفالوگرافی روتین EEG	خدمات داخلی
۴.۵ ۳ ۱.۵	تست تنسیلون برای میاستنی کراو	۹۰۱۲۴۵		الکتروانسفالوگرافی روتین EEG	خدمات داخلی
۲.۵ ۱.۶ ۹.	با ثبت الکترومیوگرافیک	۹۰۱۲۵۰		الکتروانسفالوگرافی روتین EEG	خدمات داخلی
۱۲.۵ ۱۰.۵ ۲	انجام معاینات الکترودیآگنوز (EMG و NCV)؛ شامل اخذ شرح حال، انجام معاینه بالینی، انجام الکترودیآگنوز و کلیه خدمات مرتبط با آن از جمله موج F و H، ارائه تشخیص و تهیه گزارش، یک اندام (کد دیگری همزمان با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۱۲۵۵		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۱۷.۵ ۱۴.۵ ۳	انجام معاینات الکترودیآگنوز (EMG و NCV)؛ شامل اخذ شرح حال، انجام معاینه بالینی، انجام الکترودیآگنوز و کلیه خدمات مرتبط با آن از جمله موج F و H، ارائه تشخیص و تهیه گزارش، دو اندام (کد دیگری همزمان با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۱۲۶۰		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۲۲.۵ ۱۸.۵ ۴	انجام معاینات الکترودیآگنوز (EMG و NCV)؛ شامل اخذ شرح حال، انجام معاینه بالینی، انجام الکترودیآگنوز و کلیه خدمات مرتبط با آن از جمله موج F و H، ارائه تشخیص و تهیه گزارش، سه اندام (کد دیگری همزمان با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۱۲۶۵		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۲۵.۵ ۲۱.۵ ۴	انجام معاینات الکترودیآگنوز (EMG و NCV)؛ شامل اخذ شرح حال، انجام معاینه بالینی، انجام الکترودیآگنوز و کلیه خدمات مرتبط با آن از جمله موج F و H، ارائه تشخیص و تهیه گزارش، چهار اندام (کد دیگری همزمان با این کد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد)	۹۰۱۲۷۰		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۵ ۳.۵ ۱.۵	EMG حنجره، دیافراگم و سایر ارگانها مانند صورت، چشم ...	۹۰۱۲۷۵		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ارزش نسبی	شرح کدهای تجمیع شده	کد ملی	خصوصیت کد	سرفصل خدمتی	دستگاه
۱.۶ ۱.۳ ۰.۳	EMG عضلات پاراسپینال در صورت درخواست پزشک معالج (عمل مستقل)	۹۰۱۲۸۵		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۱.۶ ۱.۱ ۵.	بررسی EMG عضلات در یک اندام یا عضلات غیر اندامی (آگزبالی) (یک یا دو طرفه)	۹۰۱۲۹۰		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۱۰ ۶.۵ ۳.۵	EMG تک رشته‌ای با استفاده از الکتروود تک رشته ای با اندازه گیری کمی جیتر بلوک و یا دانسیته فیبر در هر یا همه محل های عضله بررسی شده با انقباض ارادی یا با تحریک الکتریکی	۹۰۱۲۹۵		تست‌های الکترومیوگرافی و هدایت عصبی EMG و NCV	خدمات داخلی
۳.۶ ۲.۶ ۰.۹	بررسی پتانسیل‌های ایجاد شده حسی-سوماتیک (SEP) اندام فوقانی یا تحتانی یا عصب کرانیال یا تنه و سر	۹۰۱۳۲۰		بررسی رفلکس و اختلالات سطح الکتریکی ایجاد شده در اثر تحریک‌ها (Evoked Potentials)	خدمات داخلی
۶ ۴.۵ ۱.۵	بررسی پتانسیل‌های ایجاد شده حرکتی (MEP) اندام فوقانی یا تحتانی هر تعداد اندام	۹۰۱۳۲۵		بررسی رفلکس و اختلالات سطح الکتریکی ایجاد شده در اثر تحریک‌ها (Evoked Potentials)	خدمات داخلی
۳.۶ ۲.۴ ۱.۲	تست پتانسیل‌های ایجاد شده بینایی دستگاه عصبی مرکزی (VEP)	۹۰۱۳۳۰		بررسی رفلکس و اختلالات سطح الکتریکی ایجاد شده در اثر تحریک‌ها (Evoked Potentials)	خدمات داخلی
۳.۵۰	تجویز و نظارت بر خوراندن شیمی درمانی خوراکی	۹۰۱۵۳۳			
۱۲.۵۰	تجویز شیمی درمانی داخل وریدی یا شریانی با تکنیک تجویز سریع و روش انفوزیون موارد متعدد دارو از قبل مخلوط شده به ازای هر جلسه تا ۸ ساعت	۹۰۱۵۴۰		تجویز شیمی درمانی	خدمات داخلی
۱.۵ ۰.۷ ۰.۸	پسورال‌ن‌ها و ماوراء بنفش (PUVA) A	۹۰۱۶۰۰		اعمال خاص درماتولوژیک	خدمات داخلی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز بهداشت دندان
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ب: ضوابط اختصاصی دندانپزشکان:

۱- خدماتی که دارای ردیف‌های تعرفه‌ای جداگانه هستند ولی در یک جلسه انجام می‌شوند باید در یک برگه ارسال شوند (مانند رادیوگرافی پری اپیکال به همراه جرم‌گیری و کشیدن دندان).

۲- ملاک محاسبه تعرفه کشیدن دندانها به ترتیب از دندانهای خلفی به قدامی می‌باشد. (بطور مثال اگر دندانهای شماره ۸، ۷، ۵ و ۳ فک بالا سمت راست بیمار کشیده شوند به ترتیب دندانهای شماره ۸، ۷ و ۵ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند)

۳- در صورتی که دندانپزشکان طرف قرارداد در مطب خود اقدام به انجام رادیوگرافی نمایند باید دندان مورد نظر و ناحیه آن را مشخص نمایند و حداکثر سه کلیشه رادیوگرافی پری اپیکال (P.A) یا بایت وینگ (B.W) در یک جلسه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: تعرفه رادیوگرافی Bite wing معادل PA (پری اپیکال) می‌باشد.

تبصره ۲: کلیشه‌های تکراری از یک ناحیه در یک جلسه قابل پرداخت نخواهد بود.

تبصره ۳: ارسال کلیشه‌های رادیوگرافی برای ادارات اسناد پزشکی ضروری نمی‌باشد.

۴- متخصصین دندانپزشکی در صورت انجام خدمات در رشته تخصصی خود، ۵۰٪ بیش از تعرفه عمومی دریافت می‌نمایند. (مطابق جدول شماره ۲)

۵- بهداشت کار دهان و دندان، کاردان بهداشت دهان و پرستار دندانپزشکی در خدمات مجازو صرفاً در مراکز دولتی طرف قرارداد مشمول ۵۰٪ تعرفه خدمات دندانپزشک عمومی می‌باشد.

۶- آموزش بهداشت (شامل ارزیابی دفعات و نحوه استفاده از مسواک، خمیر دندان، نخ دندان، دهان شویه و نوع مسواک مصرفی توسط بیمار، آموزش نحوه مسواک زدن و استفاده از نخ دندان با استفاده از مدل، بررسی جرم و کنترل پلاک و نشان دادن وضعیت دندانها و مخاطب به بیمار با دوربین داخل دهانی، آینه و ...) یک بار برای هر فرد و به مدت ۱۰ دقیقه انجام می‌گیرد.

۷- ویزیت صرفاً به دندانپزشک قابل پرداخت می‌باشد و شامل بهداشت کار دهان و دندان و کاردان بهداشت دهان و پرستار دندانپزشکی (نیروی حد واسط) نمی‌باشد.

۸- ویزیت دندانپزشکی با آموزش بهداشت و وارنیش فلوراید و رادیوگرافی بطور همزمان پرداخت می‌گردد و با سایر خدمات بطور همزمان غیر قابل پرداخت می‌باشد.

۹- هزینه مواد در تعرفه خدمات لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه و دریافت از بیمار نمی‌باشد.

۱۰- فیشور سیلانت دندان شماره ۶ تا سه سال بعد از رویش دندان و صرفاً یک بار قابل پرداخت می‌باشد.

۱۱- خدمات ترمیمی و فیشور سیلانت دندان صرفاً برای دندان شماره ۶ قابل پرداخت می‌باشد. (مطابق گروه هدف جدول شماره ۲)

۱۲- خدمات فیشور سیلانت و ترمیمی همزمان برای یک دندان قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۳- جرم‌گیری و بروساژ کامل یک فک (بالا و زیر لثه) یک بار در سال برای هر فرد قابل پرداخت می‌باشد. (مطابق گروه هدف جدول شماره ۲)


۱۴- پروفیلاکسی و فلوراید تراپی هر فک یک بار در سال برای هر فرد قابل پرداخت می‌باشد. (مطابق گروه هدف جدول شماره ۲)

۱۵- وارنیش فلوراید هر فک دو بار در سال برای هر فرد قابل پرداخت می‌باشد. (مطابق گروه هدف جدول شماره ۲)


کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران اداره کل بهداشت دندان
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

جدول شماره ۲- لیست و تعرفه خدمات دندانپزشکی


ردیف	شرح خدمت	ضریب K مصوب	تخصص مرتبط
۱	معاینه و طرح درمان (عمومی)		-
۲	معاینه و طرح درمان (متخصص)		همه تخصص ها
۳	رادیوگرافی دندان هر فیلم - (پری اپیکال یا بایت وینگ)		
۴	رادیوگرافی سری کامل دندان (۱۰ فیلم)		
۵	رادیوگرافی سری کامل دندان (در صورتیکه ۱۴ فیلم تقاضا شده باشد)		
۶	آموزش بهداشت	۱۴	همه تخصص ها
۷	جرمگیری و بروساژ کامل یک فک (۶-۱۴ سال)	۷۶	اطفال
۸	جرمگیری و بروساژ کامل یک فک (بالای ۱۴ سال)	۷۶	پریو
۹	جرمگیری بالای لثه فک بالا (۶-۱۴ سال)	۲۲	اطفال
۱۰	جرمگیری بالای لثه فک بالا (بالای ۱۴ سال)	۲۲	پریو
۱۳	جرمگیری بالای لثه فک پائین (۶-۱۴ سال)	۲۲	اطفال
۱۴	جرمگیری بالای لثه فک پائین (بالای ۱۴ سال)	۲۲	پریو
۱۱	جرمگیری زیر لثه فک پائین (۶-۱۴ سال)	۴۲	اطفال
۱۲	جرمگیری زیر لثه فک پائین (بالای ۱۴ سال)	۴۲	پریو
۱۵	جرمگیری زیر لثه فک بالا (۶-۱۴ سال)	۴۲	اطفال
۱۶	جرمگیری زیر لثه فک بالا (بالای ۱۴ سال)	۴۲	پریو
۱۷	بروساژ فک بالا (۶-۱۴ سال)	۱۲	اطفال
۱۸	بروساژ فک بالا (بالای ۱۴ سال)	۱۲	پریو
۱۹	بروساژ فک پایین (۶-۱۴ سال)	۱۲	اطفال
۲۰	بروساژ فک پایین (بالای ۱۴ سال)	۱۲	پریو
۲۱	پروفیلاکسی و فلورایدتراپی فک بالا	۳۵	اطفال
۲۲	پروفیلاکسی و فلورایدتراپی فک پایین	۳۵	اطفال
۲۳	وارنیش فلوراید فک بالا	۱۰	اطفال
۲۴	وارنیش فلوراید فک پایین	۱۰	اطفال
۲۵	فیشرسیلانت دندان ۶ راست بالا	۴۴	اطفال
۲۶	فیشرسیلانت دندان ۶ راست پایین	۴۴	اطفال
۲۷	فیشرسیلانت دندان ۶ چپ بالا	۴۴	اطفال
۲۸	فیشرسیلانت دندان ۶ چپ پایین	۴۴	اطفال
۲۹	کشیدن - یک بالا راست	۴۱	جراح فک و صورت
۳۰	کشیدن - دو بالا راست	۴۱	جراح فک و صورت
۳۱	کشیدن - سه بالا راست	۴۱	جراح فک و صورت
۳۲	کشیدن - چهار بالا راست	۴۵	جراح فک و صورت

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	


ردیف	شرح خدمت	ضریب K مصوب	تخصص مرتبط
۳۳	کشیدن - پنج بالا راست	۴۵	جراح فک و صورت
۳۴	کشیدن - شش بالا راست	۴۵	جراح فک و صورت
۳۵	کشیدن - هفت بالا راست	۴۵	جراح فک و صورت
۳۶	کشیدن - هشت بالا راست	۵۵	جراح فک و صورت
۳۷	کشیدن - یک بالا چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۳۸	کشیدن - دو بالا چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۳۹	کشیدن - سه بالا چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۴۰	کشیدن - چهار بالا چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۴۱	کشیدن - پنج بالا چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۴۲	کشیدن - شش بالا چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۴۳	کشیدن - هفت بالا چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۴۴	کشیدن - هشت بالا چپ	۵۵	جراح فک و صورت
۴۵	کشیدن - یک پایین چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۴۶	کشیدن - دو پایین چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۴۷	کشیدن - سه پایین چپ	۴۱	جراح فک و صورت
۴۸	کشیدن - چهار پایین چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۴۹	کشیدن - پنج پایین چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۵۰	کشیدن - شش پایین چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۵۱	کشیدن - هفت پایین چپ	۴۵	جراح فک و صورت
۵۲	کشیدن - هشت پایین چپ	۵۵	جراح فک و صورت
۵۳	کشیدن - یک پایین راست	۴۱	جراح فک و صورت
۵۴	کشیدن - دو پایین راست	۴۱	جراح فک و صورت
۵۵	کشیدن - سه پایین راست	۴۱	جراح فک و صورت
۵۶	کشیدن - چهار پایین راست	۴۵	جراح فک و صورت
۵۷	کشیدن - پنج پایین راست	۴۵	جراح فک و صورت
۵۸	کشیدن - شش پایین راست	۴۵	جراح فک و صورت
۵۹	کشیدن - هفت پایین راست	۴۵	جراح فک و صورت
۶۰	کشیدن - هشت پایین راست	۵۵	جراح فک و صورت
۶۱	کشیدن - A بالا راست	۴۱	اطفال
۶۲	کشیدن - B بالا راست	۴۱	اطفال
۶۳	کشیدن - C بالا راست	۴۱	اطفال
۶۴	کشیدن - D بالا راست	۴۵	اطفال
۶۵	کشیدن - E بالا راست	۴۵	اطفال
۶۶	کشیدن - A بالا چپ	۴۱	اطفال

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	


ردیف	شرح خدمت	ضریب K مصوب	تخصص مرتبط
۶۷	کشیدن - B بالا چپ	۴۱	اطفال
۶۸	کشیدن - C بالا چپ	۴۱	اطفال
۶۹	کشیدن - D بالا چپ	۴۵	اطفال
۷۰	کشیدن - E بالا چپ	۴۵	اطفال
۷۱	کشیدن - A پایین راست	۴۱	اطفال
۷۲	کشیدن - B پایین راست	۴۱	اطفال
۷۳	کشیدن - C پایین راست	۴۱	اطفال
۷۴	کشیدن - D پایین راست	۴۵	اطفال
۷۵	کشیدن - E پایین راست	۴۵	اطفال
۷۶	کشیدن - A پایین چپ	۴۱	اطفال
۷۷	کشیدن - B پایین چپ	۴۱	اطفال
۷۸	کشیدن - C پایین چپ	۴۱	اطفال
۷۹	کشیدن - D پایین چپ	۴۵	اطفال
۸۰	کشیدن - E پایین چپ	۴۵	اطفال
۸۱	ترمیم یک سطحی یا کلاس ۵ آمالگام دندان ۶ راست بالا	۷۱	ترمیمی - اطفال
۸۲	ترمیم یک سطحی یا کلاس ۵ آمالگام دندان ۶ راست پایین	۷۱	ترمیمی - اطفال
۸۳	ترمیم یک سطحی یا کلاس ۵ آمالگام دندان ۶ چپ بالا	۷۱	ترمیمی - اطفال
۸۴	ترمیم یک سطحی یا کلاس ۵ آمالگام دندان ۶ چپ پایین	۷۱	ترمیمی - اطفال
۸۵	ترمیم دو سطحی آمالگام دندان ۶ راست بالا	۹۷	ترمیمی - اطفال
۸۶	ترمیم دو سطحی آمالگام دندان ۶ راست پایین	۹۷	ترمیمی - اطفال
۸۷	ترمیم دو سطحی آمالگام دندان ۶ چپ بالا	۹۷	ترمیمی - اطفال
۸۸	ترمیم دو سطحی آمالگام دندان ۶ چپ پایین	۹۷	ترمیمی - اطفال
۸۹	ترمیم سه سطحی آمالگام دندان ۶ راست بالا	۱۰۸	ترمیمی - اطفال
۹۰	ترمیم سه سطحی آمالگام دندان ۶ راست پایین	۱۰۸	ترمیمی - اطفال
۹۱	ترمیم سه سطحی آمالگام دندان ۶ چپ بالا	۱۰۸	ترمیمی - اطفال
۹۲	ترمیم سه سطحی آمالگام دندان ۶ چپ پایین	۱۰۸	ترمیمی - اطفال
۹۳	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۶۴	اطفال
۹۴	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۶۴	اطفال
۹۵	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۶۴	اطفال
۹۶	ترمیم اچ شیمیایی یک سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۶۴	اطفال
۹۷	ترمیم اچ شیمیایی دو سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۷۶	اطفال
۹۸	ترمیم اچ شیمیایی دو سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۷۶	اطفال
۹۹	ترمیم اچ شیمیایی دو سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۷۶	اطفال
۱۰۰	ترمیم اچ شیمیایی دو سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۷۶	اطفال

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	


ردیف	شرح خدمت	ضریب K مصوب	تخصص مرتبط
۱۰۱	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۸۶	اطفال
۱۰۲	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۸۶	اطفال
۱۰۳	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۸۶	اطفال
۱۰۴	ترمیم اچ شیمیایی سه سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۸۶	اطفال
۱۰۵	ترمیم اچ نوری یک سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۷۸	اطفال
۱۰۶	ترمیم اچ نوری یک سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۷۸	اطفال
۱۰۷	ترمیم اچ نوری یک سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۷۸	اطفال
۱۰۸	ترمیم اچ نوری یک سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۷۸	اطفال
۱۰۹	ترمیم اچ نوری دو سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۱۰۴	اطفال
۱۱۰	ترمیم اچ نوری دو سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۱۰۴	اطفال
۱۱۱	ترمیم اچ نوری دو سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۱۰۴	اطفال
۱۱۲	ترمیم اچ نوری دو سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۱۰۴	اطفال
۱۱۳	ترمیم اچ نوری سه سطحی دندان شماره ۶ راست بالا	۱۲۶	اطفال
۱۱۴	ترمیم اچ نوری سه سطحی دندان شماره ۶ راست پایین	۱۲۶	اطفال
۱۱۵	ترمیم اچ نوری سه سطحی دندان شماره ۶ چپ بالا	۱۲۶	اطفال
۱۱۶	ترمیم اچ نوری سه سطحی دندان شماره ۶ چپ پایین	۱۲۶	اطفال

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ب: ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد فیزیوترایی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

- ۱- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی از زمان درخواست توسط پزشک نباید بیش از یک ماه باشد.
- ۲- مدت زمان انجام خدمات فیزیوتراپی از شروع اولین جلسه ، نباید بیش از دو ماه ادامه یابد.
- تبصره:** ملاک زمان ارسال نسخ توسط مؤسسه آخرین جلسه مراجعه بیمه شده برای دریافت خدمات می باشد.
- ۳- در صورت عدم درج تعداد جلسات توسط پزشک معالج تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۴- تعداد جلسات قابل محاسبه برای کلیه پزشکان متخصص، حداکثر ۱۵ جلسه می باشد .
- ۵- برای متخصصین مرتبط دو اندام و برای متخصصین غیر مرتبط یک اندام، در هر جلسه قابل محاسبه می باشد .
- تبصره ۱:** متخصصین مرتبط شامل موارد ذیل می باشد:
- متخصصین مغز و اعصاب، جراح مغز و اعصاب، ارتوپد، جراح عمومی، جراح ترمیمی، متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی و روماتولوژیست .
- تبصره ۲:** درخواست فیزیوتراپی سایر متخصصین می بایست متناسب با تخصص مربوطه باشد.
- ۶- در صورتی که بیمار مبتلا به یکی از بیماریهای ام اس، میاستنی گراو، دوشن، گیلن باره و فلج مغزی باشد، حداکثر ۱۵ جلسه و ۴ اندام با در خواست پزشک متخصص مرتبط ، قابل محاسبه و پرداخت است.
- تبصره:** گواهی از پزشک معالج و در صورت امکان مدارک پاراکلینیکی معتبر جهت ثبت نام این بیماران در سیستم یا تشکیل پرونده الزامی می باشد.
- ۷- ذکر تشخیص اولیه توسط پزشک معالج در کلیه نسخ فیزیوتراپی الزامی است.
- ۸- در صورتی که طرح درمان از سوی پزشک معالج در نسخه ذکر نشده باشد ولی توسط مرکز فیزیوتراپی صورت پذیرد، کد ۹۰۱۶۲۰ برای مرکز فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- ۹ - تکمیل فرم گزارش فیزیوتراپی در هر جلسه و ارسال آن با نسخه بیماران ، الزامی است .
- تبصره ۱:** ذکر تشخیص بیماری توسط فیزیوتراپیست در فرم فیزیوتراپی الزامی است .
- تبصره ۲:** اخذ امضاء و اثر انگشت بیمار در هر جلسه فیزیوتراپی الزامی است.
- ۱۰- در خواست فیزیوتراپی پزشکان عمومی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد .
- ۱۱- فیزیوتراپی در منزل در تعهد نمی باشد.
- ۱۲- فیزیوتراپی به منظور زیبایی در تعهد این سازمان نمی باشد.
- ۱۳- در کلیه جلسات ارائه خدمات، لازم است تا دفترچه بیمار همراه وی باشد.
- ۱۴- تعداد جلسات قابل پرداخت در یک روز، تنها یک جلسه می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز تخصصی طب فیزیوتراپی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۵- برای تمام روش‌ها و اعمال انجام شده در یک جلسه فیزیوتراپی بدون در نظر گرفتن تعداد آنها تنها یک بار، ارزش نسبی کد ۹۰۱۶۴۵ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: برای یک ناحیه از بدن فقط یکی از درمان‌های حرارتی سطحی (hot pack, Infra red, cold pack) و حمام پارافین) و یا عمقی ((continues ultrasound(US), short wave diathermy(SWD), micro wave diathermy(MWD)) در یک جلسه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: کد ۹۰۱۶۴۶ (دیاترمی) خدمت + می‌باشد و در صورت انجام درمان‌های حرارتی عمقی، قابل پرداخت می‌باشد.

۱۶- کد ۹۰۱۶۶۰ (آب درمانی) خدمت + می‌باشد که در صورت ابلاغ استانداردهای مربوطه از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین تأیید تجهیزات لازم توسط اداره نظارت و ارزشیابی، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۷- کد ۹۰۱۶۶۲ ماساژ یا تکنیک‌های درمانی دستی صرفاً مربوط به درناژ سیستم لنفاوی در بیماران با مشکلات سیستم لنفاوی می‌باشد.


۱۸- در صورت درخواست فیزیوتراپی دو ناحیه که ناشی از درد‌های رادیکولار (مانند گردن و شانه یا کمر و اندام‌های تحتانی) باشد، تنها یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۹- کدهای قابل استفاده در بخش‌های بیمارستانی شامل: ۹۰۱۶۳۵، ۹۰۱۶۳۶ و ۹۰۱۶۴۰ بوده که به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱: تعداد جلسات قابل پرداخت در بخش بستری بر اساس درخواست پزشک معالج قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: درخواست فیزیوتراپی قفسه سینه در بخش‌های ویژه توسط پزشک متخصص معالج قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۳: پرداخت همزمان فیزیوتراپی قفسه سینه و اندامها در بخش‌های مراقبت ویژه بر اساس کد ۹۰۱۶۳۵، در یک جلسه بلامانع می‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد آزمایشگاه

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز خدمات ملی
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد آزمایشگاه

۱- حق «پذیرش» آزمایشگاه در بیماران بستری از ابتدای درمان تا زمان ترخیص فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می باشد و از روز دوم بستری به ازای روزهایی که خونگیری مجدد انجام می پذیرد یک حق خونگیری مجدد قابل پرداخت است.

۲- حق «پذیرش و نمونه گیری» در موارد سرپائی یک مورد به ازای هر نسخه (براساس نمونه مربوطه)، در تعهد میباشد.

تبصره: هزینه خونگیری مجدد در تعرفه کلیه خدماتی که نیاز به خونگیری مجدد دارند مانند: 2hpp, GTT, GCT منظور شده است.

۳- در صورت پذیرش و خونگیری از اطفال تا ۵ سال، تعرفه " خونگیری از کودکان زیر ۵ سال " کد ۸۰۰۰۱۵ تعلق می گیرد.

۴- انجام آزمایشات زیر در تعهد سازمان نمی باشد:

۴-۱- آزمایشاتی که به صورت کلی (پانل) درخواست می گردند مانند LFT یا تستهای کبدی، TFT یا تستهای تیروئیدی، یونوگرام، و ...

۴-۲- آزمایشات به روش محاسبه ای مانند: LDL و VLDL در صورتی که بدون استفاده از کیت انجام شوند.

۴-۳- کلیه آزمایشها و روشهای آزمایشگاهی که از طرف آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی غیر معتبر اعلام شده باشد (مانند: گلوکومتر، تستهای رپیدناری که رسماً غیرمجاز اعلام شده اند)

۴-۴ در مورد اندکسهای گلبولی، اگر به همراه CBC درخواست شوند چون هزینه آن در مجموعه CBC لحاظ شده است قابل پرداخت نمی باشد.

۴-۵ هزینه انجام FBS در آزمایشهای GTT و GCT لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه نیست.

۴-۶ آزمایشاتی که دارای روش های کمی، نیمه کمی و کیفی با کدهای مجزا باشند، تعرفه خدمت بر اساس روش درخواستی توسط پزشک قابل محاسبه می باشد در صورت عدم ذکر روش انجام، کمترین تعرفه قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره: در صورت درخواست همزمان یک آزمایش به دو روش کمی و کیفی، فقط روش کمی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.


۴-۷ در صورت درخواست توام آزمایشهای تشخیص حاملگی بر روی نمونه خون یا ادرار (کدهای ۸۰۱۵۹۰ و ۸۰۲۸۷۵) در یک نسخه تنها تعرفه کد ۸۰۱۵۹۰ قابل پرداخت است.

۴-۸- تعیین ژنوتایپ HCV جز در موارد اعلامی در دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی با کد مدرک 09 WI 020 00 در تعهد سازمان نمی باشد.

۴-۹- کد ملی (۸۰۴۶۰۰) تحت عنوان پذیرش سیتوژنتیک جهت آزمایشات PCR قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و جهت این قبیل آزمایشات بسته به نوع نمونه از کدهای پذیرش خون و سایر مایعات بدن (کد ملی ۸۰۰۰۰۵) و یا پذیرش سیتوپاتولوژی برای نمونه های بافتی (کد ملی ۸۰۷۰۰۰) استفاده می گردد.

۴-۱۰- انجام آزمایشات به روش کمی لومینسانس و الکتروکمی لومینسانس (ECL) فقط برای تومورمارکرها قابل محاسبه و پرداخت می باشد (کد ۸۰۱۸۰۰).

۴-۱۱- انجام آزمایش Pap Smear منحصرأ به روش تهیه اسمیر با کد ملی ۸۰۷۰۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد (به استثنای خدمات سطح ۱).

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز تخصصی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۵- مواردی که نیاز به الصاق گزارش دارند :

- ۱-۵ بررسی کروموزومی از کدملی ۸۰۴۸۰۰ تا ۸۰۴۸۵۵
- ۲-۵ سیتوژنتیک از کدملی ۸۰۴۶۰۰ تا ۸۰۴۶۴۰
- ۳-۵ آزمایشات ژنتیک مولکولی از کدملی ۸۰۵۰۰۰ تا ۸۰۵۱۰۸
- ۴-۵ تشخیص پیش از تولد بیماری های ژنتیک از کدملی ۸۰۶۵۰۰ تا ۸۰۶۵۷۵
- ۵-۵ سیتوپاتولوژی از کدملی ۸۰۷۰۰۰ تا ۸۰۷۱۵۵

۶- شرح بر برخی کدها :

- ۱-۶ کد ملی ۸۰۰۴۱۰ برای GTT یا OGTT لحاظ می شود .
- ۲-۶ کد ملی ۸۰۳۱۶۰ برای آنتی بادی کالآزار است اما به واقع این تست برای سنجش آنتی ژن کالآزار می باشد .
- ۳-۶ کلسترول توتال شامل HDL, LDL و VLDL می باشد . به جهت مقرون به صرفگی فقط تری گلیسیرید و HDL اندازه گیری می شود و LDL و VLDL از طریق محاسبه بدست می آید ، لذا کدهای ۸۰۰۴۴۰ (اندازه گیری کمی HDL) و ۸۰۰۴۳۰ (اندازه گیری کمی تری گلیسیرید) برای پارامترهای HDL, VLDL, LDL و تری گلیسیرید کفایت می کند . استثناء آن وقتی است که میزان تری گلیسیرید بیش از ۴۰۰ mg/dL باشد ، در این صورت باید پارامترهای محاسبه ای نیز اندازه گیری شوند . (در این حالت الصاق گزارش TG به نسخه الزامی می باشد).

۷- ضوابط PCR و چگونگی تائید نسخ PCR کمی:

در راستای مدیریت بهینه هزینه ها و ایجاد زمینه نظارت علمی و به منظور ارتقاء سطح دسترسی بیمه شدگان به خدمات پاراکلینیک متناسب با نیازهای درمانی و سلامت دستورالعمل چگونگی تائید نسخ و پرداخت هزینه آزمایش PCR کمی در هپاتیت B و C و سایر بیماریها بر اساس بسته خدمات بیمه پایه اعلام می گردد:

کلیه نسخ آزمایش PCR کمی لازم است در اداره کل بررسی و در صورت تطبیق با شرایط دستورالعمل مورد تائید قرار می گیرد. در نخستین مراجعه بیمه شده جهت تائید نسخ آزمایش PCR کمی اخذ جواب آزمایشات مربوط به هپاتیت B و یا C (مثبت بودن Anti HCV.Ab یا مثبت بودن HBS.Ag) ؛ تستهای فعالیت کبدی (SGOT – SGPT) و مدارک پزشکی مربوطه برای سایر بیماریها و همچنین درخواست آزمایش PCR توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص مرتبط در مراجعات بعدی بیمه شدگان جهت تائید PCR کمی؛ نتایج آزمایشات انجام شده قبلی بهمراه تصویر آن جهت بررسی به کارشناس تائید کننده نسخ ارائه گردیده و در صورت انطباق با ضوابط و اندیکاسیونهای قابل قبول ؛ نسخه تائید و تصویر آزمایشات یاد شده به پرونده بیمار الحاق می گردد. آزمایشگاه های طرف قرارداد که واجد شرایط استاندارد انجام آزمایش PCR بوده و در خصوص این آزمایش با سازمان قرارداد همکاری دارند می بایست تصویر گزارش آزمایش انجام شده را بهمراه نسخه پاراکلینیک به شکل مکتوب یا الکترونیک به اداره رسیدگی به اسناد پزشکی تحویل نمایند.

مهمترین اندیکاسیونهای مورد قبول سازمان جهت تائید نسخ آزمایشات PCR کمی در هپاتیت B و C به قرار ذیل می باشد:

- تشخیص عفونت فعال هپاتیت C در بیماران با Anti HCV.Ab مثبت و هپاتیت B در مبتلایان به HBS.Ag یا HBE.Ag و HBC.Ab و یا PCR کیفی مثبت.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز ملی بیماری‌های عفونی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

- ارزیابی امکان انتقال ویروس از مادر HCV-Positive به نوزاد متولد شده.
- ارزیابی Viral Load جهت ارزیابی پاسخ به درمان‌های انجام یافته و در صورت لزوم تغییر پروتکل درمان.

*راهنمای تأیید PCR کمی

الف: در بیماری‌های ویروسی:

- ۱- بیماران با عفونت HCV در سال اول، حداکثر ۴ نوبت PCR کمی قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می‌باشد.
تبصره: در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام PCR کمی بیش از ۴ نوبت، منوط به اخذ تأییدیه از کمیته‌های علمی تخصصی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد و درمان تا سه سال نیز می‌تواند به طول بیانجامد. هر سال یک PCR قابل تأیید است.
- ۲- در بیماران با عفونت HBV در سال اول حداکثر ۳ نوبت PCR کمی قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می‌باشد.
تبصره ۱: در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام PCR کمی بیش از ۳ نوبت منوط به اخذ تأییدیه از کمیته‌های علمی تخصصی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. درمان تا سه سال نیز می‌تواند به طول بیانجامد هر سال یک PCR قابل تأیید می‌باشد.
تبصره ۲: پرداخت همزمان PCR کمی و کیفی در تشخیص یک عامل عفونی قابل محاسبه نمی‌باشد. در صورتیکه بیمار از قبل دارای سابقه بیماری باشد، فقط هزینه PCR کمی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود و اگر عدم سابقه بیماری، هزینه PCR کیفی پرداخت می‌گردد.

تبصره ۳: در بیماران پیوندی بعد از تشخیص عفونت (با علائم کلینیکی و پاراکلینیکی تب، اوره و کراتینین بالا و آنزیم‌های کبدی بالا) مشکوک به CMV، انجام PCR کمی بلامانع و در صورت مثبت شدن آزمایش جهت کنترل پاسخ به درمان در سال اول بعد از پیوند حداکثر ۵ نوبت قابل پرداخت خواهد بود.

۳- در انواع بدخیمی‌ها (خونی و تومورهای بدخیم) و بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی هزینه PCR کمی حداکثر ۲ بار در سال قابل پرداخت می‌باشد.

* تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR کمی RNA ویروس‌ها "Viral load" (از قبیل HCV و ...) ماحصل مجموع ردیف‌های ذیل:

- تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

- استخراج RNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۵)

- تعرفه RT-PCR کمی (کدهای ملی ۸۰۵۰۷۹ الی ۸۰۵۰۸۶ با توجه به عوامل بیماریزا)

** تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR کمی DNA ویروس‌ها "Viral load" (از قبیل HBV، CMV و ...) ماحصل مجموع ردیف‌های ذیل:

- تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

- استخراج DNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۰)


- تعرفه RT-PCR کمی (کدهای ملی ۸۰۵۰۷۹ الی ۸۰۵۰۸۶ با توجه به عوامل بیماریزا)

*** تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR ژنوتایپ RNA ویروس‌ها (از قبیل HCV) ماحصل مجموع ردیف‌های ذیل:

- تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)

- استخراج RNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۵)

- تعرفه RT-PCR کیفی (کدهای ملی ۸۰۵۰۹۰ الی ۸۰۵۱۰۴ با توجه به عوامل بیماریزا)

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز سلامت ملی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

- تعیین جهش با روش PCR (۸۰۵۰۵۵) یا PCR/RFLP (۸۰۵۰۱۰)
- ***تعرفه قابل استناد جهت هزینه آزمایش PCR ژنوتایپ DNA ویروس‌ها (از قبیل HBV) ماحصل مجموع ردیف‌های ذیل:
- تعرفه پذیرش بیمار (کد ملی ۸۰۰۰۰۵)
- استخراج DNA (کد ملی ۸۰۵۰۰۰)
- تعیین جهش با روش PCR (۸۰۵۰۵۵) یا PCR/RFLP (۸۰۵۰۱۰)

۸- نکاتی در خصوص خدمات سیتوژنتیک:

- انجام خدمت کاربوتایپ پس از تایید به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد:
- ۱- تعیین وضعیت کروموزومی در افرادی که از نظر بالینی مبتلا به سندرومهای مشخص کروموزومی مثل سندرم داون و سندرم ترنر هستند و یا والدین آنها .
 - ۲- در بررسی لوسمی ها و برخی تومورهای سرطانی .
 - ۳- در خانم هایی که سابقه سقط مکرر داشته و سایر آزمایشات دیگر طبیعی باشد .
 - ۴- در موارد ابهام جنسی برای تعیین جنسیت .
 - ۵- وجود حداقل سه تظاهر آناتومیکی غیر طبیعی .
 - ۶- عقب مانده ذهنی مشروط بر اینکه دلایل شایع و بیماری های متابولیک رد شده باشد .

*کدهای کاربوتایپ :

الف: نمونه خون محیطی:

- ۱- کد ۸۰۴۶۰۰- پذیرش سیتوژنتیک
 - ۲- کد ۸۰۴۶۰۵ - کشت لئوسیت‌های خون محیطی برای ناهنجاری‌های کروموزومی حداقل دو کشت
 - ۳- کد ۸۰۴۸۱۵ - بررسی ۱۵- ۱۰ سلول دوکاربوتایپ (سیتوژنتیک روتین)
- تبصره ۱:** روش رنگ آمیزی برای بررسی سیتوژنتیک روتین، روش نواری GTG banding است. در صورتی که علاوه بر روش نواری GTG banding روش نواری اختصاصی دیگری (مثل C-banding یا R-banding) نیز به کار رفته باشد با قید آن در گزارش آزمایش، کد ۸۰۴۸۳۵ نیز اضافه می‌شود.
- تبصره ۲:** کد ۸۰۴۸۲۰ (بررسی کلی ۵۰ سلول برای موزائیسیم) یا کد ۸۰۴۸۴۵ (بررسی سلول‌های اضافی بیش از ۱۵ سلول) بصورت روتین (درخواست این کدها در کلیه نسخ کاربوتایپ) قابل پرداخت نبوده صرفاً بر حسب مورد با درج در گزارش آزمایش مبنی بر انجام آنها قابل جایگزینی با کد ۸۰۴۸۱۵ می‌باشد.

ب: بررسی مایع آمنیون:

- ۱- کد ۸۰۴۶۰۰ - پذیرش سیتوژنتیک
- ۲- کد ۸۰۴۶۳۰ - کشت سلول‌های مایع آمنیون
- ۳- کد ۸۰۴۸۲۵ - بررسی سلول‌های مایع آمنیون

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان مرکز سلول‌های بنیادی مرکز سلول‌های بنیادی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ج: بررسی مغز استخوان:

- ۱- کد ۸۰۴۶۰۰ - پذیرش سیتوژنتیک
 - ۲- کد ۸۰۴۶۳۵ - کشت سلول‌های مغز استخوان
 - ۳- کد ۸۰۴۸۵۰ - کاربوتیپ High Resolution
- تبصره: در صورت انجام بیوپسی توسط مرکز، هزینه بطور جداگانه قابل پرداخت می‌باشد.

د: پیوند مغز استخوان:

- ۱- کد ۸۰۰۰۰۵ - پذیرش خون و سایر مایعات بدن
- ۲- کد ۸۰۵۰۰۰ - استخراج DNA
- ۳- کد ۸۰۵۱۰۶ - HLA مرحله اول

۹- HLA Typing:

به منظور HLA Typing برای تامین سازگاری بافتی به روش PCR برای پیوند مغز استخوان کدهای:

الف: جهت مرحله اول HLA Typing تا ۹۶ پرایمر بر اساس کد ۸۰۵۱۰۶ براساس تعداد پرایمر HLA قابل قبول می‌باشد.

ب: در صورت نیاز به HLA مرحله دوم (سازگاری پیوند) کد ۸۰۵۱۰۷ یا ۸۰۵۱۰۸ نیز قابل محاسبه می‌باشد.

تبصره ۱: شرط تأیید مرحله دوم نسبت سازگاری مورد قبول در مرحله اول می‌باشد. در صورتی که در مرحله اول سازگاری (با نسبت ۶/۶) حاصل نشد انجام مرحله دوم قابل تأیید است. لازم به ذکر است که نسبت ۶/۶ (شش ششم) در صورتی است که دهنده بالغ باشد، لیکن اگر دهنده خون بند ناف باشد نسبت ۵/۶ (پنج ششم) و یا حتی ۴/۶ (چهار ششم) نیز بسته به نظر پزشک قابل قبول است.

تبصره ۲: در موارد قابل تأیید مرحله دوم انجام HLA DRB، نسبت ۲۴ پرایمر (۲۴ بار) از کد ۸۰۵۱۰۸، برای HLA DRB قابل پرداخت می‌باشد.


۱۰- آزمایشات PKU و اتوزومال مغلوب:

- ۱- در صورتیکه زوجین دارای فرزند مبتلا هستند PKU مرحله اول و مرحله دوم قبل از اتمام ماه چهارم بارداری قابل تأیید، محاسبه و پرداخت می‌باشد. (به این شکل که در صورت نیاز به سقط قانونی تا قبل از هفته ۲۰ بارداری قابل انجام می‌باشد).
- ۲- در صورتی که زوجین مدارک معتبر دال بر احتمال ناقل بودن برای بیماری PKU و سایر بیماریهای اتوزومال مغلوب مذکور در بند ۱ تحت پوشش بیمه پایه را داشته باشند، آزمایش مرحله اول و در صورت مثبت بودن جواب برای زوجین مرحله دوم قابل پرداخت است.
- ۳- در صورت وجود مدارک معتبر مبنی بر احتمال ناقل بودن مادر برای بیماریهای وابسته به X تحت پوشش بیمه پایه، مرحله اول پس از ازدواج و در صورت مثبت بودن، مراحل بعدی قابل پرداخت است.

۱۱- سایر آزمایشات و کدهای قابل پرداخت:

الف: Her2 به روش FISH:

انجام FISH برای HER2 (Neu.erbB2.CD340) با استفاده از نمونه بافت پستان برای بیماران با تومور پستان، به منظور تعیین پاسخ به درمان با داروی (Trastuzumab) Herceptin یا داروهای Tyrosine Kinase Inhibitors (Lapatinib) و Doxorubicin براساس تعداد پروپ‌های بکار رفته در گزارش آزمایش قابل پرداخت است. باید توجه داشت

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهیستوپاتولوژی مرکز بهیستوپاتولوژی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

که FISH در مواردی قابل پرداخت است که آزمایش هیستوشیمی یا ایمونوهیستوشیمی (IHC) ۲+ باشد و در صورتی که ۳+ یا ۱+ یا منفی باشد قابل پرداخت نمی‌باشد.

کدهای قابل پرداخت به شرح زیر است:

۱- پذیرش سیتوژنیک با کد ۸۰۴۶۰۰

۲- FISH به ازاء هر پروپ با کد ۸۰۴۸۴۰ (تعداد پروپ براساس گزارش مرکز قابل پرداخت است).

ب: HER2 به روش ملکولی:

۱- پذیرش خون و سایر مایعات بدن با کد ۸۰۰۰۰۵ یا پذیرش سیتوپاتولوژی با کد ۸۰۷۰۰۰ بر حسب مورد

۲- استخراج DNA با کد ۸۰۵۰۰۰

۳- انجام PCR برای ژنتیک پزشکی با کد ۸۰۵۰۵۷

پ: N-MYC:

۱- پذیرش خون و سایر مایعات بدن با کد ۸۰۰۰۰۵ یا پذیرش سیتوپاتولوژی با کد ۸۰۷۰۰۰ بر حسب مورد

۲- استخراج DNA با کد ۸۰۵۰۰۰

۳- انجام PCR برای ژنتیک پزشکی با کد ۸۰۵۰۵۷

ت: JAK2:

۱- پذیرش خون و سایر مایعات بدن با کد ۸۰۰۰۰۵

۲- استخراج DNA با کد ۸۰۵۰۰۰

۳- شناسایی کروموزوم حامل جهش از طریق PCR/RFLP با کد ۸۰۵۰۱۰ و یا تعیین جهش از طریق PCR با کد

۸۰۵۰۵۵

ث: بررسی ژن مقاوم به دارو در هیپاتیت B

۱- پذیرش سیتوژنیک با کد ۸۰۴۶۰۰

۲- استخراج DNA با کد ۸۰۵۰۰۰

۳- PCR-RFLP با کد ۸۰۵۰۱۰

ج: بررسی ژن مقاوم به دارو در هیپاتیت C / HCVCOR70

۱- پذیرش سیتوژنیک با کد ۸۰۴۶۰۰

۲- استخراج RNA با کد ۸۰۵۰۰۵

۳- RT-PCR کیفی با کد ۸۰۵۱۰۲


۴- تعیین توالی نوکلئوئید با کد ۸۰۵۰۷۰ (فقط یک بار قابل پرداخت است)

تبصره ۱: در صورت درخواست همزمان ژنوتیپ و PCR تنها ژنوتیپ قابل تأیید می‌باشد.


تبصره ۲: ارسال گزارش خدمات ژنتیک به همراه نسخه، الزامی است.

ج: ایمونوهیستوشیمی (IHC) تعداد براساس درخواست پاتولوژیست می‌باشد.


تبصره: ایمونوفوتوپیننگ بیماریها بر اساس تعرفه مصوب به روش ایمونوهیستوشیمی به ازاء هر مارکر قابل پرداخت می‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ح: آزمایش Connexin بررسی ناشنوایی قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
خ: هزینه آزمایشات بیماران خاص که مشمول کاهش فرانشیز می‌گردند طبق دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص با کد مدرک 09 WI 020 00 قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد پرتویزشکی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت دندان
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی پرتویزشکی شامل ضوابطی است که به صورت اختصاصی در رسیدگی فنی به اسناد پرتویزشکی، شامل رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته ای، رادیوتراپی بکار می رود.

الف: ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیولوژی:

۱- با توجه به اینکه در رادیوگرافی از مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی (مثل آرنج، زانو) بطور استاندارد باید انتهای دیستال و پروگزیمال استخوان های طرفین مفصل در کلیشه قابل رؤیت باشد لذا در صورت درخواست همزمان رادیوگرافی یک مفصل و انتهای دیستال یا پروگزیمال استخوان های دو طرف آن (مثل رادیوگرافی آرنج و انتهای پروگزیمال ساعد) فقط تعرفه رادیوگرافی از مفصل (بدون احتساب تعرفه رادیوگرافی استخوان های طرفین مفصل) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- تعرفه رادیوگرافی بایت وینگ (B.W) معادل پری اپیکال (P.A) می باشد.

۳- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی دندان محاسبه می گردد:

الف : دندانهای قدامی:


3	3	21	12
3	3	21	12

ب : دندانهای خلفی:

876	678	54	45
876	678	54	45
876	678	54	45
876	678	54	45

۴- در صورت درخواست هر کدام از موارد ذیل جهت بایت وینگ ، یک کلیشه رادیوگرافی دندان محاسبه می شود :

توضیح : برای مشخص کردن دندانها در اطفال ، بجای شماره ، از حروف a ، b ، c ، d و e استفاده می شود .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان ملی استاندارد ایران مرکز ملی استاندارد
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۵- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده (کد ملی ۷۰۰۲۴۵) قابل محاسبه می باشد.

۶- با توجه به اینکه قبل از انجام آزمونهای رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می گردد که هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی با ماده حاجب لحاظ شده است لذا در صورت در خواست همزمان رادیوگرافی ساده و با ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) از یک عضو یا ناحیه، تعرفه رادیوگرافی ساده آن قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. (مثلاً در صورت درخواست همزمان KUB و IVP توسط پزشک معالج، تعرفه KUB قابل پرداخت نخواهد بود)

۷- خدمت رادیوگرافی پرتابل مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد.

۸- تعرفه های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت در موارد آنالوگ و دیجیتال (CR و DR و DDR) یکسان می باشد.

۹- در کلیه خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست) به غیر از هزینه ماده کنتراست، کلیه هزینه ها از جمله حق الزحمه 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.

۱۰- در انجام خدمت ERCP (کد ملی ۷۰۰۳۰۵) حداکثر ۴ فیلم قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۱- انجام انواع خدمات مداخله ای (Interventional) رادیولوژی علاوه بر رادیولوژیست توسط فوق تخصص و فلوشیپ مرتبط فقط در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲- ارسال نسخ سنجش تراکم استخوان (دانسیتومتری) فقط به روش DEXA (با کدهای ملی ۷۰۰۹۲۰ و ۷۰۰۹۲۵) از مراکز طرف قرارداد (با اولویت موسسات رادیولوژی) به دو صورت ذیل قابل انجام می باشد :

تبصره ۱: دانسیتومتری در مطب (توسط پزشکان متخصص زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی و فوق تخصص روماتولوژی دارای مجوزهای قانونی) که می توانند این خدمت را فقط برای بیماران خود تجویز نموده و انجام دهند. در این حالت با ارسال نسخ مربوطه بصورت دو برگی (نسخه پاراکلینیک و نسخه پزشک)، خدمت دانسیتومتری (بدون محاسبه ویزیت) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: دانسیتومتری در مؤسسه (رادیولوژی و پزشکی هسته ای) که مسئول فنی، این خدمت را فقط برای بیماران ارجاعی (که توسط پزشک معالج ویزیت و دانسیتومتری تجویز شده است) می تواند انجام دهد. در این حالت، با ارسال نسخ مربوطه بصورت تک برگی (نسخه پاراکلینیک)، خدمت دانسیتومتری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

توضیح: لازم به ذکر است که در هر دو حالت فوق، الصاق تصویر گزارش دانسیتومتری به نسخ الزامی می باشد.

ب: ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سونوگرافی:

۱- در صورت درخواست سونوگرافی محدود ناحیه لگن (رحم و تخمدان، یا مثانه، یا پروستات) کماکان از کدهای ملی ۷۰۱۶۳۰، ۷۰۱۶۳۵، ۷۰۱۶۴۰، ۷۰۱۶۴۵، ۷۰۱۶۵۰) با ارزش نسبی ۱۶ استفاده شود. مگر در مواردی که سونوگرافی کامل لگن، بطور مثال : بررسی رحم و تخمدانها، مثانه پر و خالی با تعیین رزیدوی ادراری (در مورد خانم ها) و بررسی پروستات، مثانه پر و خالی با تعیین

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز خدمات سلامت زنان
	مجموعه دستورات عملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

رزیدوی اداری (در مورد آقایان) درخواست شده باشد که در این صورت از کد ۷۰۱۶۱۱ یا ۷۰۱۶۵۵ با ارزش نسبی ۴.۲ استفاده می شود. بدیهی است فقط در صورتی که بنا به تجویز پزشک معالج هر یک از عناوین خدمات فوق بصورت مشخص درخواست و انجام گردد، صرفاً کد مربوطه قابل گزارش و محاسبه می باشد.

۲- تعرفه سونوگرافی لگن از نظر بررسی حاملگی معادل تعرفه سونوگرافی حاملگی (کدملی ۷۰۱۷۱۵) قابل محاسبه می باشد. (کد ملی ۷۰۱۶۱۱ با کد ملی ۷۰۱۷۱۵ همزمان قابل گزارش، محاسبه و پرداخت نمی باشد)

۳- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی حاملگی (کدملی ۷۰۱۷۱۵) و سونوگرافی بررسی رشد جنین و IUGR (کدملی ۷۰۱۷۳۶) فقط سونوگرافی بررسی رشد جنین و IUGR (کدملی ۷۰۱۷۳۶) قابل گزارش می باشد. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۳۶ همزمان قابل گزارش، محاسبه و پرداخت نمی باشد)

۴- در صورت تجویز همزمان سونوگرافی حاملگی (کدملی ۷۰۱۷۱۵) و سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین (کد ملی ۷۰۱۷۲۵)، فقط سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین (کد ملی ۷۰۱۷۲۵) قابل محاسبه و پرداخت است. (کد ۷۰۱۷۱۵ با ۷۰۱۷۲۵ همزمان قابل گزارش، محاسبه و پرداخت نمی باشد)

۵- در صورت درخواست همزمان سونوگرافی NT و یا NB (کد ملی ۷۰۱۷۳۰) به همراه سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین (کد ملی ۷۰۱۷۲۵) در سه ماهه اول بارداری فقط سونوگرافی NT و آنورمالی سه ماهه اول (کد ملی ۷۰۱۷۳۱) که شامل مجموع شرح دو کدملی ۷۰۱۷۳۰ و ۷۰۱۷۲۵ می باشد و بعد از سه ماهه اول فقط سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین (کد ملی ۷۰۱۷۲۵) قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۶- در صورت درخواست سونوگرافی NT به همراه NB فقط سونوگرافی NT و یا NB (کدملی ۷۰۱۷۳۰) قابل پرداخت می باشد.


۷- در صورت درخواست سونوگرافی چند قلوبی، برای قل اول کد ملی ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی حاملگی) و برای هر یک از قل های بعدی کد ملی ۷۰۱۷۳۵ قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۸- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ملی ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل (کدملی ۷۰۱۷۲۰) هر دو ردیف تعرفه ای قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۹- خدمت «سونوگرافی سه بعدی جنین» فاقد تعرفه مصوب بوده و در شمول تعهدات سازمان نمی باشد.

۱۰- سونوگرافی مغز نوزادان در سازمان های بیمه گر با دفترچه مادر تا یک ماه پس از تولد به وسیله متخصصین مرتبط نیز قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۱- در مورد سونوگرافی ناحیه شکم، تعرفه مربوطه می بایست متناسب با نوع درخواست پزشک معالج محاسبه گردد. چنانچه تقاضا «سونوگرافی شکم» بدون ذکر مشخص احشاء داخل شکمی باشد و یا کل احشاء داخل شکمی به تفکیک (شامل کبد، کیسه صفرا، طحال، کلیه ها و پانکراس) و بصورت همزمان درخواست شده باشند صرفاً تعرفه سونوگرافی شکم (کد ملی ۷۰۱۵۵۵) قابل گزارش، محاسبه و پرداخت است و در صورتیکه هر یک از احشاء داخل شکمی به تنهایی درخواست شده باشد صرفاً کد ملی مربوطه قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

تبصره: در صورتیکه مجموع تعرفه درخواستی بابت سونوگرافی هر یک از احشاء داخل شکمی از تعرفه سونوگرافی شکم (کد ملی ۷۰۱۵۵۵) تجاوز نماید حداکثر تعرفه سونوگرافی شکم (کد ملی ۷۰۱۵۵۵) قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲- تعرفه سونوگرافی غدد پارائورتیک معادل تعرفه سونوگرافی رتروپریتونئال (کد ملی ۷۰۱۵۸۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۳- در موارد درخواست سونوگرافی پستان به همراه ناحیه آگزیلاری و یا نسج نرم صرفاً تعرفه سونوگرافی پستان (برای یک طرفه کد ملی ۷۰۱۵۴۰ و برای دو طرفه کد ملی ۷۰۱۵۴۵) قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۴- در موارد درخواست سونوگرافی تیروئید به همراه غدد لنفاوی گردن (نسج نرم گردن)، صرفاً تعرفه سونوگرافی تیروئید (کد ملی ۷۰۱۵۲۰) قابل گزارش، محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۵- تعرفه خدمت فیبرواسکن (در صورت پوشش بیمه ای) بر اساس کدهای ۴۰۱۷۳۵ و ۴۰۱۷۴۰ (الاستوگرافی کبد) صرفاً با تجویز توسط فوق تخصص گوارش و کبد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۶- شرایط پذیرش اسناد مربوط به سونوگرافی ترانس کرانیال داپلر (TCD) و TCCS به شرح زیر می باشد:

۱-۱۶- رادیولوژیست ها به صورت ارجاعی از سوی متخصصین مرتبط و نورولوژیست ها در صورت دارا بودن شرایط لازم صرفاً جهت بیماران خود می توانند نسبت به انجام TCD و TCCS اقدام نمایند.

۲-۱۶- مهمترین اندیکاسیونهای آن عبارتند از:

الف) Stroke

ب) TIA

پ) مواردی از سرگیجه (برای رد ضایعات عروقی Vertebro-Basilar)

ت) تشخیص افتراقی سرگیجه های ناشی از TIA , Epilepsy

۳-۱۶- درج تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخه و همچنین الصاق تصویر گزارش انجام TCD به نسخ ارسالی الزامیست.

۴-۱۶- تعرفه TCD (Transcranial Doppler sonography) شامل بررسی کلیه عروق داخلی جمجمه ای و عروق ناحیه گردن (کاروتید و ورتبرال دو طرفه) می باشد.

لازم به ذکر است که عروق مورد بررسی در داپلر ترانس کرانیال شامل موارد زیر می باشد:

الف) شریان اینترنال کاروتید در محل ورود به حفره جمجمه سگمان C ۵ و C ۴ دو طرف.

ب) سیفون کاروتید شامل سگمان خلفی C ۴ و C ۳ و C ۲ و C ۱ دو طرف.

پ) شریان افتالمیک دو طرف.

ت) شریان مغزی قدامی سگمان Precommonal دو طرف.

ث) شریان مغزی قدامی سگمان Postcommonal دو طرف.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ج) محل دوشاخه شدن شریان مغزی میانی دو طرف.

چ) تنه شریانی مغزی میانی سگمان M₂ و M₁ دو طرف.

ح) شریان رابط قدامی.

خ) شریان رابط خلفی دو طرف.

د) شریان مغزی خلفی در دو سگمان P₂ و P₁ از دو زاویه دید «Approach» ترانس تمپورال و ترانس فورامینال.

ذ) شریان قاعده ای مغز.

ر) شریان ورتبرال در سگمان V₄ و V₃.

۵-۱۶- با توجه به اینکه در انجام این خدمت بررسی همزمان عروق اینترکرنیال و اکستراکرنیال الزامیست می بایست از وجود تجهیزات با قابلیت انجام سونوگرافی در هر دو ناحیه مطمئن گردید

۶-۱۶- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر عروق گردن (کدملی ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کدملی ۷۰۱۸۶۵) فقط تعرفه سونوگرافی ترانس کرانیال (TCD) (کدملی ۷۰۱۸۶۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۷-۱۶- سونوگرافی TCCS (Transcranial color coded duplex sonography) (اسکن دوبلکس شریان های خارج مغزی شامل کاروتید و ورتبرال دوطرفه و وریدهای گردنی و همراه با رویت پارنشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D) مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.

۸-۱۶- تعرفه TCCD معادل تعرفه سونوگرافی TCCS (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) قابل پرداخت می باشد.

۹-۱۶- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (کدملی ۷۰۱۸۶۵ با کدملی ۷۰۱۸۷۰ همزمان قابل گزارش، محاسبه و پرداخت نمی باشد).


۱۷-نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتویزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان و کارشناسان ارشد مامایی قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد. (به استثنای موارد اعلامی از سوی سازمان)

پ: ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد سی تی اسکن:

۱- 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.

۲- نسخ سی تی اسکن فقط در صورت درخواست توسط پزشک متخصص معالج با ذکر تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار قابل پذیرش می باشد.

تبصره ۱: در موارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق توسط پزشک عمومی با مهر اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورات عملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

۳- انجام خدمات سی تی اسکن زیر منحصراً با دستگاههای مولتی اسلایس (MSCT) حداقل ۴ اسلایس و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف- انواع خدمات سی تی آنژیوگرافی ها

ب- سی تی اسکن اسپیرال فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان

پ- سی تی اسکن اسپیرال سری کامل TMJ

ت- سی تی اندوسکپی مجازی

ث- سی تی اسکن سه بعدی (3D)

ج- بازسازی متال آرتیفکت و باز سازی هر ناحیه

چ- سی تی اسکن جهت بررسی پرفیوژن بافتی با گاز گزنون

۴- HRCT در صورت تجویز توسط متخصص داخلی، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- 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 همان ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۶- در سی تی اسکن بیماران ترومایی درخواست کلیشه Bone window در تعرفه خدمت لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.


۷- با توجه به اینکه در تکنیک اسپیرال، مقاطع مختلف یک ناحیه (برای مثال فقرات سرویکال، توراسیک یا لومبار) پشت سر هم و بدون وقفه گرفته میشود در مورد درخواستهای سی تی اسکن اسپیرال مهره های متعدد به ازای هر تعداد مهره یک ناحیه سرویکال (مهره های C1-C7)، توراسیک (مهره های T1-T12) یا لومبار (مهره های L1-L5) فقط یکبار تعرفه سی تی اسکن اسپیرال فقرات همان ناحیه (سرویکال، توراسیک یا لومبار) محاسبه و پرداخت میشود.

۸- در صورت تجهیز مرکز به CT-SIMULATOR و انجام آن، ۲۵ درصد اضافه بر تعرفه مربوط به خدمت سی تی اسکن ناحیه مورد نظر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۹- جهت تعرفه گذاری سی تی اسکن تری فازیک از کد ملی ۷۰۳۰۳۵ (پروتکل بررسی همانژیوم کبدی) استفاده می گردد.

۱۰- در صورت نیاز به خدمات بیهوشی به همراه خدمات سی تی اسکن و MRI با ذکر علت توسط مسئول فنی مرکز و تکمیل برگه القا بیهوشی توسط متخصص بیهوشی و ممههور به مهر وی، تعرفه خدمت بیهوشی تجویز شده توسط رادیولوژیست قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۱- CT-Enterography حداکثر معادل سی تی اسکن اسپیرال شکم و لگن با تزریق (کد ۷۰۲۸۷۵) و با توجه به گزارش الصاقی آن قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران
	مجموعه دستورات عملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

ت: ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد MRI :

۱- هزینه انجام MRI از سوی سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت است مشروط به اینکه درخواست منحصراً توسط متخصص جراحی ارتوپدی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، متخصص بیماریهای مغز و اعصاب، متخصص گوش و حلق و بینی و سایر فوق تخصصها انجام شود.

تبصره ۱: محاسبه و پرداخت MRI تجویزی سایر متخصصین در حوزه تخصصی مرتبط بلامانع است.

تبصره ۲: کلیه درخواستهای MRI بیش از یک ناحیه (یا ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمانهای بیمه گر دارد. (مگر در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه)

۲- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت - MRI مغز و گوش - MRI مغز و هیپوفیز - MRI مچ و کف پا، در صورتی که درخواست با فوکوس بر روی ناحیه اختصاصی باشد به عنوان مثال اگر درخواست بررسی مغز با فوکوس بر روی اوربیت یا گوش و یا هیپوفیز باشد فقط ناحیه اختصاصی مربوطه قابل محاسبه و پرداخت میباشد و در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا به صورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

تبصره: در صورت عدم انجام موارد فوق بصورت جداگانه و درخواست دو ناحیه از سوی مراکز، موضوع از طریق نظارت قابل پیگیری می باشد.

۳- در مورد درخواست MRI مچ و کف دست، با توجه به انجام دو ناحیه با یک پروتکل و در یک مرحله فقط یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۴- در موارد درخواست MRI سرویکو توراسیک - MRI توراکو لومبار و یا MRI لومبوساکرال منحصراً تعرفه یک ناحیه آناتومیک قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵- با توجه به اینکه MR ماموگرافی با تزریق صرفاً به روش دینامیک دارای ارزش تشخیصی می باشد در صورت درخواست MR ماموگرافی دینامیک، فقط تعرفه MR ماموگرافی با تزریق قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ث- ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد پزشکی هسته ای :

براساس ماده یک آئین نامه تأسیس مراکز پزشکی هسته ای، تعریف پزشکی هسته ای عبارت از کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی است که به وسیله مواد رادیواکتیو (چشمه های باز رادیواکتیو) انجام می گردد و شامل موارد ذیل می باشد:

۱- آزمایشات IN VIVO یا طرح برداری از اعضاء و تعیین میزان جذب مواد رادیواکتیو در اعضای بدن.

توضیح ۱: بطور کلی خدمات تصویربرداری پزشکی هسته ای بر مبنای اسکن planar تعرفه گذاری شده است و در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام اسکن به روش spect تعرفه مربوطه به مبلغ مینا (planar) اضافه میشود. در این خصوص بر اساس نظر انجمن علمی پزشکی هسته ای ایران اسکن ارگانهائی نظیر قلب و مغز همیشه به روش spect انجام میشود (حتی در صورت عدم درخواست پزشک معالج) و تعرفه روش باید به مبلغ مینا اضافه گردد و بدیهی است در کلیه موارد مربوطه ذکر انجام اسکن به روش اسپکت توسط موسسه ارائه دهنده خدمت در گزارش پیوست نسخه ضروری می باشد. از طرف دیگر اسکن اعضائی نظیر مجاری

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورات عملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

اشکی، مطالعه برگشت ادرار از مثانه به حالب (VCUG)، اسکن تیروئید، اسکن کلیه دینامیک با مطالعه جریان خون عروقی، اسکن تخلیه معده و اسکن ریفلاکس معده به مری همیشه به روش planar انجام میشود فلذا در این موارد حتی در صورت درخواست روش spect توسط پزشک معالج، تعرفه روش به مبلغ مینا اضافه نمیگردد. در سایر موارد، فقط در صورت درخواست انجام و ذکر آن در گزارش، روش اسپکت قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

توضیح ۲: با توجه به اینکه متداول ترین روش اسکن تیروئید با بکارگیری تکنزیوم قابل انجام بوده و فقط در موارد خاص همچون تشخیص گواتر زیر جناغی (SSG) و اسکن تمام بدن در افراد مبتلا به کانسر تیروئید از ید ۱۳۱ استفاده می شود لذا در صورت درخواست "اسکن تیروئید" بدون ذکر نام ماده رادیوایزوتوپ، خدمت مذکور برابر تعرفه کد ملی ۷۰۴۷۲۵ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت (اسکن تیروئید با تکنزیوم) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲- درمان با مواد رادیواکتیو (به استثناء استفاده از منابع تشعشع بسته)


توضیح: لیست اقدامات فوق الذکر مشتمل بر ردیف های مندرج در بخش پزشکی هسته ای " کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت در جمهوری اسلامی ایران " می باشد.

۳- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیو که عمدتاً شامل سنجش هورمونها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونواسی (RIA) قابل انجام بوده و بر اساس ردیف های مربوطه در بخش خدمات آزمایشگاهی " کتاب ارزش نسبی و خدمات مراقبتی سلامت جمهوری اسلامی ایران " قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (لیست پیوست)

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان پژوهش‌های علمی و تخصصی وزارت بهداشت
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

لیست خدمات آزمایشگاهی قابل انجام به روش RIA (در تعهد بیمه)

شرح کد	کد ملی
پذیرش بیمار برای انجام تست‌های آزمایشگاهی شامل ثبت نمونه اخذ شده و یا آورده شده، خون‌گیری و یا جمع‌آوری نمونه مثل ادرار و سایر مایعات بدن	۸۰۰۰۰۵
T3	۸۰۱۴۰۰
T4	۸۰۱۴۰۵
(T3RU)T3 Uptake	۸۰۱۴۱۰
TSH	۸۰۱۴۱۵
FreeT3	۸۰۱۴۲۰
FreeT4	۸۰۱۴۲۵
Thyroglobulin	۸۰۱۴۳۵
FSH	۸۰۱۴۴۰
LH	۸۰۱۴۴۵
Prolactin	۸۰۱۴۵۰
Testosterone	۸۰۱۴۵۵
DHEA	۸۰۱۴۷۰
17-OH-Progesteron	۸۰۱۴۸۰
استرادیول یا استروژن	۸۰۱۴۸۵
PTH	۸۰۱۵۰۰
ACTH	۸۰۱۵۴۵
Cortisol در خون یا ادرار	۸۰۱۵۵۰
HGH	۸۰۱۵۵۵
HGH پس از تحریک (تزریق L-Dopa یا ورزش) ۴ نمونه	۸۰۱۵۶۰
Beta-HCG	۸۰۱۵۹۰
CEA	۸۰۱۸۰۵
آلفا فتوپروتئین	۸۰۱۸۱۰
PSA (پروستات اسپسیفیک آنتی ژن)	۸۰۱۸۲۰
اندازه‌گیری سیکلوسپورین در سطح خون	۸۰۰۸۴۵
Digoxin	۸۰۱۱۶۵
فریتین	۸۰۱۱۷۰
آنتی‌بادی تیروگلوبولین	۸۰۳۱۵۵

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان سرطان‌شناسی ایران مرکز سرطان‌شناسی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ج: ضوابط اختصاصی رسیدگی فنی به اسناد رادیوتراپی :

۱- نسخ حاوی خدمات رادیوتراپی فقط در صورت الصاق درخواست اولیه و ارجاع از سوی متخصصین و فوق تخصص بالینی مربوطه (غیر از رادیوتراپیست) به مرکز رادیوتراپی ارائه دهنده خدمت قابل محاسبه و پرداخت است. موارد مثبت دیگری که به همراه برگه درخواست پزشک باید ضمیمه باشند، عبارتند از: تصویرگزارش پاتولوژی یا تصویر مدارک دال بر متاستاز (شامل گزارش سی تی اسکن و اسکن رادیوایزوتوپ)، تصویر برگه طراحی درمان، تصویر برگه پرتو درمانی (ممه‌ور به مهر وامضای متخصص رادیوتراپی و فیزیک پزشکی) و منحنی DVH، تصویر شیلد طراحی و ساخته شده، تصویر فیلم پورتال.

تبصره: افرادی که سابقه رادیوتراپی دارند از این قاعده مستثنی می باشند و می توانند مستقیماً به مراکز رادیوتراپی مراجعه نمایند. (با ارسال سوابق رادیوتراپی برای سازمان های بیمه گر)

۲- خدمات قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با رادیوتراپی (به روش درمان از راه دور یا تله تراپی شامل درمان با دستگاه شتاب دهنده خطی یا کبالت) عبارتند از:

۱-۲- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیته های درمانی و نحوه ی تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

۲-۲- مدیریت درمان رادیو تراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند. تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تذکر: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع فقط یکبار و در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه رادیوتراپی یکبار در صورت انجام برای کلیه بیماران اعم از سرپایی و بستری قابل پرداخت است. در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۲-۳- سیمولاتور با گرافی ساده برای دوره کامل رادیوتراپی با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۰ و ۷۰۵۳۳۵) (تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه میباشد) یا سیمولاتور با سایر روشهای تصویربرداری (سی تی اسکن، ام آر آی، سونوگرافی و پت اسکن) برای دوره درمان رادیو تراپی با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۵ و ۷۰۵۳۴۰) (در صورت تجهیز مرکز رادیوتراپی به CT-SIMULATOR تعرفه مربوط به خدمت تصویر برداری با توجه به نوع خدمت و با ضریب ۲۵ درصد علاوه بر پایه خدمت، جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. بدیهی است در صورت عدم وجود مسئول فنی رادیولوژیست در مرکز، جزء حرفه ای خدمت تصویربرداری قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود).

تذکر: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

۲-۴- طراحی درمان برای یک ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده با ارزش نسبی ۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۱۵) و یا فیلد پیچیده با ارزش نسبی ۴۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۰) برای دوره کامل رادیوتراپی.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان پژوهش‌های علمی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

تذکره: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک طراحی درمان برای هر ناحیه درمانی با استفاده از فیلد ساده و یا پیچیده قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

توضیح: منظور از ناحیه درمان، همان ارگان یا عضو مورد درمان بر اساس تقسیم بندی مناطق آناتومیک (جدول حداکثر تعداد شانهای درمانی مندرج در این دستورالعمل) بعلاوه غدد لنفاوی مربوطه می باشد. به عنوان مثال در طراحی درمان سرطان پستان، هر پستان به همراه ناحیه آگزیلاری و سوپراکلاویکولار مجموعاً یک ناحیه درمانی محسوب شده ، لذا در رسیدگی به اسناد رادیوتراپی هر ناحیه مورد درمان، کدهای ۷۰۵۳۱۵ یا ۷۰۵۳۵۰ فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت خواهند بود.

۲-۵- مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی غیر Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۱/۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۰ و ۷۰۵۳۷۵) و Conformal برای هر جلسه با ارزش نسبی ۲/۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۸۰).

تذکره: در یک جلسه رادیوتراپی فقط یک نوع و یک بار مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی (Conformal) یا غیر Conformal) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۲-۶- محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک) شامل دوزیمتری و دوزیمتری اختصاصی ارزیابی پارامترهای درمان، تضمین کیفیت انتقال دوز، دوز عمقی محور مرکزی، NSD، TDF، محاسبات off axis factor, gap، فاکتور غیریکنواختی بافت، محاسبات دوز سطحی و عمقی پروتهای غیر یونیزان در نوع ساده با ارزش نسبی ۱۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۲۵) و در نوع پیچیده با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۰) برای دوره کامل رادیوتراپی.

تذکره: در هر فاز درمانی فقط یک محاسبات پایه رادیوتراپی (فیزیک ساده یا پیچیده) به ازای هر ناحیه درمانی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد (حداکثر تعداد فازها به ازای هر ناحیه درمانی مطابق جدول پیوست)


۲-۷- طراحی و ساخت شیلد: برای طراحی و ساخت شیلدهای متعدد، استنت، شیلد bite یا بولوس در صورت انجام با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۵۵) و برای طراحی و ساخت شیلدهای بی قاعده، شیلدهای خاص، جبران کننده، وج، قالب گیری (mold) یا casts یا مولتی لیف در صورت انجام با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۶۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. (در مراکز دولتی با تأیید ناظر و در مراکز خصوصی با ارسال تصویر شیلد)

تذکره ۱: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یک بار طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تذکره ۲: در صورت تجهیز، راه اندازی و بکارگیری دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف (MLC) برای یک مرکز و بهره مندی از ۱۰٪ اضافه تعرفه (بر اساس کد تعدیلی ۸۸) ، تعرفه های طراحی و ساخت شیلد (کدهای ملی ۷۰۵۳۵۵ و ۷۰۵۳۶۰) قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و بالعکس .

تذکره ۳: در صورت استفاده صرف از شیلدهای پیش ساخته تعرفه طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۲-۸- کاتورتورینک تومور با ارزش نسبی ۱۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۷۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان پداس مرکز ملی پداس
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۹-۲- کاتورینگ ارگان در معرض خطر با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. برای دوره کامل رادیوتراپی. در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

توضیح: تعرفه کانتورینگ تومور و ارگان در معرض خطر فقط در صورت ارائه منحنی DVH قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۰-۲- استفاده از پورتال فیلم رادیولوژیک برای تایید (وریفیکاسیون) درمان با ارزش نسبی ۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۵) به ازای هر بار انجام در یک دوره کامل رادیوتراپی. (با ارائه تصویر فیلم پورتال)

۱۱-۲- درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی (مربوط به دستگاهی که پورتال فیلم و مولتی لیف نداشته باشند) به ازای تعداد فیلدهای درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی شامل:

الف- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۴ مطابق کد ملی ۷۰۵۳۳۰

ب- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه A (۸ مگا ولت و کمتر) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۰۵

پ- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۰

ت- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه B (بیش از ۸ تا ۱۵ مگا ولت) با ارزش نسبی ۷ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۰

ث- فیلد درمانی ساده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۶ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۱۵

ج- فیلد درمانی پیچیده با انرژی گروه C (۱۶ مگا ولت و بیشتر) با ارزش نسبی ۸/۵ مطابق کد ملی ۷۰۵۴۲۵

تذکره ۱: ملاک محاسبه در شتاب دهنده ها، انرژی فیلد درمانی مورد استفاده برای هر بیمار (و نه حداکثر انرژی دستگاه) می‌باشد لذا ذکر انرژی فیلدهای درمانی ضروری می‌باشد. در غیر اینصورت فیلد درمانی با حداقل تعرفه محاسبه خواهد شد.

تذکره ۲: ملاک تشخیص فیلد درمانی ساده و پیچیده بدین صورت است که در مواردیکه از وسایل مخصوص (Shielding) جهت حالت دادن به ستون اشعه استفاده نگردد و به هد دستگاه زاویه داده نشود (زاویه هد دستگاه صفر باشد) بعنوان فیلد درمانی ساده و در غیر اینصورت تحت عنوان فیلد درمانی پیچیده در نظر گرفته می‌شود.

تذکره ۳: هزینه فیلدهای درمانی قابل محاسبه برای هر بیمار عبارتست از مجموع تعرفه فیلدهای درمانی ساده و پیچیده در هر گروه انرژی ضربدر تعداد فیلدهای درمانی مورد استفاده برای بیمار در گروه انرژی مربوطه می‌باشد.

تبصره: در صورت تجهیز و راه اندازی دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف و پورتال فیلم، هر کدام ۱۰٪ و مجموعاً ۲۰٪ به تعرفه درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی با در نظر گرفتن تعداد فیلدهای درمانی، اضافه گردد.

۱۲-۲- درمان رادیوتراپی بیمار با دستگاه کبالت شامل درمان ساده با ارزش نسبی ۱ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۰) و یا درمان پیچیده با ارزش نسبی ۱/۲ (مطابق کد ملی ۷۰۵۴۳۵)

تذکره ۱: محاسبه تعداد فیلدهای درمانی در رادیوتراپی به عوامل مختلفی از جمله نحوه تقطیع دوز (Fractionation)، دوز توتال، سطح شان، میزان شیلدینگ، استفاده از فیلترهای مختلف و غیره وابسته است. بدیهی است پزشکان معالج براساس تکنیک انتخابی،

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورات عملیاتی رسیدگی به اسناد پزشکی	

تعداد فیلد درمانی را منطبق با تعداد فیلد ثبت شده در پرونده بیمار اعلام خواهند کرد. در هر صورت متوسط تعداد فیلدهای درمانی در هر ناحیه آناتومیک درخواستی از سوی مراکز رادیوتراپی طرف قرارداد نباید از حداکثر تعداد فیلدهای درمانی مندرج در جدول ذیل بیشتر باشد.

تذکره ۲: کارشناسان محترم رسیدگی ضمن در نظر گرفتن ارقام یاد شده در مواقع لزوم (به ویژه مواردی که یک مرکز برای اکثر درمانهای خود حداکثر تعداد فیلد مندرج در جدول مذکور را اعلام می نماید) با مراجعه به برگ پرتو درمانی بیماران که ممهور به مهر و امضاء متخصص رادیوتراپی و فیزیک پزشکی می باشد رسیدگی دقیق را اعمال نمایند.

۳- موارد قابل محاسبه و پرداخت در اسناد مربوط به بیماران تحت درمان با براکی تراپی (به روش درمان از راه نزدیک) عبارتند از:

۱-۳- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان (شامل معاینه و شرح حال کامل همراه با ثبت در پرونده، بررسی و تفسیر گزارش پاتولوژی، تصویربرداری های پزشکی و آزمایشگاه مرحله بندی بیمار و تایید برنامه کلی درمان شامل مدالیته های درمانی و نحوه تجویز آنها) با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۲-۳- مدیریت درمان رادیوتراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه که درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود و لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند. ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایشات مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دوز و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات یا Set Up درمان) با ارزش نسبی ۳ (مطابق کد ملی ۹۰۱۹۵۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.


تذکره: مدیریت درمان رادیوتراپی در صورت انجام برای کلیه بیماران سرپایی و بستری به شرح زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف: مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان، یکبار برای اولین جلسه براکی تراپی (۵k)

ب: مدیریت درمان رادیوتراپی حین درمان هر ۵ جلسه براکی تراپی (۳k) (در صورتیکه درمان از جلسه دوم به بعد متوقف گردد ۳k کمکان قابل پرداخت است). در این موارد، ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.

۳-۳- سیمولاتور با گرافی ساده برای دوره کامل رادیوتراپی با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۰ و ۷۰۵۳۳۵) (تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه میباشد) یا سیمولاتور با سایر روشهای تصویربرداری (سی تی اسکن، ام آر آی، سونوگرافی و پت اسکن) برای دوره درمان رادیوتراپی با ارزش نسبی ۱۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۵ و ۷۰۵۳۴۰) (در صورت تجهیز مرکز رادیوتراپی به CT-SIMULATOR تعرفه مربوط به خدمت تصویر برداری با توجه به نوع خدمت و با ضریب ۲۵ درصد علاوه بر پایه خدمت، جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. بدیهی است در صورت عدم وجود مسئول فنی رادیولوژیست در مرکز، جزء حرفه ای خدمت تصویربرداری قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود).

تذکره: در هر دوره کامل براکی تراپی فقط یک نوع و یک بار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت میباشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بیمه سلامت ایران مرکز خدمات سلامت
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

۳-۴- انجام براکی تراپی هر ناحیه شامل قراردادن اپلیکاتور یا سوزن، طراحی درمان سه بعدی (کوئورینگ و تایید پلان)، محاسبات فیزیک براکی تراپی و دوزیمتری وصل به دستگاه براکی تراپی بابت هر جلسه مطابق یکی از کدهای ملی ۷۰۵۵۱۰، ۷۰۵۵۱۵، ۷۰۵۵۲۰، ۷۰۵۵۲۵، ۷۰۵۵۳۰، ۷۰۵۵۳۵، ۷۰۵۵۴۰، ۷۰۵۵۴۵، ۷۰۵۵۵۰ و یا ۷۰۵۵۵۵

تبصره ۱: برای براکی تراپی چشم کد ملی ۶۰۲۳۶۵ (کارگذاری منبع براکی تراپی برای رادیاسیون _ شامل درآوردن بعدی منبع) باید به کد ۷۰۵۵۴۵ اضافه گردد.

تبصره ۲: برای براکی تراپی سایر ارگانها از جمله پستان، علاوه بر کدهای فوق، کدهای مربوطه نیز قابل گزارش و اخذ می باشد.

۳-۵- درمان براکی تراپی بیمار بر روی دستگاه HDR (دوز بالا) به ازای هر جلسه با ارزش نسبی ۱۳۰ (مطابق کد ملی ۷۰۵۵۰۵)

تذکره ۱: برای دستگاه MDR، 70% تعرفه کد ملی ۷۰۵۵۰۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

یادآوری مهم: براساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص و صعب العلاج، هزینه خدمت رادیوتراپی در مراکز دولتی، غیر دولتی و خصوصی در موارد سرپایی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، بصورت رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه می باشد. (ما به التفاوت بخش دولتی و خصوصی به عهده بیمار است). بر این اساس مواردی از خدمات رادیوتراپی که مشمول حذف فرانشیز می گردد عبارتند از:


الف- مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان و در حین درمان از کد ملی ۹۰۱۹۵۰ تا ۹۰۱۹۵۵

ب- خدمات رادیوتراپی با شتابدهنده خطی و کبالت از کد ملی ۷۰۵۳۰۰ تا ۷۰۵۴۳۵

پ- خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا ۷۰۵۵۵۵


ت- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی شامل مارکرها، شیلدهای اختصاصی، چسب های رادیوتراپی و ماسک های رادیوتراپی که اغلب برای رادیوتراپی ناحیه سر و گردن استفاده می شود بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است (پس از در تعهد قرار گرفتن بیمه سلامت).

ث- هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیل براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان سرطانست ایران مرکز سرطانستان
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

منطقه آناتومیک		تعداد شانهای فاز اول	تعداد جلسات	تعداد شانهای فاز دوم	تعداد جلسات	تعداد کل شانها
سطح بدن	پوست	3	25	2	5	85
	تومورهای اولیه جمجمه	2	25	3	8	74
سر	هیپوفیز	5	27	0	0	135
	نخاع	4	20	2	7	94
	چشم و کره چشم	3	27	0	0	81
	گوش	3	30	0	0	90
	نازوفارنکس*	3	25	4	10	115
گردن	حفره دهان	2	25	4	10	90
	سینوسهای پارانازال	3	30	0	0	90
	غدد بزاقی	2	25	3	10	80
	حلق	3	25	2	8	91
	حنجره*	3	25	3	8	99
	تیروئید	2	25	4	8	82
	ریه (لنفومها)	2	25	3	5	65
قفسه سینه	مدیاستن و نای	2	25	4	5	70
	مری	2	25	4	5	70
	قلب و عروق	4	25	0	0	100
	پستان	6	25	2	5	160
	معدده	3	25	4	5	95
گوارش	پانکراس	4	25	4	5	120
	کبد	3	20	0	0	60
	کولون و رکتوم	4	25	4	3	112
	آنال	4	25	3	5	115
	کلیه ها و میزنای	3	25	0	0	75
سیستم ادراری	مثانه	4	25	4	8	132
	پروستات*	5	25	5	15	200
سیستم تناسلی ادراری مردان	بیضه	4	20	4	10	120
	آلت تناسلی	3	30	0	0	90
	سرویکس	4	25	4	5	120
زنیکولوژی (زنان)	آندومتر	4	25	4	5	120
	تخمدان و لوله فالوپ	2	18	4	7	64
	واژن	4	25	4	5	120
	مجرای ادرار	2	25	2	5	60
	اندام تناسلی خارجی	2	25	2	5	60
	رتروپریتون	2	25	4	5	70
آدرنال و تومورهای حفره شکم	غده آدرنال (فوق کلیوی)	2	25	4	5	70
	دست و پا*	3	25	2	8	91


تعداد شانها و جلسات و تعداد کل شانهای درمانی برای تکنیکهای معمولی محاسبه شده اند. محاسبه تکنیکهای پیچیده برای هر منطقه آناتومیک ممکن است با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک تغییر کرده و تا مقدار زیادی افزایش یا کاهش یابد. همچنین برای درمانهای با روشهای پیچیده مانند IMRT و استریوتاکتیک تعداد شانها ممکن است تا ۱۰۰٪ افزایش یابد. درمان بعضی از مناطق آناتومیک (مانند پروستات) که با علامت ستاره مشخص شده ممکن است به یک فاز درمانی بیشتر احتیاج داشته باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	


پیوست ۱:

فهرست برخی از خدمات پرتویزشکی دارای اسامی متعدد یا علائم اختصاری

ردیف	عنوان خدمت	سایر اسامی یا علائم اختصاری خدمت
۱.	رادیوگرافی قاعده جمجمه (نمای هیرتز)	SMV
۲.	رادیوگرافی پری اپیکال	PA
۳.	رادیوگرافی بایت وینگ	BW
۴.	رادیوگرافی پانورکس	OPG
۵.	داکروسیسستوگرافی	DCG
۶.	رادیوگرافی ساده شکم خوابیده	KUB
۷.	رادیوگرافی مری با بلع ماده حاجب	Barium Swallow
۸.	رادیوگرافی معده و اثنی عشر	Barium meal GI Series
۹.	رادیوگرافی مری، معده و اثنی عشر	UGI Series
۱۰.	رادیوگرافی روده های کوچک	Transit
۱۱.	رادیوگرافی روده های بزرگ	Barium Enema
۱۲.	کله سیستوگرافی خوراکی	OCG
۱۳.	کلانژیوگرافی بعد از عمل جراحی	T-Tube کلانژیوگرافی
۱۴.	کلانژیوگرافی از راه پوست	PTC
۱۵.	کلانژیوپانکراتوگرافی رتروگراد از طریق اندوسکوپی	ERCP
۱۶.	اوروگرافی (پیلوگرافی) ترشچی	IVP , IVU اوروگرافی (پیلوگرافی) نزولی
۱۷.	اوروگرافی سریع برای فشار خون	Rapid Sequence IVP
۱۸.	اوروگرافی (پیلوگرافی) رتروگراد	اوروگرافی (پیلوگرافی) صعودی
۱۹.	اوروگرافی (پیلوگرافی) آنتی گراد	اوروگرافی (پیلوگرافی) از راه پوست نفروستوگرافی
۲۰.	یورتروسیسستوگرافی در حال ادرار کردن	VCUG
۲۱.	هیستروسالپنگوگرافی	HSG
۲۲.	رادیوگرافی تله متریک	Alignment View
۲۳.	کلانژیوپانکراتوگرافی به وسیله MRI	MRCP MR کلانژیوگرافی
۲۴.	اولتراسوند بیو میکروسکوپی	UBM

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد بستری

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز ملی سلامت
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

راهنمای استفاده از کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱: در این کتاب خدمات و مراقبت‌های سلامت در قالب ستون‌هایی به شرح ذیل تعریف شده اند:

۱- ویژگی کد:

این ستون بر برخی از ویژگی‌های یک کد در قالب تعدادی علامت مشخص، دلالت دارد. هر کد ممکن است دارای ویژگی‌هایی به شرح ذیل باشد:

۱-۱- علامت (+):

این علامت کدهای ضمیمه (add-on) را نشان می‌دهد که بر کارهای اضافی و یا مکملی دلالت دارد که در حین ارائه یک خدمت اصلی انجام میشوند و هرگز نباید به تنهایی گزارش شوند. این کدها به همراه توصیفاتمانند « هر مورد اضافه» و یا « اقدام جداگانه علاوه بر اقدام اصلی» مشخص می‌شوند و ۱۰۰ درصد ارزش نسبی مربوط به کد اصلی، اضافه می‌گردد و کد تعدیلی (51-) به آن قابل تسری نخواهد بود. در کلیه خدماتی که علامت (+) دارند ارزش بیهوشی معادل صفر می‌باشد.

۱-۲- علامت #:

شرح این علامت صرفاً در بخش خصوصی کاربرد داشته و دلالت بر این دارد که این دسته از خدمات اعم از اینکه در بخش سرپایی یا بستری ارائه شوند، با ارزش ریالی تعدیل شده محاسبه خواهد شد.

تبصره: سقف ضریب ریالی خدمات مشمول علامت # هر ساله در شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور تعیین و توسط هیات محترم وزیران مصوب و ابلاغ می‌گردد.

۱-۳- علامت (*):

این علامت بر مستثنی شدن این خدمت از پوشش بیمه پایه و یا پوشش مشروط آن توسط بیمه های پایه دلالت دارد.

تبصره ۱: هرگونه تغییر شرایط پوشش تعهدات بیمه پایه مندرج در کتاب منوط به تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی و تصویب هیئت وزیران می‌باشد.

تبصره ۲: اینگونه خدمات در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشند و تحت پوشش بیمه پایه نباشند جزء حرفه ای حداکثر تا دو برابر ارزش نسبی مندرج در کتاب قابل اخذ می‌باشد.

۲- کد ملی:

کد شش رقمی و منحصر به فرد برای هر خدمت است. این کد برای سایر خدمات مشابه یا غیرمشابه، تکرار نمی‌شود. به جزء کدهای موجود در این کتاب هیچ کدی قابل گزارش نیست.

۳- شرح کد:

این ستون کدها را توصیف میکند. این شرح خدمات معمولاً برگرفته از کتب منتشر شده Current Procedural Terminology آمریکا در طول سالهای 2004 تا 2012 بوده که توسط انجمن‌های علمی و تخصصی ویرایش، ساده سازی و تجمیع شده است. حتی المقدور سعی شده است که از همان توصیف‌ها، استفاده گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان ملی استاندارد ایران مرکز ملی استاندارد
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۴- ارزش نسبی خدمت:

این ستون، ارزش/ ارزش‌های نسبی هر کد را نشان می‌دهد. این ارزش نسبی نشان‌دهنده سختی ارائه هر خدمت است که معمولاً جزء حرفه ای نامیده می‌شود. این جزء حرفه ای براساس شاخصهایی مانند زمان ارائه خدمت، ریسک ارائه خدمت برای پزشک و بیمار، دانش، تجربه و مهارت مورد نیاز، تلاش فیزیکی، تلاشهای ذهنی و فکری و در نهایت مخاطرات قانونی ارائه خدمت، تعیین می‌شود. در برخی از موارد که برای یک خدمت، سه ارزش نسبی ذکر شده است به ترتیب جزء کلی، جزء حرفه ای و جزء فنی را نشان می‌دهند که در ادامه تشریح شده است (به کدهای تعدیلی (25-) الی (27-) رجوع گردد).

۵- واحد پایه بیهوشی یا عدد ارزش نسبی پایه بیهوشی:

ارزش پایه محاسبه حق الزحمه بیهوشی بیمار است. ارزش نسبی پایه خدمات بیهوشی برای هر یک از اعمال، در این ستون ذکر شده است. ویزیت حین و بعد از عمل جراحی، تجویز داروی بیهوشی، تجویز مایعات و یا خون به علت بیهوشی یا عمل جراحی مشمول این ارقام بوده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد. ویزیت بیمار در قالب کلینیک بیهوشی قبل از انجام اعمال جراحی جهت ارزیابی و آماده‌سازی بیمار صرفاً برای اعمال جراحی در همان بیمارستان به طور جداگانه، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۶- فهرست جامع کدهای تعدیلی کتاب ارزش نسبی:

در شرایط خاصی ضرورت دارد که ارزش نسبی برخی از خدمات به دلایل مختلف، تعدیل شود. برای چنین مواردی می‌بایست از کد تعدیلی استفاده نمود. در این حالت می‌بایست ارزش نسبی را به صورت یک ارزش نسبی تعدیل شده، در پرونده بیماران با ذکر نوع تعدیل، درج نمود. این کدهای تعدیلی به شرح ذیل می‌باشد:

کد ۲۰- عمل مستقل:


برخی از اعمال که در این مجموعه طبقه بندی شده اند، به عنوان جزئی از فرآیند کل بوده و ارزش جداگانه ای ندارند و تنها در صورت اجرای مستقل تحت عنوان عمل مستقل شناخته می‌شوند و جهت انجام آنها ارزش جداگانه ای تعلق می‌گیرد. در صورتی که عمل مستقل به عنوان جزئی از عمل اصلی شناخته نشود، به طور جداگانه، قابل پرداخت است.

کد ۲۵- جزء کلی:

ارزش نسبی برخی از خدمات به ویژه در مواردی که خدمت وابسته به فناوریهای تشخیصی است، از سه جزء تشکیل شده است که جزء اول نشان دهنده ارزش نسبی کل خدمت می‌باشد. هر جزء کلی از مجموع دو جزء حرفه ای و فنی تشکیل شده است و در صورتی که جزء فنی و حرفه ای جمع شوند، جزء کلی حاصل می‌شود.

کد ۲۶- جزء حرفه ای (Professional Component):

جزء حرفه‌ای، نشان دهنده تلاش و مهارت و ریسک ارائه خدمت برای تیم ارائه خدمت می‌باشد. برای برخی از خدماتی که در این مجموعه طبقه بندی شده‌اند، تنها یک ارزش نسبی قید شده است که این ارزش نسبی نشان دهنده جزء حرفه‌ای اقدام مربوطه است. در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات یک ارزش نسبی درج شده است، عدد مربوطه نشان دهنده جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه می‌باشد. برای برخی از دیگر خدمات که سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی میانی، نشان دهنده جزء حرفه‌ای

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهزیستی و سلامت ایران مرکز بهزیستی و سلامت
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

خدمت مربوطه است.

کد ۲۷- جزء فنی (Technical Component):

جزء فنی شامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای فیزیکی، تاسیسات، فراهم نمودن تسهیلات و شرایط لازم، نیروی انسانی پشتیبانی، هزینه استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت می‌باشد و سایر هزینه‌ها (دارو، لوازم مصرفی پزشکی و...) به صورت جداگانه، محاسبه می‌شود.

در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی سوم، نشان‌دهنده جزء فنی آن خدمات است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روش‌های زیر، محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد:

❖ در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه می‌شود، در بخش دولتی، معادل ۴۰ درصد و در بخش خصوصی، ۲۵ درصد علاوه بر ارزش نسبی نهایی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

❖ در کلیه مواردی که برای یک خدمت در ستون «واحد ارزش نسبی» هر سه جزء ارزش نسبی (جزء کلی، جزء حرفه‌ای و جزء فنی) تعیین شده است (اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج از اتاق عمل ارائه شود)، ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه و دریافت نمی‌باشد.

❖ در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نمی‌شود، به این معنی است که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آن‌ها قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون مذکور، به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

کد ۳۱- بیهوشی با ارزش پایه ۳:

برای کلیه خدماتی که در این مجموعه، ارزش پایه بیهوشی «صفر» درج شده و یا اصلاً درج نشده است، در صورتی که به هر دلیل، نیاز به بیهوشی بیمار وجود داشته باشد، ارزش پایه بیهوشی، «۳» در نظر گرفته می‌شود. ارزش زمان بیهوشی براساس کد تعدیلی (۴۲-) به ارزش پایه «۳» اضافه می‌گردد و ارزش تام بیهوشی محاسبه می‌گردد. در این موارد تعدیل‌کننده‌های بیهوشی (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-)) و ارزش ریکاوری که در ادامه به آنها اشاره شده است، قابل اضافه شدن به ارزش پایه بیهوشی نمی‌باشد.

کد ۳۲- بیهوشی برای وضعیت قرارگیری بیمار:

در صورتی که در اثر قرارگیری بیمار در وضعیت دمر یا به پهلو یا نیمه نشسته یا لیتوتومی و یا به دلیل دوری از موضع جراحی، انجام بیهوشی به سادگی انجام پذیر نباشد « ۱ » واحد بیهوشی به ارزش پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

کد ۳۳- انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد:

در این موارد، « ۵ » واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

کد ۳۴- انجام مشکل بیهوشی به دلیل استفاده از جریان خون برون بیکری (پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کمکی):

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران اداره کل بهداشت دارو
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

در این موارد، «۱۰» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می گردد.

کد ۳۵- مخاطره بیهوشی:

زمانی که بیمار غیراورژانسی به دلیل وجود زمینه‌ای مستعد و خطرناک در معرض مخاطرات جانبی تهدید کننده حیات باشد (مانند بیماری دیابت کنترل شده، فشار خون تحت کنترل، هیپوتیروئیدی و سایر موارد مشابه)، به ازای هر تعداد مخاطره با ذکر نوع مخاطره، صرفاً «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می گردد.

تبصره: این کد برای هر بیمار تنها یکبار قابل گزارش می باشد.

کد ۳۶- بیهوشی بیماران در وضعیت اورژانس:

برای کسی که نیازمند اقدامات فوری و اورژانسی است که در صورت تاخیر امکان خطر مرگ بیمار را تهدید می کند، «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی با ذکر علت اورژانسی بودن، قابل محاسبه و گزارش می باشد. این کد قابل گزارش همزمان با کد تعدیلی (۳۵-) نمی باشد.

کد ۳۷- بیهوشی برای بیمار با سن ۷۰ سال و بیشتر:

در چنین مواردی، معادل «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می گردد.

کد ۳۸- بیهوشی پیچیده به وسیله استفاده از هیپوتانسیون کنترل شده:

در چنین مواردی، معادل «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می گردد.


کد ۳۹- بیهوشی در بخش ریکاوری:

برای مراقبت منظم و استاندارد از بیماران در بخش ریکاوری، در بیهوشی به روش جنرال، رژیونال (شبکه کمری، گردنی و بازویی)، اپیدورال یا اسپینال، به ازای هر یک ساعت عمل جراحی (مطابق گزارش جراح)، (۱) واحد ارزش نسبی به عنوان حق الزحمه بیهوشی برای ریکاوری و حداکثر تا سقف (۴) واحد (با حداقل سی دقیقه و بیشتر اقامت در ریکاوری)، به ارزش تام بیهوشی اضافه می گردد. این کد تعدیلی برای بیهوشی به روش استندبای و IV-Sedation قابل گزارش و اخذ نمی باشد. همچنین، در مواردی که به هر علت پس از اتمام عمل جراحی، بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل گردد، کد تعدیلی (۳۹-)، قابل گزارش نخواهد بود. تجهیزات استاندارد در بخش ریکاوری حداقل شامل مانیتورینگ، فشارسنج، پالس اکسی متری، ساکشن و ست احیا است و الزاماً می بایست به ازای هر دو بیمار، یک تکنسین بیهوشی یا پرستار در بخش ریکاوری وجود داشته باشد. اتاق‌های عملی که واجد چنین استانداردهایی نیستند، مجاز به استفاده از این کد تعدیلی در سیهاده تعدیلی خود نخواهند بود.

تبصره ۱: پرداخت این کد تعدیلی تنها در بیهوشی جنرال، رژیونال، اپیدورال یا اسپینال قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۲: پرداخت ریکاوری منوط به احراز تجهیزات استاندارد این بخش می باشد.

تبصره ۳: زمان ورود و خروج بیمار به ریکاوری لازم است توسط تکنسین مربوطه در صورت وضعیت اتاق عمل درج گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان انستازستان ایران انجمن انستازستان ایران
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

تبصره ۴: در همه موارد سی دقیقه و بیشتر برای عمل جراحی به عنوان جزء قابل توجهی از یک ساعت در نظر گرفته می‌شود و برای اعمال جراحی کمتر از سی دقیقه ریکاوری قابل محاسبه نمی‌باشد.

کد ۴۰- اعمال کدهای متعدد تعدیلی بیهوشی:

گاهی به دلایل مختلف نیاز است برای بیهوشی یک بیمار از چندین کد تعدیلی به طور همزمان استفاده گردد؛ در چنین مواردی باید علت استفاده از کدهای تعدیلی مختلف در پرونده بیماران درج گردد. در چنین شرایطی، ۱۰۰ درصد هر یک از تعدیل کننده‌ها به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد. این تعدیل کننده‌ها در کدهای تعدیلی ۳۲ تا ۳۹ مشخص شده‌اند.

کد ۴۱- ارزش تام بیهوشی:

ارزش تام بیهوشی از جمع ارزشهای پایه بیهوشی، ارزش زمانی و ارزش ریکاوری با در نظر گرفتن تعدیل کننده‌های مختلف، محاسبه می‌گردد. همه خدمات این کتاب در صورت لزوم دارای ارزش پایه ای است که تمام خدمات بیهوشی به غیر از ارزش زمانی و تعدیل کننده‌ها را شامل می‌گردد.

اگر در جریان بیهوشی اعمال جراحی متنوعی انجام گردد، بالاترین ارزش پایه مربوط به مهمترین اعمال ارائه شده به عنوان ارزش پایه بیهوشی در نظر گرفته می‌شود و ارزش زمانی براساس کد تعدیلی (۴۲-) محاسبه و به ارزش پایه بیهوشی اضافه می‌گردد تا ارزش تام بیهوشی محاسبه گردد. کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-) نیز بسته به شرایط بیهوشی می‌بایست در محاسبات ارزش تام بیهوشی در نظر گرفته شوند:

کد عمل + کدهای تعدیلی بیهوشی (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۳۹-))

واحد پایه بیهوشی + تعدیل کننده‌ها + ارزش زمان + ارزش ریکاوری (با رعایت شرایط مربوطه)

ارزش تام بیهوشی (مجموع ارزش پایه، زمانی و تعدیل کننده‌ها)

در صورتی که متخصص بیهوشی از یکی از روش‌های بیهوشی IV Sedation، Stand by، صرفاً کد پایه و زمان قابل محاسبه و گزارش می‌باشد و هیچ کد تعدیلی و ریکاوری قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.

تبصره: برای تمام خدماتی که در ستون ارزش پایه بیهوشی در کتاب، ارزش تام بیهوشی درج گردیده است هیچ کد تعدیلی دیگری همراه آن قابل گزارش نمی‌باشد.


کد ۴۲- ارزش زمانی بیهوشی:

ارزش زمانی برای محاسبه حق‌الزحمه بیهوشی به روش زیر محاسبه می‌شود:

❖ به ازای هر ۱۵ دقیقه بیهوشی برای ۴ ساعت اول: ۱ واحد

❖ به ازای هر ۱۰ دقیقه بیهوشی از ۴ ساعت اول به بعد: ۱ واحد

شروع زمان بیهوشی مطابق چارت جراحی از ۱۵ دقیقه قبل از شروع عمل جراحی و زمان پایان آن ۱۵ دقیقه بعد از پایان جراحی می‌باشد و مابقی براساس کد تعدیلی (۳۹-) قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۵ دقیقه یا بیشتر به عنوان جزء قابل توجهی از ۱۰ یا ۱۵ دقیقه در نظر گرفته می‌شود. به عنوان مثال، در نمونه برداری شکافی پستان (کد عمل ۱۰۰۶۵۵) (که در ظرف ۴۸ دقیقه (سه واحد زمان) انجام گرفته است، ارزش زمان «3» در نظر گرفته می‌شود.

تبصره: بیهوشی رژیونال که مشمول ریکاوری می باشد شامل ۱- بلوک شبکه بازویی ۲- بلوک شبکه کمری و خاجی ۳- بلوک شبکه گردنی می باشد.

کد ۴۳- مدیریت درد بعد از عمل یا دردهای مزمن:

مدیریت تزریق داروی مسکن برای کنترل درد حاد بعد از عمل یا دردهای مزمن (سرطانی و غیرسرطانی)، از طریق پمپ یا کاتترهای مرکزی (اپیدورال یا ساب آراکتوئید)، به صورت مداوم یا منقطع بولوس، در بیمارستان بر اساس گایدلاین ابلاغی وزارت بهداشت به طور گلوبال ۱۰ واحد و یک بار در طول دوره بستری قابل پرداخت بوده و برای تزریق‌های محیطی غیرقابل گزارش و اخذ می باشد.

کد ۴۴- بیهوشی همزمان بیش از دو بیمار:

متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران، به طور همزمان نمی‌تواند مسئولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد. بیهوشی بیمار سوم و به بعد ممنوع و غیرقانونی بوده و قابل محاسبه و اخذ نمی باشد. در خصوص بیماران کلاس ASA III و بیشتر متخصص بیهوشی نمی‌تواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد.

تبصره: در برگه شرح عمل تمامی جراحی‌ها درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جزو اسناد مثبت محسوب می‌گردد. و 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 غیرقابل برگشت کسر می‌گردد.

کد ۴۵- انجام بی‌حسی ناحیه ای (رژیونال) و نخاعی توسط پزشک معالج:

با توجه به ضرورت حضور مستمر متخصص بیهوشی در این موارد، حق الزحمه بیحسی ناحیه ای یا نخاعی به پزشک معالج مربوطه قابل پرداخت نمی باشد.

کد ۴۶- انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج:

در صورتی که پزشک معالج شخصاً برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می‌گردد، از بیحسی موضعی استفاده نماید، ۲۰ درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت می باشد. در این موارد، از ارزش پایه بیهوشی نباید استفاده نمود.

در صورتی که پزشک معالج به هر دلیل نسبت به انجام بیهوشی عمومی یا نخاعی اقدام نماید، حق الزحمه بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نمیباشد (به کد تعدیلی ۴۵ رجوع گردد).

تبصره ۱: این کد تعدیلی حداکثر تا ۱۵ واحد قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۲: مبنای محاسبه ۲۰ درصد فقط جزء حرفه ای خدمت می باشد و جزء فنی (هزینه اتاق عمل) خدمت بدون احتساب کد تعدیلی ۴۶ محاسبه می‌گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:

در مواردی که به هر دلیل ضرورت پیدا می کند که برای یک بیمار اعمال متعدد انجام شود، نحوه محاسبه خدمات ارائه شده به شرح ذیل می باشد:

الف - در همان روز، در جریان همان بیهوشی:

۱- ناحیه و یا شکاف جراحی مشترک توسط یک یا دو جراح (بدون اینکه به تعداد دستگاههای حیاتی درگیر توجهی شود):

* ۱۰۰٪ بالاترین ارزش نسبی از میان خدمات ارائه شده به عنوان عمل اصلی

* ۵۰٪ برای عمل دوم

* ۲۵٪ برای عمل سوم

* ۱۰٪ برای عمل چهارم

* ۵٪ برای عمل پنجم و بیشتر.

۲- دو ناحیه یا دو شکاف جراحی: دستگاههای حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال جراحی دو طرفه توسط یک جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول ۸۰٪ برای دومین عمل و هر کدام از اعمال بعد از آن

۳- دو ناحیه با دو شکاف جراحی: دستگاههای حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال دو طرفه جراحی توسط دو جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول ۱۰۰٪ برای عمل دوم

تبصره: در کلیه مواردی که یک عمل جراحی به صورت «یک یا دوطرفه» قابل انجام می باشد، در صورتی که در شرح کد به یک یا دو طرفه بودن عمل جراحی اشاره نشده باشد؛ ارزش نسبی درج شده برای عمل جراحی مذکور، «یک طرفه» خواهد بود.

۴- جراحی پا Foot (موارد ۱ تا ۴ در مورد اعمال جراحی بر روی پا کاربرد ندارند):

۴- الف: ناحیه و یا شکاف واحد، یا دو ناحیه و دو شکاف متفاوت روی یک پا:

۱۰۰٪ برای عملی که بیشترین ارزش را دارد ۷۵٪ برای عمل دوم ۲۵٪ برای هر کدام از اعمال بعدی

۴- ب: اعمال جراحی دو طرفه (پای چپ و راست)، یا دو عمل جراحی روی پا (یک عمل روی پای راست و دیگری روی پای چپ):

۱۰۰٪ برای عمل اول و ۸۰٪ برای عمل دوم

ب - جراحیهای متعددی در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی از بستری انجام می گردند (به استثنای مواردی که عوارض خود عمل محسوب می گردد):

۱۰۰٪ ارزش نسبی برای تمام اعمال جراحی ارائه شده قابل محاسبه می باشد.

کد ۵۳- اعمال جراحی مجدد:

در صورتی که پس از ترخیص و انجام پیگیریهای مورد نیاز، بیمار دچار عود مجدد شود و نیاز به تکرار همان عمل جراحی روی همان

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

ارگان یا دستگاه حیاتی قبلی باشد، این کد قابل گزارش است. این کد شامل اعمالی که به جهت عوارض عمل جراحی اولیه در همان نوبت بستری و یا با فاصله کوتاهی بعد از بستری اولیه مورد نیاز است، نمی‌گردد. برای اعمال جراحی مجدد مشمول این کد، برای مرتبه دوم یا بیشتر، ۳۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمات ارائه شده قابل گزارش و اخذ می‌باشد. اعمال جراحی که در شرح کد آنان به طور شفاف به مجدد بودن عمل اشاره شده است، مشمول این کد تعدیلی نخواهند بود.

تبصره ۱: منظور از فاصله کوتاه حداکثر یک ماه پس از ترخیص می باشد.

تبصره ۲: سزارین تکراری مشمول کد تعدیلی ۵۳ نمی باشد.

کد ۶۰- استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق:

برای استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق در بخش دولتی ۵۰ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۲۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۲۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد. برای استندبای اعمال اینترونشنال قلب و عروق در بخش خصوصی ۲۵ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۱۲.۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۱۲.۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد. لازم به ذکر است برای این گونه اعمال ارزش پایه، ارزش زمان، کدهای تعدیلی و کد تعدیلی ریکاوری به طور جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.

تبصره: این کد تعدیلی مختص خدمات اینترونشنال درمانی است و مشمول خدمات اینترونشنال تشخیصی مانند آنژیوگرافی نمی باشد.

کد ۶۳- اقدامات جراحی یا بیهوشی بر روی کودکان یا شیرخواران:

در صورتی که اعمال جراحی و بیهوشی بر روی شیرخواران ۶ ماهه یا کمتر و یا اطفال با سن کمتر از ۳ سال صورت پذیرد، این موارد با اضافه کردن کد تعدیلی (۶۳-) به آخر کد انجام شده، مشخص می‌گردد. در این موارد در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش، شیرخوار با سن ۶ ماه تمام یا کمتر باشد، ۵۰٪ به ارزش نسبی نهایی (خدمات جراحی و بیهوشی) ارائه شده و در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش سن بین ۶ ماه تا ۳ سال تمام داشته باشد، ۲۵٪ به ارزش نسبی نهایی (خدمات جراحی و بیهوشی) ارائه شده به بیمار، افزوده می‌شود.

این کد تعدیلی برای کلیه اقداماتی که در شرح خدمت به کودکان، شیرخواران یا نوزادان زیر ۳ سال، به طور شفاف اشاره شده است و همچنین خدمات غیر تهاجمی و نیمه تهاجمی، قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد و همان ارزش های نسبی درج شده، مبنای محاسبه و پرداخت است.


کد ۸۰- استفاده از کمک جراح:

در خصوص که جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد، کد تعدیلی (۸۰-) قابل گزارش می‌باشد. در این موارد، ۲۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمت ارائه شده به بیمار، با رعایت شرایط ذیل قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح فقط به رزیدنت‌های سال ۳ و بالاتر تعلق می‌گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط می‌تواند متخصص مرتبط باشد.

۳- در مراکز درمانی خصوصی کمک جراح براساس پیشنهاد سازمان نظام پزشکی و تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورات عملی رسیدگی به اسناد پزشکی	

ملاک پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه، بندهای (۱) و (۲) خواهد بود.

تبصره: لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام خواهد شد و تا زمان اعلام لیست، خدمات زیر ۳۰ کا مشمول این کد تعدیلی نمی‌باشند. بدیهی است جهت خدماتی که بر اساس عملکرد گذشته مراکز درمانی کمک جراح درخواست نمی‌شده است این کد قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد.

کد ۸۵- استفاده از فناوری‌های نیمه‌تهاجمی برای ارائه خدمت:

در صورت استفاده از تجهیزات نیمه‌تهاجمی در حین انجام اقدامات جراحی، از کد تعدیلی (۸۵-) استفاده می‌گردد. برای کلیه خدماتی که در این کتاب منتشر شده است، در صورتی که از تجهیزات دقیق و نیمه‌تهاجمی شامل آندوسکوپ، میکروسکوپ، لاپاراسکوپ، C-ARM، آرتروسکوپ، RF و لیزر استفاده گردد، ۲۰٪ به ارزش نسبی خدمت مربوطه (جزء فنی و حرفه‌ای)، اضافه می‌گردد. این کد تعدیلی برای کلیه خدماتی که در شرح کد به استفاده از این فناوری‌ها به طور شفاف ذکر شده است و همچنین برای اعمالی که به طور روتین و معمول می‌بایست از این تجهیزات استفاده گردد (این فناوری‌ها جزئی از فرآیند معمول ارائه آن خدمت محسوب می‌شوند)، قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد. در صورتی که به هر دلیل، بیش از یک مورد از فناوری‌های غیرتهاجمی مذکور در هنگام ارائه خدمت استفاده گردد، کد تعدیلی (۸۵-) تنها یک‌بار، قابل گزارش و اخذ می‌باشد. برای مثال در عمل جراحی با ارزش نسبی ۲۵ واحد که به روش آندوسکوپی انجام می‌گردد، ارزش نسبی برابر ۳۰ واحد و جزء فنی برای اتاق عمل برابر ۱۲ واحد در بخش دولتی و ۷.۵ واحد در بخش خصوصی محاسبه می‌گردد.

کد ۸۶- استفاده از تجهیزات تصویربرداری پزشکی پرتابل:

برای کلیه خدمات تصویربرداری پزشکی که به صورت پرتابل بر بالین بیمار انجام می‌گردد، ۸۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه خدمت، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

در صورت ارائه خدمات تصویربرداری پزشکی در منزل این کد تعدیلی به همراه کد ۹۰۱۹۹۵ قابل گزارش و اخذ می‌باشد

کد ۹۰- پرداخت به پزشکان تمام وقت جغرافیایی:

برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پاراکلینیکی و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می‌شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه گر ۲ برابر ارزشهای نسبی درج شده در ستون «واحد ارزش نسبی» ، قابل محاسبه و اخذ می‌باشد. این مابه‌التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می‌گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد) ، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تمام وقتی) می‌باشد.

پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از پزشکان اطلاق می‌شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی-درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت.

تبصره: در صورت احراز عدم حضور اعضای هیئت علمی و درمانی تمام وقت جغرافیایی در هنگام ارائه خدمت در مراکز ارائه خدمت و صرفاً ممهور نمودن اسناد به مهر ایشان خلاف ضوابط بوده و هیچ مبلغی بابت جزء حرفه ای قابل پرداخت نمی‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

کد ۹۵- پرداخت در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور:

برای کلیه خدمات بستری که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت در مناطق محروم ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تا حداکثر ۲ برابر ارزش نسبی مربوطه، حسب درجه محرومیت شهر، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تعرفه ترجیحی منطقه) می باشد.

اعمال کد تعدیلی (۹۰-) با کد تعدیلی (۹۵-) در صورت وجود شرایط مربوطه (اشتغال پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی در مناطق مشمول تعرفه ترجیحی مناطق محروم)، حداکثر تا ۳ کا قابل محاسبه خواهد بود.

کد ۹۹- دوره پیگیری درمان بیماران تصادفی:

دوره پیگیری بیماران تصادفی که منجر به بستری بیمار می گردد، از زمان اولین ترخیص دو ماه می باشد و پوشش بیمه پایه منوط به اتمام دوره پیگیری خواهد بود. در طول دوره پیگیری، کلیه هزینه ها از محل اعتبارات قانونی مربوطه، پرداخت می گردد.

تبصره: دوره پیگیری از زمان ترخیص شروع می شود.

ماده ۲- انواع بیمارستان ها

الف- مراکز بیمارستانی در سطح کشور براساس نوع وابستگی آنها به سه دسته تقسیم می شوند:

۱- بیمارستانهای دولتی-دانشگاهی: وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی سطح کشور بوده و در قالب مراکز آموزشی -

درمانی علاوه بر ارائه خدمت به بیماران اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی نموده که بیشترین مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه را تشکیل می دهند. این مراکز مجاز به دریافت تعرفه دولتی از بیمه شدگان بوده و معاف از پرداخت مالیات می باشند. اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در این مراکز فعالیت نموده و از تعرفه های خاص خود برخوردار می گردند. این مراکز تحت نظر حوزه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی فعالیت نموده و دستورالعملهای صادره از سوی وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت جهت آنها لازم الاجرا می باشد.


۲- بیمارستانهای دولتی غیردانشگاهی و عمومی غیر دولتی: شامل مراکزی می گردند که وابسته به ارگانهای دولتی

غیر از دانشگاههای علوم پزشکی از قبیل سازمان تأمین اجتماعی، بانکها، وزارت نفت، دانشگاه آزاد، مراکز خیریه، مراکز نظامی و ... می باشند که نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می گردد.

۳- بیمارستانهای خصوصی: وابستگی آنها به بخش خصوصی و یا ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه

های مصوب بخش خصوصی می باشند. براساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد (در صورت عقد قرارداد با این مراکز)، ملاک پرداخت بیمه های پایه، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ مابه التفاوت براساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد.

تبصره: بدیهی است تعرفه در مراکز فوق بر اساس مصوبه هیئت دولت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز خدمات سلامت
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ب- انواع خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی :

کلیه مراکز درمانی بیمارستانی بر حسب پروانه تأسیس و مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت مجاز به ارائه خدمات و احداث بخش‌های خاصی می باشند و ارائه خدمت به سه شکل به بیمه شدگان صورت می گیرد:

* بستری

* بستری موقت (تحت نظر)

* خدمات سرپایی بیمارستان اعم از خدمات ارائه شده در درمانگاه تخصصی ، اورژانس و واحدهای پاراکلینیک و داروخانه

ماده ۳- نحوه محاسبه فرانشیز و سهم سازمان :

الف- اسناد بستری مورد تعهد :

۱- سهم بیمه پایه : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

۲- فرانشیز : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

تبصره ۱: در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیأت وزیران برعهده بیمه پایه نمی باشد.

تبصره ۲: پرداخت هزینه موارد غیر بیمه ای بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

تبصره ۳: فرانشیز خدمات بستری ارائه شده به بیماران خاص برابر ضوابط اعلام شده توسط شورای عالی بیمه خواهد بود.

ب- اسناد بستری موقت (زیر ۶ ساعت) و خدمات سرپایی مورد تعهد

۱- سهم بیمه پایه : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

۲- فرانشیز : بر اساس مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی

تبصره ۱: در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیأت وزیران برعهده بیمه پایه نمی باشد .

تبصره ۲: پرداخت هزینه موارد غیر بیمه ای بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

تبصره ۳: فرانشیز خدمات سرپایی و تحت نظر زیر ۶ ساعت ارائه شده به بیماران خاص برابر ضوابط اعلام شده توسط شورای عالی بیمه خواهد بود.

ماده ۴- سند بستری بیمارستانی :

تعریف اسناد مثبتته: به کلیه اوراقی اطلاق میشود که می بایست طبق ضوابط شورای عالی بیمه جهت پرداخت هزینه سهم بیمه پایه به صورت حساب بستری ضمیمه گردد.

الف - برگ صورتحساب یا معرفی نامه بیمارستانی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز بهداشت استان
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

از طرف شورای عالی بیمه یک فرمت ثابت جهت کلیه بیمه های پایه، بیمارستانها و بیمار اعلام و شامل خدمات و قیمت آنها می باشد که توسط مرکز درمانی ارائه می گردد.

تبصره: در بیمارستانهایی که سیستم HIS راه اندازی شده، اطلاعات برگه صورتحساب منطبق با فرمت فوق بوده و در صورت درخواست بیمه های پایه و با توافق دفتر IT وزارت بهداشت ارسال صورتحساب به صورت فایل الکترونیکی الزامی است.

ب - اسناد مثبت عبارتند از :

۱- دستور بستری با تشخیص اولیه ممهور به مهر و امضاء پزشک بر روی برگه دفترچه بیمه بیمار
تبصره: صدور دستور بستری بر روی سر نسخه بیمارستان صرفاً در بخش اورژانس بلامانع می باشد. بدیهی است در هنگام ترخیص ارائه دفترچه درمانی الزامی است.

۲- فتوکپی عکس دار صفحه اول دفترچه / کارت بیمه معتبر و یا معرفی نامه بیمه پایه
 (برای بیمه شدگان روستایی زیر هفت سال و در سایر بیمه های پایه زیر دو سال ، نیازی به عکسدار بودن دفترچه نمی باشد).
 ۳- برگه صورتحساب ممهور به مهر و امضاء پزشک معالج و مهر و امضاء بیمارستان بر روی صورتحساب که به تأیید نهائی کارشناس بیمه رسیده باشد .

تبصره: تأیید اولیه کارشناس ناظر در پشت برگه دستور بستری و یا فتوکپی صفحه اول دفترچه / کارت بیمه درمانی درج می گردد. ضمناً در مراکزی که از سوی بیمه پایه کارشناس معرفی نشده است نیازی به تأیید ندارد.

۴- برگه شرح عمل ممهور به مهر و امضاء پزشک جراح و کمک جراح (در صورت حضور) و درج کد های مربوطه بر اساس کتاب ارزشهای نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی (فتوکپی یا نسخه دوم)

۵- برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضاء متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، ریکاوری و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزشهای نسبی بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی (فتوکپی یا نسخه دوم)


۶- تصویر برابر اصل یک نسخه فاکتور خرید تجهیزات پزشکی مانند پروتز، مش، استنت و ... توسط بیمارستان بصورت فاکتور یکجا و با صورتحساب ماهانه

تبصره: کلیه تجهیزات پزشکی بایستی از شرکت های مورد تأیید اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردد.

۷- الصاق برچسب تجهیزات پزشکی استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل

۸- لیست دارویی مصرف شده و قیمت گذاری شده ممهور به مهر و امضاء مسئول فنی داروخانه (یا تأیید رئیس بیمارستان)

۹- لیست آزمایشات (بالینی - پاتولوژی) که به تأیید مسئولین فنی مربوطه (یا تأیید ریاست بیمارستان) رسیده باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۰- لیست خدمات پرتوپزشکی، خدمات تشخیصی تخصصی و فوق تخصصی نظیر سی تی اسکن، MRI که به تأیید مسئولین فنی مربوطه رسیده باشد و در صورت نیاز بنا بر درخواست کارشناس بیمه ارسال تصویر گزارش موارد فوق الزامی است.

۱۱- لیست دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممه‌ور به مهر و امضاء مسئول اتاق عمل و مسئول فنی داروخانه تبصره ۱: مفاد دستورالعمل فوق نافی انجام وظایف نظارتی سازمان های بیمه گر نخواهد بود.

تبصره ۲: در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخش های مختلف به صورت اسکن شده می باشد، پرداخت هزینه اسناد پزشکی با مهر اسکن شده و امضای اصل بلامانع است.

تبصره ۳: مدارک مثبت در پرونده های گلوبال شامل ردیفهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۰ می باشد.
تبصره: درخصوص بند ۳ درج ریز هزینه های گلوبال ضرورتی ندارد.

ماده ۵- نحوه رسیدگی به صورتحساب:

الف- بستری :

به کلیه مواردی که بیمار براساس دستور پزشک، نیازمند بستری بالای ۶ ساعت به منظور درمان طبی و یا جراحی طبق شرایط این آیین نامه باشد، اطلاق می گردد. که به شرح ذیل می باشد:

۱- درمان طبی

در صورتیکه جهت بیمار دستور بستری در بخش توسط پزشک صادر و با تشکیل پرونده بستری شود بیمار بستری تلقی شده، هزینه های وی به تفکیک سرفصلها در ردیف هزینه های بستری ثبت می گردد.

۲- درمان جراحی

چنانچه بیمار نیاز به عمل جراحی، اتاق عمل (غیر از اتاق عمل سرپایی) و بیهوشی داشته باشد، بیمار بستری تلقی می گردد. (حتی در صورتی عدم اقامت کمتر از ۶ ساعت)

ب- درمان تحت نظر (بیماران زیر ۶ ساعت)


بیماران بستری موقت (تحت نظر) شامل بیمارانی می شوند که در اورژانس بیمارستان به مدت زمان کمتر از ۶ ساعت تحت نظر می باشند.

*در صورتی که در بیمارستانها بخشی به نام بخش اورژانس با استانداردهای مصوب بخشهای بیمارستانی دایر باشد این بخش با درمانگاه و تحت نظر اورژانس متفاوت بوده و شرایط بستری در آنها تابع شرایط مربوط به سایر بخشهای بیمارستانی می باشد.

ماده ۶- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه اقامت یا تخت روز (هتلینگ):

۱- چنانچه مدت بستری بیمار در بیمارستان بیشتر از ۶ ساعت باشد (صرفاً بخش مصوب بیمارستانی) یک روز تخت قابل محاسبه می باشد.

تبصره: هزینه هتلینگ در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه نیست.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت ایران مرکز بهداشت
	مجموعه دستورالعملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

- ۲- تعداد روزهای بستری از تفاضل تاریخ ترخیص و تاریخ بستری بدست آمده و ملاک تاریخ ترخیص ، دستور پزشک معالج، رضایت شخصی و یا فوت بیمار می باشد.(با کسر تعداد روزهای مرخصی موقت)
- ۳- هزینه تخت روز براساس درجه اعتبار بخشی مندرج در پروانه اعتباربخشی بیمارستان صادره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مطابق تعرفه مصوب هیات وزیران که هر ساله براساس جدول ذیل ابلاغ می گردد، قابل محاسبه و اخذ می باشد.

درجه ارزشیابی بیمارستان	یک تختی	دو تختی	سه تختی و بیشتر	نوزاد سالم	نوزاد بیمار سطح دوم	تخت بیمار سوختگی	تخت بیمار روانی	تخت بخش post C.C.U	تخت بخش C.C.U	تخت بخش I.C.U جنرال PedICU NICU, RICU	BICU تخت
-------------------------	---------	---------	-----------------	------------	---------------------	------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	----------

۴- درجه اعتباربخشی - کلیه بیمارستانها براساس دستورالعمل اجرایی و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان ابلاغی از سوی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی هر سال حداقل یکبار مورد اعتباربخشی قرار گرفته و براساس امتیازات مکتسبه درجه بندی و گواهینامه دریافت می نمایند که این درجه بندی شامل بیمارستانهای درجه یک عالی ، یک مثبت ، ۲، ۱، ۳ و زیر استاندارد می باشد . بدیهی است وجود گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان جهت احراز درجه مکتسبه در اداره نظارت الزامی می باشد و در صورت عدم دریافت گواهی نامه اجرای مصوبه شصتمین جلسه شوراییالی بیمه ضروری خواهد بود .این اعتباربخشی در تختهای معمولی بیمار سوختگی، نوزاد سالم، نوزاد بیمار سطح دوم، بیمار روانی و POST CCU همان درجه اعتباربخشی بیمارستان می باشد اما بخشهای ICU,CCU و NICU هرکدام باید جداگانه اعتباربخشی شده و درجه آن مشخص گردد. بیمارستانها و بخشهای درجه یک عالی و یک مثبت و یک مطابق تعرفه تخت روز درجه یک قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۱: در صورت عدم ارائه گواهینامه ارزشیابی در مدت حداکثر چهار ماه از تاریخ انقضای ارزشیابی قبلی کسورات اعتبار بخشی بیمارستان غیر قابل برگشت می باشد.

تبصره ۲: درجه اعتباربخشی هر بخش صرفاً مخصوص به همان بخش می باشد.

تبصره ۳: در بخش دولتی و تأمین اجتماعی، خصوصی و خیریه، درجه اعتباربخشی بیمارستانها و بخشهای ویژه جدید الاحداث در یک سال اول بهره برداری بعنوان درجه یک محسوب می گردند و دریافت و ارائه گواهینامه اعتبار بخشی برای دوره فوق (تا پایان سال اول) الزامی و ضروری می باشد.

۵- برای اقامت کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان هزینه هتلینگ قابل محاسبه نمی باشد.

۶- تخت روز بخش هایی که طبق مصوبه هیئت محترم وزیران فاقد تعرفه می باشد، مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می باشد.

۷- تعهد بیمه در مورد هتلینگ تخت عادی و تخت VIP برابر هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر در بخش دولتی می باشد.

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

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۹- **تخت ایزوله:** در مورد اندیکاسیون بستری در اتاق ایزوله- طبق مصوبه شورای عالی بیمه خدمات درمانی- (مانند بیماری عفونی- درمان یا آلودگی با مواد رادیواکتیو و رادیوایزوتوپ، ضعف سیستم ایمنی بیمار یا ایزوله معکوس) با درخواست پزشک معالج، هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق یک تختی و براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان در بخش دولتی محاسبه می گردد.

۱۰- **تخت سوختگی:** در صورت بستری بیمار در بخش سوختگی، تعرفه هتلینگ بخش سوختگی قابل محاسبه بوده و در صورتیکه ادامه درمان بیمار در سایر بخشها مانند بخش جراحی ترمیمی پیگیری شود، هزینه هتلینگ بصورت تخت عادی محاسبه می گردد.

۱۱- روزهای مرخصی موقت از تخت روز کسر می گردد.

۱۲- **بخش روانپزشکی:** هزینه بستری بیمار در بخش روانپزشکی حداکثر ۸ هفته در سال از زمان اولین بستری بعنوان بیماری حد براساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیماری مزمن (طبق تشخیص پزشک معالج) برابر تعرفه تخت روانی درجه سه قابل محاسبه می باشد .

تبصره: بیماران روانی که جنبه نگهداری پیدا می کنند خارج از تعهد بیمه های پایه می باشند.

۱۳- **هزینه اقامت همراه:** در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۱۴- **هزینه تخت نوزاد:**

(الف) هزینه نگهداری نوزاد سالم به همراه مادر، پس از زایمان طبیعی حداکثر یک روز و پس از سزارین حداکثر ۲ روز قابل محاسبه می باشد. (اسناد گلوبال مطابق بخشنامه مربوطه محاسبه می گردد)

(ب) در صورتی که نوزاد بدلیل بیماری مادر در همان نوبت بستری در بیمارستان در اتاق مادر یا بخش نوزادان نگهداری شود هتلینگ تخت نوزاد سالم با تأیید کارشناس ناظر قابل محاسبه می باشد .

(ج) نوزاد (تا سن ۲۸ روز) که بعلت بیماری بستری می گردد با تشکیل پرونده بستری و با تعرفه تخت نوزاد بیمار (سطح دوم) محاسبه می شود.

(د) هزینه نوزاد در بخش (NICU) برابر تعرفه مصوب این نوع اقامت می باشد که ۷۰ درصد این مقدار بابت هزینه اقامت و ۳۰ درصد بابت برخی از خدمات پزشکی به شرح ذیل (به صورت گلوبال) می باشد :

خونگیری متناوب از نوزاد، کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی)، اکسیژن تراپی، کارگذاری لوله تراشه و اتصال به بنت و تغییر SETUP آن، تنظیم مکرر دستگاه، کلیه اقدامات برای بررسی عفونت خونی (sepsis) نظیر (LP) ، کشت خون و ترشحات تنفسی)، نمونه گیری برای گازهای خونی (ABG)، پالس اکسیمتری، گذاشتن لوله بینی معده (NG)، لاواژ و گاواژ، تخلیه ترشحات ریوی، کارگذاری سونداژ، فتوتراپی، تزریقات، سرم درمانی، تزریق خونی، (انجام تزریقات توسط پمپ) انفوزیون مداوم

تبصره: سایر خدمات نظیر کارگذاری کاتتر غیر نافی، ویزیت پزشک معالج (بجز پزشک مقیم)، مشاوره، اعمال جراحی، تزریق سورفاکتانت توسط پزشک، chest – tube و تعویض خون و غیره جداگانه قابل محاسبه می باشد.

۱۵- در بخشهای ICU دارای ۵ تخت و بیشتر پرداخت ۳۰٪ هزینه هتلینگ منوط به حضور پزشک مقیم می باشد و در بخشهای ICU زیر ۵ تخت پرداخت ۱۰۰٪ هزینه هتلینگ در صورت عدم حضور پزشک مقیم بلامانع می باشد .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز پرستاری
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

تبصره: ۳۰ درصد خدمات ICU، NICU مشمول ۲K هیئت علمی و ترجیحی مناطق محروم نمی شود.

۱۶- تخت روز بیمار تحت نظر: در بیماران تحت نظر بیش از شش ساعت در صورت تعیین تکلیف بیمار و تشکیل پرونده بستری تخت روز قابل پرداخت می باشد.

بدیهی است در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز با فرانشیز بستری محاسبه و پرداخت می گردد.

۱۷- در خصوص بیمارانی که نیاز به بستری در بخش‌های ویژه دارند ولی با دستور پزشک معالج در بخشی بجز بخش‌های ویژه بیمارستان بستری گردیده و تحت مونیترینگ قرار می گیرند، هزینه اقامت آنها از مجموع هزینه اقامت در بخش عادی با اضافه نمودن ارزش نسبی کد ۹۰۰۷۷۰ (EKG مانیتورینگ یا هولتر ۲۴ ساعته فشار خون به هر روش با ثبت، تفسیر و گزارش) محاسبه می گردد.

تبصره: در محاسبه هزینه اقامت، آخرین ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان ملاک عمل می باشد

ماده ۷- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات جنینی پرستاری :

به مجموع خدماتی که توسط کادر درمان بیمارستان بجز پزشکان به بیماران بستری ارائه می گردد تعرفه ای معادل ۶٪ کل مبلغ تخت روز بیمار تعلق می گیرد. از جمله این خدمات می توان به تزریقات، وصل سرم، پانسمان و انما و ... اشاره نمود.

۱- هزینه خدمات پرستاری و جنینی معادل ۶٪ کل مبلغ هتلینگ (تخت روز) بیمار بستری است.

تبصره: در بیماران تحت نظر فاقد پرونده بستری و بدون تخت روز هزینه انواع تزریقات قابل محاسبه و پرداخت می باشد. بدیهی است ویزیت پزشک عمومی و متخصص معادل ویزیت سرپایی قابل پرداخت می باشد.

۲- فهرست لوازم مصرفی ۶٪ خدمات جنینی پرستاری: شامل هزینه سرنگ، گاز، باند، پنبه، الک، بتادین، چسب، آب اکسیژنه، ساولن و... می باشد که در سرفصل هزینه های ۶٪ خدمات جنینی پرستاری لحاظ، و به بیمارستان پرداخت می گردد. بنابراین بیمارستان نباید هزینه اینگونه موارد را بطور جداگانه از بیمه های پایه درخواست و یا از بیمه شده بصورت آزاد دریافت نماید.

تبصره: خدمات تزریق خون و فرآورده های آن بر اساس کد مربوطه در کتاب ارزش های نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۳- هزینه این وسایل در اتاق عمل، اتاق زایمان (به جزء کلاه، کاور کفش و لباس یکبار مصرف) قابل محاسبه است.


۴- در ICU و NICU ۶٪ تعرفه خدمات پرستاری فقط به ۷۰٪ تعرفه تخت تعلق می گیرد.

۵- در هنگام محاسبه هزینه زایمان طبیعی، هزینه خدمات پرستاری به تخت نوزاد سالم نیز تعلق می گیرد.

ماده ۸- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت:

عبارت است از خدماتی که بوسیله پزشک در مطب یا بطور سرپایی در درمانگاه، اتاق معاینه و یا در بخش بیمارستان انجام می شود.

طبق تعریف فوق ویزیت در دو قسمت سرپایی و بستری قابل ارائه می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱- ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار و یا در اتاق درمان بیمارستان ارائه می شود و مبنای محاسبه حق الزحمه آن براساس ضریب K کتاب ارزشهای نسبی می باشد که مبلغ این ضریب هر ساله توسط هیأت محترم وزیران جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۲- تعرفه حق ویزیت روزانه در بخشهای بستری مربوط به مجموع ویزیت‌های انجام شده توسط پزشک معالج می باشد، (یک ویزیت یا بیشتر) در نتیجه بیش از یک حق ویزیت در روز قابل محاسبه نخواهد بود.

۳- ویزیت‌های منجر به جراحی ، برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی)

۴- ویزیت منجر به بیهوشی (pre med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

۵- ویزیت کلینیک بیهوشی بصورت سرپایی به منظور تایید عمل جراحی قابل محاسبه می‌باشد.

۶- ویزیت متخصصین پزشکی قانونی در بخشهای مسمومیت بر مبنای ویزیت متخصص قابل محاسبه می باشد .

۷- درخصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می‌باشد. جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .

۸- ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ هزینه تخت روز لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹- 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.

۱۰- ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد. بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود .

تبصره: در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیپ ICU، پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

۱۱- ویزیت همراه با آنژیوگرافی در صورتی که بیمار صرفاً تحت آنژیوگرافی بایا بدون آنژیوپلاستی قرار بگیرد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

تبصره ۱: ویزیت در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۲: چنانچه بیمار جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد ویزیت بستری به ایشان تعلق نمیگیرد ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمت مورد اشاره باشد ویزیت روزانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲- انواع ویزیت بستری:

***ویزیت روز اول:** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

***ویزیت اولیه نوزاد متولدشده:** برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

***ویزیت روز دوم به بعد** : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

***ویزیت روز ترخیص** : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی

***ویزیت جامع در بخش اورژانس**: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

***ویزیت محدود** : ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح 3 و 4 (تریاز) ویزیت بیماران سطح 5 تریاز در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می‌باشد ویزیت سایر گروه‌های تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)

***مراقبت بحرانی** : مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) سطح یک یا دو تریاز مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال)

تبصره: تعداد ویزیت‌های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می‌باشد . چنانچه بیمار فوت یا با رضایت شخصی ترخیص گردد ، ویزیت روز ترخیص قابل محاسبه نخواهد بود. چنانچه احراز گردد قبل از ترخیص یا فوت، بیمار توسط متخصص ویزیت شده است ویزیت قابل محاسبه می‌باشد .

ماده ۹- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات مشاوره :

عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر، به صورت اظهار نظر یا پیشنهاد به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر بیمار ارائه می‌گردد.

۱- پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می‌باشد.

۲- هزینه هر بار مشاوره برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی محاسبه می‌گردد .

۳- حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره برای پزشکان با تخصص‌های مختلف و حداکثر سه مشاوره از یک تخصص ، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روز دوم به بعد مازاد بر ویزیت روزانه پزشک معالج محاسبه می‌گردد.

۴- مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه نخواهد بود.

۵- مشاوره جراح در صورتیکه منجر به جراحی گردد قابل محاسبه می‌باشد .


۶- مشاوره جهت متخصصینی منجمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها بر اساس کدهای موجود در کتاب قابل پرداخت می‌باشد.

۷- مشاوره در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می‌باشد.

۸- مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با شرایط زیر قابل محاسبه می‌باشد.

- تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد.

- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بیمه سلامت ایران اداره کل بیمه سلامت تهران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

- پزشک مدعو در کلینیک های بیمارستان فعالیت ننماید.

- ویزیت بر بالین بیمار انجام شود.

- در مورد بیماران سرپایی نباشد.

- به رزیدنت تعلق نمی گیرد.

ماده ۱۰- ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات حق العمل :

به مجموعه ای از خدمات ارائه شده به بیماران که براساس نوع خدمت ، دارای ارزشهای نسبی خدمات پزشکی می باشند، حق العمل گفته می شود .

الف- پوست و ضمائم :

در این بخش، انواع دبریدمان، ترمیم، اکسیزیون ضایعات خوش خیم و بدخیم، انواع پیوند و فلپ پوستی، پانسمان سوختگی، انواع ماستکتومی و سایر موارد مربوط به پوست و ضمائم پوستی ذکر گردیده است.

۱- با توجه به اختلاف زیاد کدهای عمل درخصوص برداشتن توده های خوش خیم و بدخیم ، برای افتراق آنها باید به مسائلی مانند چسبندگی توده به اطراف ، نامنظم بودن توده ، دست اندازی، اندازه آن و نیز ارسال یا عدم ارسال نمونه جهت پاتولوژی (که اغلب، در شرح عمل به آنها اشاره می گردد) توجه نمود .

۲- درخصوص پیوندهای پوستی بیماران سوختگی، حق الزحمه اسکارتومی ، دبریدمان و گرافتهای انجام شده براساس کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت محاسبه می گردد .

۳- در رابطه با نحوه محاسبه ارزش نسبی خدمات سوختگی و ارزش تام بیهوشی از کدهای ارزش نسبی خدمات سلامت و آیین نامه های مربوط به کتاب استفاده می شود.

۴- نحوه محاسبه درصد سوختگی بدن: (TBSA)

برای محاسبه درصد سوختگی از قانون ۹ استفاده می شود به شرح جدول زیر که بر اساس آن تمام سطح بدن به واحدهای نه درصدی تقسیم می شود که در اطفال به علت بزرگی سر این ضرایب تغییر می کند.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

جدول شماره ۱- نحوه محاسبه درصد سوختگی در بالغین

درصد سوختگی	عضو سوختگی	ردیف
٪۱۸	اندام تحتانی (هر کدام)	۱
٪۱۸	تنه خلفی	۲
٪۱۸	تنه قدامی	۳
٪۹	اندام فوقانی (هرکدام)	۴
٪۹	سر و صورت و گردن	۵
٪۱	ناحیه تناسلی	۶

جدول شماره ۲- نحوه محاسبه درصد سوختگی در اطفال


درصد سوختگی	عضو سوختگی	ردیف
٪۱۴	اندام تحتانی (هر کدام)	۱
٪۱۸	تنه خلفی	۲
٪۱۸	تنه قدامی	۳
٪۹	اندام فوقانی (هرکدام)	۴
٪۱۸	سر و صورت و گردن	۵

۴.۱- سطح پوست بدن فرد بالغ معادل ۱۷۰۰۰ سانتی متر مربع (۱/۷ متر مربع) در نظر گرفته می شود.

۴.۲- هر ٪۱ سوختگی فرد بالغ معادل ۱۷۰ سانتی متر مربع می باشد.

۴.۳- فرد بالغ از نظر سنی به بالای ۱۲ سال اطلاق می گردد.

تبصره ۱: اسکار سوختگی: درمان اسکار سوختگی بعلت عوارضی نظیر احتمال تبدیل به بدخیمی، محدودیت حرکتی، تنفسی یا ایجاد حساسیت و ناراحتی پوستی در تعهد می باشد .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

تبصره ۲: در کد ۱۰۰۳۲۵ برداشت پوست جهت گرفت بصورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد .

تبصره ۳: نظر به اینکه در کدهای ترمیمی سوختگی به عنوان شیرخوار و یا نوزاد تنها جهت محاسبه درصد سوختگی اشاره شده است لذا کد تعدیلی ۶۳ در این موارد قابل محاسبه خواهد بود .

تبصره ۴: در کد ۱۰۰۱۹۰ برای خارج نمودن تیشو اکسپنדרهای خارج بافتی حسب مورد چنانچه تماماً از کدهای فلپ پوستی یا فلپ عضلانی - فاشیایی استفاده شود ، با رعایت اصول جراحی محاسبه و پرداخت بلامانع خواهد بود .

ب- دستگاه استخوانی - عضلانی:

در این بخش انسیزیون آسبه بافت نرم ، نمونه برداری ، رزکسیون تومور ، جا اندازی بسته و باز در شکستگی و در رفتگی، پیوند استخوان، کارگذاری و برداشتن پروتز و جسم خارجی و موارد دیگر براساس نواحی آناتومیک مختلف ذکر شده است.

۱- هزینه اکسپلوراسیون زخم بمنظور بررسی احتمال آسیب عصب و یا تاندون در مواردی که بدلیل زخمهای نافذ و احتمال آسیب عصب یا تاندون ، نیاز به بررسی عمیقتر و گسترده تر زخم وجود داشته باشد براساس گزارش و شرح عمل قابل محاسبه می باشد. (در صورتی که ترمیم صورت نپذیرد)

۲- در اعمال جا اندازی باز و فیکساسیون داخلی، در صورتیکه استئوتومی جزئی از عمل باشد جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۳- در شکستگی های بدون جا اندازی، حق الزحمه گچ گیری بطور مجزا قابل محاسبه و اخذ نمی باشد .

۴- در اعمال جراحی داخل مفصل (شکستگیها و...) خدمات کپسولوتومی جزو عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد. (بعد از تغییر)

۵- بابت خارج کردن ایمپلنت های عمقی وسطی (پروتز ، سیم ، پیچ ، میل و...) چنانچه دارای کد اختصاصی باشند با همان کد (مانند خارج کردن پروتز هیپ) و در غیر اینصورت از کد های خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی استفاده می شود .

۶- کد خارج کردن ایمپلنت های عمقی وسطی (پروتز، سیم، پیچ، میل و...) بابت هر تعداد پیچ و پلاک خارج شده در یک شکاف جراحی تنها یکبار قابل گزارش و محاسبه می باشد .


۷- در خصوص کدهایی با شرح ترمیم هر تاندون ، هر مفصل، یا هر عضله در صورت نیاز به ترمیم بیشتر از یک مورد ، اصول درصد گیری اعمال جراحی (کد تعدیلی ۵۱ -) طبق ضوابط کتاب ارزشهای نسبی قابل تسری است .

۸- در خصوص آن دسته از شکستگیها و آسیبهای مفصل هیپ و قسمت پروگزیمال فمور که نیاز به کشش استخوانی (pintraction) می باشد در عمل جراحی اولیه صرفاً کد کشش استخوانی قابل گزارش و درخواست می باشد .

تبصره : در صورتی که شکستگی های مذکور تنها با pin traction تحت درمان نهایی قرار گیرند کدهای جا اندازی شکستگی های بسته در صورت درخواست قابل محاسبه می باشد .

۹- اعمال جراحی ستون فقرات به منظور اصلاح اسکولیوز و کیفوز در سن رشد (هجده سال) یا مشکلات ایجاد شده تنفسی قابل محاسبه می باشد.

نکته: در سایر موارد بدون در نظر گرفتن سن بیمار با تایید شورای علمی تخصصی بیمه پایه قابل پرداخت می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز ملی سلامت معن
	مجموعه دستورات عملهای رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۰- در ترمیم های بدجوش خوردگی یا جوش نخوردگی قسمتهای مختلف اسکلت استخوانی، فیکساسیون داخلی بصورت جداگانه قابل گزارش و محاسبه نمی باشد .

۱۱- محاسبه هزینه تعویض مفصل: هزینه تعویض مفاصل با شرایط و ضوابط تعیین شده طبق مصوبه هیئت وزیران در شمول تعهدات بیمه های پایه می باشد.

ج- دستگاه تنفس:

در این بخش اعمال مربوط به بینی، سینوس ها، حنجره، تراشه و برونش، ریه، پرده جنب و سایر موارد مربوطه ذکر شده است.

۱- انجام همزمان عمل سپتوپلاستی و رزکسیون ساب موکوزال (SMR) دارای کد مشترک می باشد.

در اعمال سپتورینو پلاستی، هزینه سپتوپلاستی بر مبنای تعرفه این عمل در فهرست تعرفه گلوبال اعمال جراحی شایع با تایید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد .

۲- اعمال جراحی فک و صورت در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد با کارشناسی بیمه های پایه و تأیید قابل محاسبه می باشند .

د- دستگاه قلب و عروق:

۱- جهت اعمال مجدد برای کنترل خونریزی یا ترومبوز پس از عمل، در همان نوبت بستری، حق العمل جداگانه ای برای جراح قابل محاسبه نمی باشد.

۲- در کلیه اعمال جراحی قلب باز بر روی یک یا چند رگ، کدهای برداشت شریان یا ورید بصورت مجزا قابل محاسبه نمی باشد .

۳- در صورتی که پیس میکر همراه با سایر اعمال جراحی کار گذاشته شود با اعمال کد تعدیلی (۵۱-) هزینه تعبیه پیس میکر محاسبه خواهد گردید .

تبصره: پیس میکر موقت همراه با اعمال جراحی CABG قابل محاسبه و اخذ نمی باشد .

۴- به همراه اعمال جراحی قلب باز خدماتی مانند Swan Ganz، مانیتورینگ، استرنوتومی که لازمه عمل اصلی می باشند قابل محاسبه نیست.

۵- در تعویض دریچه هزینه ترمیم همان دریچه قابل محاسبه نمی باشد.

۶- در آنژیوگرافی عروق کرونر توام با آنژیوگرافی عروق پریفری (محیطی) حسب مورد، ۵۰٪ تعرفه آنژیوگرافی عروق محیطی قابل محاسبه می باشد.

تبصره: هزینه جز 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 بطور جداگانه قابل اخذ نمی باشد.

۷- فلوروسکپی قلبی جهت موارد مورد نیاز مثل پیس میکر، سوان گانز و یا مال فانکشن دریچه فقط یکبار قابل گزارش و محاسبه می باشد .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۸- در زمان انجام اعمال ایسترونشنال قلب و عروق، حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی قلب در بیمارستان محل عمل الزامی است و در صورت عدم حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی در بیمارستان محل عمل، هیچگونه هزینه ای بابت این خدمات قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹- ویزیت قبل و بعد از اعمال Interventional و جراحی قلب قابل محاسبه نمی باشد .

۱۰- CPR (احیاء بیمار) در بخش ICU غیرقابل محاسبه و در CCU و بخش های عادی و اورژانس قابل محاسبه می باشد .

۱۱- اعمال جراحی قلب باز با دو روش صورت می گیرد :

- on pump با استفاده از پمپ اکسیژناتور صورت می گیرد و قلب در حالت « arrest » مورد عمل جراحی قرار می گیرد .

- off pump که با استفاده از سنتهای کرونری و اختاپوس یا استارفیش (استابلازیر) صورت می گیرد. قلب در حالت Beating یا ضربان دار معلق و ثابت نگه داشته شده و مورد عمل جراحی قرار می گیرد.

ه- دستگاه خون و لنف :

آسپیراسیون مغز استخوان و آسپیراسیون به همراه بیوپسی سوزنی هرکدام جداگانه دارای کد می باشند .

و- دستگاه گوارش :

۱- تانسلیکتومی رادیکال: جهت بررسی انجام نوع رادیکال، از مواردی چون شرح عمل و ارسال نمونه برای پاتولوژی می توان استفاده نمود. قابل ذکر است که تانسلیکتومی رادیکال بیشتر در سنین بالای ۱۵ سال انجام می گردد و در گزارش عمل جراحی به برداشتن مثلث رترومولار باید اشاره می گردد. (جواب پاتولوژی الزامی است)

۲- در ERCP علاوه بر شرایط عمومی آندوسکوپی نکات ذیل قابل ذکر است:

- تعداد تخت روز براساس تأیید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد .

- تعرفه خدمت براساس کد مربوطه در کتاب برای هر بیمار جداگانه محاسبه می شود.

- بیهوشی و Sedation تنها در صورت القاء توسط پزشک متخصص بیهوشی و حضور مستمر وی تا پایان عمل بر مبنای ارزش نسبی مندرج در کتاب قابل محاسبه می باشد.

۳- اعمال جراحی بای پس و یا بالونینگ معده در چاقیهای مرضی (Morbid Obesity) و در صورتیکه جنبه درمانی داشته باشد با $BMI \geq 40$ تا زمان تنظیم گایدلاین توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تایید شورای علمی-تخصصی بیمه های پایه قابل محاسبه می باشد.

ز- دستگاه کلیه و مجاری ادراری :

۱- سنگ مثانه: چنانچه همراه با عمل پروستاتکتومی سوپراپوبیک، سنگ مثانه نیز خارج گردد قابل محاسبه نمی باشد.

۲- درخصوص خدمات یوردینامیک ، با توجه به شرح کدهای مربوطه، ارائه گزارش الزامی است.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز سلامت زنان
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۳- در خصوص کدهای بررسی اورودینامیک در صورت نیاز به بیشتر از یک خدمت، اصول درصد گیری اعمال جراحی (کد تعدیلی ۵۱-) طبق ضوابط کتاب ارزشهای نسبی قابل تسری است.

۴- در اعمال جراحی TUL، برداشتن تومور مثانه با دستگاه مخصوص از راه مجرای ادرار و سایر موارد مشابه، سیستم‌های تروسکوپی و کاتتر گذاری لازمه عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

۵- در انجام لیتوتریسی (ESWL) ادامه درمان برای سنگ شکنی همان سنگ هر کلیه یا حالب حداکثر سه جلسه در تعهد سازمان های بیمه گر می باشد و بیش از آن بر عهده مرکز درمانی می باشد.

۶- هزینه بیهوشی در ESWL در صورت تجویز بیهوشی در موارد خاص توسط پزشک معالج و حضور مستمر متخصص بیهوشی و تکمیل برگ بیهوشی، بر اساس ارزش نسبی مندرج در کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۷- در پروستاتکتومی سوپراپوبیک خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشد.

۸- اعمال جراحی در بیماران همافرودیت (دو جنسی) با تایید پزشکی قانونی مورد تعهد بیمه پایه می باشد.

ح- مراقبت های مامائی و زایمان :

۱- سزارین و زایمان طبیعی توسط پزشک در بیمارستانهای دولتی دانشگاهی و غیر دانشگاهی براساس آیین نامه اعمال جراحی گلوبال قابل محاسبه می باشد.

۲- در خصوص مواردی که بیمار خارج از بیمارستان زایمان می نماید در صورت انجام کوراژ بعد از زایمان کد ۵۰۱۷۳۰ قابل محاسبه می باشد.

۳- حق الزحمه ایجاد بی دردی برای متخصص بیهوشی براساس شرح بیهوشی در کد زایمان مندرج در کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه می باشد. (در بخش دولتی به سرجمع گلوبال اضافه می گردد)

۴- هزینه زایمان توسط کارشناس مامایی یا کارشناس ارشد مامایی معادل ارزش نسبی زایمان طبق کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی، قابل محاسبه خواهد بود.


۵- در سزارین خارج از اندیکاسیون جز حرفه ای پزشک ۵۰ درصد قابل محاسبه می گردد و سایر موارد (جز فنی، بیهوشی هتلینگ و سایر موارد) بر اساس گلوبال سزارین قابل پرداخت می باشد. به عبارتی از سر جمع تعرفه گلوبال ۲۰ کا کسر می گردد.

۶- در زایمان طبیعی و سزارین بصورت گلوبال، خدمت NST قابل گزارش نمی باشد.

۷- اقدامات جراحی، طبی و تشخیصی - درمانی برای بیماریهایی که یکی از عوارض جانبی آنها، نازائی است در تعهد بیمه پایه می باشد.

۸- هزینه های انواع لقاح مصنوعی (از جمله ZIFT-IUI-GIFT-IVF-ART-MICRO INJECTION) در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۹- هزینه باز کردن لوله ها برای برگشت قدرت باروری در افرادی که قبلاً عقیم شده اند قابل محاسبه می باشد .

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورات عملی رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱۰- هزینه وازکتومی و توبکتومی (بجز مواردی که ضرورت آن به تائید مرجع قانونی مربوطه رسیده باشد) و تعبیه IUD در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

ی-دستگاه عصبی

۱-ترمیم پرده دورا (دوراپلاستی) یا نشت مایع مغزی نخاعی صرفاً در صورتی قابل محاسبه می باشد که به منظور رفع رینوره یا اتوره انجام شود اما در سایر اعمال مغزی قابل محاسبه نمی باشد.

۲- ترمیم نشت دورا یا مایع مغزی نخاعی در نخاع به همراه سایر اعمال جراحی ستون فقرات قابل محاسبه نمی باشد.

ک- چشم و ضمایم چشمی :

۱- تخلیه چشم و کارگذاری پروتز : عمل جراحی تخلیه چشم جزو تعهدات می باشد. هیدروکسی آپاتیت و اعمال جراحی مربوط به جاگذاری و پروتز آن در تعهد بوده و هزینه shell (روکش) در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۲-هزینه عمل کراتوپلاستی (پیوند قرنیه)؛ به هر روش بر مبنای کد ۶۰۲۰۲۰ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت در تعهد بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۳- هزینه های تهیه، آماده سازی، نگهداری و تحویل قرنیه بر مبنای کد ۶۰۲۰۵۵ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت در شمول تعهدات بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۴-PRP (PanRetinal Photocoagulation) برای هر چشم حداکثر ۳ جلسه و بر مبنای کد ۶۰۲۳۷۰ کتاب ارزشهای نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۵- جهت تزریق آواستین از کد ۶۰۲۲۷۵ استفاده می شود. هزینه دارو برابر ضوابط مصوب بصورت جداگانه قابل محاسبه است.

۶- جهت فتو دینامیک تراپی با Visudyne کد های ۶۰۲۳۷۵ استفاده می گردد. هزینه دارو برابر ضوابط مصوب بصورت جداگانه قابل محاسبه است.

ل- سایر موارد حق العمل:

۱- هزینه های درمانی مسمومیت ها در تعهد بیمه های پایه می باشد .

۲-هزینه های در مانی خودکشی قابل محاسبه می باشد .

۳- هزینه های درمانی ضرب جرح فقط در موارد ذیل قابل محاسبه می باشد:

- نزاع خانوادگی بستگان درجه یک

- ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی

- ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی

۴- هزینه های درمانی حوادث حین کار به جز مواردی که بر عهده کار فرما می باشد طبق ضوابط بیمه های پایه در تعهد می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز برنامه ریزی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۵- هزینه های درمانی ناشی از عوارض اعمال جراحی ، خارج از شمول تعهدات بیمه پایه می باشد.

۶- تعرفه بیهوشی در خدمات تشخیصی درمانی که در غالب موارد بدون بیهوشی انجام می گردد ولی به دلایل علمی و پزشکی بیمار بیهوشی دریافت می نماید فقط با حضور متخصص بیهوشی قابل انجام بوده و توسط جراح و یا متخصص مربوطه قابل گزارش نمی باشد.

ماده ۱۱- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت کمک جراح :

الف- در مواردی که جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد ، کد تعدیلی (۸۰-) قابل گزارش می باشد. در این موارد ، ۲۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمت ارائه شده به بیمار ، با رعایت شرایط ذیل قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح فقط به رزیدنت‌های سال ۳ و بالاتر تعلق می گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط میتواند متخصص مرتبط باشد.

ب- چنانچه مشخص گردد رزیدنت سال ۳ و بالاتر بعنوان کمک جراح در عمل حضور نداشته است کلیه پرداخت های کمک جراحی وی در آن ماه پرداخت نخواهد شد.

ج- لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مطابق سر فصل ضمایم اعلام می گردد و تا زمان اعلام کمافی السابق عمل می‌گردد.


تبصره: در همه موارد کمک جراح باید برگه شرح عمل و صورت وضعیت اتاق عمل را مهر و امضاء نماید.

ماده ۱۲- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت هزینه اتاق عمل (جزء فنی):

هزینه اتاق عمل مطابق با کد تعدیلی (۲۷-) کتاب ارزش های نسبی قابل محاسبه می باشد به طوری که در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی سوم، نشاندهنده جزء فنی آن خدمت است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روشهای زیر، قابل محاسبه می باشد:

۱- کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه میشود، در بخش دولتی ارائه دهنده خدمت، معادل ۴۰ درصد و در بخش خصوصی ارائه دهنده خدمت، معادل ۲۵ درصد از ارزش نسبی درج شده در ستون «واحد ارزش نسبی» به عنوان جزء فنی قابل محاسبه توسط مرکز ارائه دهنده خدمت میباشد. مبنای محاسبه جزء فنی توسط بیمه پایه در هر دو بخش دولتی و خصوصی معادل ۴۰٪ ارزش نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی با اعمال تعرفه بخش دولتی می باشد.

۲- کلیه مواردی که برای یک خدمت در ستون «واحد ارزش نسبی» هرسه جزء ارزش نسبی (جزء کلی، جزء حرفه ای و جزء فنی) تعیین شده است اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج از اتاق عمل ارائه شود، ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز برنامه ریزی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۳- کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نمی‌شود، به این معنی است که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آنها قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون مذکور، به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

۴- هزینه O_2 و N_2O ، پالس اکسیمتری و مانیتورینگ قلب با متعلقات، دستگاه TUR، انواع ست های جراحی پک جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و ...) و دستگاه ونتیلاتور جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد.

۶- فهرست لوازم مصرفی هزینه اطاق عمل (جزء فنی): مانند هزینه انواع تخت اتاق عمل، چراغ سیالیستیک، دستگاه ساکشن، کلیه دستگاه‌های سرمایه‌ای اتاق عمل از جمله دستگاه الکتروکوتر (قلم کوتر، پلیت کوتر و ...)، دستگاه مانیتور با متعلقات (بجز chest lead)، دستگاه TUR (پروپ، لوپ TUR و ...)، دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، دستگاه استرایکر، دستگاه ونتیلاتور (لوله های خرطومی، کانکتور و ...)، دستگاه اشعه (تلویزیون)، چراغ اشعه ماوراء بنفش، انواع ست های جراحی (ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و ...)، هزینه پک جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک و ...)، گاز O_2 ، گاز N_2O ، گان، کلاه بیمار، هزینه استریل ست های جراحی، انواع محلولهای شوینده و استریل کننده مانند (آب اکسیژنه، الکل، بتادین، ساو لن و ...) می‌باشد که در سرفصل جزء فنی لحاظ و به بیمارستان پرداخت می‌گردد. بنابراین بیمارستان نباید هزینه اینگونه موارد را بطور جداگانه از بیمه پایه درخواست و یا از بیمه شده دریافت نماید.

ماده ۱۳- ضوابط و نحوه محاسبه دارو و تجهیزات مصرفی :

کلیه مراکز درمانی طبق آئین نامه های وزارت بهداشت و درمان موظف هستند که تمام داروها و تجهیزات مصرفی را تهیه و در اختیار بیماران قرار داده و از ارجاع بیمار جهت تهیه موارد فوق خودداری نمایند و همچنین مراکز باید آخرین لیست و فاکتور قیمت و یا تغییر قیمت دارو و تجهیزات مصرفی را جهت بررسی به ادارات بیمه و یا کارشناس رسیدگی کننده ارائه نمایند.

۱- کارشناس رسیدگی کننده موظف است ریز دارو و تجهیزات درخواستی در صورتحساب بستری را با برگه درخواست پزشک معالج، دستورات پرستاری و سایر مستندات که بابت مصرف موارد فوق در سند بستری موجود است مطابقت داده و لیست نهایی را تأیید نماید.

۲- دارو و تجهیزات مصرفی شامل دو بخش بوده، اتاق عمل و بخش بستری، که هر یک طی لیست جداگانه جهت رسیدگی ضمیمه سند بستری خواهد بود.

۳- درخصوص لوازم، مبنای تعهدات بیمه پایه، حداقل نرخهای مصوب اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و در صورت استفاده از انواع دیگر با قیمت‌های بالاتر پرداخت مابه التفاوت به عهده بیمه پایه نمی‌باشد.

۴- هزینه chest lead در CCU, ICU قابل محاسبه نمی‌باشد.

۵- پروتزهای استفاده شده در اعمال جراحی مورد تعهد در صورتی که توسط مراکز درمانی تهیه گردد پس از کنترل شرح عمل و سایر مستندات مبنی بر مورد استفاده قرار گرفتن آن براساس قیمت های مورد تعهد براساس آخرین دستورالعمل‌های ابلاغی قابل محاسبه خواهد بود.

ماده ۱۴- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت رادیولوژی، سونوگرافی، پزشکی هسته ای CT Scan و MRI :

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران مرکز بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

کلیه موارد فوق با کنترل وجود درخواست توسط پزشک معالج و گواهی ارائه خدمت و در صورت لزوم ضمیمه نمودن گزارش مطابق دستورالعمل مربوطه ممهور به مهر و امضاء پزشک انجام دهنده مطابق با تعهدات و تعرفه های مصوب در کلیه سرفصلها قابل رسیدگی و محاسبه خواهد بود.

تبصره: MRI درخواستی توسط پزشک عمومی قابل محاسبه نمی باشد.

تبصره: در خصوص خدمات MRI ، CT و پزشکی هسته ای و الکتروکاردیوگرافی تنها تفسیر توسط پزشک کافی است و قابل پرداخت است و پرداخت جزئی حرفه ای در تست ورزش با حضور فیزیکی پزشک مربوطه و ارائه گزارش قابل محاسبه می باشد.

ماده ۱۵- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت آزمایشگاه و پاتولوژی :

تمامی درخواستهای آزمایش و پاتولوژی که به دنبال دستور پزشک معالج صورت گرفته با کنترل برگه گزارش نتایج اقدامات انجام شده قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره: درخصوص خدمات آزمایشگاهی جهت اولین روز بستری یک تعرفه پذیرش (کد ۸۰۰۰۰۵) و در روزهای بعد به ازای هر بار خونگیری تعرفه یک مورد خونگیری (کد ۸۰۰۰۱۰) قابل محاسبه خواهد بود .

ماده ۱۶- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت فیزیوتراپی :

۱- در صورت انجام فیزیوتراپی تنفسی در سایر بخش ها به غیر از بخش های ویژه و تخصصی ریه و توراکس کد ۹۰۱۶۴۰ قابل محاسبه می باشد.

۲- در صورت عدم رعایت مدت زمان تعیین شده در کد های فیزیوتراپی، هزینه ای قابل محاسبه نمی باشد.

ماده ۱۷- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت شیمی درمانی :

۱- ویزیت همزمان با شیمی درمانی قابل محاسبه نمی باشد و در صورتی که به هر دلیل بیمار نیاز به بستری داشته باشد طبق ضوابط بستری ویزیت محاسبه می گردد .

۲- کد های شیمی درمانی صرفاً در صورت حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳- کد ۹۰۱۵۵۵ شیمی درمانی به داخل حفره پلور صرفاً در صورت انجام توسط پزشک قابل محاسبه و اخذ می باشد.


۴- کد ۹۰۱۵۵۰۹ انفوزیون طولانی مدت با استفاده از یک پمپ صرفاً در زمان حضور پزشک در مرکز قابل محاسبه می باشد.

۵- در تزریق دسفرال ، هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی بطور جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

۶- برای شیمی درمانی بالای ۸ ساعت با یا بدون پمپ ، از کد ۹۰۱۵۵۰ استفاده می شود. در صورت استفاده از پمپ و ترخیص بیمار کد ۹۰۱۵۵۰ فقط یکبار قابل گزارش می باشد.

۷- برای شارژ مجدد پمپ شیمی درمانی در روزهای بعد کد ۹۰۱۵۶۵ قابل گزارش می باشد.

۸- تزریق داروی ATG توسط پزشک، تزریق داروهای حساس و بیولوژیک آنتی بادی های مونوکلونال برای مثال ریتوکسی ماب، ایمونوگلوبین داخل وریدی (IVIG) توسط پزشک و تزریق داروهای بی فسفوناتها (برای مثال زومتا و پامیدرونات) و پالس متیل پردنیزولون توسط پزشک یا تحت نظارت مستقیم، در صورت انجام حین شیمی درمانی به صورت جداگانه قابل گزارش نمی باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ماده ۱۸- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت نوار نگاری ها :

- ۱- هزینه EKG در کلیه کلینیک‌های سرپایی و بخش‌های بستری بیمارستانی و مراکز جراحی محدود در صورت تجویز پزشک معالج و انجام EKG استاندارد (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد و جز حرفه ای آن خدمت (۱۲ لید) قابل محاسبه می باشد
- ۲- در صورت انجام مانیتورینگ قلبی تا ۲۴ ساعت (حداقل ۸ ساعت)، کد ۹۰۰۷۷۰ قابل محاسبه می باشد. (به جز بخش های ویژه)

ماده ۱۹- ضوابط و نحوه محاسبه خدمت دیالیز:


- ۱- **دیالیز حاد:** در نارسایی حاد کلیه به علت بیماری‌های قلبی، فشار خون، عفونت، نارسایی کبدی، لوپوس، شیمی درمانی، مسمومیت و ... همودیالیز اولیه تا ۶ جلسه اول با ارزش نسبی بصورت گلوبال 17K برای مراکز دولتی و ۲۶ کا برای مراکز خصوصی محاسبه می گردد (900140).
- ۲- **دیالیز مزمن:** به صورت گلوبال در مراکز دولتی با ارزش نسبی 15K و مراکز خصوصی 23k محاسبه می گردد (900145). بدیهی است حضور مستمر پزشک در حین دیالیز الزامی نبوده و تنها یک ارزیابی در هر جلسه کافی است.
- ۳- **دیالیز صفاقی:** در بیماران با نارسایی مزمن کلیه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۰ بصورت گلوبال با ارزش نسبی ۱۵۰K و "آموزش و مدیریت بیمار توسط نفرولوژ" در هر ماه بر اساس کد ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی ۱۲K قابل محاسبه می باشد.
- ۴- جهت احتساب لوازم مصرفی، شالدون گذاری، کاتتر گذاری و ... به شیوه نامه بسته خدمتی بیماران خاص و صعب‌العلاج مراجعه گردد.

ماده ۲۰- نحوه تقویم اسناد:

- ۱- قیمت ریالی هر یک از سرفصل‌های اشاره شده فوق در برگه معرفی نامه یا صورتحساب بیمارستانی بیمار در مقابل عنوان مربوطه قید گردیده و کارشناس رسیدگی کننده موظف است پس از بررسی یک به یک بندهای فوق در صورت تایید مبالغ با علامت (✓) کنار هر رقم آنرا تایید نموده و در صورت اعمال تعدیلات دور رقم مربوطه را با دایره مشخص کرده و رقم صحیح را در کنار آن قید نماید و در مواردی که رقم مربوطه کاملاً غیر قابل محاسبه است با صفر مشخص گردیده و توضیح مختصری عنوان گردد.
- ۲- فرانشیز و سهم سازمان براساس ضوابط مربوطه از جمع کل صورتحساب محاسبه می گردد.
- ۳- تقویم اسناد بیمارستانی توسط کارشناس رسیدگی کننده (فنی) با خودکار سبز و کارشناس حسابداری با خودکار قرمز در صورتحساب درج گردد.

ماده ۲۱- مراکز جراحی محدود و سرپایی :

- ۱- در مراکز جراحی محدود ملاک پذیرش و انجام اعمال جراحی بر اساس لیست اعلامی اعمال جراحی مجاز از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد خدمات خارج از لیست بر اساس تصمیمات متخذه داخلی بیمه های پایه اقدام خواهد شد می باشد.
- ۲- محاسبه و پرداخت هتلینگ برای مراکز جراحی محدود امکانپذیر نبوده و در این مراکز فرانشیز ۱۰٪ و سهم بیمه پایه ۹۰٪ تعرفه های دولتی می باشد.

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بهداشت و آموزش پزشکی ایران اداره کل بهداشت و آموزش پزشکی
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

ماده ۲۲- آئین نامه اجرایی طرح گلوبال:

۱- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال به تفیک درجه ارزشیابی مکتسبه انواع بیمارستانها تنظیم و اعلام گردیده است و تفاوت تعرفه ها در بیمارستانها با درجات مختلف تنها ناشی از تفاوت هزینه اقامت هتلینگ می باشد.

۲- تعرفه های هزینه اعمال جراحی گلوبال در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود طرف قرارداد و در مراکز غیر طرف قرارداد (بصورت خسارت متفرقه) قابل اعمال می باشند. در مراکز جراحی محدود، هزینه هتلینگ از سرفصل تعرفه گلوبال کسر خواهد گردید.

۳- در مواردی که درمان بیمار در بیمارستان نیازمند مصرف پروتز مانند پیچ، پلاک، لنز و مش و ... باشد بایستی هزینه آن به قیمت سرجمع اضافه گردد.

تبصره: پرداخت هزینه مش فقط در هرنی انسزیونال قابل پرداخت می باشد.

۴- ارائه خدمات MRI، سی تی اسکن، آنژیوگرافی، رادیوتراپی و مشابه آن همچنین تست ورزش، اکوکاردیوگرافی داپلرننگی و آندوسکوپی ها در تعرفه سرجمع منظور نگردیده و در صورت ارائه این خدمات باید جداگانه به هزینه سرجمع اضافه شوند.

۵- خدمات الکترو، مشاوره، سونوگرافی، پاتولوژی، آزمایش، رادیولوژی، دارو و وسایل مصرفی در سرجمع گلوبال منظور گردیده و جداگانه محاسبه نمی شود.

۶- چنانچه در هر نوبت بستری جهت یک بیمار دو عمل جراحی گلوبال مانند شکستگی دویل ساعد و اسپلنکتومی یا یک عمل گلوبال و یک عمل خارج از تعرفه گلوبال مانند شکستگی دویل ساعد و شکستگی مفصل ران و یا خدماتی نظیر ICU، CCU ارائه گردد پرونده از گلوبال خارج و هزینه های مربوطه با استفاده از کتاب ارزش های نسبی محاسبه گردد.

۷- هزینه مشکلات ناشی از اعمال جراحی گلوبال مانند خونریزیهای بعد از عمل و سایر مشکلات مرتبط با عمل به عهده مراکز درمانی و بیمارستانها است و هزینه ای بابت اینگونه موارد به هزینه سرجمع اضافه نخواهد شد.

۸- مراکز درمانی می بایست از اعلام هزینه اعمال گلوبال به صورت غیر گلوبال اجتناب نمایند، بدیهی است بیمه پایه هزینه اینگونه اعمال را بر طبق تعرفه گلوبال پرداخت نموده و هزینه مازاد قابل محاسبه نخواهد بود.

۹- چنانچه اعمال گلوبال به صورت سرپایی در بیمارستان انجام گردد، به شرط عدم کاهش کیفیت خدمات درمانی، هزینه مربوطه طبق تعرفه گلوبال با فرانشیز بستری قابل محاسبه می باشد.

۱۰- در اعمال گلوبال کدهای تعدیلی (-۳۹)، (-۶۳)، (-۸۵)، (-۹۰) و (-۹۵) در صورت احراز به سر جمع تعرفه خدمت اضافه می گردد. در صورتیکه هر یک از اعمال جراحی گلوبال مشمول کد تعدیلی (-۵۳) گردد عمل مربوطه از سرفصل گلوبال خارج شده و بر اساس ریز خدمات محاسبه خواهد شد.

۱۱- در موارد گلوبال در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمات، صرفاً بابت حق العمل جراحی، بیهوشی و ویزیت اولیه نوزاد سالم ارزش ریالی ضرب کای دوم به سر جمع هزینه گلوبال اضافه می گردد.

ماده ۲۳- ضوابط و نحوه رسیدگی به حوادث:

الف- حوادث ترافیکی:

کد مدرک 09 BK 004 00	کتاب	 سازمان بیمه سلامت ایران مرکز ملی سلامت‌ها
	مجموعه دستورالعمل‌های رسیدگی به اسناد پزشکی	

۱- عبارت است از هر نوع حادثه مربوط به وسایلی که جهت حمل و نقل انسان ها یا کالاها از مکانی به مکان دیگری اتفاق می افتد. شامل حوادث مربوط به هواپیما، فضاپیما، وسایل نقلیه آبی، وسایل نقلیه موتوری اعم از ماشین، موتور، قطار، دیگر وسایل حمل و نقل جاده ای و ...

تبصره: حوادث ناشی از ماشین های کشاورزی و ساختمانی و ساختمان سازی همانند تراکتورها، جرثقیل ها، بولدوزرها، در صورتی بعنوان حوادث ناشی از حمل و نقل محسوب می شوند که این وسایل به عنوان یک ماشین حمل و نقل درجاده های مواصلاتی، بزرگراهها و سایر معابر رسمی ترافیکی در حال تردد باشند. در غیر این صورت این وسایل به عنوان ماشین آلات یا دستگاه در نظر گرفته می شوند. و حوادث ناشی از فعالیت این ماشین آلات در خارج از معابر ترافیکی فوق الذکر، حادثه ترافیکی تلقی نمی گردد.

۲- به استناد بند «ب» ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه مراکز درمانی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد.

۳- هزینه های تشخیصی- در مانی بیماران حوادث ترافیکی تا دو ماه پس از زمان ترخیص بر عهده وزارت بهداشت می باشد. (اعم از سرپایی و بستری)

ب- حوادث دانش آموزی و ورزشکاران:

هزینه های درمانی حوادث دانش آموزی و ورزشکاران مازاد بر تعهدات بیمه پایه بر عهده بیمه حوادث می باشد.

ج- حوادث حین کار:

هزینه های درمانی حوادث حین کار به جز مواردی که بر عهده کار فرما می باشد طبق ضوابط بیمه های پایه در تعهد می باشد.

ماده ۲۴- ارتباطات و تعاملات :

این دستورالعمل با "قانون برنامه پنج ساله پنجم کشور"، "مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور"، "کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت"، "آیین نامه پرداخت دوکا پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی" و "دستورالعمل رسیدگی به اسناد سرپایی، پاراکلینیک و پارامدیکال" در ارتباط می باشد.

ماده ۲۵- این دستورالعمل (دستورالعمل بستری) در ۲۴ ماده تنظیم گردیده و در تاریخ ۹۴/۰۴/۱۶ به تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور رسیده و از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد و از این پس کلیه ضوابط و مقررات قبلی در این خصوص کان لم یکن تلقی می گردد.