

دستور العمل بسته خدمتی

بیماران خاص، صعب العلاج و

سرطانی

مقدمه :

این دستورالعمل به حذف یا کاهش فرانشیز دارو و خدمات بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، پیوند کلیه، ام اس ، دیالیز و دیالیز صفاقی)، صعب‌العلاج و سرطانی به منظور کاهش پرداخت از جیب و جبران بخشی از هزینه های درمان آنها اختصاص دارد.

توضیح:

* هزینه کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی و یا خصوصی ارائه گردد) بر مبنای ارزش ریالی k دولتی محاسبه و پرداخت می گردد.

* در موارد خدمات مشمول K 2 کای دوم مشمول حذف فرانشیز نمی باشد و هزینه ای نیز بابت فرانشیز کای دوم از بیمار دریافت نمی گردد

فهرست تعهدات مشمول این دستورالعمل :

الف) تعهدات همودیالیز

- 1- خدمت همودیالیز
- 2- تعبیه راه عروقی
- 3- هزینه لوازم مصرفی
- 4- داروهای تخصصی

ب) تعهدات دیالیز صفاقی

- 1- عمل کاتترگذاری
- 2- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- 3- هزینه محلول دیالیز صفاقی

ج) تعهدات تالاسمی

- 1- داروهای تخصصی
- 2- تزریق خون
- 3- فیلتر خون
- 4- تزریق دفروکسامین
- 5- هزینه پمپ دفروکسامین
- 6- هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص
- 7- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد
- 8- آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV

د) تعهدات هموفیلی

- 1- داروهای تخصصی
- 2- تزریق فاکتور
- 3- تزریق خون و فرآورده های خونی

4- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی

5- آزمایشات Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV

6- تعویض مفصل

7- آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی

ه) تعهدات MS

1- داروهای تخصصی

و) تعهدات پیوند کلیه

1- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

2- داروهای تخصصی

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی

تعهدات شیمی درمانی

1- هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتراپی

2- هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی

3- جدول ملزومات

4- هزینه کارگزاری پورت

5- هزینه سوزن پورت

6- هزینه کاتتر پورت

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

1- هزینه خدمت رادیوتراپی

2- هزینه ماسک های رادیوتراپی

3- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

بیماران دیالیزی :

الف) شامل بیمارانی است که دچار نارسایی مزمن کلیه می باشند و نیاز به انجام دیالیز دارند. (دیالیز خونی و صفاقی)

ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز حاد دارند.

الف) تعهدات همودیالیز:

1. خدمت همودیالیز :

1-1 - همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی 900145 (با ارزش نسبی 15 k در بخش دولتی ، 19k در بخش عمومی غیردولتی و خیریه ، 23 k در بخش خصوصی) در هر جلسه (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

1-2 - همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای 6 جلسه اول) با کد ملی 900140 (با ارزش نسبی 17 k در بخش دولتی، 23k در بخش عمومی غیردولتی و خیریه و 26k در بخش خصوصی، در هر جلسه (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

2. خدمت تعبیه راه عروقی:

1-2 - کاتترگذاری در این بیماران مطابق کد ملی 302515 (با ارزش نسبی 9 k که در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر 3k) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

2-2 - ایجاد فیستول شریانی- وریدی در این بیماران مطابق کد ملی 302535 (با ارزش نسبی 35k که در صورت القای بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی برابر 4 k) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

2-3 - کارگزاری کاتتر ورید مرکزی قرارداد شده از طریق ورید مرکزی، همراه با تونل زدن ، با پمپ با ورودی زیر جلدی با هر تعداد کاتتر مورد نیاز یا پرمیکت در این بیماران مطابق کد ملی 302435 (با ارزش نسبی 20 k و ارزش پایه بیهوشی 3k) (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

3. هزینه لوازم مصرفی:

3-1- کاتترهای سابکلایین دائم و موقت و همچنین گرفت های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه‌ای بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

3-2- لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز

در ارتباط با هر جلسه دیالیز (حاد و مزمن) بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال دیالیز هزینه (لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) بر اساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت به صورت 100 درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره: تأمین (لوله رابط ، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته بر عهده مرکز می باشد و مراکز درمانی صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی شود.

3-3- محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم :

به ازای هر جلسه دیالیز هزینه محلول همو دیالیز و پودر بیکربنات سدیم بر اساس نوع دستگاه بر پایه تفاهم نامه دارویی پرداخت می شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

4. داروهای تخصصی :

داروهای تخصصی زیر بر اساس ضوابط جاری بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

a. ERYTHROPOIETIN (تمام دوز و اشکال مورد تعهد) : این دارو در بخش سرپایی و بستری بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

b. ترکیبات آهن وریدی تزریقی (مانند IRON SUCROSE) : در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

c. Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

(ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

1. عمل کاتترگذاری جهت دیالیز صفاقی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه: مطابق کد ملی 900150 با ارزش نسبی $137/5 k$ و ارزش تام بیهوشی $K 12/5$ قابل پرداخت می باشد (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره 1: در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد، بند فوق قابل اجرا می باشد.

تبصره 2: هزینه کاتتر دیالیز صفاقی در شرح خدمت لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد

2. آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی :

توسط نفرولوژیست براساس راهنمای طبابت بالینی (پیوست شماره یک) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کد ملی 900155 با ارزش نسبی $12 k$ (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

3. هزینه محلول دیالیز صفاقی:

منحصراً هزینه محلول دیالیز صفاقی بر اساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو در هر سال پرداخت می گردد.
تبصره: تأمین محلول دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه های مندرج در بندهای فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی)
تبصره: تأمین ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و بر عهده شرکت توزیع کننده می باشد.

(ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

1. تزریق خون به بیماران تالاسمی : در بیماران تالاسمی، هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون با کد ملی 302345 (با ارزش نسبی $7k$) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

تبصره: در مواردی که تزریق خون با فراورده های خونی کدهای 802660 (با ارزش نسبی 6k) یا 802676 (با ارزش نسبی 5k) انجام پذیرد، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی باشد.

2. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است. براساس فاکتورهای خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد

3. تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی: تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی به 2 صورت انجام می شود:

الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم به جز پمپ و آمپول دفروکسامین مطابق کد ملی 900040 بابت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
ب) هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین در منزل تا 4 k به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز پمپ و آمپول دفروکسامین (به شرح جدول زیر) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

اسکالپ وین	25 عدد
سرنگ 10 سی سی زیر 15 سال	25 عدد ماهانه
سرنگ 20 سی سی بالای 15 سال	25 عدد ماهانه
چسب ضد حساسیت	یک حلقه
پنبه	یک بسته
الکل	150 سی سی

تبصره: به ازای هر ویال دفروکسامین، 2 ویال آب مقطر در نسخه بیمار با حذف فرانشیز داده می شود.

4. هزینه پمپ دفروکسامین : در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس فاکتور معتبر خرید، بر اساس نرخ اعلامی سازمان های بیمه گر، به صورت 100 درصد قابل پرداخت می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمان های بیمه گر، هر 3 سال یکبار امکان پذیر است.

تبصره: در صورت نیاز بیمار به پمپ در فاصله زمانی کمتر از 3 سال با تایید ادارات کل استانی قابل پرداخت می باشد.

5. هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص: در این بیماران مطابق با تعرفه گلوبال (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

6. هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای تالاسمی مینور : که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند، (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

7. آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR انجام آزمایش فریتین (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
(حداکثر دوبار در سال مطابق بسته خدمتی بیماران تالاسمی وزارت بهداشت)

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا و سیکل تالاسمی، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول بند(8) در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز است. این بیماران دفترچه بیماران خاص دریافت نمی کنند.

8. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از موارد مندرج در جدول ذیل که در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد :

نام دارو	ردیف
DEFEROXAMINE for Inj 500mg	1
DEFRIPIRON Tab E.C.Tab 500mg	2
DEFERASIROX Tab 500,250,125mg	3

تبصره: هزینه داروهای فوق با شرط بیمار خاص توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

د) تعهدات بیماران هموفیلی:

1. داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز 0% (بطور رایگان) ارائه می گردد به شرح جدول ذیل می باشد:

نام دارو	ردیف
Factor VII	1
Factor VIII	2
Factor VIII Vonwillebrand	3
Factor IX	4
Factor XIII	5
PCC	6
Feiba	7
Fibrinogen	8
Desmopressin	9

تبصره- پذیرش بیماران جدید در خصوص درمان بیماران هموفیلی با پروتکل ITI منوط به تامین منابع مالی و پروتکل درمانی ابلاغی و مصوب از وزارت بهداشت می باشد.

2. تزریق فاکتور: هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی 302350 و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی k2 قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

3. تزریق خون و فراورده های خونی: هزینه تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی 302340 و کد ملی 302355 قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی k 2 قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

4. فیلتر خون: در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

5. هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی : بر اساس کد ملی 200065 و 200066 و کد ملی 200067 مشمول حذف فرانشیز می گردد.

6. آزمایشات **Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV** و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی HCV- PCR و انجام آزمایش تعیین سطح فاکتورهای انعقادی و سطح مهار کننده 8 و 9 بر (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

7. **تعویض مفصل بیماران هموفیلی:** هزینه بستری تعویض مفاصل [شامل جراحی، پروتز (تا سقف قیمت اعلامی بیمه) و ...] در تعهد است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

8. هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:

هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی 810112 و 810184 و 810262 (بر اساس دستورالعمل بیمه ای) و 806545 و 806550 در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: تا قبل از شروع به کار سیستم ارجاع مشاورین، سازمانهای بیمه گر بر اساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می نمایند.

8-1- بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هرروش با کد ملی 502080 (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

هـ) تعهدات بیماران MS :

1. داروهای تخصصی:

در این بیماران داروهای تخصصی به شرح جدول ذیل مشمول کاهش فرانشیز می گردند:

نام دارو	ردیف
Interfron B 1b for Inj 30 MCG	1
Interfron B 1a for Inj 44 MCG/5ml	2
Interfron B 1a Inj 8 million U/1ml	3
Methyl prednisolon for for Inj 500 mg	4
Glatiramer acetate for Inj, 40, 20mg/ml	5
Fingolimod Tab-Cap	6
Natalizumab Amp	7
Rituximab Vial 100 mg و 500mg	8

که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز 10٪ به این بیماران ارائه می گردد. (براساس دستورالعمل های نظارتی)

تبصره 1- تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

تبصره 2- پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.

و) تعهدات پیوند کلیه :

1. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال - به جز داروهای ایمنوساپرسیو و Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG) - به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.

1-1- در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی 500090 سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

2-1- در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی 500095 سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

تبصره: هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعرفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.

2. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

ردیف	نام دارو
1	Ciclosporin cap -Tab
2	Ciclosporin infu
3	Ciclosporin oral sol
4	Mycophenolic acid cap-Tab
5	Erythropoietin
6	Anti Thymocyte immunoglobulin250 mg/5ml
7	Anti Thymocyte immunoglobulin Amp25mg
8	Gancyclovir
9	Cap-Tab Tacrolimus 1 mg
10	Cap-Tab Tacrolimus 5 mg
11	Tab-Cap Sirolimus 1 mg
12	Vial Daclizumab
13	busulfan

تبصره 1- داروی سل سپت تولید داخل و میکوفنولات موفتیل با فرانشیز 15 درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره 2: داروهای جدول فوق در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز 0٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.
(سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
تبصره 3: داروهای فوق در سایر موارد پیوند اعضا در زمان بستری (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی:

تعهدات شیمی درمانی

1. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی ، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، کد شیمی درمانی 901535 تا 901570 به طور رایگان (فرانشیز 0٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است) .
تبصره- ویزیت همزمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظ شدن در خدمت قابل پرداخت نمی باشد.
2. هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی در پرونده بستری موقت در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود دولتی، غیر دولتی و خصوصی به شرح جدول ملزومات ذیل k 1/5 بطور رایگان قابل محاسبه و پرداخت می باشد و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.
تبصره- در صورت استفاده از سیستم های بسته مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت علاوه بر k 1/5 ملزومات مصرفی، کد 902010 نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

جدول ملزومات :

تعداد	ملزومات
2	آنژیوکت
1	ست سرم رنگی ساده
3	سرنگ 2 سی سی
3	سرنگ 5 سی سی
2	سرنگ 10 سی سی
2	سرنگ 20 سی سی
به مقدار لازم	پنبه
به مقدار لازم	چسب
15 سی سی	الکل
2 جفت	دستکش لاتکس
2	ماسک فیلتردار
3 جفت	دستکش یکبار مصرف
1	سه راهی
2	گاز استریل

- 3.** هزینه کارگذاری پورت بر اساس کتاب ارزش نسبی به صورت 100 درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- 4.** هزینه سوزن پورت یک عدد در هر بار شیمی درمانی قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- 5.** هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت های اعلامی سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

1. هزینه خدمت رادیوتراپی از کد 705290 تا کد 705435 و خدمات براکی تراپی از کد ملی 705505 تا کد 705555 در مراکز دولتی ، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به طور 100 درصد (فرانشیز 0٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است) .

2. هزینه ماسک های رادیوتراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و بر اساس فاکتور معتبر قابل پرداخت است.

3. هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیاال براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و قابل پرداخت است.