



دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه ای خدمات درمان ناباروری

دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

پاییز سال ۱۴۰۰



تنظیم و تدوین:

- دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- سازمان برنامه و بودجه کشور
- وزارت اقتصاد و امور دارایی
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- سازمان بیمه سلامت
- سازمان بیمه نیروهای مسلح
- سازمان تأمین اجتماعی
- سازمان نظام پزشکی
- معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

فصل اول – کلیات

ماده ۱ – اهداف

- حمایت مالی و پوشش خدمات توسط سازمان های بیمه گر
- افزایش رضایتمندی بیمه شدگان و تسهیل فرآیند ارائه خدمات کمک باروری در سطوح مختلف جامعه
- تسهیل فرایند دسترسی به این خدمات برای بیماران در نقاط مختلف کشور
- افزایش نرخ رشد جمعیت و عملیاتی شدن سیاست های جمعیتی بالادستی
- برقراری دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری
- کاهش پرداخت از جیب مردم برای درمان ناباروری

ماده ۲ – مستندات، سیاست‌ها و الزامات

- ۱- بند ۱ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۳۰ / ۲ / ۹۳ مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری
- ۲- سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال ۲۰۰۰) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
- ۳- ابلاغیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۷۴۵۹/۴۰۰ - ۱۳۹۸/۷/۲۰ (دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری ۱۳۹۸)
- ۴- بند (ح) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۰
- ۵- اجرای تبصره ۳ ماده ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوان‌سازی جمعیت

ماده ۳ – دامنه کاربرد

کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و کلیه مراکز مجاز ارائه‌دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی ملزم به رعایت و اجرای مفاد این دستورالعمل می‌باشند.

ماده ۴ – تعاریف و اصطلاحات

- ۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ۳- بیمه تامین: سازمان تامین اجتماعی



۴- بیمه سلامت: سازمان بیمه سلامت ایران

۵- ساخت: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

۶- بیمه گر پایه: سه سازمان اصلی بیمه پایه، تامین، سلامت و ساخت

۷- بیمه تکمیلی: کلیه شرکت‌های بیمه تجاری فعال در حوزه خرید خدمات سلامت کشور

۸- مرکز: کلیه مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری از سوی وزارت بهداشت

۹- ناباروری اولیه: زوج بدون فرزند پس از یکسال تلاش برای باروری، به طور طبیعی بارداری موفق نداشته است.

تبصره: برای خانم‌های بالای ۳۵ سال مدت مذکور به ۶ ماه کاهش می‌یابد

۱۰- ناباروری ثانویه: زوجی که دارای فرزند زنده بوده و برای بارداری مجدد دچار مشکل هستند و پس از یکسال عدم پیشگیری بارداری نتوانسته‌اند باردار شوند.

۱۱- خدمات درمان ناباروری: این خدمات شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی برای زوجین ناباروری اولیه و ثانویه که نشان‌دار شده‌اند، می‌شود. فهرست این خدمات و سقف هر کدام در دروه زمانی در ادامه آمده است.

- IVF=Invitro Fertilization
- IUI=Intrauterine insemination
- ICSI=Intracytoplasmic sperm injection

۱۲- فرانشیز: بخشی از هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های پایه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

۱۳- سهم بیمه: معادل درصد از تعرفه دولتی یا عمومی غیردولتی خدمات تشخیصی و درمانی است که بیمه پایه در قبال ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

۱۴- تعرفه خدمات درمان ناباروری: تعرفه خدمات درمان ناباروری شامل بسته خدمات مشخص شده است که به صورت گلوبال یا براساس تعرفه‌های مصوب هر بخش (دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی) سالیانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه ابلاغ می‌شود.

۱۵- رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی مجاز برای بیمار بررسی و بعد از تطبیق با ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب این دستورالعمل جهت پرداخت تایید یا مورد اصلاح قرار می‌گردد. این فرایند برای نسخ و پرونده‌های کاغذی کاربرد داشته و کلیه قوانین برای نسخی که به صورت الکترونیک تجویز و ارائه می‌گردند به صورت آنلاین بررسی خواهد شد.

۱۶- اسناد مثبت: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی ناباروری در مراکز درمانی مجاز، تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.



۱۷- اعتبارات بسته خدمتی: کلیه اعتبارات مصوبی که سالانه در بودجه تحت عنوان سیاست‌های جمعیتی و درمان ناباروری به وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت تخصیص یافته و مطابق مصوبه شورای عالی بیمه در سازمان بیمه سلامت تجمیع و براساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه گر پایه، پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت به سازمان بیمه گر پرداخت گردد.

فصل دوم - اجرا

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری از تاریخ ابلاغ دبیر شورای عالی بیمه سلامت کشور در شمول تعهدات بیمه‌ای سازمان‌های بیمه گر پایه و تکمیلی قرار گرفته و فرایند اجرایی آن به شرح زیر ابلاغ می‌گردد:

ماده ۵ - فرآیند اجرا

- ۱- مراجعه زوجین نابارور به مراکز مجاز درمان ناباروری، تشکیل پرونده و گواهی پزشک مبنی بر تشخیص ناباروری زوج و یا زوجه
- ۲- ارجاع زوج و یا زوجه از مرکز به سازمان بیمه مربوطه یا ثبت بیمار در سامانه الکترونیک سازمان بیمه‌ای جهت صدور معرفی نامه و طی مراحل اداری براساس قوانین اداری هر سازمان (نشان‌دار شدن زوجین)
- ۳- ثبت کد تشخیص ناباروری بر اساس ICD10 بیماری ویژه پرونده‌ای برای زوجین خواهد بود.

ماده ۶ - ضوابط و مقررات

- ۱- از سال کلیه اسناد در قالب پرونده یا به صورت الکترونیک بین مراکز ارائه دهنده و سازمان بیمه گر تبادل خواهد شد. مبنای ارسال اسناد به سازمان‌های بیمه گر براساس سازمان بیمه گر زوجه خواهد بود.
 - ۲- بیمه شدگان مشمول عبارتند از خانم‌های متاهل با سن کمتر از ۴۵ سال و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.
 - ۳- پزشک متخصص مجاز برای معرفی بیمه شده فلوشیپ نازایی - متخصص زنان و زایمان و متخصص ارولوژی می باشد.
 - ۴- هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات تدوین شده در تعهد می‌باشد
 - بسته خدمتی میکروانجکشن یا ICSI با یا بدون انتقال جنین سه بار در هر سال.
 - بسته خدمتی IVF با یا بدون انتقال جنین سه بار در هر سال.
 - بسته خدمتی تلقیح داخل رحمی (IUI) سه بار در هر سال.
 - خدمت FET دو بار در سال و بین هر سیکل IVF یا ICSI.
- تبصره: لازم به ذکر است در خصوص آن گروه از زوجین که در مرحله اول IVF یا ICSI، در مرکز مربوطه دارای تخمک ذخیره شده می‌باشند، پرداخت سیکل بعدی منوط به انجام بسته خدمتی FET می باشد.
- ۵- عقد قرارداد با تمامی مراکز درمانی با ماهیت‌های دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی بلامانع است.



۶- کلیه خدماتی که برای هر کدام از زوجین جهت آماده سازی استفاده از بسته‌های خدمتی این دستورالعمل لازم باشد؛ مطابق ضوابط و مقررات این دستورالعمل و از منابع این برنامه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۷- با توجه به این که دریافت مدارک مثبت و مستندات رحم اجاره‌ای، تخمک‌دهی و اهداء جنین از بیمه‌شدگان محترم نیازمند سیر مرحله‌ای می‌باشد که با اصل محرمانگی این قبیل خدمات منافات داشته و در آینده منجر به ایجاد تبعات قانونی برای بیمه‌شدگان دریافت‌کننده خدمت خواهد شد و با عنایت به اینکه امکان پرداخت هزینه‌های خدمات فوق بدون مدارک و مستندات نیز توسط سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد، لذا پرداخت هزینه‌های رحم اجاره‌ای، تخمک‌دهی و اهداء جنین ممنوع و تابع ضوابط و مقررات ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

ماده ۷- تعهدات سازمان و فرانشیز بیمار

۷-۱- تعهدات سازمان بیمه‌گر

۷-۱-۱- **مراکز دولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی بسته‌های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمانهای بیمه‌گر می‌باشد.

۷-۱-۲- **مراکز عمومی غیردولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیردولتی بسته‌های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمانهای بیمه‌گر می‌باشد.

۷-۱-۳- **مراکز خیریه و خصوصی:** تعهدات سازمانهای بیمه‌گر پایه در مراکز خصوصی معادل ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی است. مابه‌التفاوت تعرفه خصوصی و ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی به عنوان سهم بیمار توسط بیمار یا در صورت داشتن بیمه تکمیلی توسط بیمه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۷-۲- فرانشیز:

۷-۲-۱- فرانشیز بیمه‌شدگان مشمول این دستورالعمل در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی معادل ۱۰ درصد تعرفه مصوب آن مرکز.

۷-۲-۲- در مراکز خیریه و خصوصی سهم بیمار معادل ۱۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی به اضافه مابه‌التفاوت تعرفه بخش خصوصی با تعرفه عمومی غیردولتی است.

ماده ۸- اسناد مثبت

۱- ثبت سیستمی هر یک از خدمات خدمات اصلی (IVF - IUI - ICSI - ZIFT - GIFT و انتقال جنین) یا خدمات عمومی درمان ناباروری توسط مرکز برای بیمه‌شده (زوج و یا زوجه) در روز ارائه خدمت و کنترل سقف سالیانه در هر پرونده‌ای که یکی از خدمات اصلی وجود داشته باشد.

۲- اصل برگه صورتحساب مهور به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای مرکز بر روی صورتحساب



- ۳- تصویر برگه خدمات یا شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و درج کد های مربوطه براساس کتاب ارزش نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و الصاق برچسب تجهیزات پزشکی استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل، در صورت انجام عمل جراحی
 - ۴- تصویر برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضای متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، و کدهای تعدیلی بیهوشی (کدهای قابل پرداخت در سرپایی) مطابق کتاب ارزشهای نسبی و بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست
 - ۵- تصویر برابر اصل فاکتور خرید کلی لوازم پزشکی مصرفی (با صورتحساب ماهانه)
 - ۶- اصل لیست قیمت گذاری شده داروهای مصرفی بخش ممهور به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه (یا تأیید رئیس مرکز)
 - ۷- لیست دارو و لوازم پزشکی مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضای مسئول اتاق عمل و متخصص جراحی و بیهوشی مربوطه
 - ۸- اصل لیست آزمایشات (بالینی و پاتولوژی) و تصویر برابر اصل گزارش پاتولوژی (در صورت انجام) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی آزمایشگاه (یا تأیید رئیس مرکز)
 - ۹- اصل لیست خدمات پرتوپزشکی (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، ...) و تصویر برابر اصل گزارش خدمات (به استثناء خدمات رادیوگرافی ساده) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی مربوطه (یا تأیید رئیس مرکز)
- تبصره:** در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخشهای مختلف به صورت اسکن شده می باشد، پرداخت هزینه اسناد پزشکی با مهر اسکن شده و امضای اصل بلامانع است.

ماده ۹ - ارسال اسناد

در پایان هر ماه پرونده های تکمیل شده سیکل های درمانی انجام شده به سازمان بیمه گر مربوطه حداکثر تا ۱۵ ماه بعد ارسال خواهد شد. در صورت امکان ارسال الکترونیک به صورت آنلاین نسخه الکترونیک ارسال خواهد شد.

تبصره: سازمان های بیمه گر پایه مکلفند مطالبات مراکز طرف قرارداد را ظرف حداکثر یک ماه از تاریخ تحویل اسناد، تسویه نمایند.

ماده ۱۰ - ملاحظات نظارتی

- ۱- اداره استانی ضمن رعایت مقررات و ضوابط ابلاغی در خصوص نحوه عقد قرارداد با مراکز موصوف در زمینه ثبت دقیق و صحیح اطلاعات مراکز متقاضی همکاری در سیستم جامع سازمان، اهتمام داشته باشد.
- ۲- ضروری است کلیه پروانه ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.
- ۳- ضمن اطلاع رسانی شفاف به مراکز متقاضی در خصوص تعرفه ها، ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه التفاوت از بیمه شدگان به عمل آید .



- ۴- میزان هزینه‌های ایجاد‌ی مراکز و بیمه‌شدگان به لحاظ کنترل تعداد ریز خدمت، میانگین هزینه و سایر شاخص‌های نظارتی به طور مستمر تحت پایش سیستمیک واقع گردد و در صورت انحراف برابر مقررات برخورد مناسب با مرکز انجام گیرد.
- ۵- کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات موظف است در بدو تشکیل پرونده برای دریافت خدمات ناباروری، فرم آموزشی مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزینه پرداختی بیماران مطابق با دستورالعمل ابلاغی اطلاع رسانی نمایند.
- ۶- کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده‌اند به صورت همزمان با بسته خدمتی در دوره درمان بیماری جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن از تخلفات بیمه‌ای می‌باشد.
- ۷- مراکز مجری مکلفند دارو و اقلام مصرفی پزشکی را خود تامین و در اختیار بیمار قرار دهند و از ارجاع بیماران به خارج از مرکز، جهت تامین اقلام مذکور اجتناب کنند.



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

ماده ۱۱ - بسته خدمات درمان ناباروری

۱۱-۱ - بسته خدمت IUI

شرح کد (Value)	ویژگی کد	کد ملی (Code)	دفعات انجام	خدمت	بسته خدمت
پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)			۲	ویزیت فوق تخصص زنان	ویزیت
لقاح داخل رحمی شامل (IUI) نمونه گیری اسپرم، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح	##	۵۰۲۰۶۸	۱	خدمت IUI	خدمت اصلی
آماده سازی اسپرم با روش ساده	##	۸۰۹۰۴۵		این کدها در داخل کد IUI لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمیباشند.	
آنالیز اسپرم با روش کروگی	##	۸۰۹۰۷۰			



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

بیوپسی سوزنی اپیدیدیم	#	۵۰۱۲۰۵			
آسپیراسیون سوزنی (FNA): بدون هدایت رادیولوژیک		۱۰۰۰۰۵			
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	#	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی ها	تصویربرداری
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	#	۷۰۱۷۱۸	۰,۲۵		
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	#	۷۰۱۷۱۶	۰,۲۵		
اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم / پلاسما	#	۸۰۱۵۹۰	۱	Beta HCG آزمایش	آزمایشگاه



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

۱۱-۲- بسته خدمت IVF

بسته خدمت	خدمت	تعداد مجموع	کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)
ویزیت	ویزیت فوق تخصص زنان	۶			پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
خدمت اصلی	خدمت IVF	۱	۵۰۲۰۶۷	##	لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی و انتقال
	این کدها در داخل کد IVF لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمیباشند.		۵۰۲۰۶۰	*	پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش
			۵۰۲۰۶۲	*	انتقال جنین به داخل رحم
			۸۰۹۰۱۵	##	تشخیص تخمک از مایع فولیکولی
			۸۰۹۰۲۰	##	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش
			۸۰۹۰۵۰	##	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)
			۸۰۹۰۶۰	##	کشت تخمک و جنین
			۸۰۹۰۷۰	##	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۱۹۷	##	پروسه تلقیح آزمایشگاهی و باروری تخمک برای هر بیمار
تصویبرداری	سونوگرافی ها	۵	۷۰۱۶۹۰	#	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
		۰,۵	۷۰۱۷۱۸	#	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
		۰,۵	۷۰۱۷۱۶	#	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال
آزمایشگاه	آزمایش Beta HCG	۱	۸۰۱۵۹۰	#	اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

۱۱-۳- بسته خدمت ICSI

زوج	بسته خدمت	خدمت	تعداد مجموع	کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)	
مرد	ویزیت	ویزیت فوق تخصص ارولوژی	۲			پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	
		اسپرموگرام	۲	۸۰۴۴۰۵	#	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis)	
	آزمایشگاه	چک وضعیت سلامتی بیمار	اندازه‌گیری کمی تستوسترون Testosterone سرم/پلازما	۱	۸۰۱۴۵۵	#	
			اندازه‌گیری کمی (Follicle stimulating hormone (FSH) سرم/ پلازما یا ادرار	۱	۸۰۱۴۴۰	#	
			بررسی میکرودلسیون ها با ترکیبی از PCR و ساترن بلات یا MLPA	۱	۸۰۵۰۳۰	#	
	تصویربرداری	تصویر برداری	۱	۷۰۱۷۹۰	#	سونوگرافی کالرداپلر کلیه‌ها یا بیضه‌ها	
	خدمت اصلی	PESE /TESE/MICRO TESE	بیوپسی سوزنی اپیدیدیم	۱	۵۰۱۲۰۵	#	
			آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک	۱	۱۰۰۰۰۵		
			تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم	۱	۸۰۹۰۲۵	#	
			استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE)	۲	۵۰۲۰۷۱	##	
			تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی		۸۰۹۱۹۸		
			استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE)	۳	۵۰۲۰۷۲	##	
			تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی		۸۰۹۱۹۸	#	
			انجماد اسپرم	۱	۸۰۹۰۴۰	##	



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

شرح کد (Value)	ویژگی کد	کد ملی (Code)	تعداد مجموع	خدمت	بسته خدمت	زوج
ذوب اسپرم و یا مایع منی	#	۸۰۹۱۱۰	۱		اسپرم	
پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)			۶	ویزیت فوق تخصص زنان	ویزیت	زن
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	#	۷۰۱۶۹۰	۵	سونوگرافی ها	تصویربرداری	
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	#	۷۰۱۷۱۸	۰,۵			
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	#	۷۰۱۷۱۶	۰,۵			
میکرواینجکشن (ICSI) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین و انتقال	#	۵۰۲۰۶۶	۱	خدمت ICSI	خدمت اصلی	
پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش	*	۵۰۲۰۶۰	۱	این کدها در داخل کد ICSI لحاظ شده و به طور جداگانه قابل پرداخت نمیباشند.		
انتقال جنین به داخل رحم	*	۵۰۲۰۶۲	۱			
تشخیص تخمک از مایع فولیکولی	#	۸۰۹۰۱۵	۱			
آنالیز اسپرم با روش کروگی	#	۸۰۹۰۷۰	۱			
آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)	#	۸۰۹۰۵۰	۱			
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش	#	۸۰۹۰۲۰	۱			
پروسه میکرواینجکشن تخمک برای هر بیمار	#	۸۰۹۱۹۶	۱			
کشت تخمک و جنین	#	۸۰۹۰۶۰	۱			
اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما	#	۸۰۱۵۹۰	۱	آزمایش Beta HCG		آزمایشگاه



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

۴-۱۱- بسته خدمت FERT

بسته خدمت	دفعات انجام	کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)
ویزیت	۱			ویزیت پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
خدمت اصلی	۱	۵۰۲۰۶۲	*	انتقال جنین به داخل رحم
	۱	۸۰۹۱۰۵	**#	ذوب جنین
	۱	۸۰۹۰۲۰	**#	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش
تصویربرداری	۱	۷۰۱۶۹۰	#	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
	۰,۲۵	۷۰۱۷۱۸	#	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
	۰,۲۵	۷۰۱۷۱۶	#	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال
آزمایشگاه	۱	۸۰۱۵۹۰	#	اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما



دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

۱۱-۵- بسته خدمت غربابگری جنین

کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)
۸۰۳۳۴۰	#*	اندازه گیری کمی (PAPP-A) Pregnancy Associated Plasma protein –A
۷۰۱۷۳۱	#	سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول
۷۰۱۷۲۵	#	سونوگرافی برای تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین
۸۱۰۳۴۸	#	آزمایش NIPT با استفاده از cell free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون

۱۱-۶- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفی:

فهرست دارو و لوازم مصرفی براساس استانداردهای ابلاغی و با قیمت فاکتور رسمی مطابق ضوابط این دستورالعمل تا سقف ۹۰ درصد قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو در پوشش بیمه در همه بخش های مجاز ارائه خدمت است.



دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

ماده ۱۲ - کدینگ و تعرفه بسته‌های خدمتی در سال ۱۴۰۰ به شرح جدول ذیل تعیین می‌گردد (ارقام به ریال):

کد گلوبال	شرح خدمت	دولتی	عمومی غیر دولتی	خیریه و موقوفه	خصوصی
۹۹۰۷۰۰	بسته درمانی IUI	۵,۵۰۳,۶۸۶	۹,۷۶۰,۳۲۰	۱۲,۷۰۲,۶۹۵	۱۶,۲۶۹,۴۹۰
۹۹۰۷۰۵	بسته درمانی IVF	۱۹,۸۹۹,۴۱۶	۳۳,۷۶۲,۳۲۰	۴۱,۵۲۰,۲۷۰	۵۶,۶۷۹,۳۴۰
۹۹۰۷۱۰	بسته درمانی ICSI در صورت انجام MICRO TESE	۴۱,۱۸۴,۸۸۵	۶۹,۶۷۸,۱۲۰	۸۵,۵۹۱,۱۸۰	۱۲۲,۱۵۰,۹۷۰
۹۹۰۷۱۵	بسته درمانی ICSI در صورت انجام TESE	۳۹,۵۱۰,۹۸۵	۶۶,۸۲۰,۱۲۰	۸۲,۲۱۳,۱۸۰	۱۱۸,۴۵۹,۹۷۰
۹۹۰۷۲۰	بسته درمانی ICSI در صورت انجام PESA	۳۷,۰۴۷,۵۰۵	۶۲,۰۸۷,۰۲۰	۷۵,۵۸۶,۵۸۰	۱۱۱,۱۲۸,۳۷۰
۹۹۰۷۲۵	بسته درمانی FET	۶,۹۴۲,۶۳۶	۱۳,۰۲۱,۳۲۰	۱۸,۰۵۶,۶۹۵	۲۳,۰۸۱,۹۹۰

تبصره: در بخش دولتی، در صورت تمام وقتی پزشک، ضریب پزشک تمام وقت به رقم فوق اضافه می‌گردد.

ماده ۱۳: این دستورالعمل لازم‌الاجرا خواهد بود و سه ماه از تاریخ ابلاغ بازنگری خواهد شد.

ماده ۱۴: این دستورالعمل در ۱۴ ماده در تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۲ تصویب شد.