



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بهداشت و سلامت کشور

دستور العمل بسته خدمتی بیماران خاص،

صعب العلاج و سرطانی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بهداشت سلامت کشور

فهرست تعهدات مشمول این دستورالعمل :

الف) تعهدات همودیالیز

- ۱- خدمت همودیالیز
- ۲- تعبیه راه عروقی
- ۳- هزینه لوازم مصرفی
- ۴- داروهای تخصصی

ب) تعهدات دیالیز صفاقی

- ۱- عمل کاتترگذاری
- ۲- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- ۳- هزینه محلول دیالیز صفاقی

ج) تعهدات تالاسمی

- 1- داروهای تخصصی
- 2- تزریق خون
- 3- فیلتر خون
- 4- تزریق دفر و کسامین
- 5- هزینه پمپ دفر و کسامین
- 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

- ۱- داروهای تخصصی
- ۲- تزریق فاکتور
- ۳- تزریق خون و فراورده‌های خونی
- ۴- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بهداشت کشور

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

۶- تعویض مفصل

۷- آزمایش ژنتیک تشخیصی پیش از تولد هموفیلی

ه) تعهدات MS

۱- داروهای تخصصی

و) تعهدات پیوند کلیه

۱- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

۲- داروهای تخصصی

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی

تعهدات شیمی درمانی

۱- هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتراپی

۲- هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی

۳- جدول ملزومات

۴- هزینه کارگزاری پورت

۵- هزینه سوزن پورت

۶- هزینه کاتتر پورت

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱- هزینه خدمت رادیوتراپی

۲- هزینه ماسک‌های رادیوتراپی

۳- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

مقدمه :

این دستورالعمل در راستای کاهش پرداخت از جیب و جبران بخشی از هزینه‌های درمان، بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، پیوند کلیه، ام اس، دیالیز و دیالیز صفاقی)، صعب‌العلاج و سرطانی از طریق حذف یا کاهش فرانشیز دارو و لوازم مصرفی و خدمات ارائه شده به این بیماران توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور و با همکاری کلیه دستگاه‌های عضو شورای عالی بیمه سلامت تدوین و ابلاغ شده است.

کلیات:

۱. هزینه کلیه خدمات و مراقبت‌های سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی ارائه گردد) تعرفه‌های مصوب هیات محترم وزیران در بخش دولتی محاسبه و پرداخت می‌گردد.
۲. در صورت ارائه خدمات توسط ارائه‌کنندگان مشمول آیین نامه تمام وقت جغرافیایی، صرفاً سهم سازمان مشمول پرداخت تمام وقتی بوده و سهم بیمار کما فی السابق با کای پایه و از محل حذف فرانشیز توسط سازمان‌های بیمه‌گر قابل محاسبه و پرداخت است.
۳. حذف و یا کاهش فرانشیز موضوع این دستورالعمل، مشمول کلیه بخش‌ها اعم از بخش بستری و سرپایی می‌گردد.
۴. هزینه خدمات خون برای کلیه بیماران خاص رایگان بوده و توسط سازمان‌های بیمه‌گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

بیماران دیالیزی :

- (۱) شامل بیمارانی است که دچار نارسایی مزمن کلیه می باشند و نیاز به انجام دیالیز دارند. (دیالیز خونی و صفاقی)
- (ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز اولیه (حاد- ۶ جلسه اول) دارند.
- تبصره:** اگر به هر علتی دیالیز حاد بیش از ۶ جلسه طول بکشد و وارد فاز مزمن نشده باشد، بقیه مراحل دیالیز با تعرفه دیالیز مزمن قابل محاسبه و پرداخت است.
- (۲) در صورتی که ارائه خدمات در بخش بستری یا سرپایی به بیماران دیالیزی، مبنای محاسبه تعرفه، تعرفه مربوط به آن بخش خواهد بود.
- تبصره:** مبنای محاسبه تعرفه بیماران غیربستری (بستری موقت، دارای پرونده و سرپایی) براساس ضریب ریالی کای سرپایی خواهد بود.

الف) تعهدات همودیالیز:

۱. خدمت همودیالیز :

- ۱-۱ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ (مصوبه هیئت وزیران به شماره ۱۱۹۴۹/ت/۵۷۶۳۹ه و ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ه و ۱۱۹۷۳/ت/۵۷۶۳۹ه مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳) تعرفه دولتی کما فی سابق در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- تبصره:** ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای در کلیه بخش‌های ارائه خدمت عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی بخش‌های مربوطه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.
- ۱-۲ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد- ۶ جلسه اول) با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ (مصوبه هیئت وزیران به شماره ۱۱۹۴۹/ت/۵۷۶۳۹ه و ۱۱۹۳۳/ت/۵۷۶۳۹ه و ۱۱۹۷۳/ت/۵۷۶۳۹ه مورخ ۱۳۹۹/۲/۱۳) تعرفه دولتی کما فی سابق در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- تبصره ۱:** ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای در کلیه بخش‌های ارائه خدمت عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی بخش‌های مربوطه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.
- تبصره ۲:** سهم سازمان بیمه گر برای انواع خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول آیین نامه پرداخت تمام وقتی متناسب با پرونده (بستری یا سرپایی) براساس ضریب ریالی تمام وقتی مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. فرانشیز حذف شده بیمار مشمول پرداخت تمام وقتی نمی باشد.

۲. خدمت تعبیه راه عروقی:

- ۲-۱- کاتترگذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۲-۲- تعویض کاتتر در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۴۵۰ قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۲-۳- ایجاد فیستول شریانی- وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۲-۴- در خصوص بیمارانی که امکان ایجاد فیستول رادیو سفالیک از طریق کد ۳۰۲۵۳۵ وجود ندارد، در صورت ایجاد فیستول براکیو سفالیک و یا براکیو بازیلیک با ذکر اندیکاسیون‌های مربوطه کد ۳۰۲۵۲۰ یا ۳۰۲۵۵۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۲-۵- 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 ۳۰۲۴۳۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- تبصره ۱:** سهم فرانشیز بیمه شده در دریافت خدمات تعبیه راه عروقی، به عهده سازمان بیمه گر می باشد.
- تبصره ۲:** در صورت القای بیهوشی، برای انجام خدمات تعبیه راه عروقی (کاتتر عروقی) ارزش پایه بیهوشی کد مربوطه و براساس راهنمایی کتاب ارزش نسبی و کدهای تعدیلی بیهوشی قابل محاسبه می باشد.

۳. هزینه لوازم مصرفی:

- ۳-۱- کاتترهای دائم و موقت و همچنین گرفت‌های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه‌ای تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.
- تبصره:** سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می باشد.
- ۳-۲- قیمت‌های ست و صافی و سوزن دیالیز براساس مصوبه مدیران شماره ۱۴ به مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۱۸ و ابلاغیه دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره ۱:** سقف قیمت تعیین شده برای پوشش بیمه‌ای بسته ست و صافی دیالیز شامل لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز، برای اقلام تولید داخل براساس سقف قیمتی تولید داخل و برای اقلام وارداتی براساس میانگین قیمتی ابلاغی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.
- تبصره ۲:** سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.
- تبصره ۳:** تأمین بسته ست و صافی دیالیز (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی بر عهده مرکز می باشد و مراکز درمانی صرفاً هزینه مندرج در بند فوق را از سازمان‌های بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌شود.

۳-۳- 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 به تفکیک براساس کد IRC و استعلام کد اصالت پرداخت می شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

تبصره: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می بایست نوع پودر بی کربنات را متناسب با نوع دستگاه های موجود در بازار، به روز رسانی و جهت ابلاغ به سازمان های بیمه گر به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت ارائه نماید.

۴. آزمایشات بیماران دیالیزی

براساس بخشنامه به شماره ۴۰۰/۱۹۷۹۶ مورخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۹ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزمایشات بیماران دیالیزی به شرح ذیل می باشد:

زمان	آزمایشات
ماهانه	Bun (قبل و بعد دیالیز)، K, Ca, P, CBC, FBS برای دیابتیک ها
۳ ماهه	PTH, Ferritin, TIBC, آلومین سرم
۶ ماهه	آنزیم های کبدی (ALT, AST) - HBS Ag ، سرم بیکربنات، Creatinin, Na, آهن سرم، کلسترول، تری گلیسیرید، آلکالن فسفاتاز
سالانه	سطح سرمی ویتامین D, HBS Ab, HCV Ab

توضیحات :

- فهرست آزمایش هایی که در ردیف آزمایش های ماهانه نوشته شده است، جزء بسته گلوبال دیالیز بوده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشند. همچنین سایر آزمایشات اشاره شده در ردیف های ۳ ماهه، ۶ ماهه و سالانه جزء بسته تعرفه گلوبال نبوده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ می باشند و مشمول حذف فرانشیز نمی باشند.

۵. داروهای تخصصی :

داروهای تخصصی به شرح زیر قابل محاسبه و پرداخت می باشد:

الف) ERYTHROPOIETIN (تمام انواع دوزها و اشکال): این دارو در بخش سرپایی و بستری بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

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

ج) Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

د) هزینه داروی هپارین، سرم‌های تزریقی (نمکی، قندی نمکی، رینگر و...)، گلوکز هیپرتونیک، میدودرین (داروی بالا برنده فشار خون) در گلوبال دیالیز لحاظ شده است.

ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

۱. گلوبال- بستری جهت کاتتر گذاری دائمی دیالیز صفاقی:

مطابق کد ملی ۹۰۰۱۵۰ (با ارزش نسبی ۱۳۷/۵ کا و ارزش تام بیهوشی ۱۲/۵ کا) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
تبصره ۱: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می‌باشد.

تبصره ۲: در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد، این کد مجدداً قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۳: هزینه کاتتر دیالیز صفاقی در شرح خدمت لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

۲. آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی :

آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی پزشکان دوره دیده براساس راهنمای طبابت بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کد ملی ۹۰۰۱۵۵ ماهیانه یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
تبصره ۱: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می‌باشد.

هزینه محلول دیالیز صفاقی:

قیمت محلول دیالیز صفاقی بر اساس قیمت‌های ابلاغی سازمان غذا و دارو پرداخت می‌گردد.

تبصره: تأمین محلول و ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی در منزل بیماران به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه‌های مندرج در بندهای فوق را از سازمان بیمه سلامت دریافت می‌نماید و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی کاهش هزینه‌های بیماران خاص و صعب‌العلاج)

تبصره: جهت بیماران دیالیز صفاقی، محلول و ملزومات مصرفی بیماران در بخش بستری توسط سازمان‌های بیمه گر پرداخت می‌گردد.

ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

۱. تزریق خون به بیماران تالاسمی: در بیماران تالاسمی هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ (با ارزش نسبی ۷k با ضریب ریالی جزء حرفه ای) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز توسط سازمان های بیمه گر به این بیماران ارائه می گردد.

تبصره ۱: کلیه لوازم مصرفی و فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

تبصره ۲: در مواردی که تزریق خون با فراورده های خونی کدهای ۸۰۲۶۶۰ (با ارزش نسبی ۶k) یا ۸۰۲۶۷۶ (با ارزش نسبی ۵k) انجام پذیرد، به علت عدم نیاز به فیلتر، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی باشد.

۲. خدمت MRIT2 برای بیماران تالاسمی به صورت رایگان تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد.

۳. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده قیمت اعلامی و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است. براساس فاکتورهای رسمی طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و با کد IRC مربوطه و براساس ضوابط ابلاغی از دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می گردد.

۴. تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی: تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی به ۲ صورت انجام می شود:

الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم مصرفی مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ بابت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره: هزینه آمپول دفروکسامین به ازای هر نوبت به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) هزینه لوازم مصرفی تزریق دفروکسامین در منزل به شرح جدول ذیل، براساس کد IRC و با سقف قیمتی تولید داخل و برای اقلام وارداتی براساس میانگین قیمتی ابلاغی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

اسکالپ وین	۲۵ عدد
سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
سرنگ ۲۰ سی سی بالای ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
چسب ضد حساسیت	یک حلقه
پد الکلی	عدد ۵۰

تبصره: به ازای هر ویال دفروکسامین، ۲ ویال آب مقطر در نسخه بیمار با حذف فرانشیز داده می شود.

۵. هزینه پمپ دفروکسامین: در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس فاکتورهای معتبر طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی بر اساس نرخ اعلامی سازمان‌های بیمه گر براساس کد IRC و با اصالت سنجی، به صورت ۱۰۰ درصد قابل پرداخت می‌باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمان‌های بیمه گر، هر ۳ سال یکبار امکان پذیر است.

تبصره: در صورت نیاز بیمار به پمپ در فاصله زمانی کمتر از ۳ سال با تایید ادارات کل استانی قابل پرداخت می‌باشد.

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

۶. هزینه آزمایشات مرحله اول (کدهای ۸۱۰۱۵۰، ۸۱۰۱۵۴، ۸۱۰۱۵۲، ۸۱۰۱۵۶ و ۸۱۰۱۵۶) و دوم (کدهای ۸۰۶۵۰۵ و ۸۰۶۵۰۷) 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 می‌باشد).

۷. آزمایشات بیماران به شرح جدول ذیل می‌باشد: (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می‌باشد).

تواتر خدمت در سال	عنوان آزمایش	کد ملی
۲	Anti HIV	۸۰۳۱۸۶
۲	HBs Ag	۸۰۳۲۰۵
۲	Anti HBs	۸۰۳۲۲۰
۲	Anti HCV	۸۰۳۲۵۵
۱	تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C	۸۰۳۴۷۰
۱	آزمایشات کمی PCR	۸۰۵۰۸۴
۱	آزمایشات کیفی PCR	۸۰۵۱۰۲
۳	آزمایش فریتین	۸۰۱۱۷۰

۸. علاوه بر بیماران تالاسمی ماژور در بیماران سیکل سل آنمیا، سیکل تالاسمی و تالاسمی اینترمدیا، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول ذیل در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی در بخش سرپایی و بستری و بستری موقت مشمول حذف فرانشیز است.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای عالی بهداشت کشور

جدول داروهای تخصصی تالاسمی

نام دارو	ردیف
DEFEROXAMINE for Inj 500mg	۱
DEFRIPIRON Tab E.C.Tab 500mg	۲
DEFERASIROX Tab 500,250,125mg	۳
DEFERASIROX Tab(FC) 360,180,90mg	۴
قرص هیدروکسی اوره	۵

(د) تعهدات بیماران هموفیلی:

۱. داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (بطور رایگان) ارائه می گردد و به شرح جدول ذیل می باشد:

نام دارو	ردیف
Factor VII	۱
Factor VIII	۲
Factor VIII Vonwillebrand	۳
Factor IX	۴
Factor XIII	۵
PCC	۶
Feiba	۷
Fibrinogen	۸
Desmopressin	۹

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. (جمع بندی نظرات کارشناسی)

۲. تزریق فاکتور: هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی k۳ قابل محاسبه است سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

۳. تزریق خون و فراورده‌های خونی: هزینه تزریق خون با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و کد ملی ۳۰۲۳۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۳k قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

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

۵. هزینه انجام تزریق ف سفر و ریفامپید سین داخل مف صلی: بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۶ و کد ملی ۲۰۰۰۶۷ مشمول حذف فرانشیز می گردد.

۶. آزمایشات بیماران به شرح جدول ذیل می باشد: (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تواتر خدمت در سال	عنوان آزمایش	کد ملی
۲	Anti HIV	۸۰۳۱۸۶
۲	HBs Ag	۸۰۳۲۰۵
۲	Anti HBs	۸۰۳۲۲۰
۲	Anti HCV	۸۰۳۲۵۵
۱	تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C	۸۰۳۴۷۰
۱	آزمایشات کمی PCR	۸۰۵۰۸۴
۱	آزمایشات کیفی PCR	۸۰۵۱۰۲
۲	اندازه گیری سطح فاکتورهای انعقادی	۸۰۲۲۴۶ تا ۸۰۲۲۵۳
۲	اندازه گیری سطح مهار کننده ۸ و ۹	۸۰۲۲۴۹ و ۸۰۲۲۵۰

۷. 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).

۸. هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:

هزینه آزمایشات مرحله اول، دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۱۰۱۱۲ و ۸۱۰۱۸۴ و ۸۱۰۲۶۲ (بر اساس دستوالعمل بیمه ای) و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاه های 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 دستورالعمل‌های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می‌نمایند.

۹. بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هرروش با کد ملی ۵۰۲۰۸۰ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۴ کا قابل محاسبه و پرداخت است (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

هـ) تعهدات بیماران MS :

۱. داروهای تخصصی:

در این بیماران داروهای تخصصی به شرح جدول ذیل مشمول کاهش فرانسیز می‌گردند:

که در بخش سرپایی و بستری با فرانسیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می‌گردد. (براساس راهنمایی تجویز ابلاغی از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

ردیف	نام دارو	سقف تعهد سازمان‌های بیمه گر
۱	Interfron B 1b for Inj 30 MCG	۹۰ درصد
۲	Interfron B 1a for Inj 44 MCG/5ml	۹۰ درصد
۳	Interfron B 1a Inj 8 million U/1ml	۹۰ درصد
۴	Methyl prednisolon forte for Inj 500 mg	۹۰ درصد
۵	Glatiramer acetate for Inj, 40, 20mg/ml	۹۰ درصد
۶	Fingolimod Tab-Cap	۹۰ درصد
۷	Natalizumab Amp	۹۰ درصد
۸	Rituximab Vial 100 mg و 500mg	۹۰ درصد
۹	Ocrelizumab	۹۰ درصد
۱۰	Alemtuzumab	۹۰ درصد
۱۱	Dimethyl Fumarate 240mg Cap	۹۰ درصد
۱۲	Dimethyl Fumarate 120mg Cap	۹۰ درصد
۱۳	Teriflunomide 14mg Tab	۹۰ درصد
۱۴	Fampridine 10mg Er Tab	۹۰ درصد

تبصره ۱- تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کمیته‌های ام اس دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

(و) تعهدات پیوند کلیه :

۱. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال - به جز داروهای ایمونوساپرسیو و **Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG)** - به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.
 - ۱-۱- در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی ۵۰۰۰۹۰ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.
 - ۲-۱- در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی ۵۰۰۰۹۵ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.
۲. براساس آیین نامه پرداخت دو کا و دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری، صرفاً ستون جراحی و بیهوشی مشمول پرداخت تمام وقت برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی می گردد.
۳. پرداخت تمام وقتی نفرولوژیست در بسته گلوبال پیوند کلیه توسط سازمان های بیمه گر پایه قابل محاسبه و پرداخت می باشد. ۴. هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعرفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.
- ۵ جدول تعرفه پیوند کلیه به صورت جداگانه پس از برگزاری جلسات کارشناسی و تصویب مدیران کل عضو شورای عالی بیمه سلامت کشور، توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه ابلاغ می گردد.

۲. داروهای تخصصی بیماران پیوند کلیه عبارتند از :

ردیف	نام دارو
۱	Ciclosporin cap -Tab
۲	Ciclosporin infu
۳	Ciclosporin oral sol
۴	Mycophenolic acid cap-Tab
۵	Erythropoietin
۶	Anti Thymocyte immunoglobulin250 mg/5ml
۷	Anti Thymocyte immunoglobulin Amp25mg
۸	Gancyclovir
۹	Cap-Tab Tacrolimus 1 mg
۱۰	Tab-Cap Sirolimus 1 mg
۱۱	Cap-Tab Tacrolimus .5 mg
۱۲	Cap-Tab tacrolimus 3 mg
۱۳	busulfan
۱۴	Everolimus 0.75mg Tab
۱۵	Everolimus 0.25mg Tab
۱۶	(Immune Globulin Injection Parenteral 100 Mg/1ml 50 Milliliter)Privigen Injection Parenteral 100 Mg/1ml 50ml

تبصره ۳: داروهای جدول فوق در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره ۴: 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:

الف) تعهدات شیمی درمانی

۱. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، کد شیمی درمانی ۹۰۱۵۳۵ تا ۹۰۱۵۷۰ به طور رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و سهم فرانشیز بیمار بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. (ما به التفاوت تعرفه دولتی با بخش عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی به عهده بیمار است).

تبصره ۱- در خدمات سرپایی ویزیت همزمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظ شدن در خدمت قابل پرداخت نمی‌باشد.

۲. آماده سازی داروهای شیمی درمانی تزریقی و لوازم مصرفی آن در پرونده‌های بستری یا سرپایی در مراکز شیمی درمانی دولتی، غیر دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه تا سقف تعیین شده در جدول زیر و مطابق کدهای ۹۰۴۰۱۰ تا ۹۰۴۰۵۰ و بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت برای کد ۹۰۲۰۱۰، با فرانشیز رایگان تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت است. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه در مراکز مربوطه به عهده بیمار است).

تبصره ۱: افراد صاحب صلاحیت مطابق با استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

تبصره ۲: کلیه مراکز مجاز شیمی درمانی مکلف‌اند نوع سیستم تهیه محلول‌های شیمی درمانی مرکز خود را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه اعلام و معاونت مذکور موظف است اطلاعات مراکز را به سازمان‌های بیمه‌گر اعلام نماید.

تبصره ۳: از بسته‌های ذکر شده در جدول زیر، صرفاً یکی از بسته‌ها برای بیمار قابل گزارش می‌باشد.

کدهای گلوبال آماده سازی محلول‌های شیمی درمانی								
بسته	کد گلوبال	تجهیزات سرمایه ای پایه	تجهیزات سرمایه ای مکمل	تجهیزات مصرفی	ارزش نسبی حرفه‌ای	ارزش نسبی فنی	ارزش نسبی تجهیزات مصرفی	ارزش نسبی کل
۱	۹۰۴۰۱۰	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱,۸	۲,۳	۳,۳	۷,۴
۲	۹۰۴۰۱۵	ایزولاتور	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱,۷	۱,۴	۳,۳	۶,۴
۳	۹۰۴۰۲۰	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱,۶	۱,۱	۳,۳	۶
۴	۹۰۴۰۲۵	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	-	سیستم بسته	۱,۵	۱,۷	۳,۳	۶,۵
۵	۹۰۴۰۳۰	ایزولاتور	-	سیستم بسته	۱,۴	۱	۳,۳	۵,۷
۶	۹۰۴۰۳۵	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	-	سیستم بسته	۱,۳	۰,۵	۳,۳	۵,۱
۷	۹۰۴۰۴۰	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	-	روش غیر بسته	۱,۲	۱,۷	۱	۳,۹
۸	۹۰۴۰۴۵	ایزولاتور	-	روش غیر بسته	۱,۱	۱	۱	۳,۱
۹	۹۰۴۰۵۰	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	-	روش غیر بسته	۱	۰,۵	۱	۲,۵

- تبصره ۴:** ضریب ریالی کای تجهیزات مصرفی، در کلیه مراکز ارائه دهنده خدمت معادل ضریب ریالی کای فنی با ویژگی # در بخش دولتی تعیین می‌گردد.
- ۳.** فارغ التحصیلان رشته‌های تخصصی یا فوق تخصص خون و سرطان بالغین، خون و سرطان کودکان، آنکولوژی زنان و رادیوانکولوژی (رادیوتراپی آنکولوژی) مجاز به انجام خدمت شیمی درمانی می‌باشند.
- ۴.** شرط پرداخت جزء حرفه ای با ضریب ریالی تمام وقتی برای خدمت شیمی درمانی منوط به یک ارزیابی بیمار طی جلسه شیمی درمانی براساس شرح کدهای مندرج در کتاب ارزش نسبی می‌باشد.
- ۵.** در موارد شیمی درمانی یک و یا چند دارو نیازمند انفوزیون طولانی مدت، صرف نظر از تعداد داروی تجویزی، برای موارد تا ۸ ساعت کد ملی ۹۰۱۵۴۰ و برای موارد بالای ۸ ساعت کد ملی ۹۰۱۵۵۰ صرفاً یکبار در روز قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۶.** سهم فرانشیز بیمه شده در خصوص تزریق داروهای آنتی بادی مونوکلونال ضدسرطان و بیس فسفونات‌ها در بیماران مبتلا به سرطان (مطابق با آخرین گایدلاین‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.
- تبصره: تزریق سایر داروهای تزریقی مشمول کدهای ۹۰۰۰۲۰ تا ۹۰۰۰۳۵ می‌شود که ستاره دار بوده و در تعهد سازمان نمی‌باشد.
- ۷.** مبنای رسیدگی به اسناد شیمی درمانی، پروتکل تجویز شده برای بیمار توسط پزشک معالج می‌باشد.
- ۸.** برای شارژ مجدد پمپ شیمی درمانی در روزهای بعد، کد ۹۰۱۵۶۵ (پرکردن مجدد و نگهداری پمپ قابل کاشت برای مراجعه مجدد بیماران جهت شارژ پمپ کاشته شده) قابل گزارش و پرداخت است.

جدول ملزومات تزریق شیمی درمانی

هزینه لوازم مصرفی به شرح جدول ذیل، براساس کد IRC و با سقف قیمتی تولید داخل و برای اقلام وارداتی براساس میانگین قیمتی ابلاغی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می باشد.

ملزومات	تعداد در هر جلسه	توضیحات
آنژیوکت	۲	
ست سرم رنگی ساده	به ازای هر سرم ۱ عدد	
سرنگ ۲ سی سی	۳	
سرنگ ۵ سی سی	۳	
سرنگ ۱۰ سی سی	۲	
سرنگ ۲۰ سی سی	۲	
سه راهی	۱	
ست سرم ساده غیر رنگی	به ازای هر سرم ۱ عدد	
سوزن پورت	۱	جهت بیماران دارای پورت
آب مقطر	۲	
سرنگ	۲	

۱. هزینه کارگذاری پورت (شیمی درمانی دائم ۳۰۲۴۳۵) بر اساس کتاب ارزش نسبی به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۲. هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت های اعلامی سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۳. هزینه محفظه پمپ تزریق در بیماران شیمی درمانی رایگان بوده و توسط سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۴. هزینه کیسه کولستومی برای کلیه بیماران سرطانی رایگان بوده و توسط سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ح) تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱. هزینه خدمت رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵ و خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵ در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه خصوصی بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت به طور ۱۰۰ درصد (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. (ما به التفاوت تعرفه بخش دولتی با بخش عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی به عهده بیمار است).
 ۲. هزینه ماسک‌های رادیوتراپی صرفاً ناحیه سر و گردن بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و بر اساس فاکتور معتبر قابل پرداخت است.
 ۳. 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 بوده و قابل پرداخت است.
 ۴. مقرر گردید انجام رادیوتراپی حین جراحی (IORT) برای پستان به روش Full dose با رعایت اندیکاسیون‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس کدهای ۷۰۵۶۱۰ و ۷۰۵۶۱۵ تحت پوشش بیمه‌های پایه قرار گیرد. در خصوص انجام رادیوتراپی حین جراحی (IORT) برای پستان به روش Boost، با رعایت اندیکاسیون‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس کدهای ۷۰۵۶۱۱ و ۷۰۵۶۱۶ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- تبصره:** انجام رادیوتراپی حین جراحی (IORT) برای پستان مشمول حذف فرانشیز نمی‌گردد.
۵. درخصوص نحوه دریافت خدمات درمانی با روش IMRT مطابق استانداردها و اندیکاسیون‌های ابلاغی وزارت بهداشت و دستورالعمل‌های ابلاغی از دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور محاسبه و رسیدگی خواهد بود.
- تبصره:** سهم فرانشیز بیمه شده براساس تعرفه دولتی بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر و مشمول حذف فرانشیز خواهد بود. (ما به التفاوت تعرفه دولتی با بخش عمومی غیر دولتی، خیریه و خصوصی به عهده بیمار است).