

فهرست تعرفه خدمات پرستاری در منزل

| ردیف | کد | شرح کد | تعرفه / ریال |
|------|--------|---|--------------|
| ۱ | ۹۶۰۰۱۰ | پایش و ارزیابی بیمار شامل: گرفتن فشارخون و کنترل علائم حیاتی شامل پالس اکسیمتری برای اشباع اکسیژن، غیرتهاجمی؛ (یک یا چند بار در یک بار مراجعه) یا حضور در بالین بیمار/مددجو در مواقع انتقال از بیمارستان و مراکز درمانی به منزل و بالعکس. این کد در هر شبانه روز یک بار قابل محاسبه و پرداخت است. | ۶۰۰٫۰۰۰ |
| ۲ | ۹۶۰۰۱۵ | کنترل علائم حیاتی مجدد. این کد همزمان با کد (۹۶۰۰۱۰) قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. | ۳۰۰٫۰۰۰ |
| ۳ | ۹۶۰۰۲۰ | تنظیم دستگاه مراقبت‌های ویژه و آموزش به بیمار | ۷۶۰٫۰۰۰ |
| ۴ | ۹۶۰۰۲۵ | گرفتن نوار قلب (ECG) برای بیمار | ۷۹۰٫۰۰۰ |
| ۵ | ۹۶۰۰۳۰ | کشیدن بخیه تا (۱۰) گره | ۹۲۰٫۰۰۰ |
| ۶ | ۹۶۰۰۳۱ | کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره | ۱٫۳۷۰٫۰۰۰ |
| ۷ | ۹۶۰۰۴۰ | تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی‌متر | ۵۲۰٫۰۰۰ |
| ۸ | ۹۶۰۰۴۱ | تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی‌متر | ۷۶۰٫۰۰۰ |
| ۹ | ۹۶۰۰۵۰ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه | ۶۲۰٫۰۰۰ |
| ۱۰ | ۹۶۰۰۵۱ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه | ۳۱۰٫۰۰۰ |
| ۱۱ | ۹۶۰۰۶۰ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه | ۹۲۰٫۰۰۰ |
| ۱۲ | ۹۶۰۰۶۱ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه | ۴۶۰٫۰۰۰ |
| ۱۳ | ۹۶۰۰۷۰ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت انجام توسط پرستار نمی‌باشد) | ۱٫۱۹۰٫۰۰۰ |
| ۱۴ | ۹۶۰۰۷۱ | پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت انجام توسط پرستار نمی‌باشد) | ۵۹۵٫۰۰۰ |
| ۱۵ | ۹۶۰۰۸۰ | پانسمان در موارد سوختگی درجه دو (تا بیست و پنج درصد (۲۵٪) سوختگی) | ۱٫۲۲۰٫۰۰۰ |
| ۱۶ | ۹۶۰۰۸۵ | پانسمان زخم پای دیابتی سطح (۱) (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد). | ۸۵۰٫۰۰۰ |
| ۱۷ | ۹۶۰۰۹۰ | پانسمان زخم پای دیابتی سطح (۲) (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد). | ۱٫۲۲۰٫۰۰۰ |
| ۱۸ | ۹۶۰۰۹۵ | پانسمان زخم پای دیابتی سطح (۳) (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد). | ۱٫۴۶۰٫۰۰۰ |
| ۱۹ | ۹۶۰۱۰۰ | دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح (۲) برای یک ناحیه | ۱٫۶۸۰٫۰۰۰ |
| ۲۰ | ۹۶۰۱۰۱ | دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح (۲) به ازای هر ناحیه اضافه | ۸۴۰٫۰۰۰ |
| ۲۱ | ۹۶۰۱۱۰ | دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح (۳) برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت انجام توسط پرستار نمی‌باشد) | ۲٫۱۸۰٫۰۰۰ |
| ۲۲ | ۹۶۰۱۱۱ | دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح (۳) به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت انجام توسط پرستار نمی‌باشد) | ۱٫۰۹۰٫۰۰۰ |
| ۲۳ | ۹۶۰۱۲۰ | کوتاه کردن (trimming) ناخن دیستروفیک برای اهداف درمانی (مانند بیمار / مددجویان دیابتیک)؛ هر تعداد | ۲۲۰٫۰۰۰ |
| ۲۴ | ۹۶۰۱۲۵ | باز کردن، برداشتن یا دو نیم کردن گچ | ۸۹۰٫۰۰۰ |

| | | | |
|-----------|---|--------|----|
| ۱٫۲۱۰٫۰۰۰ | مراقبت از استوما (کیسه گذاری، شستشو، پانسمان و تعویض) | ۹۶۰۱۳۰ | ۲۵ |
| ۶۴۰٫۰۰۰ | شستشوی ساده مثانه | ۹۶۰۱۳۵ | ۲۶ |
| ۲٫۱۰۰٫۰۰۰ | تعویض کاتتر یا سوند مثانه (Foley) (شامل هزینه‌های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت) | ۹۶۰۱۴۰ | ۲۷ |
| ۶۱۰٫۰۰۰ | خارج کردن سوند ادراری یا فولی | ۹۶۰۱۴۵ | ۲۸ |
| ۳۱۰٫۰۰۰ | گذاشتن کاندوم شیت (کاندوم سوند) | ۹۶۰۱۵۰ | ۲۹ |
| ۳۱۰٫۰۰۰ | ۱. خون‌گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز با دستور پزشک ۲. برای خون‌گیری وریدی، مراکز مراقبت پرستاری در منزل در صورتی‌که با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت قرارداد داشته باشند؛ می‌توانند از این کد استفاده کنند. | ۹۶۰۱۵۵ | ۳۰ |
| ۹۹۰٫۰۰۰ | سرم‌تراپی در منزل | ۹۶۰۱۶۰ | ۳۱ |
| ۲۸۰٫۰۰۰ | تزریق داروی داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق | ۹۶۰۱۶۵ | ۳۲ |
| ۴۶۰٫۰۰۰ | تزریق داروی داخل وریدی به ازای هر تزریق | ۹۶۰۱۷۰ | ۳۳ |
| ۱٫۰۷۰٫۰۰۰ | فتوتراپی ساده هزینه اجاره دستگاه به طور جداگانه قابل محاسبه می‌باشد. | ۹۶۰۱۷۵ | ۳۴ |
| ۴۸۰٫۰۰۰ | (O _۲) تراپی با نازال و ماسک بدون ساکشن (شامل آموزش بیمار/ مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت) | ۹۶۰۱۸۰ | ۳۵ |
| ۹۲۰٫۰۰۰ | (O _۲) تراپی با نازال و ماسک با ساکشن یا فقط ساکشن بدون (O _۲) تراپی (شامل آموزش بیمار/ مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت) | ۹۶۰۱۸۵ | ۳۶ |
| ۲٫۴۴۰٫۰۰۰ | انجام دیالیز صفاقی و آموزش به بیمار توسط پرستار دوره دیده (برای هر بیمار/ مددجو فقط یک‌بار قابل اخذ می‌باشد) | ۹۶۰۱۹۰ | ۳۷ |
| ۳٫۰۵۰٫۰۰۰ | انجام همودیالیز توسط پرستار دوره دیده (بر اساس دوره مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) | ۹۶۰۱۹۵ | ۳۸ |
| ۴۲۰٫۰۰۰ | گاوژ | ۹۶۰۲۰۰ | ۳۹ |
| ۱٫۶۲۰٫۰۰۰ | گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده‌ای (NGT) با دستور پزشک | ۹۶۰۲۰۵ | ۴۰ |
| ۱٫۲۲۰٫۰۰۰ | انجام انما | ۹۶۰۲۱۰ | ۴۱ |
| ۱٫۲۶۰٫۰۰۰ | حمام بیمار/مددجو در منزل | ۹۶۰۲۱۵ | ۴۲ |
| ۶۳۰٫۰۰۰ | مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار/ مددجو عادی (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی‌که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد) | ۹۶۰۲۲۰ | ۴۳ |
| ۷۹۰٫۰۰۰ | مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار/ مددجو عادی، سالمند با محدودیت حرکتی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های شخصی (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. | ۹۶۰۲۲۵ | ۴۴ |

دفتر هیئت دولت

| | | | |
|---------|--|--------|----|
| | در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد) | | |
| ۹۵۰,۰۰۰ | مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو نیازمند مراقبت ویژه قلبی-ریوی (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد) | ۹۶۰۲۳۰ | ۴۵ |
| ۷۹۰,۰۰۰ | مراقبت حرفه‌ای روان پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو اوتیسم، آنزایمر و ... (شامل کلیه خدمات روان پرستاری از جمله ارائه مراقبت های پرستاری، بررسی وضعیت روانی، وضعیت جسمی مدد جو، فعالیتهای روزمره و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد) (کلیه خدمات مراقبتی مشمول کدهای (۹۶۰۲۲۰) و (۹۶۰۲۲۵) در این کد لحاظ شده است و لذا هیچ کد دیگری علاوه بر این کد قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد). این کد با تشخیص روانپزشک قابل ارائه می‌باشد. | ۹۶۰۲۳۵ | ۴۶ |
| | در صورت ارائه این خدمات (کدهای (۹۶۰۲۲۰) الی (۹۶۰۲۳۵))، مطابق شرح وظایف مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط بهیار، ۷۰ درصد تعرفه‌های مذکور قابل محاسبه است. | ۹۶۰۲۴۰ | ۴۷ |
| ۴۱۰,۰۰۰ | مراقبت‌های اولیه پرستاری توسط کمک پرستار به ازای هر ساعت (شامل نگهداری، خدمات بهداشتی و نظافتی بیمار / مددجو، جابجایی، استحمام و رفع نیازهای شخصی مانند غذا خوردن، رفتن به سرویس بهداشتی و سایر موارد طبق شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه است) | ۹۶۰۲۴۵ | ۴۸ |

- ۱- ارائه و دریافت تعرفه این خدمات صرفاً در صورت ثبت به صورت الکترونیک امکان پذیر می‌باشد.
- ۲- هزینه ایاب و ذهاب متناسب با نرخ کرایه آژانس مصوب در هر شهر که مورد تأیید کمیته استانی تعیین سقف تعرفه‌های هر استان باشد و یا براساس صورت حساب (فاکتور) های ارائه شده قابل محاسبه می‌باشد.
- ۳- در مواردی که خدمت به جزء فنی (براساس کتاب ارزش نسبی) نیاز داشته است، در کد مربوطه لحاظ گردیده است.
- ۴- هزینه مواد مصرفی به جز در مواردی که در شرح کد اشاره شده است به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.
- ۵- تزریق داروهای حساس و زیستی (بیولوژیک) و سایر داروها براساس ابلاغیه‌ها و استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در منزل مجاز نمی‌باشد.
- ۶- خدماتی که ارائه آنها نیازمند تجویز پزشک می‌باشد، بدون تجویز پزشک در منزل امکان پذیر نمی‌باشد.

دفتر هیئت دولت