



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

۱۴۰۲/۰۳/۳۱

شماره جلسه: نود و ششمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱	ساعت: ۱۱:۰۰ - ۱۳:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
--	-------------------	---------------------	---

**اعضای شرکت کننده:**

رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور: آقای دکتر عین اللهی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: آقای دکتر کریمی  
بیمه مرکزی ایران: آقای دکتر مشعلچی و آقای دکتر ریاحی فر  
سازمان نظام پزشکی: آقای دکتر رئیس زاده و آقای دکتر انیسیان  
سازمان تأمین اجتماعی: آقای دکتر موسوی، آقای دکتر اسلامی و آقای دکتر غفاری  
سازمان بیمه سلامت ایران: آقای دکتر ناصحی و آقای دکتر رضایی  
سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: آقای دکتر علی احمدی و آقای دکتر نوبخت  
کمیته امداد امام خمینی (ره): آقای دکتر احمدلو  
سازمان برنامه و بودجه: آقای دکتر عوض پور و آقای دکتر فراهانی  
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: آقای دکتر عسگریان و آقای دکتر مجلسی  
دبیر شورای عالی بیمه سلامت: آقای دکتر محقق

**دستور جلسه: بازنگری دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه / فیزیوتراپی بیمه‌های پایه**

- ۱- به پیوست دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه مورد تصویب قرار گرفت و از زمان تصویب توسط سازمان‌های بیمه‌گر لازم الاجرا می‌باشد.
- ۲- به پیوست دستورالعمل رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی بیمه‌های پایه مورد تایید و تصویب قرار گرفت و از زمان تصویب توسط سازمان‌های بیمه‌گر لازم الاجرا می‌باشد.
- ۳- به پیوست دستورالعمل رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی بیمه‌های پایه مورد تایید و تصویب قرار گرفت و از زمان تصویب توسط سازمان‌های بیمه‌گر لازم الاجرا می‌باشد.

<p>دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و پارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	انجمن‌های نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

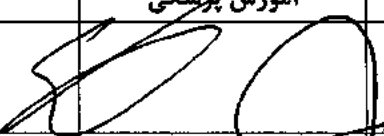

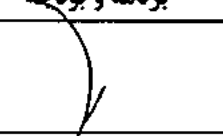
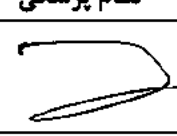
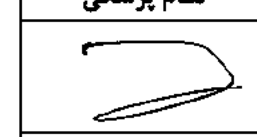

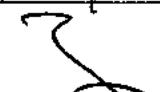

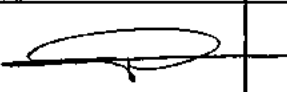

دیپارتمان شورای عالی بیمه سلامت کشور

۱۴۰۲

**ماده ۱: تعاریف و کلیات**

در این دستور العمل، اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

- ۱- **ویزیت:** عبارت است از اخذ شرح حال، انجام معاینه و تصمیم گیری پزشکی جهت تعیین وضعیت و نیازهای بیمار و یا تعیین محل مناسب برای دریافت خدمات و مراقبت لازم توسط پزشک معالج بر بالین بیمار و براساس کدهای مربوطه در کتاب ارزش نسبی صرفا یک بار در روز قابل محاسبه و گزارش می باشد.
  - ۲- **اعتباربخشی:** ارزیابی نظام مند مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با استانداردهای مشخص می باشد. این استانداردها با هدف بهبود مداوم کیفیت خدمات، بهبود ایمنی بیمار و کارکنان و با محوریت بیمار می باشد.
  - ۳- **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 بر بالین بیمار ارائه می گردد.
  - ۴- **تخت روز:** فراهم آوردن کلیه تسهیلات رفاهی مرتبط با تخت، برای اقامت بیمار در بیمارستان به منظور دریافت خدمات بالینی است. در صورتی که بیمار حداقل ۶ ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستانی بستری گردد، تخت روز قابل محاسبه و پرداخت است.
  - ۵- **پزشک مقیم در بخش مراقبت های ویژه (انواع بخش های ICU):** پزشک مقیم، پزشکی است که دوره آموزشی ICU مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را طی تحصیلات تخصصی خود تحصیل کرده باشد، نظیر متخصصان بیهوشی، Intensivist، متخصصان داخلی و ریه و یا پزشکی که دوره تکمیلی مرتبط با ICU را گذرانده باشد، میتوانند به عنوان پزشک مقیم انتخاب شوند.
  - ۶- **استحقاق درمان:** بیمه شده ضمن داشتن بیمه معتبر از یکی از سازمان های بیمه گر پایه و عدم وجود همپوشانی براساس ضوابط بیمه ای و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با توجه به ماهیت خدمت درخواست شده، شرایط دریافت خدمت را داشته باشد.
- تبعصره: در صورتی که بیمار تا پایان زمان ترخیص از طریق سیستم استحقاق سنجی نسبت به ارائه بیمه معتبر از طریق یکی از سازمان های بیمه گر پایه اقدام نماید کل پرونده بستری بیمار به صورت بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت است.

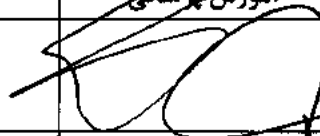
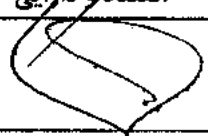

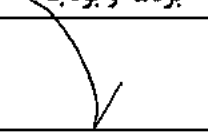



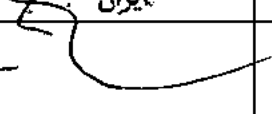
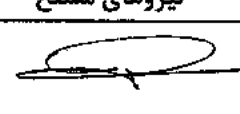
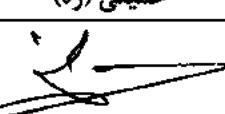
<p>دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و تارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (مضونظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

۷- بیمار بستری: به کلیه مواردی که بنا به دستور پزشک معالج و با تشکیل پرونده بستری نیاز به اقامت بالای ۶ ساعت بیمار باشد یا در مواردی که بیماری نیاز به عمل جراحی و بیهوشی داشته باشد، بیمار بستری تلقی می گردد.


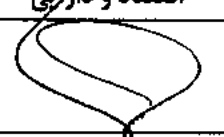
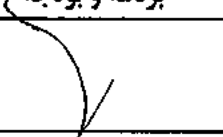
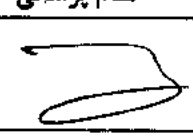
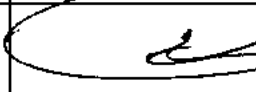




### ماده ۲: ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت (ارزیابی و اداره) در بخش بستری

- ۱- انواع ویزیت بستری:
  - ویزیت روز اول: برای بیماران عادی کد ملی ۹۰۱۹۲۰، در بخش روان پزشکی کد ملی ۹۰۰۰۴۵ و نوزاد متولد شده کد ملی ۹۰۱۹۲۵ بر اساس کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
  - ویزیت روز دوم به بعد: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با کد ملی ۹۰۱۹۳۰
  - ویزیت روز ترخیص: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با کد ملی ۹۰۱۹۳۵
- ۲- جهت محاسبه ویزیت در بخش اورژانس مطابق با دستورالعمل و ضوابط بخش اورژانس اقدام خواهد شد.
- ۳- تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت پزشک معالج برای یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می باشد. 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 پزشک معالج ویزیت شده است، ویزیت قابل محاسبه می باشد.
- ۴- در صورت ماندگاری بیمار در اورژانس و ترخیص بیمار در شیفت دوم، ویزیت روز ترخیص با کد ملی ۹۰۱۹۳۵ به متخصص طب اورژانس دیگر (متفاوت با پزشک اول)، در شیفت دوم تعلق خواهد گرفت.
- ۵- در صورتی که بیمار با دستور بستری از درمانگاه یا مطب در همان روز انجام ویزیت سرپایی در یکی از بخش های بیمارستان بستری گردد (صرفاً پرونده های طبی)، ویزیت روز اول بستری در صورت انجام و وجود اسناد مثبت علاوه بر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۶- ویزیت بستری در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد و لازم است مراکز طرف قرارداد نسبت به درج سال شروع رزیدنتی در مهر وی اقدام نمایند.

وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور دکتر بهرام عین اللهی					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

- تبصره: ویزیت رزیدنت‌های سال یک و دو در بخش‌های بستری بیمارستان قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۷- ویزیت بستری منجر به جراحی، برای جراح قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی). در خصوص بیماران بستری شده در سرویس‌های جراحی جهت دریافت خدمات طبی به شرح ذیل اقدام خواهد شد:
- تبصره ۱: در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از سرویس طبی به سرویس جراحی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه تا زمان انتقال به سرویس جراحی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۲: در صورت تغییر شرایط درمانی بیمار از جراحی به طبی به شرط انتقال به سرویس طبی بر اساس مستندات پرونده، ویزیت روزانه به پزشک دیگر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.
- تبصره ۳: در مواردی که پزشک معالج (متخصص گروه داخلی یا جراحی) در طی درمان طبی نسبت به ارائه پروسیجرهای جراحی جانبی (که دلیل اصلی بستری بیمار نباشد) اقدام نماید، ویزیت پزشک معالج علاوه بر هزینه پروسیجر مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۸- ویزیت منجر به بیهوشی (Pre Med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.
- ۹- به متخصص بیهوشی جهت ارزیابی و آماده‌سازی بیمار برای اعمال جراحی در همان مرکز، ویزیت سرپایی متخصص در قالب کلینیک بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۱۰- هزینه ویزیت و مشاوره‌های تشخیصی درمانی انجام شده متخصصین پزشک قانونی صرفاً جهت درمان در بخش مسمویت یا انتقال به آن بخش بر اساس کدهای ۹۰۱۹۲۰، ۹۰۱۹۳۰، ۹۰۱۹۳۵ و ۹۰۱۹۴۰ قابل محاسبه و پرداخت است. سایر موارد ویزیت و مشاوره پزشک قانونی در خصوص متخصصین پزشکی قانونی در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه نمی‌باشد.
- ۱۱- در خصوص بیماران روانی مزمن بستری در بیمارستان در صورتیکه پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید، حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می‌باشد.
- ۱۲- خدمات روان‌درمانی با کد ملی ۹۰۰۰۵۰ الی ۹۰۰۰۹۶ توسط متخصص/فوق تخصص/فلوشیپ روان‌پزشکی و روانشناسان بالینی مشروط به انجام خدمت در بیمارستان و براساس ضوابط مندرج در شرح کدهای مذکور و دستورالعمل خرید راهبردی ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و پرداخت است.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستور العمل یگسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

۱۳- در صورتی که مراجعه بیمار با دستور بستری جهت انجام آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و یا هر اقدام اینترونشنال قلبی باشد، ویزیت بستری همراه با خدمات مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱: چنانچه در طی دوره بستری درمان طبی بیمار نیاز به انجام آنژیوگرافی تشخیصی داشته باشد، ویزیت به صورت همزمان قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲: چنانچه در طی دوره بستری درمان طبی بیمار نیاز به انجام خدمات آنژیوپلاستی و یا هر اقدام اینترونشنال قلبی داشته باشد، ویزیت روز خدمت و روزهای بعد قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۴- چنانچه بیمار صرفاً جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد، ویزیت روزانه بستری به ایشان تعلق نمی‌گیرد، ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمات مذکور باشد ویزیت روزانه بستری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۵- در مراکز که دارای بخش مسمویت فعال می‌باشند، PhD سم شناسی با پایه پزشکی عمومی (M.D) می‌تواند به عنوان پزشک معالج بیمار باشد و ویزیت روزانه مشابه سایر گروه‌های تخصصی توسط سازمان‌های بیمه‌گر محاسبه و پرداخت گردد.

تبصره: هزینه ویزیت سرپایی PhD سم شناسی با پایه پزشکی عمومی (M.D) در درمانگاه و مطب تحت پوشش بیمه‌های پایه نمی‌باشد.




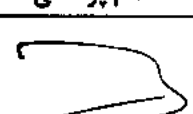



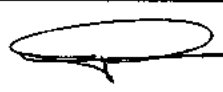

### ماده ۳: مشاوره بستری

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

تبصره: در صورتی که پزشک معالج درخواست مشاوره از پزشک سرویس دیگر نماید و مشاوره منجر به پروسیجر تشخیصی یا درمانی گردد، هر دو خدمت (مشاوره و پروسیجر) قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود، اما در مواردی که پزشک معالج از پزشک مشاوره، درخواست انجام پروسیجر خاص را نماید، صرفاً هزینه پروسیجر قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۲- هزینه انجام مشاوره به پزشک، دقیقاً هم رشته و هم سطح با پزشک معالج قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره: درخواست و انجام مشاوره رزیدنت سال سوم و بالاتر معادل پزشک متخصص قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس‌جمهوری عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	هایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

۳- در طول یک دوره بستری، تعداد ۶ مشاوره برای پزشکان از تخصص‌های مختلف و یا حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص، به صورت ۱۰۰٪ تعرفه مشاوره و مشاوره‌های بیش از تعداد مذکور، با ضریب تعدیل ۸۰٪ تعرفه مشاوره قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: به هر گروه تخصصی روزانه یک مشاوره قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

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

۵- مشاوره جراح در صورتی که منجر به جراحی گردد، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۶- مشاوره جهت متخصصین از جمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها بر اساس کدهای مرتبط با رشته‌های تخصصی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: شرایط محاسبه و پرداخت به سطوح مختلف کارشناسان، کارشناسان ارشد و دکتری پروانه دار بر اساس دستورالعمل خرید راهبردی خواهد بود.







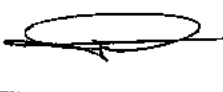



۷- مشاوره پزشک مدعو برابر کد ملی ۹۰۱۹۴۵ با رعایت شرایط زیر قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

- درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی (برگه مشاوره) موجود باشد.
- تخصص پزشک مدعو در همان بیمارستان یا در کلینیک‌های مرتبط موجود نباشد.
- ویزیت برپالین بیمار انجام شود.
- به رزیدنت تعلق نمی‌گیرد

۸- درخواست مشاوره از PhD سم شناسی با پایه پزشکی (M.D) صرفاً در مراکزی که دارای بخش مسمویت می‌باشند، قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره: PhD سم شناسی با پایه پزشکی (M.D) به عنوان پزشک معالج بیمار در بخش مسمویت مجاز نیستند از سایر گروه‌های تخصصی صاحب صلاحیت در ارائه خدمات مسمویت (مطابق استاندارد مانند پزشکی قانونی و داخلی دوره دیده) درخواست مشاوره نمایند.

۹- کد ۹۰۰۰۴۶ به عنوان مشاوره بستری بیماران روانی تنها در اسناد بستری قابل محاسبه و پرداخت بوده و همزمان با کد ۹۰۰۰۴۵ غیر قابل پرداخت می‌باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه**

- ۱۰- مشاوره در اورژانس تحت نظر برابر با کتاب ارزش نسبی و با کد ملی ۹۰۱۹۴۵ و ۹۰۱۹۴۰ قابل پرداخت است.
- ۱۱- در صورت درخواست پزشک معالج جهت ارائه مشاوره دارویی از PhD فارماکولوژی هزینه مشاوره دارویی صرفاً با کد ملی ۹۰۲۰۲۵، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. لازم به ذکر است با توجه به ویژگی کد مربوطه در تعهد بیمه پایه نمی باشد.
- ۱۲- مشاوره به منظور پذیرش و به ازای هر دوره انتقال به بخش ICU در بیمارستان هایی که فاقد پزشک مقیم می باشند، صرفاً یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.

**ماده ۲: ضوابط و نحوه محاسبه هزینه تخت روز (هتلینگ)**

- ۱- در صورتی که بیمار بستری حداقل ۶ ساعت در یکی از بخش های مصوب بیمارستانی بستری گردد، تخت روز قابل محاسبه و پرداخت است.
- تبصره: برای اقامت های کمتر از ۶ ساعت در بیمارستان، هزینه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نیست.
- ۲- هزینه تخت در مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت نیست. کلیه لوازم مصرفی پزشکی و دارویی بیمار در این مراکز به طور جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.
- ۳- تعداد روزهای بستری از تفاضل تاریخ ترخیص و تاریخ پذیرش (با کسر تعداد روزهای مرخصی موقت) محاسبه می شود. تبصره ۱: ضروری است در بستری های طولانی بیش از یک ماه در بخش مراقبت های ویژه و بیش از دو ماه در بخش های عادی هماهنگی های لازم بین نماینده ناظر سازمان بیمه گر پایه و مرکز ارائه کننده خدمت در خصوص تعیین تکلیف ادامه درمان بیمار براساس تصمیم پزشک معالج صورت گیرد.
- تبصره ۲: هزینه های تخت روز پس از دستور ترخیص از بیمارستان، در تعهد بیمه پایه نیست.
- ۴- تخت روز بخش هایی که طبق م صوبه هیئت محترم وزیران فاقد تعرفه می باشد، مطابق تخت روز عادی قابل محاسبه می باشد.
- ۵- تعهد سازمان های بیمه گر پایه برای تخت روز در بخش های دارای خدمات رفاهی ویژه (VIP) و یا اقامت در اتاق های بخش های عادی کمتر از ۳ تخت به استثنای تخت ایزوله، برابر هزینه اتاق ۳ تختی یا بیشتر در بخش دولتی است.

<p><b>دکتر بهرام عین اللهی</b> <b>وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</b></p>					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					



## دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

۶- در صورتی که بیمار در یک روز بر اساس دستور پزشک معالج در دو نوع تخت (به عنوان مثال تخت عادی و ICU) جایجا گردد، تخت روز با تعرفه بالاتر مشروط بر اقامت بیش از شش ساعت در هر بخش، ملاک محاسبه و پرداخت هزینه نوع تخت روز خواهد بود.

۷- اعتباربخشی؛ هزینه تخت روز بر اساس درجه اعتباربخشی مندرج در پروانه اعتباربخشی بیمارستان صادره از سوی وزارت بهداشت و مطابق تعرفه مصوب هیئت وزیران بر اساس جدول مربوطه در متن مصوبه تعرفه سالیانه ابلاغ می گردد، قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۱: از ابتدای سال ۱۴۰۲ مدت اعتبار گواهی نامه اعتباربخشی بیمارستان دو ساله خواهد بود و در صورتی که ۶ ماه از پایان پروانه دو ساله اعتباربخشی بگذرد و بیمارستان نتواند گواهینامه جدید اعتباربخشی خود را ارائه نماید، هزینه هتلینگ توسط سازمان های بیمه گر و بیمه شده معادل درجه سه قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: به ازای هر ۶ ماه عدم تمدید گواهی ۲۰٪ کسور در تعرفه هتلینگ اضافه خواهد شد.

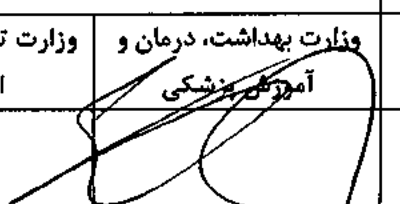
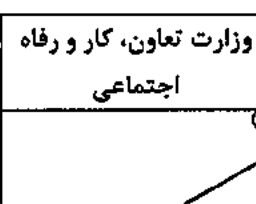
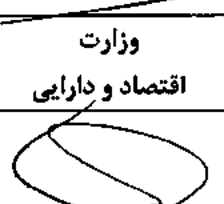
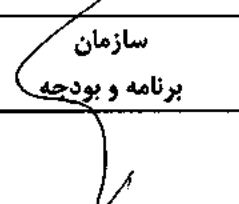
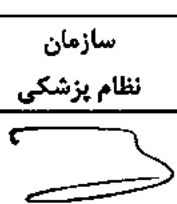
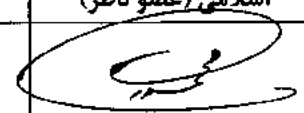

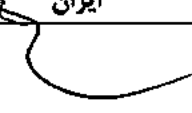
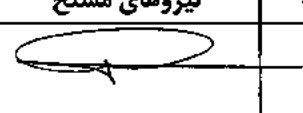
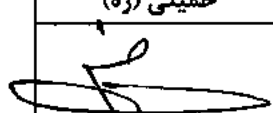
تبصره ۳: تا پایان سال ۱۴۰۱ به علت مشکلات ناشی از بیماری کرونا، تمدید گواهی اعتباربخشی بر اساس درخواست معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت خواهد گرفت.

تبصره ۴: در صورت عدم ارائه گواهینامه ارزشیابی در مدت حداکثر ۶ ماه از تاریخ انقضای ارزشیابی قبلی، کسورات اعتباربخشی بیمارستان غیر قابل برگشت خواهد بود.

تبصره ۵: بر اساس مندرجات روش نوین اعتباربخشی، درجه اعتباربخشی بیمارستان برای کلیه بخش های بیمارستان یکسان می باشد.

تبصره ۶: اعلام مکتوب درجه اعتباربخشی صادره از وزارت بهداشت، از سوی بیمارستان ها به همراه گواهی مربوط به سازمان های بیمه گر پایه الزامی است.

تبصره ۷: درجه بندی بیمارستان ها شامل بیمارستان های درجه یک عالی، یک مثبت، یک، دو، سه و زیر استاندارد (چهار) است. بیمارستان ها درجه یک عالی و یک مثبت و یک مطابق تعرفه تخت روز درجه یک عادی قابل محاسبه و پرداخت است.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

**تبصره ۸:** درجه اعتباربخشی بیمارستان‌های تازه تأسیس در یک سال اول بهره‌برداری درجه یک محسوب گردیده و داشتن گواهینامه تشویقی برای این دوره یک‌ساله الزامی است و در صورتی که بیش از ۶ ماه از پایان پروانه یک سال اول اعتباربخشی گذشته باشد، مطابق تبصره ۱ و ۲ این بند اقدام خواهد شد.

**۸- تخت ایزوله:** در صورت درخواست پزشک معالج و دارا بودن اندیکاسیون بستری در اتاق ایزوله، برای بیماری عفونی و واگیردار، درمان یا آلودگی با مواد رادیواکتیو و رادیو ایزوتوپ، ضعف سیستم ایمنی بیمار یا ایزوله معکوس، هزینه اتاق ایزوله معادل اتاق یک‌تختی و بر اساس درجه اعتباربخشی بیمارستان در بخش دولتی محاسبه می‌گردد.

**۹- تخت سوختگی:** در صورت بستری بیمار در بخش سوختگی، تعرفه تخت روز بخش سوختگی قابل محاسبه و پرداخت است، در صورتی که ادامه درمان بیمار پس از انجام گرافت در سایر بخش‌ها مانند بخش جراحی ترمیمی یا بخش سوختگی پیگیری شود، هزینه تخت روز به صورت تخت عادی محاسبه می‌گردد.



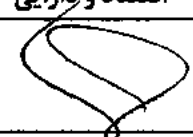
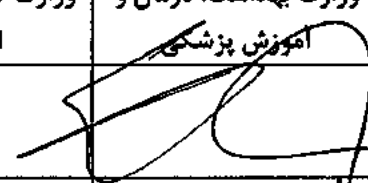
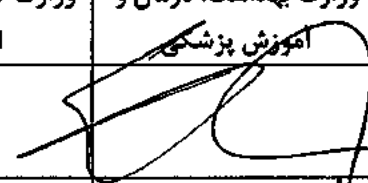

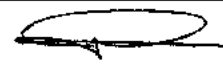



**تبصره:** هزینه‌های لوازم مصرفی پانسمان اختصاصی سوختگی در تعهد بیمه‌های پایه است و علاوه بر ۱۲ درصد خدمات پرستاری در این بیماران قابل محاسبه و پرداخت است.

**۱۰- بخش روان‌پزشکی:** هزینه بستری بیمار در بخش روان‌پزشکی حداکثر ۸ هفته در سال از زمان اولین بستری به‌عنوان بیماری حاد بر اساس درجه اعتباربخشی بیمارستان و مازاد بر آن به‌عنوان بیماری مزمن (طبق تشخیص پزشک معالج) برابر تعرفه تخت روانی درجه سه قابل محاسبه است.

**تبصره ۱:** بیماران روانی که جنبه نگهداری پیدا می‌کنند خارج از تعهد بیمه‌های پایه می‌باشند.

**تبصره ۲:** در خصوص بیمارانی که صرفاً جهت ترک اعتیاد در مراکز روان‌پزشکی نگهداری و بستری می‌شوند، مطابق دستورالعمل رسیدگی به اسناد بیماران درمان سو مصرف مواد مخدر اقدام خواهد شد.

**۱۱- هزینه تخت نوزاد:** مبنای محاسبه سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای هزینه نگهداری نوزاد سالم به همراه مادر، پس از زایمان طبیعی حداکثر یک روز و پس از سزارین حداکثر ۲ روز قابل محاسبه و پرداخت است (اسناد گلوبال مطابق بخشنامه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت است).

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر بهداشت، شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

**تبصره ۱:** مبنای محاسبه سازمان‌های بیمه‌گر پایه در صورتی که نوزاد به دلیل بیماری مادر در همان نوبت بستری در بیمارستان در اتاق مادر یا بخش نوزادان نگهداری شود براساس تخت روز نوزاد سالم، برای موارد بیش از بند مذکور، با تأیید کارشناس ناظر بیمه پایه قابل محاسبه و پرداخت است.

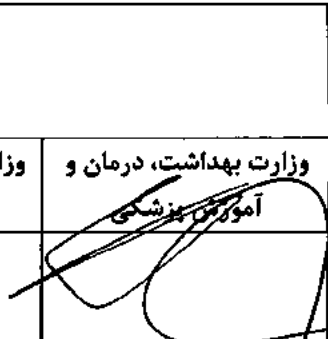
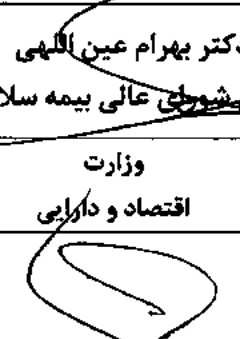
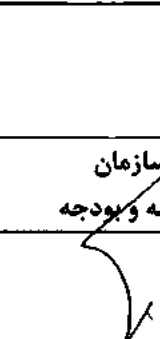
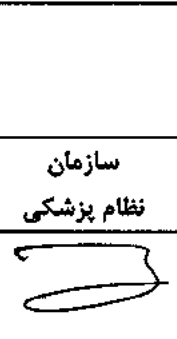



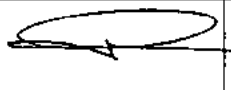

**تبصره ۲:** نوزاد (تا سن ۲۸ روز) که به علت بیماری بستری می‌گردد با تشکیل پرونده بستری و با تعرفه تخت نوزاد بیمار (سطح دوم) قابل محاسبه و پرداخت می‌شود.

**تبصره ۳:** ارائه خدمات به نوزادان تا ۲۸ روز بسته به نوع خدمت (گروه مرد یا زن) می‌تواند با دفترچه پدر یا مادر (رفع محدودیت جنسیت برای برخی خدمات) قابل محاسبه و پرداخت گردد.

**۱۲- تخت روز بیمار به بستری موقت (تحت نظر):** در بیماران تحت نظر بیش از ۶ ساعت در صورت تعیین تکلیف بیمار (طبق دستورات پزشک و تعیین سرویس مربوطه جهت بستری و تشکیل پرونده و در صورت نبودن تخت خالی، تعرفه تخت روز (هتلینگ) معادل مصوبه هیات محترم وزیران، حداکثر معادل اتاق ۳ تخته عادی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار از نظر بستری بیش از ۶ ساعت، کلیه خدمات طبق تعرفه مصوب بدون تخت روز (هتلینگ) با فرانشیز بستری قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

**تبصره ۱:** در صورت تجویز دستور بستری بیمار توسط متخصص طب اورژانس و نبود تخت خالی جهت انتقال بیمار و در صورت ویزیت بیمار توسط سرویس مربوطه در بیمارستان‌های آموزشی تا حداکثر ۴۸ ساعت پس از تعیین تکلیف (به استثنای بیماران اینتوبه) و تا ۲۴ ساعت پس از تعیین تکلیف در بیمارستان‌های درمانی (به استثنای بیماران اینتوبه)، خدمات بستری مشابه سایر بیماران بستری به متخصص سرویس مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. با اتمام زمان‌های تعیین شده، هیچ هزینه‌ای قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

**تبصره ۲:** بیمارانی که نیاز به بستری در بخش‌های ویژه دارند ولی با دستور پزشک معالج در بخشی به جز بخش‌های ویژه بیمارستان بستری می‌شوند و تحت مانیتورینگ و یا تنفس ممتد قرار می‌گیرند، هزینه اقامت آن‌ها از مجموع هزینه اقامت در بخش عادی با اضافه نمودن ارزش نسبی کدهای ۹۰۰۷۷۰، ۹۰۰۷۷۱ و یا ۹۰۱۰۱۵ (EKG مانیتورینگ و یا هولتر ۲۴ ساعته فشارخون به هر روش و یا تنفس ممتد با فشار مثبت راه هوایی (BIPAP یا CPAP) با ثبت، تفسیر و گزارش) بر اساس دستور و شرح اقدامات پزشک معالج اضافه می‌گردد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

۱۳- تخت های اکسترا؛ تخت اکسترا در بخش های عادی حداکثر تا ۴۸ ساعت معادل ۸۰ درصد تخت های عادی قابل محاسبه و پرداخت است. بعد از ۴۸ ساعت هزینه تخت روز قابل محاسبه و پرداخت نیست.

تبصره ۱: در صورتیکه بیمارستانی از تمامی ظرفیت تخت های فعال و تخت های بخش اورژانس خود استفاده نموده باشد و جهت ارائه خدمات به بیماران بستری کووید-۱۹ یا سایر بیماران اورژانسی نسبت به دایر کردن تخت اکسترا اقدام نماید با تأیید معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ثبت خدمات در سیستم اطلاعات بیمارستانی مربوطه (HIS)، خدمات ارائه شده تحت پوشش توسط سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی معادل ۸۰ درصد تخت های سه تختی بدون محدودیت زمانی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره ۲: هزینه تخت اکسترا در بخش های مراقبت ویژه قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود

### ماده ۲۵ ضوابط و دستور العمل پزشک مقیم در انواع بخش مراقبت های ویژه






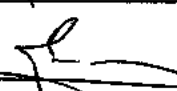
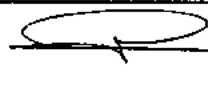



الف) پزشکان صاحب صلاحیت مقیمی در انواع بخش های مراقبت ویژه:

۱- پزشک مقیم ICU پزشک متخصصی است که دوره آموزشی ICU، مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را طی تحصیلات تخصصی خود یا به صورت دوره تکمیلی گذرانده باشد. پزشکان صاحب صلاحیت، براساس مراقبت های مدیریت شده و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل متخصص های بیهوشی، Intensivist، داخلی دوره دیده، ریه، فوق و فلوشیپ ICU، فلوشیپ مسمومیت (صرفاً در بخش مراقبت های ویژه مسمومیت) و اطفال و فوق نوزادان (صرفاً در بخش NICU)، خواهد بود.

تبصره ۱: دستیاران فوق تخصص رشته های صاحب صلاحیت می توانند به عنوان پزشک مقیم فعالیت نمایند.

تبصره ۲: فلوشیپ رشته های صاحب صلاحیت با رشته پایه تخصصی غیر مرتبط با رشته های پایه تخصصی صاحب صلاحیت، از سال دوم می توانند به عنوان پزشک مقیم دوم فعالیت نمایند. برای مثال دستیار فلوشیپ مسمومیت با پایه تخصصی طب اورژانس می تواند به عنوان پزشک مقیم دوم در بخش ICU مسمومیت فعالیت نماید.

تبصره ۳: در بیمارستان های آموزشی درمانی در کنار هر یک پزشک متخصص یا عضو هیات علمی، یک رزیدنت می تواند به عنوان پزشک مقیم فعالیت نماید. لازم به ذکر است رزیدنت های سال ۳ و ۴ رشته بیهوشی در انواع بخش های ویژه و رزیدنت های سال ۲ و ۳ رشته اطفال صرفاً در بخش PICU فعالیت نمایند.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

## دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

تبصره ۴: رزیدنت های مجاز به ارائه خدمات مقیمی نمی توانند به عنوان مقیم اول یا سوم فعالیت نمایند و صرفا به عنوان پزشکان مقیم دوم و چهارم فعالیت نمایند.

تبصره ۵: در بخش ICU جراحی قلب در بیمارستان های تک تخصصی قلب و عروق، متخصص قلب و عروق (به عنوان مقیم اول) و دستیاران تخصصی سال ۴ قلب و عروق (به عنوان مقیم دوم) منوط به گذراندن دوره آموزشی ICU، مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.







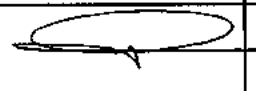



تبصره ۶: در خصوص پزشکان دوره دیده، ملاک پرداخت ارائه گواهی دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان های بیمه گر خواهد بود.

### ب) تعداد پزشک مقیم به ازای تخت:

۱- به ازای هر ۱۵ تخت فعال در انواع بخش های مراقبت ویژه حضور یک پزشک مقیم الزامی است.

تبصره ۱: در بیمارستان های که تعداد تخت مراقبت ویژه کمتر از ۶ تخت باشد، حضور پزشک مقیم الزامی نمی باشد (شماره ۴۰۰/۳۴۸۳۰ مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۶).

تبصره ۲: جهت محاسبه تعداد پزشک مقیم، تعداد تخت های هم نوع (ICU, NICU, PICU) در هر بیمارستان باهم جمع می گردد و ملاک محاسبه خواهد بود.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

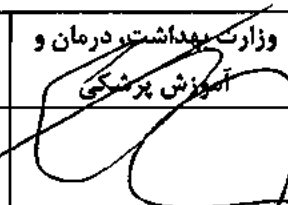
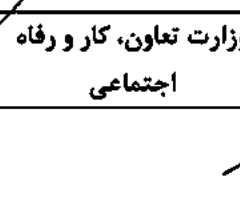

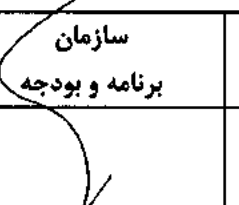
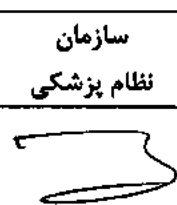



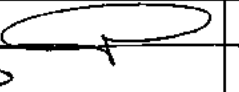

ج) بسته خدمات قابل ارائه توسط پزشک مقیم:

۱- پزشکان مقیم انواع بخش های ویژه موظف اند خدمات زیر را بنا به نیاز بیماران بستری ارائه نمایند لازم به ذکر است تعرفه این خدمات در ۳۰ درصد مقیمی لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشند (ابلاغیه شماره ۱۴۲/۲۱۸ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۲۷).

ردیف	کدملتی	شرح خدمت
۱	۳۰۰۳۳۵	کارگذاری لوله تراشه و خروج لوله تراشه (اکستوبیشن)
۲	۹۰۱۰۸۵	اتصال به ونتیلاتور، تغییر ستاپ آن (تنظیم مکرر دستگاه)
۳	۳۰۲۴۸۰	نمونه گیری و تفسیر برای گازهای خونی (ABG)
۴	۹۰۰۶۱۰	احیای قلبی ریوی (CPR)
۵	۹۰۰۷۷۰	مانیتورینگ پایه
۶	۹۰۱۱۲۵	پالس اکسی متری
۷	۵۰۰۴۴۰	سوند گذاری (Foley)
۸	۵۰۰۴۴۵	خارج کردن سوند (Foley)
۹	۴۰۰۸۰۵	گذاشتن لوله بینی معده ای یا دهانی معده ای
۱۰	۹۰۰۲۰۰	لاواژ و گواژ دستگاه گوارش
۱۱	-	تخلیه ترشحات ریوی (ساکشن)
۱۲	۸۰۰۰۱۷ تا ۸۰۰۰۱۰	خونگیری متناوب
۱۳	۳۰۲۳۵۵	تزریق خون یا فرآورده های خونی به هر روش در بالغین به ازای هر واحد
۱۴	۹۰۱۹۳۵-۹۰۱۹۳۰-۹۰۱۹۲۰	ویزیت روزانه

تبصره ۱: هزینه های لوازم مصرفی مرتبط با تزریق خون و خونگیری جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره ۲: صرفاً در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب، خدمت تنظیم پیس میکر موقت نیز به عنوان خدمات پایه محسوب می گردد.

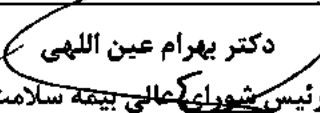
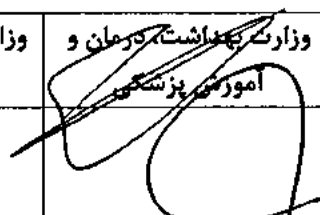

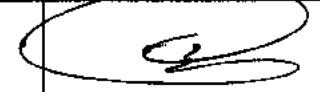


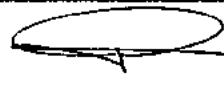

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه**

تیمبره ۳: در بخش های NICU یا PICU خدمات بسته قیمتی به شرح جدول ذیل خواهد بود: (ابلاغیه شماره ۱۴۲/۲۲۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۸):

ردیف	کد ملی	شرح خدمت
۱	۳۰۰۳۳۵	کارگذاری لوله تراشه و خروج لوله تراشه (اکستوبیشن)
۲	۹۰۱۰۸۵	اتصال به ونتیلاتور، تغییر ستاپ آن (تنظیم مکرر دستگاه)
۳	۳۰۲۴۸۰	نمونه گیری و تفسیر برای گازهای خونی (ABG)
۴	۹۰۰۶۱۰	احیای قلبی ریوی (CPR)
۵	۹۰۰۷۷۰	مانیتورینگ پایه
۶	۹۰۱۱۲۵	پالس اکسی متری
۷	۵۰۰۴۴۰	سوند گذاری (Foley)
۸	۵۰۰۴۴۵	خارج کردن سوند (Foley)
۹	۴۰۰۸۰۵	گذاشتن لوله بینی معده‌ای یا دهانی معده‌ای
۱۰	۹۰۰۲۰۰	لاواژ و گواژ دستگاه گوارش
۱۱	-	تخلیه ترشحات ریوی (ساکشن)
۱۲	۸۰۰۰۱۷ تا ۸۰۰۰۱۰	خونگیری متناوب یا نمونه گیری برای بررسی عفونت خونی (Sepsis) نظیر (کشت خون و ترشحات تنفسی)
۱۳	۳۰۲۳۴۰	تزریق خون یا فرآورده های خونی به هر روش در اطفال و نوزادان به ازای هر واحد
۱۴	۳۰۲۵۰۰	کارگذاری کاتتر نافی (وریدی و شریانی)
۱۵	۶۰۰۹۳۵	پونکسیون نخاع، درمانی یا تشخیصی
۱۶	۹۰۲۰۳۰ یا ۹۰۲۰۳۲	فتوتراپی ساده یا پیچیده
۱۷	۹۰۱۹۲۰-۹۰۱۹۳۰-۹۰۱۹۳۵	ویزیت روزانه

۲- در بخش مراقبت های ویژه که به روش (OPEN ICU) اداره می شوند، ویزیت روزانه صرفا به پزشک معالج با رعایت دستورالعمل های پرداخت ویزیت قابل پرداخت خواهد بود. در بخش مراقبت های ویژه که به روش بسته (CLOSED ICU)

امضا	نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و امور پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
	دکتر بهرام عین اللهی	وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور				
	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)	
	امضا					

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

اداره می شوند به پزشکان فلو شپ ICU یا فوق تخصص های مرتبط در صورتیکه به عنوان پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت های روزانه صرفا به ایشان براساس دستورالعمل های رسیدگی به اسناد، قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۱: در شرایطی که پزشک فوق و فلو شپ ICU همزمان مقیم و پزشک معالج باشد در بخش های (CLOSED ICU) به شرط رعایت شرح وظایف پزشک مقیمی و پزشک معالج، علاوه بر ۳۰٪ مقیمی، ویزیت روزانه صرفا یک بار نیز قابل محاسبه و اخذ می باشد.

۳- ویزیت پزشک مقیم غیرمعالج در بسته ۳۰٪ مقیمی لحاظ شده و به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

۴- پزشک مقیم حق ترک بخش مراقبت های ویژه را در زمان انجام کشیک بجز در موارد انجام مشاوره های درخواستی جهت پذیرش در انواع بخش های مراقبت ویژه، ندارد

### ج) نحوه محاسبه تعدیلات مقیمی:

۱- در صورت عدم رعایت استاندارد تعداد پزشک مقیم به ازای تخت، علاوه بر کسر ۳۰٪ تعرفه هتلینگ به عنوان بسته گلوبال پزشک مقیم، ۱۰ درصد از ۷۰ درصد هتلینگ نیز (تحت عنوان جریمه) از سهم بیمارستان کسر می گردد. فرمول اجرای این کسورات به شرح زیر و مطابق فایل اکسل ابلاغی دبیرخانه اجرا خواهد شد.



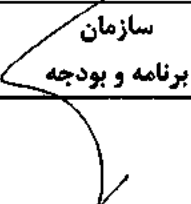

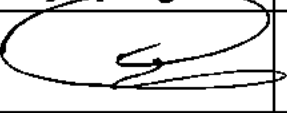

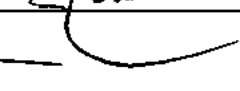
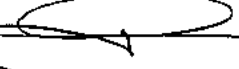

$HT = 100\% - ((WR/NB) * 37\%)$ درصد تخت روز قابل پرداخت مساوی است با ۱۰۰ درصد هزینه قابل پرداخت منهای حاصل کسر تعداد تخت فاقد مقیم تقسیم بر تعداد تخت فعال ضربدر ۳۷ درصد کسور عدم رعایت مقیمی	
HT	درصدی قابل پرداخت از تعرفه هتلینگ بخش ویژه
۱۰۰٪	کل تعرفه قابل پرداخت هتلینگ
WR	تعداد تخت فاقد مقیم در نوبت شیفت
NB	تعداد تخت فعال بخش مراقبت ویژه در سه شیفت
۳۷٪	۳۰ درصد مقیمی + ۱۰ درصد جریمه از محل ۷۰ درصد هتلینگ

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					



## دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بستری بیمه پایه

- ۲- در مراکز دارای کمتر از ۶ تخت، ۱۰۰ درصد تعرفه هتلینگ پرداخت می گردد. در این مراکز، خدمات موجود در بسته خدمتی مقیمی به صورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشند.
- ۳- در صورت عدم اداره بخش با حضور پزشکان مقیم، برای بیمارستان‌های دارای ۶ تخت و بیشتر مراقبت ویژه، بسته خدمات پایه مقیم براساس خدمات ارائه شده به بیماران بستری و تا سقف ۱۶ کافه‌ای با ضریب ریالی غیر تمام وقت قابل پرداخت است. لازم به ذکر است ضرایب تعرفه مانند تعرفه ترجیحی و تمام وقت جغرافیایی قابل اعمال نخواهد بود.
- ۴- بیمارستان ملزم است ماهانه برنامه حضور پزشک مقیم بخش مراقبت ویژه را ضمن نصب در بیمارستان به اطلاع ناظران سازمان‌های بیمه‌گر برساند، در صورت عدم حضور پزشک مقیم مطابق با برنامه اعلامی به ناظر بیمه، کسورات هتلینگ به کل ماه قابل تسری می باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا		-			
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا					

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد فیزیوترایی



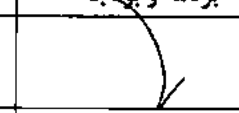
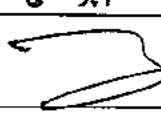
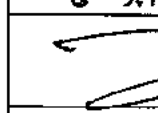
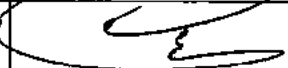




دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

**دستورالعمل رسیدگی به اسناد خدمات فیزیوتراپی**

کلیه آیین نامه‌ها، تعرفه‌ها و مصوبات ابلاغی هیات محترم وزیران و شورای عالی بیمه سلامت کشور و شنا سنامه و استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چارچوب خرید راهبردی و ضوابط بیمه‌ای یکسان سازمان‌های بیمه‌گر برای ارائه خدمات فیزیوتراپی لازم الاجرا می‌باشد. لازم به ذکر است در موارد اختلاف بین مصوبات و دستورالعمل‌های ابلاغی، مبنای حل اختلاف دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

**اصول اساسی رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی**

- ۱- در زمان پذیرش بیمار استحقاق سنجی درمان انجام گردد.
- ۲- تاریخ شروع جلسات فیزیوتراپی از زمان درخواست توسط پزشک معالج می‌بایستی بیش از یکماه نباشد.
- ۳- مهلت ارائه خدمات فیزیوتراپی از تاریخ شروع اولین جلسه، برای هر دوره فیزیوتراپی حداکثر سه ماه می‌باشد.
- ۴- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد برای جلسات تمام شده می‌بایست اسناد خود را تا تاریخ ۱۵ ماه بعد تحویل دهند، در غیراینصورت سازمان‌های بیمه‌گر تعهدی در قبال دیرکرد پرداخت نخواهند داشت. تبصره: ملاک زمان ارسال اسناد توسط مؤسسه براساس زیرساخت‌های اجرایی به صورت جلسه به جلسه یا آخرین جلسه مراجعه بیمه شده برای دریافت خدمات می‌باشد.
- ۵- مؤسسات فیزیوتراپی طرف قرارداد حداکثر تا ۱۵ روز بعد از دریافت برگ صورت حساب، می‌توانند به نتیجه رسیدگی کتباً اعتراض نمایند.
- ۶- اسناد ارسالی فیزیوتراپی‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و سایر مراکز درمانی (اعم از بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های خصوصی، دولتی، خیریه و غیره) تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

<p>دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>					امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی
امضا					
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (به)
امضا					

**دستور العمل پکسان رسیدگی به اسناد فیزیوتراپی بیمه پایه**

۷- مراکز فیزیوتراپی ملزم هستند همزمان با ارسال اسناد کاغذی فرم‌های گزارش ارزیابی و برنامه ریزی را مطابق استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان اسناد مثبت به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال نمایند.

۸- عدم ارسال نسخه بیش از سه ماه متوالی در صورت عدم اعلام قبلی به منزله انصراف مؤسسه از ادامه همکاری می‌باشد و باعث تعلیق قرارداد خواهد شد.

۹- در صورت دریافت گزارش از اداره نظارت و قرارداد مبنی بر عدم حضور مسئول فنی مؤسسه، اسناد مربوط به تاریخ عدم حضور مسئول فنی مشمول تعدیل سهم سازمان واقع خواهد شد.

۱۰- در صورت تغییر مسئول فنی و یا جانشین موقت مسئول فنی (بیش از ۳ روز)، مؤسسه مربوطه باید موضوع را کتباً به اداره نظارت و ارزشیابی اداره کل استان اعلام نماید و در کمتر از مدت یادشده موضوع به نحو مقتضی به سازمان‌های بیمه‌گر اعلام گردد.

۱۱- مبنای تعداد جلسات دستور پزشک معالج می‌باشد. برای نسخ تجویز شده توسط پزشکان عمومی و پزشکان متخصص غیر مرتبط، ۱۰ جلسه فیزیوتراپی و برای یک ناحیه. برای پزشکان متخصص مرتبط حداکثر ۱۵ جلسه و دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت است.







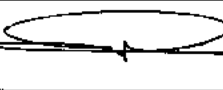



تبصره ۱: برای پزشکان متخصص در صورتی که بیمار مبتلا به یکی از بیماری‌های ام اس، میاستنی گراو، دوشن، گیلن باره و فلج مغزی باشد، حداکثر ۱۵ جلسه و حداکثر ۴ ناحیه قابل محاسبه و پرداخت است.  
تبصره ۲: در صورت عدم درج تعداد جلسات توسط پزشک معالج تنها یک جلسه فیزیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۲- ذکر تشخیص اولیه در کلیه نسخ فیزیوتراپی اجباری است.

۱۳- فیزیوتراپی در منزل در تعهد نمی‌باشد.

<p>دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

- ۱۴- فیزیوتراپی به منظور زیبایی در تعهد نمی باشد.
- ۱۵- حداکثر تعداد جلسات قابل پرداخت در روز یکبار می باشد.
- ۱۶- سقف تعداد جلسات فیزیوتراپی در سال تعداد ۹۰ جلسه برای هر ناحیه می باشد و در خصوص موارد خاص با تایید سازمان مربوطه سقف مربوطه قابل افزایش خواهد بود.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته آماده انجام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتوپزشکی بیمه پایه

دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

۱۴۰۲

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

۱- خدمات پرتو پزشکی: منظور خدماتی هستند که در آنها از انرژی پرتوی جهت تشخیص و یا درمان بیماری‌ها استفاده می‌گردد و با توجه به سرفصل‌های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران شامل خدمات رادیوگرافی، سنجش تراکم استخوان، آنژیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی، خدمات تشخیصی چشم، خدمات IORT و سایر خدمات تشخیصی و درمانی پرتو پزشکی می‌باشد.

۲- موسسات پرتو پزشکی: به محلی اطلاق می‌شود که برای انجام خدمات پرتو پزشکی به طور مستقل ایجاد گردد و چنانچه در یکی از مراکز درمانی و بهداشتی مستقر گردد، بخش پرتو پزشکی نامیده می‌شود.

۳- ۱- مستحقان درمان: حق دریافت خدمت به بیمه شده که دارای بیمه معتبر بدون همپوشانی از یکی از سازمان‌های بیمه‌گر است و با توجه به ماهیت خدمت درخواست شده، براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ضوابط بیمه‌ای شرایط دریافت خدمت را دارد.

تبصره ۱: خدمات به نوزادان: ارائه خدمات به نوزادان تا ۲۸ روز بسته به نوع خدمت (گروه مرد یا زن) می‌تواند با دفترچه و یا کد ملی پدر یا مادر (رفع محدودیت جنسیت برای برخی خدمات) قابل محاسبه و پرداخت گردد.

تبصره ۲: در خصوص بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح با توجه به امکان صدور دفترچه از هفته ۳۸ بارداری ارائه خدمات بیمه‌ای به نوزادان با دفترچه نوزادی امکان پذیر می‌باشد و لزومی به ارائه خدمات بیمه‌ای با دفترچه پدر یا مادر نمی‌باشد.

<p><b>دکتر بهرام عین‌اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

۱- کلیه دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها و بخشنامه‌های مرتبط با امور پرتو پزشکی که از سوی مراجع ذی صلاح به مؤسسات ابلاغ گردیده لازم الاجرا می باشد.

تبصره: ضروری است، سازمان بیمه پس از عقد قرارداد با مؤسسه پرتو پزشکی، «ضوابط لازم الاجرا توسط مؤسسات پرتو پزشکی طرف قرارداد» را به همراه یک نسخه از قرارداد همکاری در اختیار مؤسسه قرار دهد.

۲- بیمار در هنگام پذیرش نسخه و ارائه خدمت پرتو پزشکی، باید دارای استحقاق درمان باشد.


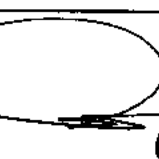
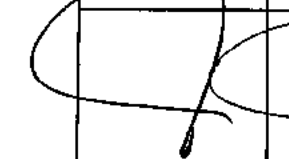
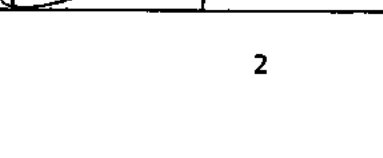
۳- مراکز ارائه دهنده ملزم به ارائه صورتحساب (کاغذی یا الکترونیکی) به بیمار شامل: کد خدمت، شرح خدمت، قیمت کل، سهم سازمان بیمه گر و سهم بیمار می باشند.

۴- نسخ پرتو پزشکی خدمات تخصصی شامل CT scan, MRI, سی تی آنژیو، آنژیوگرافی و PET CT از زمان تجویز تا ۶ ماه بعد، (به دلیل حجم بالای مراجعه کنندگان جهت دریافت نوبت بالای یکماه) قابل پذیرش توسط مؤسسه/بخش می باشد.

تبصره ۱: برای سایر خدمات از زمان تجویز تا ۲ ماه بعد قابل پذیرش توسط مؤسسه/بخش می باشد.

تبصره ۲: اگر در مراجعه اولیه بیمار برای پیگیری‌های بعدی درمان (نسخ آینده) نیاز به ارائه خدمات پاراکلینیک باشد، بر اساس تجویز پزشک معالج نسخ تجویز شده تا شش ماه از زمان تجویز دارای اعتبار می باشد.

۵- نسخ مربوط به قبل از تاریخ عقد قرارداد، زمان تعلیق، از سایر سازمان‌ها، مؤسسات دیگر، ماه‌های گذشته (به استثنای موارد مشمول بند ۴) و آینده، عدم استحقاق درمان در زمان ارائه خدمت جزء تعدیلات محسوب خواهد شد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان نظام پزشکی
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						





**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

۱۰- نسخ سونوگرافی (و به طور کلی خدمات پرتوپزشکی) تجویز شده به وسیله کارشناسان مامایی مطابق با دستورالعمل خرید راهبردی خدمات مامایی قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

۱۱- در مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه صرفاً نسخ کاغذی در صورت درخواست خدمات پرتوپزشکی توسط انترن با مهر به همراه مهر مرکز بیمار ستانی- دانشگاهی به عنوان نسخ پزشکان عمومی و فقط در همان مرکز در پرونده بستری قابل پذیرش و پرداخت می‌باشد.

۱۲- نسخ تجویز شده توسط رزیدنت‌ها در مراکز آموزشی درمانی با مهر اکادمی مراکز آموزشی درمانی برای رزیدنت‌های سال اول و دوم معادل پزشکان عمومی و برای رزیدنت‌های سال سوم و چهارم معادل پزشکان متخصص لحاظ می‌گردد.

توجه: نسخ تجویز شده توسط رزیدنت‌ها در خارج از مراکز آموزشی، توسط سازمان بیمه‌گر پایه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

۱۳- در صورت ایجاد زیرساخت‌های الکترونیک، ثبت " کدینگ تشخیص یا شکایت اصلی بیمار" در نسخ خدمات پرتوپزشکی توسط پزشک معالج الزامی می‌باشد.

۱۴- خدمات آنژیوگرافی، سونوگرافی داپلر رنگی، سی تی اسکن، MRI، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و خدمات مداخله‌ای تشخیصی و درمانی (اینترنشنال)، سنجش تراکم استخوان در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت خواهد بود.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برق و نیروی آب	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

تبصره ۱: در موارد اورژانس به جز سطح ۵ تریاژ در قالب پرونده بستری موقت، سی تی اسکن بدون ماده حاجب در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی با مهرکد اورژانس بیمارستان در نسخ کاغذی الکترونیکی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.

تبصره ۲: اسکن تیروئید و جذب ید تیروئید در صورت تجویز توسط پزشکان عمومی قابل پذیرش و پرداخت می باشد.  
۱۵- نسخ خدمات پرتو پزشکی که جنبه غربالگری (Screening) داشته باشد قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد (به استثنای موارد ابلاغی) در صورت پذیرش اینگونه نسخ و احراز موضوع، نسخ مذکور مشمول تعدیلات خواهد شد.

تبصره: 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 بیمار نیستند. برای مثال آزمون های پاراکلینیک قبل از ازدواج، قبل از استخدام، قبل از حج و معافیت از دوران سربازی جزء آزمون های غربالگری محسوب می شوند.

۱۶- مسئول فنی و پرسنل صاحب صلاحیت موسسه موظفند طبق نسخه و براساس دستور پزشک معالج، خدمات پرتو پزشکی را برای بیماران انجام دهند. مسئول فنی و پرسنل موسسه حق دخل و تصرف در نسخه و یا دستور پزشک معالج را ندارند.

تبصره ۱: مواردی همچون عدم ارتباط خدمات پرتو پزشکی 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 و در صورت نیاز به اصلاح نسخه به پزشک معالج ارجاع شود. بدیهی است در غیر اینصورت خدمت تجویز شده قابلیت انجام نداشته و در صورت انجام مشمول تعدیلات خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت نیاز به بیهوشی در انجام خدمات پرتو پزشکی نظیر سی تی اسکن یا MRI، رادیولوژیست به عنوان تجویز کننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام دهنده (بالتکمیل برگه القاء بیهوشی و ممهور به مهر وی) می باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	نجیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						





**دستور العمل بکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه بایه**

وزیران در همان سال و همچنین بهای خدمات پرتو پزشکی خارج از تعهد سازمان به عهده بیمار یا بیمه تکمیلی است.

تبصره: خدمات پرتو پزشکی خارج از تعهد سازمان بیمه گر شامل؛ خدمات جدید فاقد تعرفه و خدمات ستاره دار در گتاپ ارزش نسبی، خدمات درخواستی مغایر با ضوابط ابلاغی (نظیر درخواست MRI توسط پزشک عمومی)، خدماتی که به منظور Check up یا غربالگری (Screening) انجام می شود.

۲۵- خدمات ارائه شده باید با امکانات موجود در مؤسسه مطابقت داشته باشد. در غیر اینصورت توسط سازمان های بیمه گر قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد

۲۶- اخذ تاییدیه برای انجام خدماتی که مطابق ضوابط بیمه ای نیازمند تایید سازمان های بیمه گر می باشد، الزامی است.

تبصره: هر گونه تغییرات در ضوابط سازمان های بیمه گر باید از یک ماه قبل به مراکز ارائه خدمت اطلاع رسانی شود (به استثنای مصوبات سالیانه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی).

۲۷- کلیه مراکز پاراکلینیک ملزم به پذیرش نسخ تجویز شده مطابق ضوابط و استانداردهای ابلاغی می باشند. مراکز ملزم به پذیرش نسخ از سایر مراکز بوده و نباید بیماران را جهت انجام خدمات پاراکلینیک ملزم به تجویز توسط همان مرکز نمایند.

**ضوابط رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی**

ضوابط رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی شامل دو بخش عمومی و اختصاصی به شرح ذیل می باشد:

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان درمانی نیروهای مسلح	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	نجیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

**الف) ضوابط عمومی رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی**

- ۱- در صورت عدم استحقاق درمان در زمان تجویز و زمان دریافت خدمت، تاریخ گذشته (نسخ مربوط به ماههای گذشته به جز موارد مندرج در ضوابط لازم الاجرا)، تاریخ آینده (نسخ مربوط به روزها و ماههای بعدی)، فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش در صورتیکه نسخه توسط پزشک معالج و یا ادارات کل/مدیریت درمان استان تایید نشده باشد. مشمول تعدیلات می گردد
- تبصره ۱: نسخ فاقد تاریخ، تاریخ مخدوش یا تاریخ گذشته که امکان دسترسی به پزشک معالج نباشد نیاز به تایید ادارات کل/مدیریت درمان استان دارد.
- تبصره ۲: کلیه مندرجات متن نسخه باید بدون خدشه و با یک دست خط باشد.
- ۲- وجود امضاء و مهر نظام پزشکی پزشک تجویز کننده خدمت پرتو پزشکی برای نسخ کاغذی و تایید مکانیزه (امضای الکترونیک پس از ابلاغ سازمان نظام پزشکی) برای نسخ الکترونیکی الزامی است.
- ۳- نسخ ارسالی که به صورت کاغذی می باشند، بایستی دارای مهر یا پرینت مشخصات مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد و در خصوص اسناد الکترونیکی مطابق با ضوابط تبادل الکترونیک اسناد اقدام خواهد شد.
- تبصره ۱: در مواردی که نسخ ارسالی کاغذی مؤسسه فاقد مهر مؤسسه و مهر و امضاء مسئول فنی باشد اعمال تعدیلات یا ارجاع آن به مؤسسه انجام خواهد شد.
- تبصره ۲: در مواردی که نام بیمارستان یا مرکز در مهر بخش یا مسئول فنی درج گردیده باشد، نیازی به مهر مرکز درمانی نمی باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان بیمه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

- ۴- نسخ متفرقه (نظیر نسخ مخصوص پزشک، مخصوص بیمار، سایر سازمانها و همچنین مؤسسات دیگر)، کپی نسخ و نسخ کاربن گذاری شده قابل پرداخت نمی باشد.
- ۵- در صورتیکه نسخ مربوط (ممهور به مهر) به دیگر مؤسسات پرتو پزشکی باشد علاوه بر غیرقابل پرداخت بودن نسخ، موضوع در صورت تکرار از طریق اداره نظارت و ارزشیابی قابل پیگیری می باشد. (در صورت درج دستی عنوان دیگر مؤسسات پرتو پزشکی در نسخ، پذیرش و پرداخت بلا مانع می باشد).
- ۶- نسخ مربوط به روزهایی که طبق گزارش اداره نظارت، موسسه پرتو پزشکی فاقد مسئول/جانشین فنی بوده است مشمول تعدیلات می گردد.
- ۷- اعمال تعدیلات در موارد اضافه قیمت، به نسبت سهم سازمان از اضافه دریافتی کسر خواهد شد.
- تبصره: در مواردی که بنا به تشخیص کارشناس رسیدگی کننده و تایید مسئول مربوطه در سازمان های بیمه گر وقوع تخلف احتمال داده شود، موارد جهت بررسی و اعلام نظر به اداره نظارت ارسال گردد.
- ۸- به سازمان وکالت داده می شود چنانچه به دلیل اشتباه در محاسبه، مبالغ بیشتر از صورتحساب واقعی به حساب موسسه منظور گردد، ضمن اعلام کتبی به موسسه رأساً نسبت به برداشت مبلغ مورد نظر از محل مطالبات موسسه اقدام نماید. بدیهی است چنانچه به دلیل اشتباه موسسه درخواست مبالغ کمتر از صورتحساب واقعی مطالبه شود، مبلغ مورد نظر پس از اصلاح در خواست توسط موسسه، از سوی سازمان پرداخت می شود.
- ۹- نسخ کاغذی پس از بررسی باید به وسیله پانچ و یا خودکار باطل گردند.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان بیمه های بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

۱۰- انجام خدمات پرتو پزشکی که نیازمند تزریق ماده حاجب باشد، صرفاً در حضور مسئول فنی یا متخصص رادیولوژی مرکز و یا در شرایط اورژانس تحت نظر سایر پزشکان معالج قابل انجام خواهد بود، در غیر این صورت نسخ مربوطه قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

### ب) ضوابط اختصاصی رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی:

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

۲- تعرفه رادیوگرافی بایت وینگ ( $B.W$ ) معادل پری اپیکال ( $P.A$ ) می‌باشد.  $PA$  حین درمان ریشه مورد محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

۳- کد ملی ۷۰۰۰۶۵ با عنوان "رادیوگرافی دندان هر فیلم، پری اپیکال" در هر نسخ حداکثر ۶ بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و در صورت نیاز بیمار به بیش از ۶ پری اپیکال، به صورت جداگانه قابل محاسبه نبوده و صرفاً کد ۱۰ فیلم (کد ملی ۷۰۰۰۷۰) قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

۴- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی پری اپیکال دندان محاسبه می‌گردد:

### الف: دندان‌های قدامی:

امضا	دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان بیمه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



### دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

876	678	54	45

۵- در موارد ذیل فقط یک کلیشه رادیوگرافی بایت وینگ دندان محاسبه می گردد:

876	678	54	45
876	678	54	45

۶- تعرفه رادیوگرافی KUB معادل رادیوگرافی ساده شکم خوابیده کد ۷۰۰۲۴۵ قابل محاسبه می باشد.

۷- با توجه به اینکه قبل از انجام آزمون های رادیوگرافی با استفاده از ماده حاجب (خوراکی یا تزریقی) معمولاً یک کلیشه ساده مقدماتی از عضو یا منطقه مورد نظر تهیه می گردد، هزینه این کلیشه ساده در تعرفه آزمون رادیوگرافی با ماده حاجب لحاظ شده است، لذا در صورت درخواست 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)

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

<b>دکتر بهرام عین اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

۹- تعرفه‌های رادیوگرافی اعلام شده در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در موارد آنالوگ و دیجیتال (CR و DR و DDR) یکسان می‌باشد.

۱۰- در خدمات تصویربرداری با تزریق (با کنتراست)، هزینه ماده کنتراست و هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی نظیر رابط انژکتور و آنژیوکت جداگانه یکبار به ازای هر بیمار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. همچنین سرنگ انژکتور به ازای هر ۵ بیمار یکبار (معادل ۲۰٪ قیمت برای هر بیمار) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۱- براساس شرح کد ۷۰۰۶۶۶ هزینه کلیشه در خدمات تصویربرداری در تعرفه خدمت لحاظ شده و به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. لازم به ذکر است این کد صرفاً به درخواست بیمار و برای بار دوم قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱۲- انجام انواع خدمات اینترونشن رادیولوژی علاوه بر رادیولوژیست توسط فوق تخصص و فلوشیپ مرتبط در مراکز بیمارستانی و مراکز جراحی محدود قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۳- پرداخت تعرفه‌های خدمات آنژیوگرافی به صورت دیجیتال (DSA) فقط در صورت قابلیت سیستم به انجام آنژیوگرافی افتراقی دیجیتال و یا دارا بودن دیتکتورهای مخصوص جهت ثبت تصاویر امکان پذیر می‌باشد. بدیهی است که در صورت انجام خدمت بر روی دستگاه آنالوگ و تبدیل تصاویر حاصله به تصاویر دیجیتال با استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری تعرفه دیجیتال قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

۱۴- برای محاسبه و پرداخت همزمان خدمات آنژیوگرافی عروق محیطی (غیر از عروق کرونر) براساس کد تعدیلی ۵۱ اقدام خواهد شد.

<p><b>دکتر بهرام عین‌اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرنو پزشکی بیمه پایه**

- ۳- در صورت درخواست سونوگرافی NT و یا NB کد ۷۰۱۷۳۰ به همراه سونوگرافی تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی کد ۷۰۱۷۲۵ در سه ماه اول بارداری کد ۷۰۱۷۳۱ (که شامل مجموع شرح دو کد می باشد) و بعد از سه ماه اول فقط کد ۷۰۱۷۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشند.
- ۴- کد ۷۰۱۷۳۱ سونوگرافی NT از آنجائیکه زمان مناسب برای انجام سونوگرافی NT بین هفته ۱۱ تا ۱۳ بعلاوه ۶ روز می باشد، در صورت انجام سونوگرافی مذکور خارج از این بازه زمانی، هزینه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد. همچنین هزینه سونوگرافی NT و یا NB خواهد بود.
- ۵- سونوگرافی NT به همراه NB فقط کد ۷۰۱۷۳۰ (سونوگرافی NT و یا NB) و در هر دوره بارداری صرفاً یکبار قابل محاسبه و پرداخت است.
- تبصره: در صورت درخواست سونوگرافی NT، NB همزمان با سونوگرافی حاملگی صرفاً سونوگرافی NT، NB قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۶- در صورت درخواست سونوگرافی چندقلویی، برای قل اول کد ۷۰۱۷۱۵ (سونوگرافی حاملگی) و برای هر یک از قل های بعدی کد ۷۰۱۷۳۵ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبصره: در خصوص کدهای ۷۰۱۷۲۰، ۷۰۱۷۲۵، ۷۰۱۷۳۰، ۷۰۱۷۳۱ و ۷۰۱۷۳۶ در موارد چند قلویی به ازای هر قل یک بار کدهای مربوطه قابل محاسبه و گزارش می باشد.
- ۷- در صورت درخواست سونوگرافی حاملگی (کد ۷۰۱۷۱۵) به همراه سونوگرافی بیوفیزیکال پروفایل (کد ۷۰۱۷۲۰) هر دو قابل محاسبه و اخذ می باشد.
- ۸- خدمت «سونوگرافی سه بعدی جنین» فاقد تعرفه مصوب بوده و در شمول تعهدات سازمان نمی باشد.

<p><b>دکتر بهرام عین اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، سرمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

۱۳- خدمت سونوگرافی پرتابل در بخش های بستری مطابق کد مربوطه در شمول تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد.  
 ۱۴- اندازه گیری طول سرویکس جزئی از خدمت سونوگرافی حاملگی بوده و کد جداگانه ای قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۵- در صورتی که صرفاً انجام اندازه گیری طول سرویکس درخواست شود، کد ۷۰۱۶۵۵ قابل محاسبه و گزارش می باشد.  
 ۱۶- انجام خدمات سونوگرافی بارداری مطابق استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط فلوشیپ های پریناتولوژی تحت پوشش سازمان های بیمه گر می باشد.

۱۷- سونوگرافی Fast فقط در قالب تشکیل پرونده اورژانس برای بیماران ترومایی جهت بررسی مایع آزاد داخل شکمی و پارگی ارگان هایی همانند کبد و طحال، صرفاً در صورتی که در ۶ ساعت اول بستری شدن بیمار در بیمارستان و توسط متخصصین طب اورژانس و رادیولوژیست انجام شود، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.  
 تبصره: این سونوگرافی به هیچ عنوان در قالب نسخ سرپایی، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

**نظرات مدیریت اسناد مربوط به سونوگرافی در این گزارش**

- ۱- 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- مهمترین اندیکا سیون های انجام TCD و TCCS شامل Stroke، TIA، مواردی از سرگیجه (برای رد ضایعات عروقی Vertebro-Basilar) و تشخیص افتراقی سرگیجه های ناشی از epilepsy، TIA است.
- ۳- درج تشخیص اولیه یا شکایت اصلی بیمار در نسخه و همچنین الصاق تصویر گزارش انجام TCD به نسخ ارسالی الزامیست.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

۴- تعرفه TCD (Transcranial Doppler sonography) شامل بررسی کلیه عروق داخلی جمجمه‌ای و عروق ناحیه گردن (کاروتید و ورتبرال دو طرفه) می‌باشد. لازم به ذکر است که عروق مورد بررسی در داپلرترانس کرانیال (TCD) شامل موارد زیر می‌باشد:

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

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

پ) شریان افتالمیک دو طرفه.

ت) شریان مغزی قدامی سگمان Precommonal دو طرفه.

ث) شریان مغزی قدامی سگمان Postcommonal دو طرفه.

ج) محل دوشاخه شدن شریان مغزی میانی دو طرفه.

چ) تنه شریانی مغزی میانی سگمان M1 و M2 دو طرفه

ح) شریان رابط قدامی.

خ) شریان رابط خلفی دو طرفه.

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

ذ) شریان قاعده ای مغز.

ر) شریان ورتبرال در سگمان V4 و V3.

۵- با توجه به اینکه در انجام این خدمت بررسی همزمان عروق اینتراکرانیال و اکستراکرانیال الزامیست، وجود تجهیزات با قابلیت انجام سونوگرافی در هر دو ناحیه الزامی می باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

- ۶- سونوگرافی داپلر عروق گردن (کد ۷۰۱۷۴۰) و داپلر ترانس کرانیال (TCD) (کد ۷۰۱۸۶۵) به صورت همزمان، قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۷- 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 پارانشیم و هسته های مغزی به اضافه خدمت T.C.D) مطابق تعرفه مربوطه (کد ملی ۷۰۱۸۷۰) با الصاق گزارش قابل پرداخت می باشد.
- ۸- برای خدمت TCCD همان سونوگرافی TCCS قابل پرداخت می باشد.
- ۹- در صورت تجویز سونوگرافی داپلر ترانس کرانیال (TCD) به همراه TCCS فقط تعرفه سونوگرافی TCCS قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- ۱- 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: در موارد اورژانس و تروما، درخواست سی تی اسکن یک عضو بدون تزریق توسط پزشک عمومی با مهر/ کد اورژانس بیمارستان قابل پذیرش و پرداخت می باشد.
- ۲- انجام خدمات سی تی آنژیوگرافی ها، سی تی اسکن فک پایین یا بالا برای ایمپلنت دندان، سری کامل TMJ، سی تی آندوسکوپی مجازی، سه بعدی (3D)، باز سازی متال آرتیفکت و باز سازی هر ناحیه و برر سی پرفیوژن بافتی با گاز گزنون منحصرأ با دستگاه های مولتی اسلایس (MSCT) حداقل ۱۴ اسلایس و بالاتر قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، کمران و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

- تیسره: انجام سی تی آنژیوگرافی عروق کرونر صرفاً با دستگاههای ۶۴ اسلایس و بالاتر امکانپذیر می باشد.
- ۳- HRCT در صورت تجویز توسط متخصص داخلی، طب اورژانس، عفونی، اطفال و فوق تخصص جراحی توراکس و ریه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- تبره: سی تی اسکن ریه همراه با HRCT در صورت تجویز توسط پزشکان متخصص صاحب صلاحیت مطابق استاندارد به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۴- 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 (۷۰۲۲۷۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ۵- در سی تی اسکن بیماران ترومایی درخواست کلیشه Bone window در تعرفه خدمت لحاظ شده است و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
- ۶- در صورت درخواست هر تعداد مهره از هر یک از نواحی، صرفاً کد ناحیه مربوطه قابل گزارش می باشد.
- ۷- در صورت انجام خدمت سی تی اسکن و محاسبه آنته ورشن هیپ با زانو صرفاً کد ۷۰۳۰۲۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد و کد دیگر همزمان با آن قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
- ۸- برای انجام سی تی اسکن تری فازیک (بدون تزریق، با تزریق دینامیک و تاخیری) کد ملی ۷۰۳۰۳۵ (پروتکل بررسی همانژیوم کبدی) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

**بازرسی اسناد رسیدگی به اسناد MRI**

۱- خدمات MRI صرفاً در صورت تجویز توسط متخصصین مرتبط با خدمت، قابل محاسبه و پرداخت است.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

- ۲- کلیه درخواست‌های MRI بیش از یک ناحیه (با ردیف تعرفه ای) نیاز به تایید سازمان‌های بیمه‌گر دارد. (به جز در موارد اورژانس با ذکر شرح بیماری در برگه درخواست توسط پزشک متخصص مربوطه).
- ۳- در مورد درخواست MRI مغز و اوربیت - MRI مغز و گوش - MRI مغز و هیپوفیز - MRI مچ و کف پا یا دست، در صورتی که بصورت جداگانه درخواست شده باشد با توجه به پروتکل‌های متفاوت مشروط به انجام جداگانه و ارائه گزارش مجزا به صورت دو ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره: در مواردی که MRI با یک پروتکل و در یک مرحله انجام و گزارش شود، صرفاً تعرفه یک ناحیه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۴- در موارد درخواست MRI برای بخش مشترک نواحی ستون فقرات (سرویکو توراسیک، توراکو لومبار و یا لومبو ساکرال) منحصراً یک کد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره: در صورت انجام MRI دو ناحیه مختلف ستون فقرات به صورت مجزا کدهای مربوطه به صورت همزمان قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۵- در صورت درخواست MR ماموگرافی یک یا دو طرفه با تزریق کد ۷۰۴۲۷۰ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۶- جهت MRI جنین، کد MRI لگن تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۷- جهت انجام MR آنتروگرافی، کد MRI لگن همزمان با MR شکم (با و بدون تزریق) (کدهای ۷۰۴۱۶۵ و ۷۰۴۱۹۰) تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- ۸- جهت انجام خدمت MRI مولتی پارامتریک پروستات و لگن، کد ۷۰۴۲۷۰ تا زمان تعیین تعرفه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

۱- 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:

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

ب) تجویز، طراحی و انجام درمان با مواد رادیواکتیو (به استثناء استفاده از منابع تشعشع بسته)

تیمبره: 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.

۲- آزمایشات IN VITRO یا آزمایش تشخیص پزشکی با مواد رادیواکتیوکه عمدتاً شامل سنجش هورمون ها، داروها، تومورمارکرها و آزمایشات دیگری است که به روش رادیوایمونومتریک اسی (IRMA) و 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.

۳- در کدهای ۷۰۴۹۶۵، ۷۰۴۶۰۵، ۷۰۴۷۲۵، ۷۰۴۷۳۰، ۷۰۴۹۳۵، ۷۰۴۹۴۵، ۷۰۴۹۵۰، ۷۰۴۸۲۰ و ۷۰۴۸۲۵ که صرفاً به روش planar انجام می شوند، روش SPECT قابل محاسبه و گزارش نیست.

۴- برای اسکن قلب و مغز با هر نوع رادیودارو صرفاً به روش SPECT انجام می شود، لذا در صورت عدم درج در نسخه کد ۷۰۵۰۸۰ قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در خصوص سایر اسکن ها جهت پرداخت کد SPECT درخواست پزشک الزامی می باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



## دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه

ب) مدیریت درمان رادیو تراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه. (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 ۷۰۵۲۹۵) قابل تعهد و پرداخت می باشد.

تبصره: لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند و درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود، ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود.

ج) جهت پرداخت کدهای مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع (کد ۷۰۵۲۹۰) و در حین درمان (۷۰۵۲۹۵) به ازای هر ۵ جلسه رادیوتراپی، 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- سیمولاتور با گرافی ساده برای دوره کامل رادیوتراپی با ارزش نسبی ۵ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۰۰ یا ۷۰۵۳۳۵) تعرفه مربوط به رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه می باشد (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 یا ۷۰۵۳۴۰)

تبصره ۱: برای پرداخت هزینه انجام خدمت سیمولاتور مطابق کد تعدیلی ۸۷ نیاز به ارائه گزارش خدمات تصویر برداری نمی باشد.

تبصره ۲: در صورتی که بیمار نشان دار شده باشد، چنانچه تجویز کننده خدمات تصویربرداری جهت سیمولیشن متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) باشد، کد تعدیلی ۸۷ همراه با خدمت تصویربرداری قابل پرداخت بوده و فزاند شیز بیمار مطابق با دستورالعمل بیماران خاص و صعب العلاج خواهد بود.

تبصره ۳: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار سیمولاتور قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیتة امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

- 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.
- تبصره ۱: 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.
- تبصره ۲: جهت طراحی مجدد درمان برای رادیوتراپی پیچیده برای بیماران که بیش از دو فاز درمانی دارند، برای اندام‌های دارای اندیکا سیون طراحی مجدد بر اساس فهرست اعلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کد ملی ۷۰۵۳۵۲ صرفاً یک بار قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
- 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 (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۸۰).
- تبصره: در یک جلسه رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی Conformal (یا غیر Conformal قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد).
- 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 پرتوهای 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 هر فاز درمان رادیوتراپی.
- تبصره: در هر فاز درمانی فقط یک محاسبه 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 اعلامی معاونت درمان)

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

- 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) تبصره ۱: در هر دوره کامل رادیوتراپی فقط یک نوع و یکبار طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- تبصره ۲: در صورت استفاده صرف از شیلدهای پیش ساخته تعرفه طراحی و ساخت شیلد قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.
- ۸- کانتورینگ 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.
- ۹- کانتورینگ ارگان در معرض خطر با ارزش نسبی ۹ (مطابق کد ملی ۷۰۵۳۹۰) برای دوره کامل رادیوتراپی. برای هر دوره رادیوتراپی به ازای هر ارگان (تعداد ارگان براساس جدول اعلامی معاونت درمان) فقط یک بار قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.
- ۱۰- 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.
- ۱۱- درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شستاب دهنده خطی (مربوط به دستگاهی که پورتال فیلم و مولتی لیف نداشته نباشند) به ازای تعداد فیلمهای درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی شامل:

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						



**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

تبصره ۳: هزینه فیلدهای درمانی قابل محاسبه برای هر بیمار عبارتست از مجموع تعرفه فیلدهای درمانی ساده و پیچیده در هر نوع دستگاه (A,B,C) ضربدر تعداد فیلدهای درمانی مورد استفاده برای بیمار می باشد.

تبصره ۴: در صورت تجهیز و راه اندازی دستگاه شتاب دهنده خطی به همراه مولتی لیف و پرتال فیلم، هر کدام ۱۰٪ و مجموعاً ۲۰٪ (معادل کد تعدیلی ۸۸) به تعرفه درمان رادیوتراپی بیمار بر روی دستگاه شتاب دهنده خطی با در نظر گرفتن تعداد فیلدهای درمانی، اضافه گردد.

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

تبصره ۱: محاسبه تعداد فیلدهای درمانی در رادیوتراپی به عوامل مختلفی از جمله نحوه تقطیع دوز (Fraction)، دوز توتال، سطح شان، میزان شیلدینگ، استفاده از فیلترهای مختلف و غیره وابسته است. بدیهی است پزشکان معالج براساس تکنیک انتخابی، 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 پیوست اعلامی وزارت بهداشت بیشتر باشد.

تبصره ۲: 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، سر و گردن، واژن، سارکوم ها و غیره) که با علامت ستاره مشخص شده ممکن است به یک فاز درمانی بیشتر احتیاج داشته باشد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیتة امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

تبصره ۳: 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 رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) می باشد رسیدگی دقیق را اعمال نمایند.

۱۳- چنانچه برای انجام خدمات رادیوتراپی نیاز به بیهوشی باشد، در صورت درخواست متخصص رادیوانکولوژی به عنوان تجویزکننده و متخصص بیهوشی به عنوان انجام‌هنده با تکمیل برگه القا بیهوشی براساس کد (۷۰۴۳۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

**فصل پنجم - نحوه محاسبه و پرداخت در اسناد تراپی**

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

الف) 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 ۷۰۵۲۹۰) فقط یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ب) مدیریت درمان رادیوتراپی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه (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 ۷۰۵۲۹۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

<p><b>دکتر بهرام عین‌اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستورالعمل یگان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

- تبصره ۱: لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند، درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود.  
 ۱ تا ۴ جلسه باقی مانده در انتهای درمان به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود.  
 تبصره ۲: در صورتیکه درمان از جلسه دوم به بعد متوقف گردد ۳ کماکان قابل پرداخت است.  
 ۲- پرداخت کدهای مربوط به مدیریت درمان رادیوتراپی پیش از شروع درمان و حین درمان به ازای هر ۵ جلسه منوط به ثبت دقیق تاریخ و شرح معاینات در پرونده بیمار توسط پزشک متخصص رادیوانکولوژی (و تأیید ناظر بیمه در مراکز دولتی) آن مرکز ضروری می باشد.  
 ۳- هزینه سیمولاتور و قالب گیری (Mold و Casts) به ازای هر جلسه براکی تراپی براساس (کد ۷۰۵۳۶۰) جداگانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.  
 ۴- در جلسات براکی تراپی که در آن کارگذاری اپلیکاتور یا سوزن انجام شود، کد CT اسکن عضو مربوطه به همراه کد CT سیمپلاتور به تعداد جلسات براکی تراپی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.  
 ۵- در صورت قرار دادن اپلیکاتور یا سوزن در مراکز براکی تراپی توسط رادیوانکولوژیست هزینه خدمت در کدهای مربوطه لحاظ شده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد. اما در صورت ارجاع به سایر پزشکان جراح جهت قراردادن اپلیکاتور یا سوزن کد ۱۰۰۷۴۵ قابل محاسبه و اخذ می باشد.  
 ۶- در صورت انجام بیهوشی از هر نوع جهت قرار دادن اپلیکاتور یا سوزن مربوطه برای انجام براکی تراپی مشروط به تکمیل برگه القای بیهوشی توسط متخصص مربوطه در هر جلسه کد (۷۰۴۳۵۰) قابل محاسبه و پرداخت می باشد و در صورت انجام بیهوشی در محل اتاق عمل از کد تعدیلی ۳۱ (بیهوشی با ارزش پایه ۳) به همراه کد تعدیلی ۴۱ (ارزش زمانی بیهوشی) قابل محاسبه و پرداخت است.

<b>دکتر بهرام عین اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه

۷- در صورت نیاز بیمار به بستری و انجام بیهوشی جهت کارگذاری اپلیکاتور براساس اندیکاسیون های اعلامی به شرح جدول پیوست، پرونده بستری شامل اتاق عمل، بیهوشی و تخت روز و با سهم سازمان ۹۰ درصد تعرفه دولتی قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. درمورد بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی مشمول حذف فرانشیز می گردد.

کد خدمت	شرح خدمت	حداقل و حداکثر جلسات	لزوم انجام بیهوشی	لزوم بستری بیمار و روزهای بستری	توضیحات
۷۰۵۵۱۰	درمان براکی ترابی سیلندر تک کاناله واژینال و رکتال	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت نیاز برای بیمار رکتال میتوان از داروهای خواب آور (sedation) استفاده کرد.	خیر	انجام سیمولاتور برای هر جلسه طراحی درمان قویاً توصیه می شود.
۷۰۵۵۱۵	درمان براکی ترابی اووئید واژینال	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای هر جلسه طراحی درمان بیمار احتیاج به انجام سیمولاتور دو بعدی یا سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۲۰	درمان براکی ترابی تاندوم اووئید یا تاندوم سیلندر (داخل حفره ای) برای تومورهای ژئیکولوژی	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	بلی. بیهوشی عمومی، نخاعی و یا داروهای خواب آور	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا یک روز بعد	برای هر جلسه کاشت بیمار احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۲۵	درمان براکی ترابی اینترا لومینال (مری، نازوفارنکس، ریه)	حداقل : ۱ حداکثر : ۶	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای تمام جلسات نازوفارنکس یک جلسه سیمولاتور سه بعدی و برای مری در هر جلسه کاشت بیمار احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	سازمان تامین اجتماعی
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه

کد خدمت	شرح خدمت	حداقل و حداکثر جلسات	لزوم انجام بیهوشی	لزوم بستری بیمار و روزهای بستری	توضیحات
۷۰۵۵۳۰	درمان بیهوشی تراپی (داخل حفره ای) مجاری صفراوی	حداقل: ۱ حداکثر: ۵	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای مجاری صفراوی در هر جلسه کاشت بیمار احتیاج به سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۳۵	درمان بیهوشی تراپی (سطحی) پوستی	حداقل: ۵ حداکثر: ۱۵	خیر. در صورت عدم تحمل بیمار استفاده از داروهای خواب آور (sedation) توصیه می شود.	خیر	برای تمامی جلسات در مان فقط احتیاج به یک جلسه سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۴۰	درمان بیهوشی تراپی کاشت سوزن ارگانهای لگنی غیر از پروستات	حداقل: ۱ حداکثر: ۴	بلی. بیهوشی عمومی و نخاعی	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا یک روز بعد خروج کاتتر و سوزن ها از بدن	برای هر جلسه طراحی درمان بیمار احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۴۵	کاشت سوزن یا کاتترهای داخل نسجی در (پوست)، بافت نرم سر و گردن و اندامها و پستانها	حداقل: ۱ حداکثر: ۱۵	بلی. بیهوشی عمومی	در صورت بیهوشی جنرال از روز قبل و بر اساس توصیه پزشک تا پس از خارج کردن سوزن ها و کاتتر ها از بدن	برای تمامی جلسات در مان فقط احتیاج به یک جلسه سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۵۰	درمان بیهوشی تراپی کاشت سوزن یا کاتتر پروستات	حداقل: ۱ حداکثر: ۶	بلی. بیهوشی عمومی و نخاعی	در صورت بیهوشی جنرال و نخاعی از روز قبل تا یک روز بعد خروج کاتتر ها و سوزن ها از بدن	برای هر بار کاشت احتیاج به انجام سیمولاتور سه بعدی دارد.
۷۰۵۵۵۵	درمان بیهوشی تراپی کاشت سوزن یا کاتتر برای تومورهای مغزی	حداقل: ۱ حداکثر: ۶	بلی. بیهوشی عمومی	در صورت بیهوشی جنرال از روز قبل تا پس از خارج کردن کاتتر ها و سوزن ها از بدن	برای کل جلسات درمان فقط احتیاج به یک جلسه سیمولاتور سه بعدی دارد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)	نام دستگاه
						امضا
نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت	نام دستگاه
						امضا







**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

۳- مدیریت درمان رادیوتراپی هنگام درمان به ازای هر ۵ جلسه کد خدمت ۷۰۵۲۹۵، (شامل بررسی تصویربرداری ها و آزمایش ها، مرور پورتال فیلم، مرور دوزیمتری، انجام دور و پارامترهای درمانی و مرور تنظیمات با SET UP درمان)

تبصره: لزومی ندارد جلسات درمانی در روزهای پشت سر هم باشند و درمان های چند بار در روز را نیز شامل می شود، یک تا چهار جلسه باقی مانده در انتهای درمان نیز به عنوان یک مجموعه ۵ تایی در نظر گرفته می شود.

۴- **کد خدمت ۷۰۵۴۴۵:** سیمولاتور با سایر روش های تصویربرداری برای دوره کامل رادیوتراپی (سی تی اسکن، ام آر آی، س.م.گرافی و پت اسکن) (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)

۵- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۰:** استفاده از پورتال فیلم رادیولوژیک برای تایید (وریفیکاسیون) درمان به ازای هر مورد اجرا

۶- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۲:** هدایت سی تی اسکن یا Cone Beam CT برای تعبیه میدان های پروتو درمانی (براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اندیکاسیون های مصوبه هفتاد و نهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور، برای خدمت IMRT، تحت پوشش بیمه پایه قرار می گیرد.) (انجام همزمان این خدمت با کد ملی ۷۰۵۴۷۰ در یک روز قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد)

۷- **کد خدمت ۷۰۵۴۵۵:** کانتورینگ تومور برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)

۸- **کد خدمت ۷۰۵۴۶۵:** کانتورینگ ارگان در معرض خطر برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

۹- **کد خدمت ۷۰۵۴۵۰**: طراحی درمان برای یک ناحیه درمان با استفاده از یک فیلد پیچیده برای دوره کامل رادیوتراپی (صرفاً یک بار در هر دوره کامل)

۱۰- **کد خدمت ۷۰۵۴۶۰**: مدیریت و تجویز انجام درمان رادیوتراپی IMRT به ازای هر جلسه

۱۱- **کد خدمت ۷۰۵۴۷۵**: محاسبات IMRT، شامل هیستوگرام دوز حجم برای بافت هدف و تعیین تحمل نسبی ارگان‌های حیاتی

۱۲- **کد خدمت ۷۰۵۴۸۰**: درمان رادیوتراپی بیمار با روش IMRT، به ازای تعداد جلسات درمانی در یک دوره کامل رادیوتراپی

۱۳- کد تعدیلی ۸۸ با کدهای مذکور قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

۱۴- مراکز ارایه دهنده خدمت رادیوتراپی با تکنیک IMRT ملزم به تهیه سی تی سیمولاتور و یا سی تی اسکن اختصاصی با سایز گانتری ۷۰ سانتیمتر و یا بیشتر و در بهترین حالت ۸۰ تا ۸۵ سانتی‌متر می باشند. مراکز که در حال حاضر قادر به تهیه سی تی اسکن نیستند، تا اطلاع ثانوی، ملزم به عقد قرارداد با مرکز دارای سی تی اسکن مورد تایید سازمان انرژی اتمی می‌باشند. لازم بذکر است حداقل سایز گانتری سی تی اسکن بر اساس شرایط موجود کشور در نظر گرفته شده است و توصیه می شود مراکز جدید الاحداث که قصد تهیه انجام IMRT دارند، سی تی اسکن با سایز گانتری بالای ۸۰ سانتی متر تهیه نمایند.

۱۵- مراکز ارایه دهنده خدمت موظف به دریافت گواهینامه تاییدیه از سازمان انرژی اتمی مبنی بر صدور مجوز کار با اشعه می باشند.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پروتو پزشکی بیمه پایه**

۱۶- مراکز ارایه دهنده خدمت علاوه بر اخذ پروانه بهره برداری مرکز، موظف به دریافت تاییدیه برای ارایه خدمت IMRT از طرف معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

۱۷- تمامی اقدامات انجام شده در قبل، حین و بعد از انجام خدمت، می بایست منطبق بر موارد مطرح شده در شناسنامه و استاندارد خدمت مذکور باشد.

۱۸- درمان رادیوتراپی یکبار برای هر ناحیه درمان، برای بیمار تجویز می گردد و در صورت عود مجدد ضایعه، با بررسی ناحیه عود، تصمیم گیری برای ادامه درمان بیمار توسط متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) با بررسی طرح درمان قبلی و بررسی عوارض احتمالی انجام می گیرد.

۱۹- درمان رادیوتراپی عموماً پنج روز در هفته هر روز یکبار انجام می پذیرد. در برخی ضایعه ها که اندیکاسیون اثبات شده دارند، درمان دو جلسه در هر روز، در نوبت صبح و بعد از ظهر به فاصله زمانی حداقل ۶ ساعت انجام می گیرد. متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) در این مورد تصمیم نهایی را اتخاذ می نماید.

محل آناتومیک	کد ICD	حداکثر تعداد جلسات
تومورهای اولیه جمجمه	C 71	۳۳
نخاع	C 72	۳۳
هیپوفیز	C 75.1	۳۳
چشم و کره چشم	C 69	۳۳
مننژ	C 70	۳۳
گوش	C 30.1 C44.2	۳۳
توده های خوش خیم مغز، مننژ و اعصاب کranial	D32.0 - D 33.3	۳۳

دستگاه عصبی مرکزی

**دکتر بهرام عین اللهی**

وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور

امضا	نام دستگاه	نام	امضا	نام دستگاه	نام
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر بهرام عین اللهی
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت اقتصاد و دارایی		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکتر بهرام عین اللهی
	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی		سازمان تامین اجتماعی	سازمان تامین اجتماعی
	سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سازمان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



**دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

محل آناتومیک	کد ICD	حداکثر تعداد جلسات
رادیوتراپی مجدد	T66-XXA*	

۲۰- در مواردی که بیمار دارای مستندات و مدارک مثبت تشخیصی پاراکلینیکی (پاتولوژی یا تصویربرداری یا آزمایشگاه) که موید سرطان (طبق جدول ماده ۵ این دستورالعمل) می باشد، برای انجام خدمت IMRT نیاز به برگه ارجاع توسط سایر متخصصین بالینی ندارد.

۲۱- مستندات مثبت جهت پرداخت سازمان های بیمه گر شامل: تصویر کارت درمان مهمور به مهر پزشک درمانگر، Beam Summary، مستندات انجام پورتال فیلم و یا CBCT، منحنی DVH، مستندات پاراکلینیکی موید سرطان

۲۲- افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت، متخصص رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) می باشد.  
 ۲۳- افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه شامل متخصصین رادیوانکولوژی (رادیوتراپی) در مراکز مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت دارای مجوز انجام IMRT است. در صورت تصویب دوره آموزشی مورد تایید معاونت آموزشی وزارت بهداشت، داشتن گواهینامه دوره برای پزشکان ارائه دهنده الزامی است.  
 ۲۴- اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت (مطابق شناسنامه و استاندارد ابلاغی از معاونت درمان وزارت بهداشت) شامل موارد ذیل خواهد بود:

الف) سرطان پروستات : خطر عود پایین و متوسط (وقتی انتظار می رود بقای بیمار بیش از ۱۰ سال باشد). خطر عود بالا یا خیلی بالا ( بیماری لوکالیزه یا پیشرفته لوکال (با یا بدون براکی تراپی) پس از پروستاتکتومی

<p align="center"><b>دکتر بهرام عین اللهی</b> وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

**دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه**

ب) سرطان‌های سر و گردن: تمام تومورهای سر و گردن به استثنای سرطان لارنکس مرحله یک یا دو، یا جهت درمان فیلدی که قبلاً تحت رادیوتراپی قرار گرفته است.  
 ج) سرطان‌های سیستم عصبی مرکزی و سرطان‌های کانال آنال  
 د) رادیوتراپی مجدد

۲۵- انجام IMRT در بیمارانی که امکان فیکسیشن صحیح آنها وجود ندارد، در بیماران بیقرار و همچنین در مواردی که تجهیزات استاندارد جهت در نظر گرفتن حرکات اندام‌ها وجود ندارد و بیماران با شرایط اورژانس مانند فشار بر روی طناب نخاعی، سندرم ورید اجوف فوقانی یا انسداد مسیر هوایی کنتراست‌دیگاسیون درمان محسوب می‌شود.  
 ۲۶- فرانشیز بیماران در دریافت خدمات IMRT مانند سایر خدمات در بسته بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی رایگان محاسبه می‌گردد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
نام دستگاه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)
امضا						
نام دستگاه	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت
امضا						

دستور العمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

۱. برای خدمات رادیوتراپی در حین جراحی پستان با توجه به روش انجام رادیوتراپی (دوز کامل یا مکمل) و روش انجام رادیوتراپی با اشعه X یا الکترون، یکی از کدهای زیر قابل گزارش می باشد.

ارزش پایه پوششی	حرفه ای	جز حرفه ای	شرح خدمت	کد ملی
۰	۱۵۰	۸۰	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با اشعه ایکس به روش دوز کامل (Full dose) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	۷۰۵۶۱۰ * #
۰	۱۵۰	۳۴	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با اشعه ایکس به روش دوز مکمل (Boost) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	* # ۷۰۵۶۱۱
۰	۱۹۰	۹۰	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با الکترون به روش دوز کامل (Full dose) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	۷۰۵۶۱۵ * #
۰	۱۹۰	۴۴	انجام درمان رادیوتراپی حین جراحی (IORT) با الکترون به روش دوز مکمل (Boost) (برای محاسبه فیزیک پزشکی کد ۷۰۵۴۰۰ را گزارش نمایید) صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکا سیون های ابلاغی وزارت بهداشت تحت پوشش بیمه های پایه می باشد.	* # ۷۰۵۶۱۶

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان بونامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)	نام دستگاه
						امضا
نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت	نام دستگاه
						امضا



دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد پرتو پزشکی بیمه پایه

ارزش پایه بیهوشی	جزئی جزئی	جز حرفه‌ای	شرح خدمات	کد ملی
		۱۵	محاسبات پایه رادیوتراپی جهت درمان پیچیده رادیوتراپی شامل دوزیمتری و دوزیمتری اختصاصی، ارزیابی پارامترهای درمان، تضمین کیفیت انتقال دوز، دوز عمقی محور مرکزی، NSD، TDF، محاسبات OFF، Gap، Axis Factor، فاکتور غیر یکنواختی بافت، محاسبات دوز سطحی و عمقی پرتوهای غیر یونیزان (این کد به ازای هر دوره درمانی یک بار قابل گزارش است)	۷۰۵۴۰۰ #

۲. برای بیمارانی که درمان دوز کامل رادیوتراپی حین جراحی دریافت می کنند، برای همان اندام سایر خدمات رادیوتراپی قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.
۳. خدمات جراحی و بیهوشی براساس کدهای معمول جراحی پستان، کدهای شماره (۱۰۰۷۱۰ و ۱۰۰۷۱۵) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
۴. کدهای ملی رادیوتراپی حین جراحی (IORT)، صرفاً برای موارد سرطان پستان با رعایت اندیکاسیون‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با فرانشیز ۱۰ درصد، تحت پوشش بیمه‌های پایه می باشد.
۵. با بازنگری شناسنامه و استاندارد خدمت رادیوتراپی حین جراحی IORT ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، این دستورالعمل مبتنی بر استاندارد و اندیکاسیون جدید قابل بازنگری می باشد.

دکتر بهرام عین‌اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور						امضا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه	سازمان نظام پزشکی	کمیته امداد امام خمینی (ره)	نام دستگاه
						امضا
نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	سازمان تأمین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان اداری و استخدامی کشور	دبیر شورای عالی بیمه سلامت	نام دستگاه
						امضا