

بسم تعالی

(۱)

جمهوری اسلامی ایران

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

معادن رفاه اجتماعی

شماره: ۲۱۵۸۷۲
تاریخ: ۹۳/۱/۲۸
پیوست:

خاتم آقای انواری

سرپرست محترم کیته امداد امام خمینی (ره)

خاتم آقای دکتر مجتبی ندپی

دیرعالی محترم سازمان بیمه سلامت ایران

خاتم آقای دکتر نور نجاشی

دیرعالی محترم سازمان تأمین اجتماعی

خاتم آقای دکتر مجتبی پور

دیرعالی محترم سازمان خدمات دانشگاهی مسح

موضوع: ابلاغیه

سلام علیکم؛

احتراماً، مصوبه پنجاه و هفتمین جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور مبنی بر بازنگری دستورالعمل بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی به شرح پیوست جهت اجرا به کلیه واحدهای تابعه ابلاغ می‌گردد.

شایسته است؛ هماهنگی های اجرایی فی مایین مراجع ذیربط، در اسرع وقت صورت پذیرد.

احمد میدری

دبیر شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور

بسم تعالیٰ

جمهوری اسلامی ایران

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

معاونت رفاد اجتماعی

شماره: ۲۱۵۸۷۲
تاریخ: ۹۷/۱۱/۱۸
پیوست:

رونوشت :

- جناب آقای دکتر هاشمی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت استحضار
- جناب آقای دکتر زالی رئیس محترم سازمان نظام پزشکی ایران جهت استحضار
- جناب آقای دکتر نوبخت معاون محترم برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور جهت استحضار
- جناب آقای دکتر طیب نیا وزیر محترم امور اقتصادی و دارایی جهت استحضار
- جناب آقای دکتر منوچهری عضو محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و ناظر در شورایعالی بیمه خدمات درمانی جهت استحضار
- جناب آقای دکتر احمدی عضو محترم کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی و ناظر در شورایعالی بیمه خدمات درمانی جهت استحضار

س

دستور العمل بقسم خدمتى

بماران حاصل، صعب العلاج و سرطاني

مختار
الطباطبائى

دكتور

مقدمه :

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

تعهدات مشمول حذف فرائشیز:

- هزینه داروهای تخصصی جهت درمان بیماری خاص
- هزینه لوازم و تجهیزات مصرفی جهت درمان بیماری خاص
- همودیالیز
- تزریق خون در بیماران تالاسمی و سیکل آنمی
- تزریق فاکتور و خون در بیماران هموفیلی
- شالدون گذاری
- تزریق دیسفرال در بیمارستان
- تزریق دیسفرال در منزل
- اسپلنکتومی
- آزمایشات مورد نیاز
- دیالیز صفاقی (K150) کاتتر گذاری (گلوبال - شامل کلیه هزینه ها)
- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- شیمی درمانی
- رادیوتراپی

بیماران دیالیزی :

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

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

تعهدات بیمه ای :

۱. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

(۱.۱) ERYTHROPOIETIN : این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

(۲.۱) IRON SUCROSE : این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

(۳.۱) Sevelamer : این دارو در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

۲. خدمت همودیالیز :

(۱.۲) همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه در بخش دولتی هر جلسه با کد ملی ۹۰۰۱۵۰ با ارزش نسبی k ۱۵ و در بخش خصوصی k ۲۳ محاسبه می گردد که رایگان می باشد.

(۲.۲) همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول) هر جلسه با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ و با ارزش نسبی k ۱۷ قابل محاسبه خواهد بود که رایگان می باشد.

۳. خدمت شالدون گذاری:

شالدون گذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ و با ارزش نسبی k ۹ با فرانشیز ۰٪ (رایگان) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر k ۷ با فرانشیز ۰٪ (رایگان) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۴. ایجاد فیستول شریانی-وریدی (AV fistula):

ایجاد فیستول شریانی-وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ و با ارزش نسبی k ۲۹ با فرانشیز ۰٪ (رایگان) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر k ۸ با فرانشیز ۰٪ (رایگان) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۵. لوازم مصرفی:

۱۵) کاترهاي سابکلاوين دائم و موقت و همچنین گرافت هاي عروقى براساس ضوابط جاري بيمه اي با فرانشيز ۰٪ (رايگان) به اين بيماران ارائه مى گردد.

(۲۵) ست دialis (لوله رابط ، سوزن و صافی دialis) :

در ارتباط با هر جلسه دialis بيماران تحت پوشش بيمه پايه علاوه بر پرداخت سهم بيمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال دialis (۱۵K در بخش دولتی و ۲۳K در بخش خصوصی) هزينه ست دialis بر اساس فاكتور خريد تا سقف قيمت ابلاغي هر سال به كليه بيمارستانهاي طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت مى شود.

تبصره: تامين ست همودialis در كليه مراكز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رايگان و بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكى بوده و بيمارستانها صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهاي بيمه گر درياfet مى نمایند و از بيمه شده هزينه ديجري درياfet نمى شود.

۶. دialis صفاقى:

۱۶) عمل کاترگذاري جهت دialis صفاقى در بيماران دچار نارسابي مزمن كليه مطابق کد ملي ۹۰۰۱۵۰ و با ارزش نسي K ۱۵۰ به صورت رايگان به اين بيماران ارائه مى گردد.

تبصره الف: در صورت نياز به عمل کاتر گذاري مجدد، بند فوق قابل اجرا مى باشد.

تبصره ب: کاتر دialis صفاقى به صورت رايگان به بيماران ارائه مى شود.

۲۶) آموزش و مديريت بيمار دialis صفاقى توسط نفرولوژист براساس راهنمای طبابت باليني (پيوست شماره يك) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكى با کد ملي ۹۰۰۱۵۵ و با ارزش نسي K ۱۲ با فرانشيز ٪ (رايگان) قابل محاسبه و پرداخت مى باشد.

۳۶) منحصرآ مبلغ فرانشيز محلول دialis صفاقى بر اساس قيمت هاي ابلاغي در هر سال توسط سازمانهاي بيمه گر و يا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكى بر اساس تفاهem في مابين قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره: تامين محلول و ملزمات مصرفی ماهيانه دialis صفاقى در كليه مراكز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رايگان بوده و مراكز صرفاً تعرفه هاي مندرج در بندھاي فوق را از سازمانهاي بيمه گر درياfet مى نمایند و از بيمه شده هزينه ديجري درياfet نمى شود.

بیماران تالاسمی:

تعهدات بیمه ای :

۱. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از :

ردیف	نام دارو
۱	DEFEROXAMINE for Inj 500mg
۲	DEFRIPIRON Tab E.C.Tab 500mg
۳	DEFERASIROX Tab 500,250,125mg

که در بخش سریایی و بسته با فرانشیز $\% ۰$ (به طور رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

تبصره: هزینه داروی دفروکسامین با شرط بیمار خاص و تشکیل پرونده توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

۲. تزریق خون به بیماران تالاسمی : در بیماران تالاسمی، هزینه هر بار تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون (شامل ویزیت، کراس مج خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با کد ملی ۳۰۲۴۵ و با ارزش نسبی $3/5k$ و در صورت بیهودشی با ارزش پایه بیهودشی k قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.

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

(الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم به جز پمپ و آمپول دفروکسامین مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ با ارزش نسبی $1/5k$ بابت هر نوبت به صورت رایگان به بیماران ارائه می گردد.

(ب) هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین در منزل تا $3k$ به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز پمپ و آمپول دفروکسامین (به شرح جدول زیر) مشمول حذف فرانشیز می باشد. (براساس بخشنامه های جاری)

اسکالاپ وین	عدد
سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
سرنگ ۲۰ سی سی بالای ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
چب ضد حساسیت	یک حلقه
پنبه	یک بسته
الکل	۱۵۰ سی سی

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

۴. هزینه پمپ دفروکسامین: در صورت احراز خرید از سوی بیمار براساس نرخ اعلامی بیمه، مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی بیمه، هر ۳ سال یکبار بر اساس فاکتور خرید امکان پذیر است.

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

۵. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جدأگانه قابل درخواست است.

۶. هزینه بستری بابت عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص در این بیماران مطابق با تعریفه گلوبال مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد.

۷. هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای تالاسمی مینور که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای رُنتیک معرفی شده باشند مشمول حذف فرانشیز است.

۸. آزمایشات کمی و کیفی PCR همراه با تفسیر گزارش و انجام آزمایش فریتین مشمول حذف فرانشیز (رایگان) می باشد.

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا و سیکل تالاسمی، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز است. این بیماران دفترچه بیماران خاص دریافت نمی کنند.

بیماران هموفیلی:

تعهدات بیمه ای :

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

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

Fibrinogen	۸
Desmopressin	۹

۲. تزریق فاکتور: هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و با ارزش نسبی ۳K در صورت لزوم بیهوده با ارزش پایه بیهوده k_3 قابل محاسبه بوده و مشمول حذف فرانشیز می باشد.

۳. تزریق خون و پلاسما: هزینه هر بار تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۲۴۰ و با ارزش نسبی ۲/۵K و در صورت لزوم بیهوده با ارزش پایه بیهوده k_3 قابل محاسبه بوده و مشمول حذف فرانشیز می باشد. در صورت تزریق خون، فیلتر خون جدالگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثابت می گردد.

۴. آزمایشات کمی و کیفی Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV و تعیین ژنتیپ ویروسی ہپاتیت C و انجام آزمایشات HCV- PCR همراه با تفسیر گزارش و انجام آزمایش فریتین مشمول حذف فرانشیز سهم بیمار می باشد.

۵. هزینه انجام تزریق فسفر و ریافامپیسین داخل مفصلی بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و در صورت بیهوده با ارزش نسبی $k_{1/2}$ و با ارزش پایه بیهوده $4K$ قابل محاسبه بوده و مشمول حذف فرانشیز می گردد.

۶. تعویض مفصل بیماران هموفیلی: هزینه بستری (شامل جراحی، پروتز و ...) در مفاصل زانو، شانه، هیپ در تعهد بوده و مشمول حذف فرانشیز می شود.

۷. هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:

هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۰۶۵۴۰ و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند مشمول حذف فرانشیز است.

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

۸. بابت نمونه برداری از پرזהای کوریونی جفت با هرروش $k_{12/2}$ برداخت می شود.

بیماران MS:

تعهدات بیمه ای :

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

ردیف	نام دارو
۱	Interfron B 1b for Inj 30 MCG
۲	Interfron B 1a for Inj 44 MCG/5ml
۳	Interfron B 1a Inj 8 million U/1ml
۴	Methyl prednisolon for for Inj 500 mg
۵	Glatiramer acetate for Inj 20mg/ml
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Natalizumab Amp

که در بخش سربابی و بسترهای با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردد. (براساس دستورالعمل های نظارتی)

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

بیماران پیوند کلیه :

تمهیدات بیمه ای :

۱. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال - به جز داروهای ایمتوسایپرسیو و Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG) - به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.
- ۱.۱) در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی ۵۰۰۰۹۰ با ارزش نسبی k ۱۰۰۰ (جزء حرفه ای ۴۵۰ و جزء فنی ۵۵۰) با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد. ارزش پایه بیهوده در گلوبال دیده شده است.
- ۱.۲) در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی ۵۰۰۰۹۵ با ارزش نسبی k ۹۵۰ (جزء حرفه ای ۴۰۰، جزء فنی ۵۵۰) با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می گردد.

۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

ردیف	نام دارو
۱	Ciclosporin cap -Tab
۲	Ciclosporin infu
۳	Ciclosporin oral sol
۴	Mycophenolate mofetil cap-Tab
۵	Mycophenolic acid cap-Tab
۶	Erythropoietin
۷	Anti Thymocyte immunoglobulin 250 mg/5ml
۸	Anti Thymocyte immunoglobulin Amp25mg
۹	Gancyclovir
۱۰	Cap-Tab Tacrolimus 1m
۱۱	Cap-Tab Tacrolimus 5mg
۱۲	Tab-Cap Sirolimus 1mg
۱۳	Tab-Cap Everolimus
۱۴	Vial Daclizumab
۱۵	Vial Etanercept
۱۶	busulfan

تبصره ۱: در بخش سریابی با فرانشیز ۱۰٪ و در بخش بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد.

تبصره ۲: چنانچه داروهای فوق در زمان بستری خارج از محل دریافت خدمت (خارج از بیمارستان) تهیه گردد با فرانشیز ۱۰٪ در صورتیکه از سایر مراجع دیگر تأمین گردد قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۳: هزینه لوازم مصرفی بیماران پیوند کلیه در تعریفه گلوبال محاسبه شده و جداگانه قابل درخواست نمی باشد.

تبصره ۴: داروهای فوق در سایر موارد پیوند نیز مشمول حذف فرانشیز می باشد.

بیماران تحت شیمی درمانی و رادیوتروابی:

۱. هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتروابی در مراکز دولتی ، غیر دولتی و خصوصی در موارد سربایی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، بصورت رایگان(فرانشیز٪۰) قابل محاسبه می باشد(ما به التفاوت بخش دولتی و خصوصی به عهده بیمار است)

۲. هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی در بروندہ بسترنی موقت در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود دولتی، غیر دولتی و خصوصی تا ۶۴k مشمول حذف فرانشیز بوده و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

۳. هزینه کارگذاری پورت معادل کد ۴۵۲۰۵ از کتاب ارزش نسبی و هزینه کاتتر پورت و سوزن مربوطه در هر بار شیمی درمانی مشمول حذف فرانشیز می گردد.

۴. مواردی از خدمات رادیوتروابی که مشمول حذف فرانشیز می گردد عبارتند از:
- مدیریت درمان رادیوتروابی پیش از شروع درمان با کد ملی ۵۰۹۵۰ و با ارزش نسبی ۵k با فرانشیز٪۰ (رایگان)
قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

- مدیریت درمان رادیوتروابی در حین درمان به ازای هر ۵ جلسه با کد ملی ۹۰۱۹۵۵ و با ارزش نسبی ۳k با فرانشیز٪۰ (رایگان) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- خدمات رادیوتروابی با شتابدهنده خطی و کبالت از کد ملی ۷۰۵۴۳۶ تا ۷۰۵۳۰۰

- خدمات برآکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۵۵ تا ۷۰۵۵۰۵

۵. هزینه لوازم مصرفی رادیوتروابی شامل مارکرها، شیلهای اختصاصی، چسب های رادیوتروابی و ماسک های رادیوتروابی که اغلب برای رادیوتروابی ناحیه سر و گردن استفاده می شود بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

۶. هزینه لوازم مصرفی برآکی تراپی شامل سوزن کاشت برآکی تراپی، رشته گاید برآکی تراپی و کاتتر برونشیال برآکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است.

توضیح:

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

راهنمای بالینی و شرح وظایف پزشکان در دیالیز صفاقی

اقدامات درمانی - تشخیصی پزشکی در مرحله نگهدارنده

۱. ویزیت بیمار توسط متخصص نفرولوژی و انجام معاینات بالینی برای ارزیابی شرایط جسمی بیمار و بررسی نتایج آزمایشات و دفترچه دیالیز صفاقی برای تایید کارآیی کاتتر و صفاق
۲. تجویز دارو و آزمایشات مورد نیاز برای بیماران حسب ضرورت
۳. در خواست مشاوره و ارجاع بیمار به سایر متخصصین بر اساس نیاز
۴. بررسی روند رشد و تکامل بیماران اطفال و مداخلات پزشکی در زمان موردنیاز
۵. ویزیت و معاینه محل خروجی کاتتر
۶. بررسی کفايت دیالیز بیمار (V/KT) از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه های محلول خروجی دیالیز صفاقی، سرم و ادرار بیمار
۷. بررسی کفايت پرده صفاق بیمار (PET) از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه های محلول خروجی دیالیز صفاقی، سرم و بیمار (هر ۶ ماه یکبار)
۸. تجویز نوع محلول مصرفی و دفعات انجام دیالیز مناسب برای بیمار براساس کفايت دیالیز و نوع پرده صفاق بیمار
۹. ویزیت و آموزش بیمار (بیان حالات و اثرات درمانی، تغذیه، دارودارمانی) پس از شروع درمان دیالیز صفاقی (تصویر ماهانه)
۱۰. پاسخگویی به مشاوره تلفنی بیماران، پرستار و در موارد اورژانس سایر پزشکان
۱۱. ویزیت اورژانسی بیماران حسب ضرورت (بروز عوارض یا هرگونه مداخله پزشکی که نیازمند به ویزیت و مراقبت خارج از زمان نوبت بندی شده برای بیماران باشد).