

سید الرحمن
رحمن



کدهای تعدیلی

کد 31 - بیهوشی با ارزش پایه 2

کد 32 - بیهوشی برای وضعیت قرارگیری بیمار

کد 33 - انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای 30 درجه سانتیگراد

کد 34 - انجام مشکل بیهوشی به دلیل استفاده ازجریان خون برون پیکری

(پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کبکی)

کد 35 - مخاطره بیهوشی

کد 36 - بیهوشی بیماران در وضعیت اورژانس

کد 37 - بیهوشی برای بیمار با سن 70 سال و بیشتر

کد 38 - بیهوشی پیچیده به وسیله استفاده ازهیپوتانسیون کنترل شده

کد 39 - بیهوشی در بخش ریکاوری(تجهیزات - پرسنل - انتقال به بخش ویژه)

کد 41 - ارزش تام بیهوشی

کد 42 - ارزش زمانی بیهوشی

کد 43 - مدیریت درد بعد از عمل یا دردهای مزمن

کد 44 - پوشش همزمان بیش از دو اتاق عمل برای متخصص بیهوشی

کد 45 - انجام بیحسی ناحیه های(رژینوال) و نخاعی توسط پزشک معالج

کد 46 - انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج (درحال پیگیری)

روانپزشکی

مجموع روزهای بستری بیمار در کلیه مراکز روانپزشکی (در صورت احراز)، از زمان اولین روز بستری، **حداکثرتا 2 ماه** در طول یک سال (معادل 365 روز) از ابتدای شروع بیماری، به عنوان بیمار حاد و بیش از آن، **حداکثرتا 4 ماه** بعد در طول یک سال (معادل 365 روز)، به عنوان بیمار مزمن محسوب میگردد.

پس از گذشت 6 ماه از شروع بستری بیمار (مجموع 2 ماه حاد و 4 ماه مزمن در طول یک سال)، موضوع جهت تایید ادامه درمان و پرداخت هزینه، به کارگروه ارزیابی تخصصی پزشکان و موسسات طرف قرارداد ارجاع گردد.

هزینه بستری بیمار در بخش روانپزشکی حداکثر 8 هفته در سال از زمان اولین بستری به عنوان **بیماری حاد براساس درجه اعتبار بخشی بیمارستان** و مازاد برآن به عنوان **بیماری مزمن برابر تعرفه تخت روانی درجه 3 قابل** محاسبه می باشد.
نکته: بیماران مزمنی که جنبه نگهداری پیدا می کنند خارج از تعهد بیمه های پایه میباشند. (با نظر پزشک معالج)

NICU و ICU

هزینه تخت روز N ICU برابر تخت روز ICU می باشد.

توضیح NICU: بجز مواردی مثل (کاتترگذاری غیرنافی، مشاوره، جراحی

ویزیت پزشک معالج، تعویض خون، تزریق سورفکتانت، chest tube) مابقی خدمات پزشکی مانند بنت، لاواژ، ساکشن، فتوتراپی، ABG LP، و ... جداگانه محاسبه نمیشوند.

توضیح ICU: خدمت CPR و ABG بصورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

توضیح کلی: محاسبه هزینه 6% خدمات پرستاری از 70% هتلینگ NICU و ICU در نظرگرفته شود.

در صورتی که بیمار در یک روز در دو نوع تخت بستری گردد (بعنوان مثال تخت عادی و ICU) تخت روز گرانتر با شرط اقامت بیش از شش ساعت در تخت روز گرانتر، ملاک محاسبه هزینه نوع تخت روز خواهد بود

الصاق مهر مخصوص بخش های ویژه بصورت روزانه، بخصوص زمان جابجائی بین بخش های مختلف الزامی می باشد.

پزشکان مقیم

ارزیابی بیماران قبل از پذیرش در بخش مراقبت ویژه، به صورت معاینه بالینی و درج یافته ها در برگ مشاوره (درخواست شده توسط

پزشک معالج اولیه) بوده که هزینه آن در 30% تعرفه تخت روز بخش های ویژه لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

الصاق مهر مخصوص پزشک مقیم در پرونده های بخش های ویژه الزامی است

با توجه به دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده شماره (7)، پزشکان مقیم باید به طور مداوم و شبانه روزی در بخش مراقبت ویژه

حضور داشته باشند و ترک بخش ممنوع می باشد.

پزشکان مقیم

در صورت نیاز به بیش از یک پزشک مقیم ، رزیدنت های سال سوم و چهارم بیهوشی می توانند به عنوان پزشک مقیم دوم به بعد در ICU و همچنین رزیدنت های سال سوم و چهارم اطفال به عنوان پزشک مقیم دوم به بعد در بخش های NICU در هر شیفت کاری بصورت یک درمیان تعیین شوند .

داشتن مهر با قید سال تحصیل برای رزیدنت ها الزامی می باشد.

در بخش های مراقبت ویژه (ICU و NICU) دارای 6 تخت یا بیشتر ، حضور پزشک مقیم الزامی می باشد . تعداد پزشک مقیم مورد نیاز براساس صلاحیه (دکتر آقاجانی) پیوست قابل محاسبه می باشد.

ویزیت پزشک معالج ICU و NICU به شرط انجام ، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد. بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود .

تعداد و شرایط مشاوره پرداختی

حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت یک بیمار 6 مشاوره برای پزشکان با تخصصهای مختلف و حداکثر 3 مشاوره از یک تخصص بوده و مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت (معادل روز دوم به بعد) محاسبه می گردد و در هر صورت، پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می باشد .

پرداخت تعرفه انجام مشاوره در صورتی که پزشک معالج متخصص باشد، از متخصص غیر هم رشته و فوق تخصص هم رشته یا غیر هم رشته و در شرایطی که پزشک معالج، فوق تخصص باشد، از متخصص و فوق تخصص غیر هم رشته امکان پذیر می باشد.

ویزیت و مشاوره

ویزیت متخصص پزشکی قانونی

مشاوره پزشک مدعو

مشاوره تغذیه

ویزیت همراه با آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

ویزیت همراه با خدمات آندوکولون و بیهوشی خدمات فوق

ویزیت همراه با شیمی درمانی

نحوه محاسبه تعداد ویزیت

ویزیت رزیدنت وانترن

ویزیت روانپزشکی

ویزیت بیهوشی

ویزیت جراح

اکسیلوراسیون

در زخم های نافذ که نیاز به اکسیلوراسیون جهت بررسی وجود ضایعات عروقی یا اعصاب وجود دارد، چنانچه منجر به ترمیم (عصب یا

عروق) گردد، **کد اکسیلوراسیون** قابل پرداخت نمی باشد.

در مواردی که اکسیلوراسیون منطقه، منجر به کشف ضایعه عروقی یا عصبی گردد و ضایعه مذکور نیاز به ترمیم داشته باشد **صرفا کد**

ترمیم ضایعات مربوطه قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

کشیدن بخیه

هزینه کشیدن بخیه بر اساس شرح کد ملی 100506 و 100507، صرفاً در صورت انجام توسط پزشکی غیر از پزشک معالج

و در اورژانس بیمارستان **صرفاً با پرونده بستری موقت** قابل محاسبه و پرداخت است.

خارج کردن پین، پلاک، کونچر و اکسترنال فیکساتور از اندام

- ✓ در صورت فیکساسیون یک شکستگی از طریق تعبیه پین های متعدد، جهت خارج کردن آنها از هر تعداد شکاف جراحی ، طبق شرح کد ملی 200105 به هر روش (لترال و مدیال) و به هر تعداد فقط یکبار کد مذکور قابل پرداخت می باشد.
- ✓ خارج کردن اکسترنال فیکساتور بر اساس شرح عمل و شرح کد ملی 200120 یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- ✓ خارج کردن پلاک و کونچر از هر استخوان بر اساس شرح عمل و شرح کد ملی 200108 تنها یکبار قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

اسپوندیلولیزتزیس

کدهای مرتبط با جراحی اسپوندیلولیزتزیس (201157 و 201158) شامل کلیه اقدامات صورت گرفته در یک سطح یا سطوح یا

فضاهای دیگر بوده و هیچ کد دیگری با آنها قابل گزارش نمی باشد.

هزینه آتل و گچ گیری های بسته بدون مانیپولاسیون برای پزشکان عمومی قابل پرداخت می باشد.

تعویض مفصل

تعویض مفصل به صورت اورژانس (شکستگی - عفونت - تومور نزدیک مفصل) قابل پرداخت می باشد.

تعویض مفصل غیر اورژانس علاوه بر تایید اداره کل بیمه ، نیاز به سابقه 5 سال بیمه پردازی دارد.

در مواردی که هزینه تعویض اولیه مفصل به استناد بخشنامه های ابلاغی در تعهد سازمان بوده باشد، هزینه تعویض مجدد مفصل با رعایت

دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری و ضوابط کتاب ارزش نسبی، بدون قید زمانی در موارد اورژانس ، قابل رسیدگی و پرداخت می باشد.

خدمات اینترونشنال قلب

حضور تیم استندبای جراحی و بیهوشی در اعمال اینترونشنال قلب و عروق ضروری بوده و در صورتی که یک مرکز درمانی فاقد اتاق عمل

جراحی قلب و عروق، جراح قلب و متخصص بیهوشی مربوطه باشد، امکان ارائه خدمات اینترونشنال قلب و عروق مقدور نبوده و

پذیرش و پرداخت اسناد هزینه های مربوطه میسر نخواهد بود .

2k به استندبای خدمات اینترونشنال قلب تعلق نمی گیرد

بای پس عروق کرونر

با عنایت به شرح کد های ملی خدمت بای پس عروق کرونر در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت (301215 و 301220)، کد های مذکور شامل کلیه مراحل انجام عمل CABG بوده و خدمت دیگری من جمله خدمات پریکاردیکتومی، لنفادنکتومی، سمپاتکتومی گردنی، دکورتیکاسیون ریه، اندآترکتومی کرونر و ... همراه با آنها قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

بر اساس دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری، جهت اعمال مجدد برای کنترل خونریزی یا ترومبوز پس از عمل، در همان نوبت بستری، حق العمل جداگانه ای برای جراح قابل محاسبه نمی باشد.

ECG, CVP

در اعمال جراحی که خدمت CVP لازمه انجام آن عمل می باشد (مانند اعمال جراحی CABG و ...)، هزینه CVP در ارزش

پایه بیهوشی آن لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

ECG 12 لید در تمام بخش ها قابل پرداخت می باشد.

تانسیلکتومی ومحدود سازی حجم معده

خدمت تانسیلکتومی با یا بدون آدنوئیدکتومی با کد ملی 400400، به طور عام شامل برداشت لوزه با یا بدون آدنوئیدکتومی، پیلارها و مثلث رترومولار می باشد، و درخواست مجدد این کد جهت برداشت دو طرفه لوزه ها موضوعیت ندارد.

کلیه اعمال جراحی محدودسازی حجم معده (با کدهای ملی 400840-400845-400850) در صورتی که جنبه درمانی داشته

باشند ($BMI \geq 40$) با تأیید کارگروه ارزیابی تخصصی عملکرد پزشکان موسسات طرف قرارداد و یا کمیته فنی ادارات کل

استانی، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ESWL و ختنه

به منظور احراز انجام ارزیابی در طی انجام خدمت ESWL ، ضروریست است سوابق انجام حداقل یک ارزیابی و ویزیت توسط پزشک معالج در پرونده بیمار ثبت شده باشد.

هزینه ویزیت انجام شده جداگانه قابل محاسبه و پرداخت نبوده و در سرجمع تعرفه خدمات انجام شده لحاظ گردیده است.

کد تعدیلی 63 (بابت اعمال تهاجمی زیر سه سال) برای عمل ختنه قابل پرداخت نمی باشد.

زایمان

تعرفه 2k تمام وقتی (هیئت علمی و غیر هیئت علمی) در زایمان توسط پزشک، به شرط حضور پزشک متخصص زنان و زایمان در مرکز درمانی و انجام حداقل یک ویزیت توسط ایشان در طی مراحل زایمان، قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

خدمت زایمان در صورت انجام توسط ماما قابل پرداخت می باشد.

در سزارین خارج از اندیکاسیون جز حرفه ای پزشک 50 درصد قابل محاسبه می گردد و سایر موارد (جز فنی، بیهوشی هتلینگ و سایر موارد) بر اساس گلوبال سزارین قابل پرداخت می باشد. به عبارتی از سر جمع تعرفه گلوبال 20k کسر می گردد.

NST در زایمان طبیعی و سزارین قابل پرداخت نمی باشد.

تعرفه خدمت درآوردن بخیه سرکلاژ (با کد ملی 502215)، در صورت انجام همزمان با زایمان و سزارین و سقط جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

مغز و اعصاب

از آنجایی که عمل ترمیم پرده دورا (دوراپلاستی) در شرح کد ملی اعمال جراحی تومورهای مغزی به روش اینترادورال، لحاظ شده است، لذا ارزش جداگانه ای جهت خدمت مذکور در جراحی های مورد اشاره قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

استفاده از میکروسکوپ در اعمالی مانند جراحی مغز، ترمیم عصب و... که به صورت روتین باید از آن استفاده شود قابل پرداخت نمی باشد.

در صورت درخواست پزشک معالج مبنی بر انجام اقدامات کنترل درد، انجام خدمات اینترونشنال ستون فقرات با کدهای ملی 601465 و 601470 مورد اشاره توسط متخصص بیهوشی و یا دارندگان فلوشیپ رشته مذکور صرفا در حین بستری و با رعایت مفاد کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تزریق آواستین

تعرفه خدمت معاینه جامع چشم پزشکی نوزاد بر اساس شرح کد ملی 901830، دربخش **NICU** و صرفاً برای نوزادان نارس

قابل محاسبه و پرداخت است (در صورت درخواست توسط پزشک معالج).

به استناد شرح کد ملی 602275 از کتاب ارزش نسبی ، هزینه انجام تزریق داروی آواستین داخل ویتره همزمان با جراحی

کاتاراکت قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

مانیتورینگ

مانیتورینگ با شرایط ذیل بر اساس کد ملی 900770 قابل پرداخت می باشد :

1 - ثبت تشخیص اولیه و شرح حال پزشک و تفسیر ECG 12 لید مبنی بر اندیکاسیون انجام مانیتورینگ

2- دستور انجام مانیتورینگ توسط پزشک

3- گزارش پرستاری مبنی برانجام مانیتورینگ

نکته (بیمه سلامت): در موارد انجام ECG مانیتورینگ در مدت زمان کمتر از 8 ساعت، محاسبه تعرفه کد ملی 900770 امکان پذیر نبوده و در صورت نیاز به انجام خدمت مذکور و ذکر اندیکاسیونهای انجام آن، حداکثر 50% تعرفه خدمت، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (درحال پیگیری)

دیالیز

با توجه به شرح کد ملی 900145 از کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبتهای سلامت، ملاک عمل در محاسبه جزء حرفه ای (جهت

محاسبه K اول در پزشکان تمام وقتی و غیر تمام وقتی و K دوم در پزشکان تمام وقتی) خدمت مذکور، انجام حداقل یک

ارزیابی (وجود سابقه یک ویزیت در پرونده بیمار) توسط پزشک متخصص ذیربط در هر بار انجام همودیالیز بوده و در غیر این

صورت جزء حرفه ای خدمت مذکور قابل پرداخت نمی باشد .

شیمی درمانی

در صورتی که طبق پروتکل درمانی، یک و یا بیشتر از یک داروی شیمی درمانی نیازمند انفوزیون طولانی مدت (بیش از 8 ساعت) باشد،

کد ملی 901550 صرفاً یک بار در روز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

در موارد شیمی درمانی به روش تکنیک سریع (تا 8 ساعت) با یک و یا چند دارو، صرف نظر از تعداد داروی تجویزی، کد ملی 901540

صرفاً یک بار در روز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

شیمی درمانی

محاسبه حق الزحمه شیمی درمانی فقط برای پزشکان فوق تخصص انکولوژی و یا متخصصین پرتودرمانی مورد قبول است، بدیهی است در صورت انجام خدمت شیمی درمانی توسط دستیاران بالینی تحت نظارت مستقیم پزشکان مذکور، تعرفه مربوطه با رعایت ضوابط نظارتی قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

جهت محاسبه K دوم در خدمت شیمی درمانی، با عنایت به شرح کتاب ارزشهای نسبی که مصوب هیات محترم وزیران می باشد، خدمت مذکور **صرفاً با نظارت مستقیم پزشک** قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود. لذا حضور پزشک انکولوژیست تمام وقت جغرافیایی در بخش ارایه خدمت الزامی می باشد.

هرسپتین

داروي هرسپتین يك داروي آنتي بادي مونوکلونال بوده و چنانچه بر اساس شرح کد ملي 900037 کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت

های سلامت، تزریق آن توسط پزشک صورت گیرد معادل **7** کا قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود و تزریق داروهای بی فسفوناتها (برای

مثال زومتا و پامیدرونات) توسط پزشک یا تحت نظارت مستقیم وی طبق کد 900038 برابر **3.5** قابل پرداخت می باشد

تست انتشار صوت

محاسبه و پرداخت تعرفه خدمت تست انتشار صوت (اسکرینینگ و تشخیصی) با کد ملی 900505 در موارد بستری، صرفاً در

صورتحساب بیمه ای نوزاد بیمار (سطح دو) و جدا از صورتحساب گلوبال زایمان یا سزارین امکان پذیر می باشد .

تزریق خون

جهت پرداخت تعرفه K دوم خدمت مورد اشاره، انجام خدمت به طور مستقیم توسط پزشک متخصص و یا فوق تخصص و یا انجام

توسط رزیدنت بالینی تحت نظارت مستقیم پزشک متخصص یا فوق تخصص تمام وقت عضو هیات علمی ضروریست.

در صورت انجام خدمت مذکور توسط غیر پزشک (نظیر کادر پرستاری)، هیچ گونه هزینه ای اعم از تعرفه K اول و K دوم قابل

پرداخت نبوده و هزینه های ذیربط در قالب 6% هزینه خدمات جنبی پرستاری لحاظ شده است .

فراورده های خونی

ملاک پرداخت هزینه فراورده های خونی در خواستی جهت بیماران تعداد واحد مصرفی منطبق با **تعداد برچسب های الصاقی** این فرآورده ها (اسناد مثبت خدمات آزمایشگاهی) در اصل پرونده بیمار می باشد.

کد ملی (302355) با عنوان تزریق خون یا فراورده های خون به هر روش در بالغین، برای هر جلسه تزریق خون و فراورده های خونی (اعم از یک تا چند واحد) فقط یک بار قابل پرداخت می باشد.

خدمات انتقال خون در کلیه بیمارستانهای دولتی، خصوصی و عمومی غیر دولتی، صرفاً با مبلغ **k** دولتی قابل محاسبه و پرداخت است.

ضرب و جرح

هزینه های درمانی مسمومیت ها در تعهد بیمه های پایه می باشد .

هزینه های درمانی خودکشی قابل محاسبه می باشد .

هزینه های درمانی ضرب جرح فقط در موارد ذیل قابل محاسبه می باشد:

- نزاع خانوادگی بستگان درجه یک (بستگان درجه یک شامل والدین ، برادر ، خواهر ، همسر و فرزندان خواهد بود .)

- ضارب متواری اعم از شناخته شده و ناشناس با تایید مقام قضایی

- ضارب با اختلالات روانی بدون قییم قانونی

هزینه های درمانی حوادث حین کار به جز مواردی که بر عهده کار فرما می باشد طبق ضوابط بیمه های پایه در تعهد می باشد

اعمال گلوبال

همانند 2k اعضا هیات علمی و پزشکان درمانی تمام وقت، تعرفه ترجیحی در اعمال جراحی گلوبال صرفاً در سرفصل های حق

العمل جراحی، بیهوشی و ویزیت اولیه نوزاد متولد شده، قابل پرداخت میباشد، به عبارتی تنها ستونهایی که مضربی از k

میباشند مشمول پرداخت بوده و در سایر ستونها که در ریز خدمات عدد ثبت گردیده و جزء حرفه ای آنها مشخص نمی باشد

پرداخت تعرفه تمام وقتی امکان پذیر نخواهد بود .

با توجه به شناسنامه ریز اعمال گلوبال، ارزش کدهای تعدیلی بیهوشی 63 ، 39 و 85 در ارزش تام بیهوشی اعمال مذکور لحاظ نگردیده

است بنابر این ارزش کدهای تعدیلی فوق و کدهای تعدیلی 90 و 95 در صورت احراز، قابل اضافه شدن به سرجمع هزینه گلوبال

می باشند.



سپاس

شورای همسوئی بیمه های پایه
استان البرز - مهر 96