

دستور العمل بسته خدمتی
بیماران خاص ، صعب العلاج و
سرطانی

مقدمه :

این دستورالعمل به حذف یا کاهش فرانشیز دارو و لوازم مصرفی و خدمات بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، پیوند کلیه، ام اس ، دیالیز و دیالیز صفاقی)، صعب‌العلاج و سرطانی به منظور کاهش پرداخت از جیب و جبران بخشی از هزینه های درمان آنها اختصاص دارد.

کلیات:

- * هزینه کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی ارائه گردد) بر مبنای ارزش ریالی k دولتی محاسبه و پرداخت می گردد.
- * در موارد خدمات مشمول ۲ K کای دوم مشمول حذف فرانشیز نمی باشد و هزینه ای نیز بابت فرانشیز کای دوم از بیمار دریافت نمی گردد.

فهرست تعهدات مشمول این دستورالعمل :

الف) تعهدات همودیالیز

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

ب) تعهدات دیالیز صفاقی

- ۱- عمل کاترگذاری

۲- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی

۳- هزینه محلول دیالیز صفاقی

ج) تعهدات تالاسمی

1- داروهای تخصصی

2- تزریق خون

3- فیلتر خون

4- تزریق دفر و کسامین

5- هزینه پمپ دفر و کسامین

6- هزینه عمل جراحی اسپلنکتومی کامل یا ناقص

7- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد

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

د) تعهدات هموفیلی

۱- داروهای تخصصی

۲- تزریق فاکتور

۳- تزریق خون و فرآورده های خونی

۴- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی

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

۶- تعویض مفصل

۷- آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی

ه) تعهدات MS

۱- داروهای تخصصی

و) تعهدات پیوند کلیه

۱- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

۲- داروهای تخصصی

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی

تعهدات شیمی درمانی

- ۱- هزینه خدمت شیمی درمانی و رادیوتراپی
- ۲- هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی
- ۳- جدول ملزومات
- ۴- هزینه کارگزاری پورت
- ۵- هزینه سوزن پورت
- ۶- هزینه کاتتر پورت

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

- ۱- هزینه خدمت رادیوتراپی
- ۲- هزینه ماسک های رادیوتراپی
- ۳- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

بیماران دیالیزی :

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

ب) بیمارانی که به هر علت نیاز به انجام همودیالیز اولیه (حاد- ۶ جلسه اول) دارند.
تبصره: اگر به هر علتی دیالیز حاد بیش از ۶ جلسه طول بکشد و وارد فاز مزمن نشده باشد، بقیه مراحل دیالیز با تعرفه دیالیز مزمن قابل محاسبه و پرداخت است.

الف) تعهدات همودیالیز:

۱. خدمت همودیالیز :

۱-۱ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ (مصوبه هیئت وزیران به شماره ۵۷۶۳۹/ت/۱۱۹۳۳ و ۵۷۶۳۹/ت/۱۱۹۷۳ و ۵۷۶۳۹/ت/۱۳۹۹/۲/۱۳) (تعرفه دولتی کما فی السابق) در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
تبصره: ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای در کلیه بخش‌های ارائه خدمت عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی بخش‌های مربوطه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

تبصره: از سرجمع گلوبال- همودیالیز مزمن در تمامی مراکز ارائه دهنده خدمت فوق الذکر، ۴کا به عنوان جزء حرفه ای و مابقی به عنوان جزء فنی قابل محاسبه و پرداخت است.

۱-۲ - همودیالیز بیماران دچار نارسایی کلیه یا مسمومیت، همودیالیز اولیه (حاد- ۶ جلسه اول) با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ (مصوبه هیئت وزیران به شماره ۵۷۶۳۹/ت/۱۱۹۴۹ و ۵۷۶۳۹/ت/۱۱۹۳۳ و ۵۷۶۳۹/ت/۱۱۹۷۳) (تعرفه دولتی کما فی السابق) در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره ۱-۲: ضرایب ریالی جزء حرفه‌ای در کلیه بخش‌های ارائه خدمت عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی معادل بخش دولتی و ضرایب ریالی جزء فنی در هر بخش معادل ضرایب ریالی بخش‌های مربوطه در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

تبصره ۲-۱-۲: از سرجمع تعرفه‌های همودیالیز اولیه (حاد- ۶ جلسه اول) در تمامی مراکز ارائه دهنده خدمت فوق الذکر، ۶ کا به عنوان جزء حرفه ای و مابقی به عنوان جزء فنی قابل محاسبه و پرداخت است.

تبصره: سهم سازمان‌های بیمه‌گر برای انواع خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول آیین نامه دو کا، ۱۹۰٪ پرداخت می‌شود.

۲. خدمت تعبیه راه عروقی:

۲-۱- کاتترگذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۶کا می‌باشد.

۲-۲- ایجاد فیستول شریانی- وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۷کا می‌باشد.

۲-۳- در خصوص بیمارانی که امکان ایجاد فیستول رادیو سفالیک از طریق کد ۳۰۲۵۳۵ وجود ندارد، در صورت ایجاد فیستول براکیو سفالیک و یا براکیو بازلیک با ذکر اندیکاسیون‌های مربوطه کد ۳۰۲۵۲۰ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۷کا می‌باشد.

۲-۴- کارگزاری کاتتر ورید مرکزی قرارداده شده از طریق ورید مرکزی، همراه با تونل زدن، با پمپ با ورودی زیر

جلدی با هر تعداد کاتتر مورد نیاز یا پرمیکت در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۴۳۵ قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره: در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۶کا می‌باشد.

۳. هزینه لوازم مصرفی:

۳-۱- کاتترهای دائم و موقت و همچنین گرفت‌های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه‌ای تحت پوشش

سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد.

۳-۲- بسته ست و صافی دیالیز شامل لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز می‌باشد.

در ارتباط با هر جلسه دیالیز (حاد و مزمن) بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر پرداخت سهم بیمه شده و سهم سازمان از تعرفه گلوبال دیالیز، هزینه بسته مذکور بر اساس قیمت‌های مندرج در فاکتور خرید در سامانه IMED تا سقف قیمت ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت)، هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

تبصره: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: تأمین بسته ست و صافی دیالیز (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی بر عهده مرکز می باشد و مراکز درمانی صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی شود.

۳-۳- محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم :

به ازای هر جلسه دیالیز هزینه محلول همو دیالیز و پودر بیکربنات سدیم بر اساس نوع دستگاه بر پایه تفاهم نامه دارویی پرداخت می شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد.

۴. آزمایشات بیماران دیالیزی

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

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

توضیحات :

- هزینه انجام آزمایش Bun (قبل و بعد دیالیز) ,HCT , CBC , Creatinin در گلوبال دیالیز لحاظ شده و نباید این آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران نوشته شود .
- هزینه انجام مابقی آزمایشات در گلوبال دیالیز لحاظ نشده و در نتیجه آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران درج گردیده و سهم سازمانهای بیمه گر مطالبه شود .

- هزینه داروی هیپارین ، سرم های تزریقی (نمکی ، قندی نمکی ، رینگر و...) گلوکز هیپرتونیک ، میدودرین (داروی بالا برنده فشار خون) در گلوبال دیالیز لحاظ شده است .

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

۴. داروهای تخصصی :

داروهای تخصصی زیر بر اساس ضوابط جاری بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

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

c. Sevelamer : این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

۱. گلوبال- بستری جهت کاتتر گذاری دایمی دیالیز صفاقی:
مطابق کد ملی ۹۰۰۱۵۰ (با ارزش نسبی ۱۳۷/۵ کا و ارزش تام بیهوشی ۱۲/۵ کا) قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
تبصره ۱: سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره ۲: در صورت نیاز به عمل کاتتر گذاری مجدد، این کد مجددا قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

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

۳. هزینه محلول دیالیز صفاقی:

قیمت محلول دیالیز صفاقی بر اساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو پرداخت می گردد.

تبصره: تأمین محلول و ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی در منزل بیماران به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه های مندرج در بندهای فوق را از سازمان بیمه سلامت دریافت می نماید و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی کاهش هزینه های بیماران خاص و صعب العلاج)

تبصره: جهت بیماران دیالیز صفاقی، محلول و ملزومات مصرفی بیماران در بخش بستری توسط سازمان های بیمه گر پرداخت می گردد.

ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

۱. **تزریق خون به بیماران تالاسمی:** در بیماران تالاسمی هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مچ خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ (با ارزش نسبی ۷k) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز توسط سازمان های بیمه گر 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.

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

۲. **فیلتر خون:** فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل محاسبه و پرداخت است. براساس فاکتور های رسمی طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی، تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت 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 مصرفی مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ بابت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

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

ب) هزینه لوازم مصرفی تزریق دفروکسامین در منزل در بیماران زیر ۱۵ سال معادل ۷ کای جز فنی دولتی و بالای ۱۵ سال معادل ۹ کای فنی دولتی می باشد. به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی (به شرح جدول زیر) به جز پمپ و آمپول دفروکسامین قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

اسکالپ وین	۲۵ عدد
سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه

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

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

۴. **هزینه پمپ دفروکسامین:** در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس فاکتورهای معتبر طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی ر اساس نرخ اعلامی سازمان های بیمه گر، به صورت ۱۰۰ درصد قابل پرداخت می باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمان های بیمه گر، هر ۳ سال یکبار امکان پذیر است.

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

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

۶. **هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد جنین در زوجهای تالاسمی مینور:** که از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند، (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

۷. **آزمایشات Anti HIV – HBs Ag – Anti HBs – Anti HCV** و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR انجام آزمایش فریتین ، حداکثر دوبار در سال ، سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد.

تبصره: در بیماران سیکل سل آنمیا، سیکل تالاسمی و تالاسمی اینترمدیا، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول بند(۸) در مراکز درمانی همانند بیماران تالاسمی مشمول حذف فرانشیز است.

۸. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از موارد مندرج در جدول ذیل که در بخش سرپایی و بستری و بستری موقت به طور رایگان به این بیماران ارائه می گردد :

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

تبصره: هزینه داروهای فوق با شرط بیمار خاص (بیماران سیکل تالاسمی و تالاسمی اینترمدیا) توسط سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود.

(د) تعهدات بیماران هموفیلی:

۱. داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی 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
۸	Fibrinogen
۹	Desmopressin

تبصره- پذیرش بیماران جدید در خصوص درمان بیماران هموفیلی با پروتکل IIII منوط به تامین منابع مالی و پروتکل درمانی ابلاغی و مصوب از وزارت بهداشت می باشد.

۲. **تزریق فاکتور:** هزینه هر بار تزریق فاکتورهای انعقادی با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۵۰ و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۳k قابل محاسبه است سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۳. **تزریق خون و فراورده های خونی:** هزینه تزریق خون با احتساب کلیه لوازم مصرفی با کد ملی ۳۰۲۳۴۰ و کد ملی ۳۰۲۳۵۵ قابل محاسبه و پرداخت است و در صورت لزوم بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۳k قابل محاسبه است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۴. **فیلتر خون:** در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثبت می گردد.
۵. **هزینه انجام تزریق فسفر و ریفامپیسین داخل مفصلی:** بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۶ و کد ملی ۲۰۰۰۶۷ مشمول حذف فرانشیز می گردد.
۶. **آزمایشات Anti HIV – HBS Ag – Anti HBS – Anti HCV** و تعیین ژنوتیپ ویروسی هپاتیت C و انجام آزمایشات کمی و کیفی HCV-PCR و انجام آزمایش تعیین سطح فاکتورهای انعقادی و سطح مهار کننده ۸ و ۹ بر (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۷. **تعویض مفصل بیماران هموفیلی:** هزینه بستری تعویض مفاصل [شامل جراحی، پروتز (تا سقف قیمت اعلامی بیمه) و ...] در تعهد است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۸. **هزینه آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی:**
 هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کدهای ملی ۸۱۰۱۱۲ و ۸۱۰۱۸۴ و ۸۱۰۲۶۲ (بر اساس دستورالعمل بیمه ای) و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ در مادرانی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاههای ژنتیک معرفی شده باشند (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
- تبصره:** تا قبل از شروع به کار سیستم ارجاع مشاورین، سازمانهای بیمه گر بر اساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می نمایند.
- ۹- بابت نمونه برداری از پرزهای کوریونی جفت با هرروش با کد ملی ۵۰۲۰۸۰ و در صورت بیهوشی با ارزش پایه بیهوشی ۴ کا قابل محاسبه و پرداخت است (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ه) تعهدات بیماران MS :

۱. داروهای تخصصی:

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, 40, 20mg/ml
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Natalizumab Amp
۸	Rituximab Vial 100 mg و 500mg

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

تبصره ۱- تشخیص ام اس منوط به تأیید بیماری توسط کمیته های ام اس دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

تبصره ۲- پرداخت هزینه داروی ریتوکسی ماب به صورت همزمان با سایر داروهای لیست فوق امکان پذیر نمی باشد.

(و) تعهدات پیوند کلیه :

۱. عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال - به جز داروهای ایمونوساپرسیو و **Anti Thymocyte immunoglobulin (ATG)** - به دو صورت زیر قابل پرداخت می باشد.

۱-۱- در صورت دریافت کلیه از فرد زنده با کد ملی ۵۰۰۰۹۰ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

۱-۲- در صورت دریافت کلیه از جسد با کد ملی ۵۰۰۰۹۵ سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد. ارزش پایه بیهوشی در گلوبال دیده شده است.

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

۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

نام دارو	ردیف
Ciclosporin cap -Tab	۱
Ciclosporin infu	۲
Ciclosporin oral sol	۳
Mycophenolic acid cap-Tab	۴
Erythropoietin	۵
Anti Thymocyte immunoglobulin250 mg/5ml	۶
Anti Thymocyte immunoglobulin Amp25mg	۷
Gancyclovir	۸
Cap-Tab Tacrolimus 1 mg	۹
Cap-Tab Tacrolimus 5 mg	۱۰
Tab-Cap Sirolimus 1 mg	۱۱
busulfan	۱۲

تبصره ۱: داروهای جدول فوق در بخش سرپایی و بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می گردد. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تبصره ۲: داروهای فوق در سایر موارد پیوند اعضا در زمان بستری (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

ز) تعهدات شیمی درمانی و رادیوتراپی:

تعهدات شیمی درمانی

۱. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، کد شیمی درمانی ۹۰۱۵۳۵ تا ۹۰۱۵۷۰ به طور رایگان (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است).
تبصره- ویزیت همزمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظ شدن در خدمت قابل پرداخت نمی باشد.

۲. هزینه خدمت آماده سازی هر داروی شیمی درمانی تزریقی و لوازم مصرفی آن در پرونده بستری موقت در بیمارستان ها و مراکز سرپایی شیمی درمانی دولتی، غیر دولتی، خصوصی، خیریه و موقوفه تا سقف تعیین شده در جدول زیر و مطابق کد ۹۰۲۰۱۰ و بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، به طور رایگان قابل محاسبه و پرداخت است و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی گردد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است).

تبصره- داروساز بالینی یا پزشک درمانگر مسولیت حرفه ای آماده سازی دارو را عهده دار خواهد بود.

تبصره- انواع بسته های مختلف برای نحوه و شرایط آماده سازی دارو و جزییات کای فنی، حرفه ای و هزینه تجهیزات مصرفی به شرح زیر است. در خصوص بسته های ۷ تا ۹ پرداخت ها توسط سازمان های بیمه گر صورت می گیرد. در خصوص سایر بسته ها، با تایید مشخصات هر مرکز توسط معاونت درمان و پس از تعیین سه ماه زمان برای آماده سازی میلی گرمی دارو، پرداخت ها توسط سازمان های بیمه گر صورت می گیرد. در غیر این صورت روال پرداخت مطابق بسته های ۷ تا ۹ خواهد بود. همچنین در صورت آماده سازی میلی گرمی دارو، مشوق هایی از جمله پرداخت های زودتر بیمه ای توسط سازمان های بیمه گر صورت خواهد گرفت.

بسته	تجهیزات سرمایه ای پایه	تجهیزات سرمایه ای مکمل	تجهیزات مصرفی	کای حرفه ای	کای فنی	کای تجهیزات مصرفی	کای کل
۱	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱.۸	۲.۳	۳.۳	۷.۴
۲	ایزولاتور	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱.۷	۱.۴	۳.۳	۶.۴
۳	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	دستگاه خودکار یا نیمه خودکار	سیستم بسته	۱.۶	۱.۱	۳.۳	۶
۴	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	-	سیستم بسته	۱.۵	۱.۷	۳.۳	۶.۵
۵	ایزولاتور	-	سیستم بسته	۱.۴	۱	۳.۳	۵.۷
۶	هود یا کابینت بیولوژیک	-	سیستم بسته	۱.۳	۰.۵	۳.۳	۵.۱

						ایمن: BSC	
۳.۹	۱	۱.۷	۱.۲	روش غیر بسته	-	اتاق تمیز (دارای هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC)	۷
۳.۱	۱	۱	۱.۱	روش غیر بسته	-	ایزولاتور	۸
۲.۵	۱	۰.۵	۱	روش غیر بسته	-	هود یا کابینت بیولوژیک ایمن: BSC	۹

جدول ملزومات :

تعداد	ملزومات
۲	آنژیوکت
۱	ست سرم رنگی ساده
۳	سرنگ ۲ سی سی
۳	سرنگ ۵ سی سی
۲	سرنگ ۱۰ سی سی
۲	سرنگ ۲۰ سی سی
به مقدار لازم	پنبه
به مقدار لازم	چسب
۱۵ سی سی	الکل
۲ جفت	دستکش لاتکس
۲	ماسک فیلتردار
۳ جفت	دستکش یکبار مصرف
۱	سه راهی
۲	گاز استریل

۲. هزینه کارگذاری پورت (شیمی درمانی دایم ۳۰۲۴۳۵) بر اساس کتاب ارزش نسبی به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می باشد (سهام) فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۳. هزینه سوزن پورت یک عدد در هر بار شیمی درمانی قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).
۴. هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت های اعلامی سازمان های بیمه گر قابل پرداخت خواهد بود. (سهام فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

تعهدات رادیوتراپی و براکی تراپی

۱. هزینه خدمت رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۰ تا کد ۷۰۵۴۳۵ و خدمات براکی تراپی از کد ملی ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵ در مراکز دولتی ، عمومی غیر دولتی و خصوصی بر اساس کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت به طور ۱۰۰ درصد (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (ما به التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عهده بیمار است) .
۲. هزینه ماسک های رادیوتراپی صرفا ناحیه سر و گردن بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و بر اساس فاکتور رسمی طبق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی قابل پرداخت است.
۳. هزینه لوازم مصرفی براکی تراپی شامل سوزن کاشت براکی تراپی، رشته گاید براکی تراپی و کاتتر برونشیاال براکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و قابل پرداخت است.
- تبصره:** مقرر گردید انجام رادیوتراپی حین جراحی برای پستان به روش Full dose با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش بیمه های پایه قرار گیرد.
- تبصره: در خصوص انجام رادیوتراپی حین جراحی برای پستان به روش Boost ، با رعایت اندیکاسیون های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به بار مالی آن، مقرر گردید کاهش ۴۶ کا از مجموع کای حرفه ای خدمت رادیوتراپی حین جراحی با روش اشعه ایکس و الکترون (کدهای ۷۰۵۶۱۰ و ۷۰۵۶۱۵).

