



سازمان تامین اجتماعی

معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی

ضوابط و دستورالعمل های رسیدگی به صورتحساب

خدمات دیا لنز و سوند کله

اداره کل درمان غیر مستقیم

آبان ۱۳۹۹

فهرست

صفحه	عنوان
۴	۱- تعاریف
۵	۲- خدمات تعبیه راه عروقی
۶	۳- ضوابط و شرایط محاسبه و پرداخت هزینه جلسات همودیالیز
۹	۴- داروهای بیماران دیالیزی
۱۱	۵- آزمایشات بیماران دیالیزی
۱۲	۶- ویزیت و مشاوره در دیالیز
۱۲	۷- شرایط و ضوابط مسئول فنی مرکز دیالیز
۱۳	۸- شرایط و ضوابط پرداخت ک۲ در دیالیز
۱۳	۹- تایید مکانیزه خدمات دیالیز
۱۵	۱۰- خدمات انتقال خون بیماران خاص
۱۵	۱۱- تعهدات دیالیز صفاقی
۱۷	۱۲- تعهدات خدمت CRRT
۱۸	۱۳- دفترچه بیماران خاص
۱۸	۱۴- برخی ضوابط ساختمانی، بهداشتی و ایمنی بیمار در بخش دیالیز
۲۰	۱۵- داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی لحاظ شده در بسته گلوبال خدمت همودیالیز
۲۱	۱۶- تعهدات پیوند کلیه
۲۶	۱۷- حقوق بیمار

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷	جدول ۱: تعرفه خدمات دیالیز در سال ۱۳۹۹
۸	جدول ۲: محلول‌های همودیالیز
۹	جدول ۳: اسامی دستگاه‌ها، پودر مصرفی به همراه کد و تعرفه قابل پرداخت
۱۰	جدول ۴: داروهای بسته گلوبال دیالیز
۱۲	جدول ۵: آزمایشات بیماران دیالیزی
۱۷	جدول ۶: هزینه تجهیزات مصرفی دیالیز به روش CRRT
۲۰	جدول ۷: ملزومات مصرفی پزشکی لحاظ شده در بسته گلوبال خدمت همودیالیز
۲۲	جدول ۸: تعرفه گلوبال پیوند کلیه
۲۲	جدول ۹: داروهای تخصصی بیماران پیوند کلیه

مقدمه

کلیه‌ها جفت ارگانی هستند که در دو طرف بدن و در پهلوها قرار گرفته‌اند. با عملکردشان خون را تصفیه و سموم را به مثانه می‌فرستند و بدن آن‌ها را هنگام ادرار از بدن خارج می‌کند. اگر کلیه‌ها نتوانند کار خود را به درستی انجام دهند، سموم در بدن تجمع پیدا می‌کند. این امر می‌تواند منجر به نارسایی کلیه‌ها شود و اگر تحت درمان قرار نگیرد، می‌تواند موجب مرگ شود. نارسایی کلیه زمانی رخ می‌دهد که کلیه‌ها توانایی فیلتر کردن ضایعات را از دست می‌دهند. نارسایی کلیه یا نارسایی کلیوی در پزشکی به معنی کاهش شدید عملکرد کلیه است. کلیه نقش مهمی در دفع مواد زائد و تعادل آب و الکترولیت‌ها در بدن دارد. نارسایی کلیوی به دو نوع مزمن و حاد تقسیم می‌گردد. هر یک از این دو نوع خود می‌تواند در نتیجه‌ی شمار زیادی از دیگر معضلات بدنی پدید آمده باشد. در مراحل انتهایی درمان نگهدارنده، دیالیز (صفاقی یا عروقی) و پیوند کلیه است.

در حال حاضر بیش از ۳۷،۰۰۰ بیمار دچار نارسایی کلیوی در سطح کشور خدمات دیالیز دریافت می‌کنند (۳۶،۲۴۰ نفر همودیالیز و ۱،۴۰۱ نفر دیالیز صفاقی) که تعداد بیماران تحت پوشش سازمان ۲۱،۱۵۸ نفر می‌باشد. (۲۰،۵۵۳ نفر همودیالیز و ۶۰۵ نفر دیالیز صفاقی)

همچنین کل عمل‌های پیوند کلیه کشور تا پایان سال ۱۳۹۸ به تعداد ۴۱،۱۴۳ مورد بوده است که ۱،۱۰۱ مورد آن مربوط به سال ۱۳۹۸ می‌باشد.

شایان ذکر است سازمان تامین اجتماعی با عقد قرارداد با ۵۷۱ مرکز دیالیز، سالانه برای بیماران تحت پوشش خود قریب به ۲،۲۰۰،۰۰۰ جلسه همودیالیز خرید خدمت انجام می‌دهد که بخشی از خدمات مورد نیاز این بیماران می‌باشد. مجموعه حاضر شامل تلخیص و تجمیع ۴۵ بخشنامه و دستورالعمل ابلاغی و جاری نحوه رسیدگی و نظارت اسناد خدمات دیالیز و پیوند کلیه می‌باشد که توسط آقای **علیرضا ایمانی** و خانم **فرحناز بیدقی** کارشناسان محترم مدیریت درمان استان البرز با همکاری کارشناسان اداره کل درمان غیرمستقیم تهیه و تنظیم گردیده است.

شایان ذکر است از تاریخ ابلاغ این مجموعه، اجرای بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های ابلاغی تا پیش از این کان لم یکن خواهد گردید.

اداره کل درمان غیرمستقیم

آبان ۱۳۹۹

۱- تعاریف

۱-۱- همودیالیز: یا دیالیز خونی که متداول ترین روش دیالیز در بیماران ESRD می باشد که از یک مسیر عروقی ثابت یا موقت انجام می گردد.

الف- دیالیز حاد: شش جلسه اول شروع همودیالیز در بیماران کلیوی ، دیالیز حاد می باشد.

اندیکاسیون دیالیز حاد:

- سندرم اورمیک (که معمولا با نشانه های خونریزی گوارشی، آنسفالوپاتی اورمیک، نوروپاتی و... همراه است).
- هیپرکالمی مقاوم به درمان
- اسیدوز متابولیک مقاوم به درمان
- هیپرولمی مقاوم به دیورتیک ها
- پریکاردیت اورمیک
- پریکاردیال افیوژن
- هیپرکلسمی مقاوم به درمان
- هیپو و هیپرناترمی شدید
- مسمومیت های دارویی

ب- دیالیز مزمن: انجام دیالیز پس از شش جلسه از شروع در بیماران کلیوی، دیالیز مزمن می باشد.

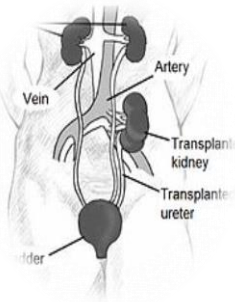
اندیکاسیون دیالیز مزمن:

کاهش GFR (Glomerular Filtration Rate) به ۱۵ تا ۲۹ سی سی در دقیقه و یا زیر ۱۵ سی سی در دقیقه که همان Stage ۴ یا ۵ (Chronic Kidney Disease) CKD می باشد با توجه به نظر متخصص نفرولوژی، دیالیز برای بیمار شروع می شود.

۱-۲- دیالیز صفاقی: یکی از روش های جایگزین عملکرد کلیه می باشد و تبادلات مواد در این روش از پرده صفاق صورت می گیرد جهت دیالیز صفاقی باید کاتتر دیالیز در حفره پریتون (صفاق) گذاشته شود.

۳-۱- دیالیز CRRT: یک روش همودیالیز در بیماران دیالیزی بستری در ICU و یا نارسایی حاد کلیه که از طریق دستگاه مخصوص با قراردادن یک کاتتر درون رگ در مدت زمانی ۱۲ الی ۲۴ ساعت، تصفیه خون انجام می‌گردد.

۴-۱- پیوند کلیه (Kidney transplantation): عبارت است از کارگذاری کلیه انسان از شخصی به شخص دیگر، با این عمل، بیمار از محدودیت‌های دیالیز و از تظاهرات برگشت‌پذیر اورمی خلاص می‌شود. نزدیک به ۹۰٪ از تمام بیماران در حالی پیوند کلیه را دریافت می‌کنند که کلیه‌های خودشان نیز سر جای‌شان قرار دارند. یک پیوند موفق می‌تواند عمر فرد دریافت‌کننده را طولانی کند و کیفیت زندگی را بسیار بهبود ببخشد.



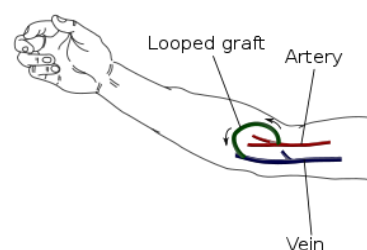
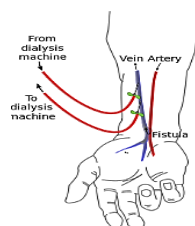
۲- خدمات تعبیه راه عروقی

۱-۲- کاتترگذاری موقت (شالدون گذاری): این خدمت در بیماران دیالیزی با کد ملی ۳۰۲۵۱۵ با ارزش نسبی ۹ (در صورت القای بیهوشی، ارزش پایه بیهوشی برابر ۶ کا) به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

نکته: ارزش پایه بیهوشی با عنایت به مصوبه هیئت وزیران (شماره ۱۱۹۸۹/ ت ۵۷۶۳۹ ه مورخ ۱۳/۰۲/۱۳۹۹) به‌روزرسانی شده است.

۲-۲- ایجاد فیستول شریانی-وریدی: این خدمت در بیماران دیالیزی با کد ملی ۳۰۲۵۳۵ با ارزش نسبی ۳۵ کا (در صورت القای بیهوشی با ارزش برابر ۷ کا) به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است. (سهم فرانشیز بیمه‌شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

نکته: ارزش پایه بیهوشی با عنایت به مصوبه هیئت وزیران (شماره ۱۱۹۸۹/ ت ۵۷۶۳۹ ه مورخ ۱۳/۰۲/۱۳۹۹) به‌روزرسانی شده است.



– نحوه پرداخت هزینه آناستوموز و بستن AVF: ۲

۱) در صورت انجام آناستوموز شریانی وریدی، باز مستقیم در هر جا (عمل مستقل) کد ۳۰۲۵۳۵ کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت است.

۲) در صورت نیاز به بستن AVF (بعد از گذشت مدت زمان دوره پیگیری) کد ۳۰۲۵۱۵ کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه و پرداخت است.

۳-۲- کارگذاری کاتتر ورید مرکزی: این خدمت 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 با ارزش نسبی ۲۰ کا و ارزش پایه بیهوشی ۶ کا) به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد)

نکته: ارزش پایه بیهوشی با عنایت به مصوبه هیئت وزیران (شماره ۱۱۹۸۹ / ت ۵۷۶۳۹ ه مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۳) به روزرسانی شده است.



هزینه ونوگرافی همزمان با کارگذاری کاتتر دائم (پرمیکت) در ارزش نسبی کدهای مربوطه لحاظ شده و جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد.^۳

۴-۲- لوازم مصرفی: کاتترهای ساب کلاوین دائم (پرمیکت) و موقت (شالدون) و همچنین گرافت های عروقی براساس ضوابط جاری بیمه ای بطور رایگان به این بیماران ارائه می گردد.

۳- ضوابط و شرایط محاسبه و پرداخت هزینه جلسات همودیالیز

۱-۳- خدمات همودیالیز^۴

بخشنامه شماره ۴۰۲۰/۹۸/۵۸۲ – ۱۳۹۸/۰۳/۲۸ ش ش ۴۰۳۳۷۵۸۸

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۴۹۸ – ۹۶/۳/۹ ش ش ۹۶۵۳۹۴۲

مصوبه دولت- تعرفه بخش عمومی غیردولتی- شماره ۱۱۹۴۹ مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۳

الف) همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول): با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ با ارزش نسبی ۱۷ کا (شامل ۶ کا جزء حرفه‌ای و ۱۱ کا جزء فنی) در هر جلسه به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. (سهم فرانسیز بیمه‌شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

ب) همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه: با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ با ارزش نسبی ۱۵ کا (شامل ۴ کا جزء حرفه‌ای و ۱۱ کا جزء فنی) در هر جلسه به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. (سهم فرانسیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

نکته ۱: ضریب ریالی **جزء حرفه‌ای** کدهای ۹۰۰۱۴۰ و ۹۰۰۱۴۵ در تمام بخش‌های ارائه خدمت عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی معادل ضریب ریالی **بخش دولتی** می‌باشد.

نکته ۲: ضرایب ریالی **جزء فنی** کدهای ۹۰۰۱۴۰ و ۹۰۰۱۴۵ در هر بخش ارائه خدمت معادل ضریب ریالی جزء فنی **بخش‌های مربوطه** می‌باشد.

جدول ۱: تعرفه خدمات دیالیز در سال ۱۳۹۹

کد	شرح خدمت	ارزش نسبی			تعرفه ۱۳۹۹ (به ریال)	
		کل	جزء حرفه‌ای	جزء فنی	جمع کل	جزء فنی
۹۰۰۱۴۰	دیالیز حاد (بخش دولتی)	۱۷	۶	۱۱	۲,۰۹۲,۹۰۰	۱,۴۲۴,۵۰۰
۹۰۰۱۴۵	دیالیز مزمن (بخش دولتی)	۱۵	۴	۱۱	۱,۸۷۰,۱۰۰	۱,۴۲۴,۵۰۰
۹۰۰۱۴۰	دیالیز حاد (بخش عمومی غیردولتی)	۱۷	۶	۱۱	۲,۹۳۴,۴۰۰	۲,۲۶۶,۰۰۰
۹۰۰۱۴۵	دیالیز مزمن (بخش عمومی غیردولتی)	۱۵	۴	۱۱	۲,۷۱۱,۶۰۰	۲,۲۶۶,۰۰۰
۹۰۰۱۴۰	دیالیز حاد (بخش خیریه و موقوفه)	۱۷	۶	۱۱	۳,۳۰۸,۴۰۰	۲,۶۴۰,۰۰۰
۹۰۰۱۴۵	دیالیز مزمن (بخش خیریه و موقوفه)	۱۵	۴	۱۱	۳,۰۸۵,۶۰۰	۲,۶۴۰,۰۰۰
۹۰۰۱۴۰	دیالیز حاد (بخش خصوصی)	۱۷	۶	۱۱	۴,۴۷۷,۷۰۰	۳,۸۰۹,۳۰۰
۹۰۰۱۴۵	دیالیز مزمن (بخش خصوصی)	۱۵	۴	۱۱	۴,۲۵۴,۹۰۰	۳,۸۰۹,۳۰۰

۳-۲- ست همودیالیز (ست، سوزن، صافی): 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 (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) براساس فاکتور خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت به صورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تعرفه ست دیالیز- شامل هزینه سوزن، ست و صافی می‌باشد که با کد ۶۶۶۷۶ از تاریخ ۱۳۹۹/۰۱/۰۱ به قیمت ۹۲۲،۵۰۰ ریال قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^۵

تبصره: تامین (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) در کلیه مراکز درمانی همچون سال‌های گذشته برعهده مرکز می‌باشد و مراکز درمانی صرفاً تعرفه مندرج در بند فوق را از سازمان‌های بیمه‌گر دریافت می‌نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌شود.

۳-۳- محلول همودیالیز: به ازای هر جلسه دیالیز هزینه یک محلول همودیالیز طبق جدول زیر بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد.^۶

جدول ۲: محلول‌های همودیالیز

ردیف	کد محلول	عنوان	قیمت (ریال)
۱	۷۱۹۶	HEMODIALYSIS ACIDIC II ۵ LIT CONC SOLUTION	۳۳۷،۰۰۰
۲	۷۱۹۷	HEMODIALYSIS I ۵ LIT CONC SOLUTION	۳۳۷،۰۰۰
۳	۷۱۹۸	HEMODIALYSIS II ۵ LIT CONC SOLUTION	۳۳۷،۰۰۰

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۷۶۴-۴۰۳-۹۹/۰۶/۰۳ ش ش ۵۸۱۷۰۸۱۸

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۷۲-۴۰۴-۱۳۹۹/۰۴/۱۰ ش ش ۶۵۵۹۳۵۶۹۷

۳-۴- **پودر بیکربنات سدیم:** به ازای هر جلسه دیالیز یک بار هزینه پودر بیکربنات سدیم با توجه به نوع دستگاه دیالیز بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد. در جدول زیر اسامی دستگاه‌ها، کد پودرها به همراه قیمت مصوب آمده است.^۷

جدول ۳: اسامی دستگاه‌ها، پودر مصرفی به همراه کد و تعرفه قابل پرداخت

ردیف	کد	نوع دستگاه دیالیز	نوع پودر	قیمت (ریال)
۱	۹۸۰۵۲	Fersinus 4008 B	Bibag	۱۱۰,۰۰۰
۲	۹۸۰۵۱	B.Braun	Smart	۱۳۰,۰۰۰
۳	۹۸۰۵۱	Belco	Smart	۱۳۰,۰۰۰
۴	۹۸۰۵۱	Gambro	Smart	۱۳۰,۰۰۰
۵	۹۸۰۵۱	Nipro	Smart	۱۳۰,۰۰۰
۶	۹۸۰۵۱	ATF-1022 (آریا طب فیروز)	رنابگ	۱۳۰,۰۰۰
۷	۱۱۳۹	Fersinus 4008 S	S classic	۱۵۰,۰۰۰
۸	۵۱۱۷۶	Idemsa	Bidry	۲۱۰,۰۰۰
۹	۵۱۱۷۶	JMS	Bidry	۲۱۰,۰۰۰

۴- داروهای بیماران دیالیزی^۸

هزینه داروهای تزریقی حین دیالیز نظیر هپارین، سرم‌های تزریقی (نمکی، قندی نمکی، رینگر و...) گلوکز هیپرتونیک، میدودین (داروی بالابرنده فشارخون) در گلوبال دیالیز لحاظ شده است و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

داروهای تخصصی: داروهای تخصصی زیر براساس ضوابط جاری بیمه ای قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^۹

ERYTHROPOIETIN-۱ (تمام دوز و اشکال مورد تعهد): این دارو در بخش سرپایی و بستری حسب ضوابط

بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است و بطور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.^{۱۰}

شماره بخشنامه ۹۷/۱۳۱۲/۹۷/۴۰۲۰-۹۷/۷/۷ ش ش ۲۸۲۶۱۳۹۵
شماره بخشنامه ۹۷/۲۵۸۲/۹۷/۴۰۲۰-۹۷/۱۲/۲۶ ش ش ۸۳۶۵۹۷۶۴۵

شماره بخشنامه ۹۶/۱۷۷۰/۹۶/۴۰۲۰-۹۶/۸/۱۵ ش ش ۹۱۴۳۵۹۸۵۲

شماره بخشنامه ۹۷/۲۵۸۲/۹۷/۴۰۲۰-۹۷/۷/۴ ش ش ۱۰۸۶/۷/۴

۲- ترکیبات آهن وریدی تزریقی (مانند IRON SUCROSE): در بخش سرپایی و بستری حسب ضوابط بصورت ۱۰۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت است به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

۳- Sevelamer: این دارو در بخش سرپایی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

- هزینه داروهای مصرفی حین انجام دیالیز، همزمان با ثبت جلسات دیالیز، در صورت ثبت با کدینگ دارویی قابل پرداخت می‌باشد.

- داروهایی که به همراه دیالیز قابل پرداخت می‌باشند شامل داروهای روتین نبوده به عبارت دیگر داروهایی که در بسته دیالیز قرار دارند به شکل جداگانه قابل تایید و محاسبه و پرداخت نمی‌باشند.

جدول ۴: داروهای بسته گلوبال دیالیز که به شکل جداگانه قابل ثبت و پرداخت نمی‌باشند

ردیف	کد دارو	نام دارو
۱	۴۱۲	DEXTROSE ۲۰٪ ۵۰ ML VIAL ۵۰ ML INJECTION
۲	۴۱۵	DEXTROSE ۵۰٪ ۵۰ ML VIAL ۵۰ ML INJECTION
۳	۶۲۵	HEPARIN SODIUM ۱۰,۰۰۰U/۱ML AMP INJECTION
۴	۱۳۰۴۴	HEPARIN SODIUM ۱۰۰۰۰IU/ML ۱۰ ML AMP INJECTION
۵	۱۹۷۸	HEPARIN SODIUM ۲۵,۰۰۰U/۵ML VIAL INJECTION
۶	۶۲۴	HEPARIN SODIUM ۵,۰۰۰U/۱ML AMP INJECTION
۷	۶۱۱۶۰	INSULIN SYRING ۱۰۰IU
۸	۶۶۶۶۱	SET OF SERUM SET
۹	۵۲۶۸	SODIUM CHLORIDE ۰,۴۵٪ ۰,۵L INF P-BAG INJECTION
۱۰	۵۲۶۸	SODIUM CHLORIDE ۰,۴۵٪ ۰,۵L INF P-BAG INJECTION
۱۱	۱۱۴۹	SODIUM CHLORIDE ۰,۴۵٪ ۱۰۰۰ ML INFUSION ۱۰۰ ML INFUSION
۱۲	۲۱۸۶	SODIUM CHLORIDE ۰,۴۵٪ ۵۰۰ ML INFUSION ۵۰۰ ML INFUSION
۱۳	۴۸۶۷	SODIUM CHLORIDE ۰,۹٪ ۰,۵L INF P-BAG INJECTION
۱۴	۱۱۴۱	SODIUM CHLORIDE ۰,۹٪ ۱۰۰۰ ML INFUSION ۱۰۰۰ ML INFUSION
۱۵	۶۴۱۷	SODIUM CHLORIDE ۰,۹٪ ۲۵۰ ML INF P-BOTTLE INFUSION
۱۶	۱۱۴۴	SODIUM CHLORIDE ۰,۹٪ ۵۰۰ ML INFUSION ۵۰۰ ML INFUSION

ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۶,۰۰۰ U) ۰,۶ML AMP	۱۷۷۲۳	۱۷
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۱۰,۰۰۰ U) ۱ML AMP	۱۷۷۲۵	۱۸
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۱۰,۰۰۰ U) ۱ML SYRINGE INJECTION	۲۲۹۵	۱۹
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۲,۰۰۰ U) ۰,۲ML SYRINGE INJECTION	۲۲۹۴	۲۰
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۴,۰۰۰ U) ۰,۴ML SYRINGE INJECTION	۲۰۴۳	۲۱
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۶,۰۰۰ U) ۰,۶ML SYRINGE INJECTION	۲۲۹۲	۲۲
ENOXAPARIN ۱۰۰MG/ML (۸,۰۰۰ U) ۰,۸ML SYRINGE INJECTION	۲۲۹۳	۲۳

۵- آزمایشات بیماران دیالیزی

الف) آزمایش‌های حین دیالیز: هزینه انجام آزمایشات BUN (قبل و بعد دیالیز)، Creatinin, CBC, HCT که برحسب نیاز توسط پزشک در بخش دیالیز درخواست می‌شود در گلوبال دیالیز لحاظ شده و طبیعتاً نباید این آزمایشات در دفترچه بیمه بیماران نوشته شود.^{۱۱}

ب) آزمایش‌های دوره ای: آزمایشات دوره‌ای دیالیز در گلوبال دیالیز لحاظ نشده و صرفاً با قید دوره زمانی آزمایشات (ماهانه، سه ماهه و...) در نسخه بیماران قابل پرداخت است.^{۱۲}

نکته ۱: آزمایش FBS ماهانه فقط در بیماران دیالیزی دیابتیک قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

نکته ۲: درخواست هر گونه آزمایش اضافی در قالب آزمایشات دوره‌ای بیماران همودیالیز قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد.

ملاک محاسبه و پرداخت سهم سازمان این آزمایشات در مراکز دانشگاهی، ۷۰٪ تعرفه دولتی می‌باشد. ۳۰٪ فرانشیز بیماران از محل اعتبارات هدفمندی یارانه‌های در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تامین می‌گردد. بدیهی است بیمار از پرداخت فرانشیز در بخش دانشگاهی معاف می‌باشد.

تبصره: محاسبه و پرداخت سایر خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در نسخه جداگانه با درج اندیکاسیون، به صورت ۱۰۰٪ تعرفه دولتی می‌باشد.

^{۱۱} شماره بخشنامه ۹۸/۶/۶۴۹-۴۰۲۰/۹۸/۶/۵-۹۸/۴/۵ ش ش ۳۹۲۱۶۵۳۴

^{۱۲} شماره بخشنامه ۹۷/۲۵۸۲/۹۷/۲۵۸۲-۴۰۲۰/۹۷/۱۲/۲۶-۹۷/۱۲/۲۶ ش ش ۳۶۵۹۷۶۴۵

۱-۱- مسئول فنی واجد شرایط مرکز/بخش دیالیز شامل فوق تخصص کلیه (نفرولوژیست) و یا متخصص داخلی دوره دیده دیالیز (مورد تایید وزارت بهداشت) می‌باشد.

۱-۲- پزشک عمومی دوره دیده (دارای مدرک آموزشی طی دوره دیالیز مورد تایید وزارت بهداشت) می‌تواند بعنوان جانشین مسئول فنی در مراکز به صورت مقیم حضور داشته باشد.

۲- در صورت عدم حضور مسئول فنی یا جانشین وی در ساعت‌ها و نوبت‌های کاری موظف، ضمن گزارش به دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، مطابق دستورالعمل نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور عمل گردد.

۳- تمامی بیماران باید هفته ای یک بار توسط نفرولوژیست یا متخصص داخلی دوره دیده (دارای مدرک آموزشی طی دوره دیالیز مورد تایید وزارت بهداشت) ویزیت شوند.

۴- تمامی بیماران باید در هر نوبت دیالیز توسط مسئول فنی یا جانشین وی ارزیابی گردند، ارزیابی شامل نظارت، کنترل و تایید گزارش (Sheet) دیالیز می‌باشد.

۸- پرداخت دوکا در دیالیز^{۱۴}

در صورت حضور تمام وقت مسئول فنی مشمول آئین نامه ۲کا و انجام ارزیابی بیماران، ۹۰٪ جزءحرفه ای خدمت همودیالیز (بعنوان کای دوم) قابل محاسبه و پرداخت است.

پرداخت جزء حرفه‌ای خدمت دیالیز برای پزشکان مشمول ۲ کا بصورت ۱۹۰٪ می‌باشد. (شایان ذکر است سهم بیمار یا فرانشیز ۱۰٪، توسط سازمان بیمه‌گر به صورت یک کا محاسبه می‌گردد و بیمه‌شده بابت خدمت دیالیز هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند).^{۱۵}

۹- تایید مکانیزه خدمات دیالیز^{۱۶}

- نحوه پرداخت خدمات دیالیز بیمارانی که علیرغم داشتن استحقاق درمان، امکان ثبت مکانیزه در پورتال معاونت درمان ندارند: هزینه خدمات انجام شده به این بیماران با ارائه گواهی استحقاق درمان از شعب بیمه‌ای و تکمیل و ارسال sheet خدمات انجام شده توسط مرکز دیالیز قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

شماره بخشنامه ۹۸/۶/۹-۴۰۲۰/۹۸/۱۱۱۷ ش ۹۸/۶/۹ ش ۴۳۶۹۳۰۰۸^{۱۴}

شماره بخشنامه ۹۸/۳/۲۸-۴۰۲۰/۹۸/۵۷۶ ش ۹۸/۳/۲۸ ش ۴۰۳۷۱۷۹۴^{۱۵}

شماره بخشنامه ۹۷/۶۳۰-۴۰۲۰/۹۷/۶۳۰ ش ۹۷/۴/۱۲ ش ۹۷/۴/۱۲ ش ۲۴۵۶۰۹۴۸^{۱۶}

شماره بخشنامه ۹۸/۵/۱۳-۴۰۲۰/۹۸/۹۴۳ ش ۹۸/۵/۱۳ ش ۲۵۴۵۲۰۲^{۱۶}

- از تاریخ ۹۶/۸/۱ جلسات دیالیز (حاد، مزمن، صفاقی) که در پورتال معاونت درمان ثبت می‌گردند قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^{۱۷}

- خدمت دیالیز مزمن پس از تشکیل پرونده قابل تایید و محاسبه و پرداخت می‌باشد بدیهی است تشکیل پرونده منوط به اخذ مدارک مثبت از جمله معرفی نامه دانشگاه علوم پزشکی استان مربوطه، گواهی پزشک معالج و... می‌باشد و در صورت جابجایی بیمار جهت دریافت خدمت به شکل دائمی از یک استان به استان دیگر، اسکن معرفی نامه فرد از دانشگاه مقصد در پرونده الکترونیک بیمار الزامی است.^{۱۸}

- با توجه به اعمال قیمت لوازم مصرفی در سامانه، نیازی به اخذ فاکتور خرید ست و سوزن و صافی نمی‌باشد.

- پس از ارسال کامل اطلاعات به شکل مکانیزه، نیازی به ارسال Sheet دیالیز و ارائه مستندات کاغذی به سازمان نبوده و پذیرش صورتحساب براساس درخواست مرکز منطبق با اطلاعات الکترونیک ارسال شده خواهد بود.

- در حال حاضر بجز خدمت همودیالیز و ارائه خدمات دارویی، هیچ خدمت دیگری (مانند ترانسفوزیون خون) در صفحه دیالیز قابل ثبت نمی‌باشد به همین جهت خدماتی مانند انتقال خون جداگانه قابل پرداخت می‌باشد.

- تا اطلاع ثانوی نیازی به ثبت اینترنتی خدمت دیالیز بیماران بستری در بیمارستان نبوده و سامانه ثبت اینترنتی جلسات دیالیز مختص بیماران سرپائی می‌باشد.

- چنانچه بیمار نیازمند دریافت خدمت دیالیز در روزهای متوالی یا مازاد بر تجویز معمول (بیش از ۱۵ جلسه در ماه) باشد، در لینک ثبت جلسات دیالیز، با تکمیل فیله‌های علت جلسه مازاد و اسکن دستور پزشک معالج و تکمیل سایر اطلاعات لازم، می‌توان مبادرت به ثبت جلسات مازاد یا متوالی نمود.

- ارسال اسناد کاغذی دیالیز حذف و مبلغ پرداختی صرفاً بر اساس تائید جلسات ثبت شده در پورتال معاونت درمان سازمان خواهد بود. صحت ثبت صورتحساب‌ها و حضور مسئول فنی در بیمارستان‌ها و سایر ضوابط دیالیزها به عهده ناظرین بیمارستانی و بازرسین می‌باشد.^{۱۹}

- چنانچه مرکز دیالیز مستقل باشد، فیشیه آن تحت عنوان درمانگاه تشکیل گردد.^{۲۰}

شماره بخشنامه ۹۶/۹۶/۸۲۰-۴۰۲۰/۹۶/۸۲۰-۴۰۲۰/۹۶/۸۲۰ ش ۹۶/۴/۱۸ ش ۱۰۷۷۸۴۰۱

شماره بخشنامه ۹۶/۹۸/۶۴۹-۴۰۲۰/۹۸/۶۴۹-۴۰۲۰/۹۸/۶۴۹ ش ۹۸/۴/۵ ش ۳۹۲۱۶۵۳۴

شماره بخشنامه ۹۶/۹۶/۳۰۰-۴۰۲۰/۹۶/۳۰۰-۴۰۲۰/۹۶/۳۰۰ ش ۹۶/۲/۲۰ ش ۹۲۲۱۱۷۳

شماره بخشنامه ۹۵/۹۵/۳۹-۴۰۲۰/۹۵/۳۹-۴۰۲۰/۹۵/۳۹ ش ۹۵/۱/۲۱ ش ۶۳۳۲۹۲۲

- در صورتی که بیمارستان طرف قرارداد خدمت دیالیز نیز ارائه نماید، فیشیه آن تحت عنوان درمانگاه تشکیل و به بیمارستان مربوطه متصل گردد.

- در صورت انجام دیالیز در یک درمانگاه مستقل، خدمت دیالیز جزء خدمات جانبی درمانگاه ثبت گردد.

- با عنایت به اینکه مراکز دیالیز هیچ گونه فرانشیزی از بیمه شدگان دریافت نمی نمایند، پرداخت مطالبات مراکز دیالیز در اولویت قرار گیرد.^{۲۱}

- با توجه به گسترش طرح اخذ اصالت دارو و ثبت کد رهگیری، به مراکز ارائه دهنده خدمت دیالیز در خصوص لزوم تهیه بارکدخوان جهت اجرای طرح مذکور و تایید اصالت داروهایی که مشمول طرح اخذ اصالت دارو هستند و به هنگام ارائه خدمت دیالیز، اطلاع رسانی لازم انجام گردد.^{۲۲}

۱۰- خدمات انتقال خون بیماران خاص

هزینه انتقال خون بیماران خاص به صورت سهم سازمانی سرپایی ۷۰٪ و بستری ۹۰٪ قابل محاسبه و پرداخت می باشد فرانشیز بیماران خاص از محل اعتبارات یارانه ای وزارت بهداشت می باشد.^{۲۳}

هزینه تزریق خون در گلوبال لحاظ نشده و لیکن بر طبق بخشنامه سازمان انتقال خون در بیماران خاص، تزریق رایگان است و از بیمار هزینه ای درخواست نمی شود.^{۲۴}

۱۱- تعهدات دیالیز صفاقی^{۲۵}

۱۱-۱- تعبیه کاتتر دیالیز صفاقی: کد ۹۰۰۱۵۰ برای بیماران ESRD که نیازمند تعبیه کاتتر دیالیز صفاقی برای انجام پروسه دیالیز صفاقی در منزل می باشد که بصورت گلوبال در یک دوره بستری معادل ۱۳۷,۵ کا جراحی (بابت کلیه خدمات بستری اعم از هتلینگ، حق العمل جراحی، بیهوشی، مشاوره، ویزیت، دارو، تجهیزات، رادیوگرافی، دیالیز و ...) قابل محاسبه و پرداخت می باشد. (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد)

شماره بخشنامه ۴۶۹/۵۰/۹۰/۰۲-۹۰/۱۱/۱۰ ش ش ۷۹۹۳۵^{۲۱}

شماره بخشنامه ۴۰۵/۹۸/۲۰-۹۸/۱۰/۱۱ ش ش ۴۹۲۷۷۳۶^{۲۲}

شماره بخشنامه ۴۰۵/۹۸/۲۰-۹۸/۲/۱۴ ش ش ۳۸۳۴۶۷۹۳^{۲۳}

شماره بخشنامه ۴۰۵/۹۷/۲۰-۹۷/۱۲/۲۶ ش ش ۳۶۵۹۷۶۴۵^{۲۴}

شماره بخشنامه ۴۰۹/۹۴/۲۶-۹۴/۱۲/۱ ش ش ۶۰۸۹۳۹۶^{۲۵}

۱۱-۲- کارگذاری کاتتر یا کانول داخل پریتون برای درناژ یا دیالیز موقت: چنانچه بیماری به علل دیگری بستری و به صورت موردی نیازمند انجام دیالیز صفاقی موقت باشد کد ۴۰۲۰۶۵ "کارگذاری کاتتر یا کانول داخل پریتون برای درناژ یا دیالیز موقت" معادل ۱۰ کا جراحی برای یکبار در طول بستری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. تبصره ۱: در صورت نیاز به عمل کاتترگذاری مجدد، بند فوق قابل اجرا می‌باشد.

تبصره ۲: هزینه کاتتر دیالیز صفاقی در شرح خدمت لحاظ شده و جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشد.

۱۱-۳- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی: توسط پزشکان دوره‌دیده براساس راهنمای بالینی (پیوست شماره یک) با کد ملی ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی ۱۲ کا قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. (سهم فرانشیز بیمه شده بر عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

۱۱-۴- هزینه محلول دیالیز صفاقی: منحصراً هزینه محلول دیالیز صفاقی براساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو در هر سال پرداخت می‌گردد.

تبصره: تامین محلول دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفاً تعرفه های مندرج در بند های فوق را از سازمانهای بیمه گر دریافت می نمایند و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی)

تبصره: تامین ملزومات مصرفی دیالیز صفاقی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و بر عهده شرکت توزیع کننده می‌باشد.

پیوست شماره یک

راهنمای بالینی و شرح وظایف پزشکان در دیالیز صفاقی:

۱- ویزیت بیمار توسط متخصص نفرولوژی و انجام معاینات بالینی برای ارزیابی شرایط جسمی و بررسی نتایج آزمایشات و دفترچه دیالیز صفاقی برای تایید کارایی کاتتر و صفاق.

۲- تجویز دارو و آزمایشات مورد نیاز برای بیماران حسب ضرورت

۳- درخواست مشاوره و ارجاع بیمار به سایر متخصصین براساس نیاز

۴- بررسی روند رشد و تکامل بیماران اطفال و مداخلات پزشکی در زمان مورد نیاز

۵- ویزیت و معاینه محل خروجی کاتتر

۶- بررسی کفایت دیالیز بیمار (KT/V) از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه های محلول خروجی دیالیز صفاقی، سرم و ادرار بیمار

۷- بررسی کفایت پرونده صفاق بیمار یا **PET (Peritoneal Equilibration Test)** از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه های محلول خروجی دیالیز صفاقی، سرم و ادرار بیمار (هر شش ماه یکبار)

۸- تجویز نوع محلول مصرفی و دفعات انجام دیالیز مناسب برای بیمار براساس کفایت دیالیز و نوع پرده صفاق بیمار

۹- ویزیت و آموزش بیمار (بیان حالات و اثرات درمانی، تغذیه، دارو درمانی) پس از شروع درمان دیالیز صفاقی (بصورت ماهانه)

۱۰- پاسخگوی به مشاوره تلفنی بیماران، پرستار و در موارد اورژانس سایر پزشکان

۱۱- ویزیت اورژانسی بیماران حسب ضرورت (بروز عوارض یا هر گونه مداخله پزشکی که نیازمند به ویزیت و مراقبت خارج از زمان نوبت بندی شده برای بیماران باشد)

۱۲- تعهدات خدمت CRRT (continuous renal replacement therapy) ۲۶

۱۲-۱- **خدمت CRRT:** هزینه خدمت با کد ۹۰۰۱۵۳ (هموفیلتراسیون و درمان های مداوم جایگزین کلیه) کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت، هر ۲۴ ساعت یکبار مشابه سایر خدمات بستری، به صورت ۹۰٪ سهم سازمان قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲-۱- **لوازم مصرفی:** به ازای هر ۲۴ ساعت دیالیز به روش CRRT لوازم زیر قابل پرداخت می باشد.

- ۱- حداکثر یک عدد ست و یک عدد فیلتر CRRT قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
 - ۲- تعداد محلول ۵ لیتری براساس مستندات ارائه شده در پرونده قابل محاسبه و پرداخت می باشد.
- نکته: خاطر نشان می گردد قیمت های جدول زیر با لحاظ سود ۸ درصد محاسبه گردیده است.

جدول ۶: پرداخت هزینه تجهیزات مصرفی دیالیز به روش CRRT ۲۷ (مبالغ به ریال)

کد ملی	ویژگی کد	شرح کد	بهای ست CRRT	بهای فیلتر CRRT	بهای محلول ۵ لیتری
۹۰۰۱۵۳	#	CRRT هموفیلتراسیون و درمان های مداوم جایگزین کلیه	۵/۰۰۹/۰۰۰	۱/۵۰۰/۰۰۰	۱/۸۰۰/۰۰۰

شماره بخشنامه ۹۸/۲۶-۴۰۲۰/۹۸/۲۱۷۷ شماره ش ۹۸/۱۰/۲۶-۴۰۲۰/۹۸/۲۱۷۷ ش ۹۸/۱۰/۲۶-۴۰۲۰/۹۸/۲۱۷۷

شماره بخشنامه ۹۸/۲۴-۴۰۲۰/۹۸/۲۴۵۸ شماره ش ۹۸/۱۲/۵-۴۰۲۰/۹۸/۲۴۵۸ ش ۹۸/۱۲/۵-۴۰۲۰/۹۸/۲۴۵۸

۱۳- دفترچه بیماران خاص

مدت استفاده از دفترچه درمانی خاص برای بیمه شدگانی که تحت عمل پیوند کلیه قرار می‌گیرند، ۹۰ روز می‌باشد.

۲۸

صدور دفترچه خاص برای بیماران خاص (تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی) میسر می‌باشد در این خصوص بیماران، دارو و خدمات تخصصی خود را براساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی به صورت رایگان (ضمن تایید نسخه در پورتال معاونت درمان با وب خاص) دریافت می‌نمایند.^{۲۹}

لازم به ذکر است بیماران دچار نارسایی حاد کلیه نیز براساس دستورالعمل بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی، فرانشیز هزینه خدمات همودیالیز را پرداخت نمی‌نمایند و هزینه آن بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه است لذا نیازی به صدور دفترچه بیماران خاص برای آنان نمی‌باشد.

۱۴- برخی ضوابط ساختمانی، بهداشتی و ایمنی بیمار در بخش دیالیز^{۳۰}

با توجه به آیین نامه تاسیس مراکز جامع دیالیز:

- ۱- محل ورودی ساختمان، دارای فضای کافی جهت پارک موقت آمبولانس و یا سایر وسایل نقلیه امدادی باشد.
- ۲- در صورتی که بخش دیالیز در بیمارستان و یا درمانگاه تخصصی داخلی مستقر و ایجاد شود حتی الامکان از سایر بخش‌ها و قسمت‌های غیر وابسته و غیر ضروری جدا بوده و به درب ورودی بیمارستان و یا درمانگاه نزدیک باشد.
- ۳- مرکز/بخش دیالیز باید در طبقه همکف قرار داشته باشد و در صورتی که در طبقات دیگر واقع شود باید مجهز به آسانسور (با قابلیت انتقال بیمار با ویلچر و یا تخت) و راه اضطراری و نزدیک به اتاق تصفیه آب باشد.
- ۴- در صورتی که مرکز/بخش دیالیز در طبقه فوقانی قرار دارد باید نسبت به ایزولاسیون کف و غیر قابل نفوذ نمودن آن به آب اقدام گردد.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۸۴-۴۰۲۰/۸/۸۷/۸ ش ش ۱۲۹۴۴۰^{۲۸}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۶۴۹-۴۰۲۰/۵/۴۰/۹۸ ش ش ۳۹۲۱۶۵۳۴^{۲۹}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۸/۲۵۱۵-۴۰۲۰/۱۳/۱۲/۹۸ ش ش ۵۲۲۱۴۱۸۱^{۳۰}

۵- ورودی مرکز/بخش دیالیز بدون پله و همکف با سطح باشد و تسهیلات استفاده از ویلچر و تخت بیمارستانی را دارا باشد.

۶- مرکز/ بخش دیالیز باید دارای اتاق انتظار بیمار، اتاق غذاخوری بیمار، انبارهای قفسه بندی شده برای لوازم مصرفی (انبار روزانه)، انبار مرکزی، رختکن‌های جداگانه برای پرسنل و بیماران (خانم و آقا) به همراه یک حمام در جوار رختکن پرسنل، سرویس‌های بهداشتی جداگانه برای پرسنل و بیماران (خانم و آقا) با قابلیت عبور ویلچر در سرویس بهداشتی بیماران و وجود توالت فرنگی جهت بیماران، اتاق استراحت پرسنل، اتاق پزشک، آبدارخانه، اتاق مخصوص دستگاه‌های تصفیه آب (RO)، اتاق مدارک پزشکی، اتاق تی شوی اتاق تمیز، اتاق کثیف، اتاق ایزوله و ترجیحاً یک اتاق جهت کلاس آموزش باشد.

۷- برای هر ماشین دیالیز و تخت (یا مبل) کنار آن ۲/۲۵ در ۲/۲۵ متر فضا لازم است و به اندازه ۱/۲۵ متر به عرض اتاق دیالیز برای محل رفت‌وآمد اضافه شود.

۸- ایستگاه پرستاری و یا محل استقرار پرستار در اتاق دیالیز در جایی قرار گیرد که همه بیماران در معرض دید بوده و در عین حال با تخت بیماران نیز حدود ۳ متر فاصله داشته باشد.

۹- ایستگاه پرستاری دارای hand rub و فضای کافی جهت نگهداری یادداشته‌ها و داروهای ضروری داشته باشد و یا در جنب آن فضا پیش‌بینی گردد.

۱۰- یک اتاق ایزوله با یک تخت پیش‌بینی گردد که اندازه آن بستگی به نیاز می‌باشد ولی کمتر از حداقل ۲۰ متر مربع نباشد.

تبصره: در شهرهایی که فاقد مرکز/ بخش دیالیز می‌باشند، مرکز دیالیز الزاماً باید اتاق آنتی‌ژن مثبت با یک تخت جهت بیماران آنتی‌ژن مثبت در نظر بگیرد.

۱۱- بخش دیالیز باید به گونه‌ای طراحی گردد که با پرده و یا پاراوان در موقع لزوم بتوان برای هر بیمار فضای خصوصی ایجاد نمود.

۱۲- مرکز/بخش دیالیز باید به نحوی طراحی شوند که اتاق های دیالیز در روز و شب دارای نور کافی باشند و حتی المقدور در طول روز از نور طبیعی استفاده شوند.

۱۵- داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی لحاظ شده در بسته گلوبال خدمت همودیالیز^{۳۱}

جدول ۷: داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی لحاظ شده در بسته گلوبال خدمت همودیالیز

مدل/مارک های واجد شرایط (تولید داخل و خارج)	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)	اقلام مصرفی مورد نیاز	ردیف
داخل	۵٪	Nacl ۵٪	۱
داخل	۱۰٪	Glucose ۵۰٪	۲
داخل	۲۰٪	Glucose ۲۰٪	۳
داخل	۲	هپارین ۵۰۰۰ واحدی	۴
داخل	۲ عدد	سرم کلورسدیم یک لیتری	۵
داخل	۱ ست	ست سرم	۹
داخل	۱ عدد	سرنگ ۲۰ سی سی	۱۰
داخل	۱ عدد	سرنگ ۲ سی سی	۱۱
داخل	۱ عدد	سرنگ انسولین	۱۲
داخل	۲ عدد	سرنگ ۵ سی سی	۱۳
داخل	۳ جفت	دستکش معاینه لاتکس	۱۴
داخل	۱/۳ حلقه	چسب ضد حساسیت	۱۵
داخل	۱ عدد	ماسک سه لایه	۱۶
داخل	۱۰ cm	چسب حصیری جهت S.C	۱۷
داخل	۱۰ گرم	پنبه	۱۸
داخل	۳۰ سی سی	الکل	۱۹
داخل	۱۰ سی سی	بتادین	۲۰
داخل	۲۰ گرم	گاز ۱۰، ۱۰	۲۱
داخل	۵/۰ موارد	آنژیوکت	۲۲

داخل	۰/۳ کیلوگرم	نمک RO	۲۳
داخل	۰/۱ موارد	ست خون	۲۴
داخل	۰/۱ موارد	سه راهی آنژیوکت	۲۵
داخل	۱	ست پانسمان	۲۶
داخل	۰/۱ موارد	نخ بخیه	۲۷
داخل	۰/۱ موارد	تیغ بیستوری	۲۸
داخل	۰/۱ موارد	سوند اکسیژن	۲۹
داخل	۲ عدد	ماسک	۳۰

۱۶- تعهدات پیوند کلیه

۱۶-۱- عمل پیوند کلیه (گیرنده کلیه) بصورت گلوبال^{۳۲}

۱) پیوند کلیه از فرد زنده: 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.

۲) پیوند کلیه از جسد: 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.

- داروهای ایمونوساپرسیو و (Anti Thymocyte immunoglobulin) ATG در گلوبال عمل پیوند کلیه لحاظ نگردیده و جداگانه قابل پرداخت است.

- تعرفه گلوبال پیوند کلیه به شرح جدول ذیل تدوین و قابل محاسبه و پرداخت می باشد.^{۳۳}

- در صورت تمام وقت بودن هر یک از پزشکان ارائه دهنده خدمت، صرفاً بابت حق العمل جراحی و بیهوشی دو کا پرداخت می گردد و ویزیت و مشاوره را شامل نمی شود.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۷۰-۴۰۲۰/۹۶/۸/۱۵-۹۶ ش ۱۴۳۵۹۸۵۲^{۳۲}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۳۴-۴۰۲۰/۹۶/۱۱/۱۵-۹۶ ش ۱۸۶۸۸۰۴۸^{۳۳}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۶۶۸-۴۰۲۰/۹۶/۱۲/۱۰-۹۶ ش ۶۱۲۹۰۰۱

جدول ۸: تعرفه گلوبال پیوند کلیه

ارزش نسبی تام	جزء فنی				جزء حرفه ای (ارزش های تام)				شرح خدمت	کد ملی
	داروی ایمنوساپرسیبو	هتینگ	اتاق عمل	پارا کلینیک	ویزیت و مشاوره سایر	ویزیت و مشاوره نفر ولوژیست	بیهوشی	جراحی		
۹۸۲,۵	بر اساس فاکتور	۳۶۰	۹۰	۵۰	۲۰	۱۷۰	۵۲,۵	۲۴۰	پیوند کلیه دهنده (زنده) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۵۰۰۰۹۰
۱۰۹۸,۷۵	بر اساس فاکتور	۳۲۵	۱۴۰	۴۵	۲۵	۱۸۰	۳۳,۷۵	۳۵۰	پیوند کلیه دهنده (جسد) - گیرنده شامل برداشت و انجام عمل پیوند	۵۰۰۰۹۵

۱۶-۲- داروهای تخصصی بیماران پیوند کلیه^{۳۴}

جدول ۹: داروهای تخصصی بیماران پیوند کلیه

نام دارو	ردیف
Ciclosporin cap-Tab	۱
Ciclosporin infu	۲
Ciclosporin oral sol	۳
Mycophenolic acid cap-Tab	۴
Erythropoietin	۵
Anti Thymocyte immunoglobulin ۲۵۰mg/۵ml	۶
Anti Thymocyte immunoglobulin Amp ۲۵mg	۷
Gancyclovir	۸
Cap-Tab Tacrolimus ۱ mg	۹
Cap-Tab Tacrolimus ۵ mg	۱۰
Cap-Tab Sirolimus ۱ mg	۱۱
Vial Daclizumab	۱۲
Busulfan	۱۳

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۱۷۷۰-۴۰۲۰/۹۶/۱۵ ش ۹۶/۸/۱۵ ش ۱۴۳۵۹۸۵۲^{۳۴}

تبصره: داروهای فوق در سایر موارد پیوند اعضا در زمان بستری با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به این بیماران ارائه می‌گردد.
(سهم فرانشیز بیمه‌شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد)

– **داروی GCSF، آمفوتریسین و سایر داروهای در تعهد:** با توجه به اینکه این داروها در لیست تفاهم‌نامه دارویی مشمول فرانشیز ۱۰ درصد می‌باشند، لذا تا زمانی که در تفاهم‌نامه هستند در بخش‌های بستری و سرپایی با فرانشیز ۱۰ درصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^{۳۵}

– هزینه داروهای تخصصی جلوگیری از رد عمل پیوند، حین بستری با فرانشیز رایگان قابل محاسبه و پرداخت است.
– تایید نسخ حاوی داروهای تخصصی جلوگیری از رد پیوند بیماران پیوندی منوط به داشتن پرونده الکترونیک فعال و با نوع نسخه "وب پیوند" برابر با ضوابط اعلامی بلامانع است. (در نسخه غیرالکترونیک)
– در نسخه الکترونیک نوع نسخه به شکل خودکار توسط سیستم درج می‌گردد.

– داروهای تخصصی جلوگیری از رد پیوند در بخش سرپایی براساس انواع ژنریک مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر بدون اخذ فرانشیز قابل محاسبه و پرداخت است.

– فرانشیز داروهایی که مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر نیستند ولی براساس تفاهم‌نامه دارویی در فارماکوپه دارویی سازمان‌ها قرار می‌گیرد، با همان فرانشیز مشخص شده در تفاهم‌نامه به بیمار تحویل می‌گردد.^{۳۶}

– **سایر داروهای در تعهد بیماران پیوند کلیه:** داروهای زیر با فرانشیز ۰٪ (رایگان) به بیماران پیوند کلیه ارائه می‌گردد.
(سهم فرانشیز بیمه‌شده به عهده سازمان می‌باشد)^{۳۷}

Anti lymphocyte immunoglobulin ۵۰ mg/ml vial

Anti lymphocyte immunoglobulin ۱۰۰ mg/۵ml vial

^{۳۵} شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۱/۱۴۲۱-۹۱/۸/۳۰-ش ۳۷۱۰۸۰

^{۳۶} شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۲۳۷-۴۰۲۰/۲/۲۶-ش ۹۳۲۸۶۲۸

^{۳۷} شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۱۲۷۸-۸۷/۹/۱۸-ش

– **تجویز داروی ریتوکسی ماب (Rituximab) در درمان رد پیوند:** در درمان رد پیوند با شرایط زیر و مطابق فارماکوپه دارویی پورتال معاونت درمان سازمان مشمول تعهدات بیمه پایه می‌باشد هزینه دارو پس از تأیید در پورتال معاونت درمان سازمان، قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.^{۳۸}

راهنمای تجویز داروی ریتوکسی ماب (Rituximab) در درمان رد پیوند

(۱) درمان رد پیوند حاد با واسطه آنتی بادی (Antibody Mediated Rejection یا AMR)

رد پیوند حاد با واسطه آنتی بادی پس از پیوند و در افراد با سابقه وجود آنتی بادی علیه آنتی ژنهای دهنده و یا با تولید آنتی بادی بعد از پیوند رخ می‌دهد.

تشخیص براساس یافته‌های پاتولوژیک و وجود Anti HLA antibody داده می‌شود.

(۲) اساس استفاده از ریتوکسی ماب

با توجه به نقش B cells در تولید آنتی بادی علیه آنتی ژنهای HLA دهنده، استفاده ریتوکسی ماب جهت کاهش تولید آنتی بادی کمک کننده است.

براساس مطالعات متعدد، سودمندی استفاده از ریتوکسی ماب در AMR نشان داده شده است.

(۳) پروتکل درمانی ریتوکسی ماب

پس از انجام ۵ جلسه پلاسمافرزیس و تزریق 100 mg/kg IVIG پس از هر جلسه پلاسمافرزیس و پس از آخرین جلسه پلاسمافرزیس، 375 mg/m^2 Rituximab تجویز می‌گردد.

(۴) مدارک لازم برای تأییدیه ریتوکسی ماب

– گزارش پاتولوژی بیوپسی کلیه

– گواهی نفرولوژیست مبنی بر ضرورت استفاده از ریتوکسی ماب در درمان بیمار.

۳-۱۶- آزمایشات پیش از عمل پیوند کلیه

-آزمایش HLA به روش PCR: آزمایش HLA به روش PCR برای دهندگان و گیرندگان پیوند کلیه بدلیل نداشتن اندیکاسیون درمانی در تعهد نمی‌باشد.^{۳۹}

-آزمایشات دهنده پیوند: چنانچه بیمار (گیرنده پیوند) بیمه‌شده سازمان تامین اجتماعی نباشد، آزمایشات پیش از عمل دهنده پیوند در تعهد سازمان تامین اجتماعی نمی‌باشد و دهنده پیوند نمی‌تواند از دفترچه تامین اجتماعی خویش برای انجام آزمایشات پیش از عمل پیوند استفاده نماید.^{۴۰}

۴-۱۶- ضوابط تأیید بیماران تحت عمل پیوند کلیه: در خصوص بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار می‌گیرند، مقتضی است بیماران مذکور توسط ناظر بیمارستانی رویت و پس از بررسی و اخذ استحقاق درمان، در صورتیکه واجد شرایط می‌باشند نسبت به تکمیل فرمت ذیل از تاریخ ۹۱/۸/۱ با رعایت سایر ضوابط و مقررات اقدام گردد.^{۴۱}

ریاست محترم بیمارستان.....

با سلام

احتراماً، پیرو توافق بعمل آمده با هیات امناء ارزی طی صورتجلسه شماره ۱۷۶۶۸ مورخ ۹۱/۷/۲۴ بیمار خانم/ آقا دارای دفترچه درمانی به شماره که بیمه‌شده این سازمان می‌باشد، جهت انجام پیوند کلیه معرفی می‌گردد.

رئیس دفتر اسناد پزشکی استان.....

۵-۱۶- ضوابط رسیدگی به اسناد پیوند کلیه: ^{۴۲}

آن دسته از بیمارستان‌هایی که با هیئت امناء ارزی قرارداد دارند می‌بایست ماهانه پرونده‌های پیوند کلیه را در اسرع وقت (قبل از ارسال به هیات امناء) جهت رسیدگی به دفاتر اسناد پزشکی ارسال نموده تا دفاتر مذکور نیز پس از رسیدگی و کارشناسی اسناد مربوطه، لیست و مبلغ نهایی تایید شده را به هیات امناء ارزی تحویل نمایند.

بیمارستان‌هایی که با هیئت امناء ارزی قرارداد ندارند، مطابق روال جاری، هزینه اسناد پیوند کلیه پس از کارشناسی ناظر بیمارستانی، از طریق دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی محاسبه و پرداخت گردد.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۷/۲۳۶۵-۴۰۲۰/۹۷/۱۱/۲۸-۹۷/۱۱/۲۸ ش ۲۷۹۷۳۰۴۱^{۳۹}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۵/۱۹۲-۴۰۲۰/۹۵/۲/۱۳-۹۵/۲/۱۳ ش ۶۴۸۶۱۲۸^{۴۰}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۱/۱۲۱۳-۴۰۲۰/۹۱/۷/۳۰-۹۱/۷/۳۰ ش ۳۶۳۰۵۹^{۴۱}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۴۰۶-۴۰۲۰/۹۹/۴/۲-۹۹/۴/۲ ش ۵۳۸۸۳۹۸^{۴۲}

۱۶-۶- مدت زمان استفاده از دفترچه درمانی خاص توسط بیماران پیوندی^{۴۳}

مدت زمان استفاده از دفترچه بیماران خاص برای بیمه شدگانی که تحت عمل پیوند کلیه قرار می‌گیرند، ۹۰ روز می‌باشد.

۱۶-۷- آزمایش تشخیص COVID ۱۹ در بیماران پیوندی^{۴۴}

هزینه آزمایش COVID ۱۹ برای بیماران پیوند اعضا در بخش سرپایی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۱۷- حقوق بیمار^{۴۵}

- ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۷۸۴-۸۷/۸/۶ ش ۱۲۹۴۴۰^{۴۳}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۹/۱۳-۹۹/۱/۱۹ ش ۵۲۸۲۳۶۴۸^{۴۴}

شماره بخشنامه ۴۰۲۰/۹۶/۳۳۹-۹۶/۲/۲۶ ش ۹۲۶۰۶۷۰^{۴۵}