

# دستورالعمل بسته خدمتی

## پیمان خاص، صعب العلاج و سرطانی

مصوبه جلسه ۶۷ شورایعالی بهمه خدمات درمانی کشور

شماره نامه ۱۳۸۳۰۴ مورخ ۱۳۹۶/۷/۲۲

#### **مقدمه :**

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

#### **توضیح :**

\* هزینه کلیه خدمات و مراقبتهای سلامت مذکور در این دستورالعمل (اعم از اینکه در بخش دولتی، عمومی غیر دولتی و یا خصوصی ارائه گردد) بر مبنای ارزش زیالی K دولتی محاسبه و پرداخت می گردد.

\* در موارد خدمات مشمول ۲K ، K دوم مشمول حذف فرانشیز نمی باشد و هزینه‌ای نیز بابت فرانشیز K 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 کاتترگذاری
- ۲- آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی
- ۳- هزینه محلول دیالیز صفاقی

**(ج) تعهدات تالاسمی**

- ۱- داروهای تخصصی
- ۲- تزریق خون
- ۳- فیلتر خون
- ۴- تزریق دفروکسامین
- ۵- هزینه پمپ دفروکسامین
- ۶- هزینه عمل جراحی اسپلنتکتوومی کامل یا ناقص
- ۷- هزینه آزمایشات مرحله اول و دوم تشخیص پیش از تولد
- ۸- آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV

**(د) تعهدات هموفیلی**

- ۱- داروهای تخصصی
- ۲- تزریق فاکتور
- ۳- تزریق خون و فراورده های خونی
- ۴- هزینه انجام تزریق فسفر و ریفارمیسین داخل مفصلی
- ۵- آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV
- ۶- تعویض مفصل
- ۷- آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد هموفیلی

**۵) تعهدات MS**

- 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 ملزمات

۴- هزینه کارگزاری پورت

۵- هزینه سوزن پورت

۶- هزینه گاتنر پورت

**تعهدات رادیوتراپی و برآگی تراپی**

۱- هزینه خدمت رادیوتراپی

۲- هزینه ماسکهای رادیوتراپی

۳- هزینه لوازم مصرفی رادیوتراپی

## بیماران دیالیزی

الف) شامل بیمارانی است که دچار نارسایی مزمن کلیه می‌باشند و تیاز به انجام دیالیز دارند. (دیالیز خونی و صفاقی)  
ب) بیمارانی که به هر علت تیاز به انجام همودیالیز حاد دارند.

### الف) تعهدات همودیالیز:

#### ۱. خدمت همودیالیز :

۱-۱- همودیالیز بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه با کد ملی ۹۰۰۱۴۵ (با ارزش نسبی k ۱۵ در بخش دولتی،  
در بخش عمومی غیردولتی و خیریه و k ۲۳ در بخش خصوصی) در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده  
سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۱-۲- همودیالیز بیماران دچار نارسایی حاد کلیه (برای ۶ جلسه اول) با کد ملی ۹۰۰۱۴۰ (با ارزش نسبی k ۱۷ در  
بخش دولتی، ۲۳k در بخش عمومی غیردولتی و خیریه و k ۲۶ در بخش خصوصی) در هر جلسه (سهم فرانشیز بیمه  
شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

#### ۲. خدمت تعییه راه عروقی:

۲-۱- کاترگذاری در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۱۵ (با ارزش نسبی k ۹ که در صورت القای بیهوشی، ارزش  
پایه بیهوشی برابر ۲k) (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۲-۲- ایجاد فیستول شریانی- وریدی در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۵۳۵ (با ارزش نسبی k ۲۵ که در  
صورت القای بیهوشی پایه بیهوشی برابر k ۴) (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۲-۳- کارگزاری کاتر ورید مرکزی قرارداده شده از طریق ورید مرکزی، همراه با تونل زدن ، با یمپ با ورودی زیر  
جلدی با هر تعداد کاتر مورد نیاز یا پرمیکت در این بیماران مطابق کد ملی ۳۰۲۴۳۵ (با ارزش نسبی k ۲۰ و ارزش  
پایه بیهوشی k ۳) (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

#### ۳. هزینه لوازم مصرفی:

۳-۱- کاترهای سابلکلوبن دائم و موقت و همچنین گرافتهای عروقی براساس ضوابط جاری بیمه‌ای بطور رایگان  
به این بیماران ارائه می‌گردد.

۳-۲- لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز  
در ارتباط با هر جلسه دیالیز (حاد و مزمن) بیماران تحت پوشش بیمه پایه علاوه بر برداخت سهم بیمه شده و سهم  
سازمان از تعرفه گلوبال دیالیز هزینه (لوله رابط، یک جفت سوزن فیستولا و صافی دیالیز) براساس فاکتور خرید تا

ستف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت به صورت ۱۰۰ ادرصد قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

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

۳-۳- محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم:  
به ازای هر جلسه دیالیز هزینه محلول همودیالیز و پودر بیکربنات سدیم بر اساس نوع دستگاه بر پایه تفاهم نامه دارویی پرداخت می‌شود و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد.

#### ۴. داروهای تخصصی:

داروهای تخصصی زیر بر اساس ضوابط جاری بیمه‌ای قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۴-۱- ERYTHROPOIETIN (تمام دوز و اشکال مورد تعهد): این دارو در بخش سریاکی و بستری بطور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

۴-۲- ترکیبات آهن وربیدی نتزربیقی (مانند IRON SUCROSE): در بخش سریاکی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

۴-۳- Sevelamer: این دارو در بخش سریاکی و بستری به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد.

#### (ب) تعهدات دیالیز صفاقی:

۱. عمل کاتترگذاری جهت دیالیز صفاقی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه: مطابق کد ملی ۹۰۰۱۵۰ با ارزش نسبی K<sub>۱۳۷/۵</sub> (سهم فرانشیز بیمه شده به عهد سازمان بیمه‌گر 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.

#### ۲. آموزش و مدیریت بیمار دیالیز صفاقی:

توسط نفوذلوزیست براساس راهنمای طبیعت بالینی (پیوست شماره یک) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کد ملی ۹۰۰۱۵۵ با ارزش نسبی K<sub>۱۲</sub> (سهم فرانشیز بیمه شده به عهد سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

#### ۳. هزینه محلول دیالیز صفاقی:

منحصرأ هزینه محلول دیالیز صفاقی بر اساس قیمت های ابلاغی سازمان غذا و دارو در هر سال پرداخت می‌گردد.

تبصره: تأمین محلول دیالیز صفائی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و شرکت توزیع کننده صرفًا تعرفه‌های مندرج در بندهای فوق را از سازمانهای بیمه‌گیر دریافت می‌نمایند و از بیمه‌شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد. (به شرط ادامه تفاهم نامه دارویی)

تبصره: تأمین ملزمات مصرفی دیالیز صفائی در کلیه مراکز درمانی همچون سالهای گذشته به صورت رایگان بوده و بر عهده شرکت توزیع کننده می‌باشد.

#### ج) تعهدات بیماران تالاسمی:

۱. تزریق خون به بیماران تالاسمی: در بیماران تالاسمی، هزینه هر بار تزریق خون بصورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس مج خون، اندازه گیری هموگلوبین و تزریق خون) با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز فیلتر خون با کد ملی ۳۰۲۳۴۵ (با ارزش نسبی k۷) قابل محاسبه و پرداخت بوده و با حذف فرانشیز به این بیماران ارائه می‌گردد. فیلتر خون بصورت جداگانه قابل محاسبه و مشمول حذف فرانشیز است و در سرفصل لوازم مصرفی ثبت می‌گردد.

تبصره: در مواردی که تزریق خون با فراوردهای خونی کدهای ۸۰۲۶۶۰ (با ارزش نسبی k۶) یا ۸۰۲۶۷۶ (با ارزش نسبی k۵) انجام پذیرد، هزینه فیلتر خون قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد و هزینه ای نیز از بیمار قابل دریافت نمی‌باشد.

۲. فیلتر خون: فیلترهای تک واحدی و دو واحدی شامل حذف فرانشیز شده و جداگانه قابل درخواست است. براساس فاکتورهای خرید تا سقف قیمت ابلاغی هر سال به کلیه مراکز درمانی طرف قرارداد ارائه دهنده خدمت پرداخت می‌گردد.

۳. تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی: تزریق دفروکسامین به بیماران تالاسمی به ۲ صورت انجام می‌شود :

الف) تزریق داخل وریدی دفروکسامین در مراکز درمانی با احتساب کلیه لوازم به جز پمپ و آمبول دفروکسامین مطابق کد ملی ۹۰۰۰۴۰ بایت هر نوبت (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گیر می‌باشد).

ب) هزینه لوازم مصرفی دفروکسامین در منزل تا ۴k به صورت ماهیانه با احتساب کلیه لوازم مصرفی به جز پمپ و آمبول دفروکسامین (به شرح جدول زیر) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

ردیف	لوازم مصرفی	تعداد
۱	اسکالپ وین	۲۵ عدد
۲	سرنگ ۱۰ سی سی زیر ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
۳	سرنگ ۲۰ سی سی بالای ۱۵ سال	۲۵ عدد ماهانه
۴	چسب ضد حساسیت	یک حلقه
۵	پنبه	یک پسته
۶	الکل	۱۵۰ سی سی

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

۴. هزینه پمپ دفروکسامین: در صورت احراز خرید از سوی بیمار بر اساس فاکتور معتبر خرید، بر اساس نرخ اعلامی سازمان‌های بیمه‌گر، به صورت ۱۰۰ درصد قابل پرداخت می‌باشد. پرداخت مبلغ پمپ دفروکسامین از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، هر ۳ سال پکار امکان‌پذیر است.

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

۵. هزینه عمل جراحی اسیلنکتومی کامل یا ناقص؛ در این بیماران مطابق با تعریفه گلوبال (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۶. هزینه آزمایشات مرحله‌اول 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 بیمه‌گر می‌باشد).

۷. آزمایشات Anti HCV – Anti HBs – HBs Ag – Anti HIV ، تعیین زنوتیپ ویروسی هجاتیت C ، انجام آزمایشات کمی و کیفی PCR و انجام آزمایش فریتین (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).  
(حداکثر دوبار در سال مطابق بسته خدمتی بیماران تالاسمی وزارت بهداشت)

تبصره: در بیماران سیکل سل آنیما و سیکل تالاسوفی، قرص هیدروکسی اوره و تزریق خون و داروهای تخصصی به شرح جدول بند(۸) در مراکز درمانی هم‌اکنون بیماران تالاسمی مسؤول حذف فرانشیز است. این بیماران دفترچه بیماران خاص دریافت نمی‌کنند.

۸. داروهای تخصصی این بیماران عبارت است از موارد مدرج در جدول زیر که در بخش سرپایی و بستری به طور رایگان به این بیماران ارائه می‌گردد:

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

تبصره: هزینه داروهای فوق با شرط بیمار خاص توسط سازمان‌های بیمه‌گر قابل پرداخت خواهد بود.

#### د) تعهدات بیماران هموفیلی:

۱. داروهای تخصصی: داروهای تخصصی این بیماران که در بخش سرپایی و ستری با فرانشیز ۰٪ (بطور رایگان) ارائه می‌گوید به شرح جدول زیر می‌باشد:

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 **ITI** متوطه به تامین منابع مالی و پروتکل درمانی ابلاغی و مصوب از وزارت بهداشت می‌باشد.

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 بایه بیهوشی ۲ k قابل محاسبه است(سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۳. تزریق خون و فراورده‌های 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 بایه بیهوشی ۲ k قابل محاسبه است(سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۴. فیلتر خون: در صورت تزریق خون، فیلتر خون جداگانه برای بیماران هموفیلی قابل محاسبه است و در سر فصل لوازم مصرفی ثبت می‌گردد.

۵. هزینه انجام تزریق فسفر و ریفارمیسین داخل مفصلی: بر اساس کد ملی ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۶ و کد ملی ۳۰۰۰۶۷ مشمول حذف فرانشیز می‌گردد.

۶. آزمایشات آنچه آزمایشات کمی و کیفی HCV- PCR ، Anti HCV – Anti HBS – HBS Ag – Anti HIV ، تعیین ژنتیپ ویروسی هیاتیت C ، تعیین ژنوتیپ ویروسی هیاتیت C ، تعیین سطح فاکتورهای انعقادی و سطح مهار کننده ۸ و ۹ (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۷. تعویض مفصل بیماران هموفیلی: هزینه بستری تعویض مفاصل شامل جراحی، پروتز (نا 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، دوم و سوم تشخیص پیش از تولد جنین با کد های ملی ۸۱۰۱۱۲ ، ۸۱۰۱۸۴ ، ۸۱۰۲۶۲ و ۸۰۶۵۴۵ و ۸۰۶۵۵۰ و ۸۰۶۵۵۱ (بر اساس دستورالعمل بیمه ای) در صادراتی که سابقه فامیلی بیماری هموفیلی دارند و از طریق سیستم ارجاع مشاورین به آزمایشگاه های 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، سازمان های بیمه گر براساس دستورالعمل های داخلی خود نسبت به ارائه خدمت اقدام می تمايزند.

۹-۸- پایت نمونه برداری از بزرگ های کوریونی جفت به هر روش با کد ملی ۵۰۲۰۸۰ (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه گر می باشد).

#### ۹) تعهدات بیماران MS :

۱. داروهای تخصصی - داروهای تخصصی این بیماران در بخش های سرپایی و بستری به شرح جدول زیر مشمول کاهش فرانشیز هستند و با فرانشیز ۱۰٪ به این بیماران ارائه می گردند(براساس دستورالعمل های نظارتی) :

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 Inj 500 mg
۵	Glatiramer acetate for Inj, 40, 20mg/ml
۶	Fingolimod Tab-Cap
۷	Natalizumab Amp
۸	Rituximab Vial 100 mg , 500mg

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

تبصره: پرداخت هزینه داروی ریتوگسی ماب (Rituximab) 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 بیمه‌نشانی 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 بیمه‌نشانی در گلوبال دیده شده است.

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

## ۲. داروهای تخصصی این بیماران عبارتند از :

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

تبصره: داروی سل سهیت تولید داخل و مایکوفنولات موقتیل با فرانشیز ۱۵٪ قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

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

تبصره: 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 رادیو تراپی

#### تعهدات شیمی درمانی:

۱. هزینه خدمت شیمی درمانی در مراکز دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی براساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت، با کدهای شیمی درمانی ۹۰۱۵۳۵ تا ۹۰۱۵۷۰ به صورت ۱۰٪ (فرانشیز) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد. (ماهیه التفاوت بخش عمومی غیر دولتی و خصوصی به عده بیمار است).

تبصره: وزیرت هم‌زمان با شیمی درمانی به دلیل لحاظشدن در خدمت قابل پرداخت نمی‌باشد.

۲. هزینه لوازم مصرفی خدمت شیمی درمانی در بروتده بستره موقت در بیمارستانها و مراکز جراحی محدود دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی به شرح جدول ملزمات زیر به میزان ۱/۵ k به طور رایگان قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد و از بیمه شده هزینه دیگری دریافت نمی‌گردد.

تبصره: در صورت استفاده از سیستم‌های بسته مطابق با استانداردهای وزارت پساداشت علاوه بر ۱/۵ ملزمات مصرفی، کد ۹۰۲۰۱۰ نیز قابل محاسبه و پرداخت است.

#### جدول ملزمات:

ردیف	ملزمات	تعداد
۱	آنژیوکت	۲
۲	ست سرم رنگی ساده	۱
۳	سرنگ ۲ سی سی	۳
۴	سرنگ ۵ سی سی	۳
۵	سرنگ ۱۰ سی سی	۲
۶	سرنگ ۲۰ سی سی	۲
۷	پنبه	به مقدار لازم
۸	چسب	به مقدار لازم
۹	الکل	۱۵ سی سی
۱۰	دستکش لاتکس	۲ جفت
۱۱	ماسک فیلتردار	۲
۱۲	دستکش یکبار مصرف	۳ جفت
۱۳	سه راهی	۱
۱۴	گاز استریل	۲

۳. هزینه کارگذاری پورت براساس کتاب ارزش نسبی به صورت ۱۰۰٪ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۴. هزینه سوزن پورت یک عدد در هر بار شیمی‌درمانی قابل پرداخت خواهد بود (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

۵. هزینه کاتتر پورت تا سقف قیمت‌های اعلامی سازمان‌های بیمه‌گر قابل پرداخت خواهد بود (سهم فرانشیز بیمه شده به عهده سازمان بیمه‌گر می‌باشد).

#### تعهدات رادیوتراپی و برآکی تراپی:

۱. هزینه خدمات رادیوتراپی و برآکی تراپی: بر اساس کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت هزینه خدمات رادیوتراپی از کد ۷۰۵۲۹۶ تا کد ۷۰۵۴۴۳۵ و خدمات برآکی تراپی از کد ۷۰۵۵۰۵ تا کد ۷۰۵۵۵۵ در مراکز دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی به صورت ۱۰۰٪ (فرانشیز ۰٪) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد (ما به التفاوت بخشن عمومی غیردولتی و خصوصی به عهده بیمار است).

۲. هزینه ماسک‌های رادیوتراپی: براساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و بر اساس فاکتور معنیر قابل پرداخت است.

۳. هزینه لوازم مصرفی برآکی تراپی: شامل سوزن کاشت برآکی تراپی، رشته گایید برآکی تراپی و کاتتر برونشیال برآکی تراپی بر اساس نرخ اعلامی بیمه شامل حذف فرانشیز بوده و قابل پرداخت است.

## راهنمای بالینی و شرح وظایف پزشگان در دیالیز صفاری

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 صفاری برای تأیید کارآیی 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 کفايت دیالیز بیمار(V/QT) از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه‌های محلول خروجی دیالیز صفاری، سرم و ادرار بیمار
- ۷- بررسی کفايت بروندۀ صفاق بیمار(PET) از طریق تحلیل آزمایشات انجام شده روی نمونه‌های محلول خروجی دیالیز صفاری، سرم و بیمار (هر شش 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، تعذیه، دارو درمانی) پس از شروع درمان دیالیز صفاری ( بصورت 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).

## ضوابط پرداخت داروی ریتوکسی ماب (Rituximab) در بیماران MS

داروی ریتوکسی ماب در گروهی از بیماران MS با درنظر گرفتن موارد زیر قابل محاسبه و پرداخت است:

- ۱- بیماران با ام اس عود کننده- بهبود یابنده که علیرغم درمان با حداقل یک داروی خط اول مناسب و همچنین با یک داروی خط دوم به مدت کافی، دچار ادامه فعالیت بیماری به شکلی باشد که خطر تاتوانی با ادامه درمان قبلی در آنها بالاست.
- ۲- بیماران مبتلا به MS از نوع تهاجمی یا خیلی فعال، شامل بیمارانی که در یک سال دچار دو حمله ی ناتوان کننده می شوند و یا دچار دو حمله شدید همراه با فعالیت ام ار ای می شوند و برای استفاده از داروهای خط دوم مناسب تبدیل یا شناس عوارض در آنها بالا باشد.
- ۳- بیماران تحت درمان با داروی ناتالی زوماب که به علت مثبت بودن تیتر ویروس JCV، خطر ابتلا به PML افزایش پیدا کرده باشد.
- ۴- بیماران مبتلا به MS پیشرونده تاتویه که همراه با فعالیت بالینی به شکل ادامه حمله یا حملات و یا فعالیت تصویری به شکل بروز ضایعات فعال جدید باشد.
- ۵- بیماران مبتلا به MS پیشرونده اولیه با سن کمتر از ۵۰ سال که کماکان دچار فعالیت بالینی یا تصویری به شکلی که در بند قبلی اشاره شد، باشد.
- ۶- همراهی بیماری MS با بیماری خود ایمن دیگر، که درمان انتخابی آن نیز ریتوکسی ماب باشد.
- ۷- دوز پیشنهادی دارو حداقل ۱۰۰۰ میلی گرم در یک نوبت در دوره اول و تکرار آن هر ۶ ماه با دوز ۵۰۰۰-۱۰۰۰ میلی گرم در یک نوبت با صلاحیت نورولوژیست مربوطه است.
- ۸- استفاده هم زمان و یا تا ۶ ماه پس از مصرف ریتوکسی ماب از داروهای خط اول و دوم شامل اینترفرون ها، گلاتیرام ا استات، تری فلونامید، دی متیل فومارات و فینگولیمود مجاز نمی باشد.
- ۹- تا شش ماه پس از تأیید و تزریق داروی ریتوکسی ماب، تأیید سایر داروهای تخصصی مورد مصرف در MS مجاز نمی باشد.