

آموزش ثبت خدمات تشخیصی و درمانی در

بیمارستان

خدمات جراحی در اتاق عمل

حق فنی اتاق عمل کد تعدیلی ۲۷

در کلیه مواردی که در ستون «**واحد ارزش نسبی**» برای خدمات سه ارزش نسبی درج شده است، ارزش نسبی سوم، نشان‌دهنده جزء فنی آن خدمات است. جزء فنی بسته به نوع خدمت به یکی از روش‌های زیر، محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد:

❓ در کلیه مواردی که در ستون «**واحد ارزش نسبی**» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه می‌شود، در بخش دولتی، ۴۰ درصد و در بخش خصوصی، ۲۵ درصد از ارزش نسبی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

❓ در کلیه مواردی که برای یک خدمت در ستون «**واحد ارزش نسبی**» هر سه جزء ارزش نسبی (جزء کلی، جزء حرفه‌ای و جزء فنی) تعیین شده است (اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج از اتاق عمل ارائه شود)، **ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد.** در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری، به طور جداگانه قابل محاسبه و دریافت نمی‌باشد.

❓ در کلیه مواردی که در ستون «**واحد ارزش نسبی**» تنها یک ارزش نسبی درج شده است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نمی‌شود، به این معنی است که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آنها قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد. در این موارد، ۱۰۰ درصد ارزش نسبی درج شده در ستون مذکور، به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

حق فنی اتاق عمل کد تعدیلی ۲۷

فهرست لوازم مصرفی هزینه اطاق عمل (جزء فنی): مانند هزینه انواع تخت اتاق عمل، چراغ سیالیتیک، دستگاه ساکشن، کلیه دستگاههای سرمایه ای اتاق عمل از جمله دستگاه الکتروکوتر (قلم کوتر، پلینت کوتر)، دستگاه مانیتور با متعلقات (بجز chest lead)، دستگاه TUR پروپ، لوپ TUR و دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات، دستگاه استرایکر، دستگاه ونتیلاتور (لوله های خرطومی، کانکتور)، دستگاه اشعه (تلویزیون)، چراغ اشعه ماوراء بنفش، انواع ست های جراحی (ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ، ست لامینکتومی و ...)، هزینه پگ جنرال (گان، شان، کلاه، ماسک)، گاز O₂، گاز N₂O، گان، کلاه بیمار، هزینه استریل ست های جراحی، انواع محلولهای شوینده و استریل کننده مانند (آب اکسیژنه، الکل، بتادین، ساوین و ...) می باشد که در سرفصل جزء فنی لحاظ و به بیمارستان پرداخت می گردد. بنابراین بیمارستان نباید هزینه اینگونه موارد را بطور جداگانه از بیمه پایه درخواست و یا از بیمه شده دریافت نماید.

کد ۳۱- بیهوشی با ارزش پایه ۲

برای کلیه خدماتی که در این مجموعه، ارزش پایه بیهوشی «صفر» درج شده است، در صورتی که به هر دلیل، نیاز به بیهوشی بیمار وجود داشته باشد، ارزش پایه بیهوشی، «۲» در نظر گرفته می‌شود. ارزش زمان بیهوشی براساس کد تعدیلی (۴۲-) به ارزش پایه «۲» اضافه می‌گردد و ارزش تام بیهوشی محاسبه می‌گردد. در این موارد تعدیل کننده های بیهوشی کدهای تعدیلی ۳۲ تا ۳۹ و ارزش ریکاوری که در ادامه به آنها اشاره شده است، قابل اضافه شدن به ارزش پایه بیهوشی نیستند.

کدهای تعدیلی بیهوشی

➤ کد ۳۲- بیهوشی برای وضعیت قرارگیری بیمار:

در صورتی که در اثر قرارگیری بیمار در وضعیت دمر یا به پهلو یا به دلیل دوری از موضع جراحی، انجام بیهوشی به سادگی انجام پذیر نباشد، «۱» واحد بیهوشی به ارزش پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

➤ کد ۳۳- انجام مشکل بیهوشی بدلیل هیپوترمی بدن بالای ۳۰ درجه سانتیگراد:

در این موارد، «۵» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

کدهای تعدیلی بیهوشی

➤ کد ۳۴- انجام مشکل بیهوشی به دلیل استفاده از جریان خون برون‌پیکری (پمپ اکسیژناتور قلب یا پمپ کمکی):

در این موارد، «۱۰» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

➤ کد ۳۵- مخاطره بیهوشی:

زمانی که بیمار غیراورژانسی به دلیل وجود زمینه‌ای مستعد و خطرناک در معرض مخاطرات جانبی تهدید کننده حیات باشد (مانند بیماری دیابت کنترل شده، فشار خون تحت کنترل، هیپوتیروئیدی و سایر موارد مشابه)، «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد. لازم به ذکر است با هر تعداد مخاطره این کد تعدیلی صرفاً یکبار قابل گزارش و اخذ می‌باشد.

کدهای تعدیلی بیهوشی

➤ کد ۳۶- بیهوشی بیماران در وضعیت اورژانس:

برای کسی که بیماری مهلکی دارد و نیازمند اقدامات فوری و اورژانسی است که در صورت تاخیر امکان خطر مرگ بیمار را تهدید می‌کند، «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد. این کد قابل گزارش همزمان با کد تعدیلی ۳۵ نیست.

➤ کد ۳۷- بیهوشی برای بیمار با سن ۷۰ سال و بیشتر:

در چنین مواردی، معادل «۲» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

➤ کد ۳۸- بیهوشی پیچیده به وسیله استفاده از هیپوتانسیون کنترل شده:

در چنین مواردی، معادل «۳» واحد به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد.

کد ۳۹ - بیهوشی در بخش ریکاوری:

برای مراقبت منظم و استاندارد از بیماران در بخش ریکاوری، در بیهوشی به روش جنرال، رژیونال (شبکه کمری، گردنی و بازویی)، اپیدورال یا اسپینال، به ازای هر یک ساعت عمل جراحی (مطابق گزارش جراح)، «۱» واحد ارزش نسبی به عنوان حق الزحمه بیهوشی برای ریکاوری و حداکثر تا سقف «۴» واحد (با حداقل سی دقیقه و بیشتر اقامت در ریکاوری)، به ارزش تام بیهوشی اضافه می‌گردد. این کد تعدیلی برای بیهوشی به روش بیحسی موضعی، استندبای و V-Sedation قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد. همچنین، در مواردی که به هر علت پس از اتمام عمل جراحی، بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل گردد، کد تعدیلی (۳۹-)، قابل گزارش نخواهد بود.

تجهیزات استاندارد در بخش ریکاوری حداقل شامل مانیتورینگ، فشارسنج، پالس اکسی متری، ساکشن و ست احیا است و الزاماً می‌بایست به ازای هر دو بیمار، یک تکنسین بیهوشی یا پرستار در بخش ریکاوری وجود داشته باشد. اتاق‌های عملی که واجد چنین استانداردهایی نیستند، مجاز به استفاده از این کد تعدیلی در سیاهه تعدیلی خود نخواهند بود.

کد ۴۰- اعمال کدهای متعدد تعدیلی بیهوشی:

گاهی به دلایل مختلف نیاز است برای بیهوشی یک بیمار از چندین کد تعدیلی به طور همزمان استفاده گردد؛ در چنین مواردی باید علت استفاده از کدهای تعدیلی مختلف در پرونده بیماران درج گردد. در چنین شرایطی، ۱۰۰٪ هر یک از تعدیل کننده‌ها به ارزش نسبی پایه بیهوشی اضافه می‌گردد. این تعدیل کننده‌ها در کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۴۳-) مشخص شده‌اند.

آیا همزمان با کد تعدیلی هیپوتانسیون کد هیپوترمی قابل پرداخت است؟

براساس کد تعدیلی ۴۰-اعمال کدهای متعدد بیهوشی

(پرداخت کدها بطور همزمان برای کدهای ۳۲ الی ۳۹ با درج علت درخواست همزمان بصورت ۱۰۰٪)

قابل پرداخت می باشد) تبصره: کد ۳۵ و ۳۶ با هم جمع نمی شود.

کد ۴۱- ارزش زمانی بیهوشی:

➤ ارزش زمانی برای محاسبه حق الزحمه بیهوشی به روش زیر محاسبه می‌شود:

➤ به ازای هر ۱۵ دقیقه بیهوشی برای ۴ ساعت اول: ۱ واحد

➤ به ازای هر ۱۰ دقیقه بیهوشی از ۴ ساعت اول بیهوشی به بعد: ۱ واحد

➤ برای بیهوشی اعمال مامایی یک واحد به ازای هر ۱۵ دقیقه از ابتدا تا پایان بیهوشی در نظر گرفته می‌شود.

➤ شروع زمان بیهوشی مطابق چارت جراحی از ۱۵ دقیقه قبل از شروع عمل جراحی و زمان پایان آن ۱۵ دقیقه بعد از پایان جراحی می‌باشد. بدیهی است زمان حضور بیمار در ریکاوری بر اساس کد تعدیلی ۳۹ قابل محاسبه و اخذ بوده و قابل اضافه شدن به زمان بیهوشی نیست.

➤ ۵ دقیقه یا بیشتر به عنوان جزء قابل توجهی از ۱۰ یا ۱۵ دقیقه در نظر گرفته می‌شود.

به عنوان مثال در نمونه برداری شکافی پستان (کد عمل ۱۰۰۶۵۵) (که در ظرف ۴۸ دقیقه (سه واحد زمان) انجام گرفته است، ارزش زمان «۳» در نظر گرفته می‌شود.

کد ۴۲ - ارزش تام بیهوشی:

ارزش تام بیهوشی از جمع ارزش‌های پایه بیهوشی، ارزش زمانی و ارزش ریکاروری با در نظر گرفتن تعدیل کننده‌های مختلف، محاسبه می‌گردد. همه خدمات این کتاب در صورت لزوم دارای ارزش پایه‌ای است که تمام خدمات بیهوشی به غیر از ارزش زمانی و تعدیل کننده‌ها را شامل می‌گردد. اگر در جریان بیهوشی اعمال جراحی متنوعی انجام گردد، بالاترین ارزش پایه مربوط به مهم‌ترین اعمال ارائه شده به عنوان ارزش پایه بیهوشی در نظر گرفته می‌شود و ارزش زمانی براساس کد تعدیلی (۴۲-) محاسبه و به ارزش پایه بیهوشی اضافه می‌گردد تا ارزش تام بیهوشی محاسبه گردد (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۴۳-) نیز بسته به شرایط بیهوشی می‌بایست در محاسبات ارزش تام بیهوشی در نظر گرفته شوند):

کد عمل + کدهای تعدیلی بیهوشی (کدهای تعدیلی (۳۲-) تا (۴۳-))

در محاسبه پایه بیهوشی در جریان اعمال جراحی متنوع آیا بالاترین ارزش پایه بیهوشی از

اعمال متعدد انجام شده ملاک ارزش پایه بیهوشی بوده یا بالاترین کد عمل جراحی پایه

بیهوشی آن به عنوان ارزش پایه تلقی می گردد ؟

بالاترین پایه کد بیهوشی برای بیهوشی در نظر گرفته شود.

کد ۴۳ – مدیریت درد بعد از عمل یا دردهای مزمن:

➔ مدیریت تزریق داروی مسکن برای کنترل درد حاد بعد از عمل یا دردهای مزمن (سرطانی و غیرسرطانی)، از طریق پمپ یا کاتترهای مرکزی (اپی‌دورال یا ساب‌آراکنوئید)، به صورت مداوم یا منقطع بولوس، در بیمارستان بر اساس گایدلاین ابلاغی وزارت بهداشت به طور گلوبال (۷/۵) واحد و یک بار در طول دوره بستری قابل پرداخت بوده و برای تزریق‌های محیطی غیرقابل گزارش و اخذ می‌باشد.

کد ۴۴- پوشش همزمان بیش از دو اتاق عمل برای متخصص بیهوشی:

متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران، نمی‌تواند بیش از دو اتاق عمل را به طور همزمان پوشش دهد. در صورت پوشش بیش از دو اتاق عمل، حق الزحمه بیهوشی اتاق عمل سوم و بیشتر، قابل اخذ نخواهد بود.

تبصره ۱: در خصوص بیماران کلاس ASA III و بالاتر، متخصص بیهوشی نمیتواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد.

تبصره ۲: در موارد خاص و مخاطره‌حیاتی، بیهوشی برای بیمار سوم قابل محاسبه و پرداخت بوده و در اسرع وقت یکی از بیماران غیر اورژانس Off گردیده و بیمار اورژانسی جایگزین آن میگردد و تا زمانی که عمل اورژانسی ادامه دارد، پذیرش بیمار دیگری مقدور نیست.

تبصره ۳: در بیمارستان‌های آموزشی که دارای رزیدنت‌های سال سوم و چهارم بیهوشی میباشند، به شرط حضور مستمر رزیدنت بر بالین بیمار، اعضای هیأت علمی حداکثر میتوانند سه بیمار را به صورت همزمان بیهوش نمایند.



کد ۴۵- انجام بیحسی ناحیه‌ای (رژيونال) و نخاعی توسط پزشک معالج:

با توجه به ضرورت حضور مستمر متخصص بیهوشی در این موارد، حق‌الزحمه بیحسی ناحیه‌ای یا نخاعی به پزشک معالج مربوطه قابل پرداخت نمی‌باشد.

کد ۴۶ – انجام بیحسی موضعی توسط پزشک معالج:

✓ در صورتی که پزشک معالج شخصا برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام نمی‌گردد، از بیحسی موضعی استفاده نماید، ۲۰ درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت می‌باشد. در این موارد، از ارزش پایه بیهوشی نباید استفاده نمود.

✓ در صورتی که پزشک معالج به هر دلیل نسبت به انجام بیهوشی عمومی یا نخاعی اقدام نماید، حق الزحمه بیهوشی قابل محاسبه و پرداخت نمی‌باشد (به کد تعدیلی ۴۵ رجوع گردد).

✓ کد ۴۹- اعمال جراحی متعدد همزمان با ارزشهای تام بیهوشی

✓ برای تمامی خدماتی که دارای ارزش تام بیهوشی میباشند، در صورتی که به طور همزمان با یکدیگر انجام پذیرند، بالاترین ارزش تام بیهوشی لحاظ گردیده و ۲۵ درصد ارزش تام عمل های دیگر به ارزش تام بیهوشی عمل اول اضافه می شود.

کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:

در مواردی که به هر دلیل ضرورت پیدا می‌کند که برای یک بیمار اعمال متعدد انجام شود، نحوه محاسبه خدمات ارائه شده به شرح ذیل می‌باشد:

انجام چند عمل جراحی به وسیله یک یا دو جراح:

الف- در همان روز، در جریان همان بیهوشی

ناحیه و یا شکاف جراحی مشترک توسط یک یا دو جراح (بدون اینکه به تعداد دستگاه‌های حیاتی درگیر توجهی شود):

۱۰۰٪ بالاترین ارزش نسبی از میان خدمات ارائه شده به عنوان عمل اصلی

۵۰٪ برای عمل دوم

۲۵٪ برای عمل سوم

۱۰٪ برای عمل چهارم

۵٪ برای عمل پنجم و بیشتر.

کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:

□ دو ناحیه یا دو شکاف جراحی: دستگاه‌های حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال جراحی دو طرفه توسط یک جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول ۸۰٪ برای دومین عمل و هر کدام از اعمال بعد از آن

□ دو ناحیه با دو شکاف جراحی: دستگاه‌های حیاتی مستقل یا مناطق تشریحی متفاوت یا اعمال دو طرفه جراحی توسط دو جراح:

۱۰۰٪ برای عمل اول ۱۰۰٪ برای عمل دوم

✓ تبصره: در کلیه مواردی که یک عمل جراحی به صورت «یک یا دو طرفه» قابل انجام می‌باشد، در صورتی که در شرح کد به یک یا دو طرفه بودن عمل جراحی اشاره نشده باشد؛ ارزش نسبی درج شده برای عمل جراحی مذکور «یک طرفه»، خواهد بود.

کد ۵۱- اعمال جراحی متعدد به وسیله یک یا دو جراح:

جراحی پا (Foot) (موارد ۱ تا ۴ در مورد اعمال جراحی بر روی پا کاربرد ندارند):

الف: ناحیه و یا شکاف واحد، یا دو ناحیه و دو شکاف متفاوت روی یک پا: % ۱۰۰ برای عملی که بیشترین ارزش را دارد:

% ۷۵ برای عمل دوم % ۲۵ برای هر کدام از اعمال بعدی

ب: اعمال جراحی دو طرفه (پای چپ و راست)، یا دو عمل جراحی روی پا (یک عمل روی پای راست و دیگری روی پای چپ):

% ۱۰۰ برای عمل اول و % ۸۰ برای عمل دوم

جراحی‌های متعددی در یک مورد بستری ولی در روزهای متفاوتی از بستری انجام می‌گردند (به استثنای مواردی که عوارض خود عمل محسوب می‌گردد):

% ۱۰۰ ارزش نسبی برای تمام اعمال جراحی ارائه شده قابل محاسبه می‌باشد.

کد ۵۳- اعمال جراحی مجدد:

در صورتی که پس از ترخیص و انجام پیگیری‌های مورد نیاز، بیمار دچار عود مجدد شود و نیاز به تکرار همان عمل جراحی روی همان ارگان یا دستگاه حیاتی قبلی باشد، این کد قابل گزارش است.

این کد شامل اعمالی که به جهت عوارض عمل جراحی اولیه در همان نوبت بستری و یا با فاصله کوتاهی بعد از بستری اولیه مورد نیاز است، نمی‌گردد. برای اعمال جراحی مجدد مشمول این کد، **برای مرتبه دوم یا بیشتر، ۳۰ درصد علاوه بر ارزش نسبی پایه** خدمات ارائه شده قابل گزارش و اخذ می‌باشد.

اعمال جراحی که در شرح کد آنان به طور شفاف به مجدد بودن عمل اشاره شده است، مشمول این کد تعدیلی نخواهند بود.

کد تعدیلی ۵۳ کتاب تعرفه در خصوص اعمال جراحی مجدد از لحاظ فاصله زمانی مورد

قبول، رفع ابهام و شفاف سازی گردد؟

براساس تبصره یک کد تعدیلی ۵۳ - آخرین دستورالعمل بستری منظور از

فاصله کوتاه حداکثر یکماه پس از ترخیص می باشد.

صفحه ۱۴ کد ۵۳- دستورالعمل بستری، آیا افزایش تعرفه ۳۰٪ در جزء فنی نیز اعمال

می‌گردد؟

در خصوص اعمال ۳ کدی فقط به جز حرفه ای تعلق می‌گیرد.

کد ۶۰- استندبای اعمال اینترنشنال قلب و عروق:

برای استندبای اعمال اینترنشنال قلب و عروق، ۵۰ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۲۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۲۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد. لازم به ذکر است برای این گونه اعمال ارزش پایه، ارزش زمان، **کدهای تعدیلی** و **کد تعدیلی ریکاوری به طور جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.**

در بخش خصوصی ۲۵ درصد به جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده اضافه می‌گردد. ۱۲,۵ درصد از این ارزش نسبی به جراح قلب و ۱۲,۵ درصد به متخصص بیهوشی تعلق می‌گیرد.

چگونگی پرداخت استندبای جراحی در اعمال اینترونشنال غیردرمانی
(آنژیوگرافی که منجر به آنژیوپلاستی شده است)؟

آنژیوگرافی استندبای ندارد. آنژیوپلاستی استندبای دارد بصورت ۵۰٪ جز
حرفه ای در بخش دولتی (۲۵٪ جراح + ۲۵٪ بیهوشی) و ۲۵٪ جز حرفه ای
در بخش خصوصی (۱۲/۵٪ جراح + ۱۲/۵٪ بیهوشی - در کد تعدیلی ۶۰
مندرج در دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری توضیح داده شده است.

آیا در خصوص کارگذاری آی سی دی و پیس دائم، استند بای جراحی و بیهوشی قابل پرداخت است ؟

استندبای برای خدمات اینترونشنال می باشد و پیس میکر چنانچه نیاز به بیهوشی

داشته باشد، براساس ضوابط قابل پرداخت است.

کد ۶۳- اقدامات جراحی یا بیهوشی بر روی کودکان یا شیرخواران:

در صورتی که اعمال جراحی و بیهوشی بر روی شیرخواران ۶ ماهه یا کمتر و یا اطفال با سن کمتر از سه سال صورت پذیرد، این موارد با اضافه کردن کد تعدیلی (۶۳-) به آخر کد انجام شده، مشخص می‌گردد. در این موارد در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش، شیرخوار با سن ۶ ماه تمام یا کمتر باشد، ۵۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمات ارائه شده و در صورتی که بیمار در هنگام پذیرش سن بین ۶ ماه تا دو سال تمام داشته باشد، ۲۵٪ به ارزش نسبی نهایی خدمات ارائه شده به بیمار، افزوده می‌شود. این کد تعدیلی برای کلیه اقداماتی که در شرح خدمت به کودکان، شیرخوران یا نوزادان زیر ۳ سال، به طور شفاف اشاره شده است و همچنین خدمات غیرجراحی و غیربیهوشی (اعمال غیرتهاجمی)، قابل گزارش و اخذ نمی‌باشد و همان ارزش های نسبی درج شده، مبنای محاسبه و پرداخت است.

کد ۸۰- استفاده از کمک جراح:

در مواردی که جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد، کد تعدیلی (۸۰-) قابل گزارش می‌باشد. در این موارد، ۲۰٪ به ارزش نسبی نهایی خدمت ارائه شده به بیمار، با رعایت شرایط ذیل قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح فقط به رزیدنت‌های سال ۳ و بالاتر تعلق می‌گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط می‌تواند متخصص مرتبط باشد.

۳- در اعمال بالای - ۳۰K چنانچه رزیدنت جراح اصلی باشد کمک جراح تعلق نمی‌گیرد

۴- در همه موارد کمک جراح باید برگه شرح عمل و صورت وضعیت اتاق عمل را مهر و امضاء نماید.

کد ۸۵ – استفاده از فناوری‌های نیمه‌تهاجمی برای ارائه خدمت:

در صورت استفاده از تجهیزات نیمه‌تهاجمی در حین انجام اقدامات جراحی، از کد تعدیلی (۸۵-) استفاده می‌گردد. برای کلیه خدماتی که در این کتاب منتشر شده است، در صورتی که از تجهیزات دقیق و نیمه‌تهاجمی شامل آندوسکوپ، میکروسکوپ، لاپاراسکوپ، C-ARM، آتروسکوپ و لیزر استفاده گردد، ۲۰٪ به ارزش نسبی خدمت مربوطه، اضافه می‌گردد. این کد تعدیلی برای کلیه خدماتی که در شرح کد به استفاده از این فناوری‌ها به طور شفاف ذکر شده است و همچنین برای اعمالی که به طور روتین و معمول می‌بایست از این تجهیزات استفاده گردد (این فناوری‌ها جزئی از فرآیند معمول ارائه خدمت محسوب می‌شوند)، قابل گزارش و محاسبه نمی‌باشد. در صورتی که به هر دلیل، بیش از یک مورد از فناوری‌های غیرتهاجمی مذکور در هنگام ارائه خدمت استفاده گردد، کد تعدیلی (۸۵-) تنها یک‌بار، قابل گزارش و اخذ می‌باشد.

منظور از اعمال نیمه تهاجمی مورد اشاره در کد تعدیلی ۸۵ چیست؟

شامل اعمال Minimal Invasive است که جراحی نمی‌شوند.

نحوه رسیدگی به کدهای کتاب

ارزش نسبی به تفکیک دستگاه

(الف) پوست و ضمائم: در این بخش، انواع دبریدمان، ترمیم، اکسیزیون ضایعات خوش خیم و بدخیم، انواع پیوند و فلپ پوستی، پانسمان سوختگی، انواع ماستکتومی و سایر موارد مربوط به پوست و ضمائم پوستی ذکر گردیده است.

(۱) با توجه به اختلاف زیاد کدهای عمل در خصوص برداشتن توده های خوش خیم و بدخیم، برای افتراق آنها باید به مسائلی مانند چسبندگی توده به اطراف، نامنظم بودن توده، دست اندازی، اندازه آن و نیز ارسال یا عدم ارسال نمونه جهت پاتولوژی (که اغلب، در شرح عمل به آنها اشاره می گردد) توجه نمود.

(۲) در خصوص پیوندهای پوستی بیماران سوختگی، حق الزحمه اسکارتومی، دبریدمان و گرافت های انجام شده براساس کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت محاسبه می گردد.

(۳) نحوه محاسبه درصد سوختگی بدن (TBSA): برای محاسبه درصد سوختگی از قانون ۹ استفاده می شود به شرح جدول زیر که بر اساس آن تمام سطح بدن به واحدهای نه درصدی تقسیم می شود که در اطفال به علت بزرگی سر این ضرایب تغییر می کند.

جدول شماره ۱ - نحوه محاسبه درصد سوختگی در بالغین

ردیف	عضو سوختگی	درصد سوختگی
۱	اندام تحتانی (هر کدام)	٪۱۸
۲	تنه خلفی	٪۱۸
۳	تنه قدامی	٪۱۸
۴	اندام فوقانی (هر کدام)	٪۹
۵	سر و صورت و گردن	٪۹
۶	ناحیه تناسلی	٪۱

جدول شماره ۲ - نحوه محاسبه درصد سوختگی در اطفال

ردیف	عضو سوختگی	درصد سوختگی
۱	اندام تحتانی (هر کدام)	٪۱۴
۲	تنه خلفی	٪۱۸
۳	تنه قدامی	٪۱۸
۴	اندام فوقانی (هر کدام)	٪۹
۵	سر و صورت و گردن	٪۱۸

۱) سطح پوست بدن فرد بالغ معادل ۱۷۰۰۰ سانتی متر مربع (۱/۷ متر مربع) در نظر گرفته می شود.

۲) هر ۱٪ سوختگی فرد بالغ معادل ۱۷۰ سانتی متر مربع می باشد.

۳) فرد بالغ از نظر سنی به بالای ۱۲ سال اطلاق می گردد.

تبصره ۱) اسکار سوختگی: درمان اسکار سوختگی به علت عوارضی نظیر احتمال تبدیل به بدخیمی، محدودیت حرکتی، تنفسی یا ایجاد حساسیت و ناراحتی پوستی در تعهد می باشد.

تبصره ۲) در کد ۱۰۰۳۲۵ برداشت پوست جهت گرافت بصورت جداگانه قابل گزارش و اخذ نمی باشد.

تبصره ۳) نظر به اینکه در کدهای ترمیمی سوختگی به عنوان شیرخوار و یا نوزاد تنها جهت محاسبه درصد سوختگی اشاره شده است لذا کد تعدیلی ۶۳ در این موارد قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۴) در کد ۱۰۰۱۹۰ برای خارج نمودن تیشو اکسپنדרهای خارج بافتی حسب مورد چنانچه تواماً از کدهای فلپ پوستی یا فلپ عضلانی - فاشیایی استفاده شود، با رعایت اصول جراحی محاسبه و پرداخت بلامانع خواهد بود.

ب) دستگاه استخوانی - عضلانی: در این بخش انسیزیون آبنه بافت نرم، نمونه برداری، رزکسیون تومور، جا اندازی بسته و باز در شکستگی و در رفتگی، پیوند استخوان، کارگذاری و برداشتن پروتز و جسم خارجی و موارد دیگر براساس نواحی آناتومیک مختلف ذکر شده است.

۱) هزینه اکسپلوراسیون زخم به منظور بررسی احتمال آسیب عصب و یا تاندون در مواردی که به دلیل زخمهای نافذ و احتمال آسیب عصب یا تاندون، نیاز به بررسی عمیقتر و گسترده تر زخم وجود داشته باشد براساس گزارش و شرح عمل قابل محاسبه می باشد. (در صورتی که ترمیم صورت نپذیرد).

۲) در اعمال جا اندازی باز و فیکساسیون داخلی، در صورتی که استئوتومی جزئی از عمل باشد جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۳) در شکستگی های بدون جا اندازی، حق الزحمه گچ گیری بطور مجزا قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۴) در اعمال جراحی داخل مفصل (شکستگی ها و...) خدمات کپسولوتومی جزو عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی باشد. (بعد از تغییر)

**آیا در ترمیم و بازسازی مینیسک بوسیله آرتروسکوپ ، کندروپلاستی ،
سینوکتومی و... به صورت جداگانه قابل پرداخت می باشد ؟**

خیر، اعمال مذکور جزء عمل اصلی می باشد و بصورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد.

در ترمیم ACL و PCL همزمان کدهای کندروپلاستی نیز درخواست می گردد آیا

قابل پرداخت می باشد ؟

خیر

۵) بابت خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی (پروتز، سیم، پیچ، میل و...) چنانچه دارای کد اختصاصی باشند با همان کد (مانند خارج کردن پروتز هیپ) و در غیراینصورت از کدهای خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی استفاده می شود.

۶) کد خارج کردن ایمپلنت های عمقی و سطحی (پروتز، سیم، پیچ، میل و...) بابت هر تعداد پیچ و پلاک خارج شده در یک شکاف جراحی تنها یک بار قابل گزارش و محاسبه می باشد.

۷) در خصوص کدهایی با شرح ترمیم هر تاندون، هر مفصل، یا هر عضله در صورت نیاز به ترمیم بیشتر از یک مورد، اصول درصد گیری اعمال جراحی (کد تعدیلی ۵۱-) طبق ضوابط کتاب ارزشهای نسبی قابل تسری است.

۸) در خصوص آن دسته از شکستگی ها و آسیب های مفصل هیپ و قسمت پروگزیمال فمور که نیاز به کشش استخوانی-pin-traction می باشد، در عمل جراحی اولیه صرفاً کد کشش استخوانی قابل گزارش و درخواست می باشد.

تبصره) در صورتی که شکستگی های مذکور تنها با pin traction، تحت درمان نهایی قرار گیرند کدهای جانبدازی شکستگی های بسته در صورت درخواست قابل محاسبه می باشد.

۹) اعمال جراحی ستون فقرات به منظور اصلاح اسکولیوز و کیفوز در سن رشد (هجده سال) یا مشکلات ایجاد شده تنفسی قابل محاسبه می باشد.

نکته: در سایر موارد بدون در نظر گرفتن سن بیمار با تایید شورای علمی تخصصی بیمه پایه قابل پرداخت می باشد.

۱۰) در ترمیم های بدجوش خوردگی یا جوش نخوردگی قسمت های مختلف اسکلت استخوانی، فیکساسیون داخلی به صورت جداگانه قابل گزارش و محاسبه نمی باشد.

۱۱) محاسبه هزینه تعویض مفصل: هزینه تعویض مفاصل با شرایط و ضوابط تعیین شده طبق مصوبه هیئت وزیران در شمول تعهدات بیمه های پایه می باشد.

برای تخلیه آبنس و تپ مایع پلور و یا مایع زانو و مفصل چه کدی پیشنهاد می‌گردد؟

تحت هیچ شرایطی از کد معادل استفاده نشود.

جهت تخلیه آبنس و تپ مایع پلور کد ۳۰۰۶۲۰-

در خصوص زانو در صورتیکه مایع با عمل جراحی خارج شود کد ۲۰۳۱۰۵ و در صورت تخلیه به روش

آسپیراسیون کدهای ۲۰۰۰۶۶، ۲۰۰۰۶۵ و ۲۰۰۰۶۷ بسته به مورد قابل استفاده می‌باشد.

ج) دستگاه تنفس:

در این بخش اعمال مربوط به بینی، سینوس ها، حنجره، تراشه و برونش، ریه، پرده جنب و سایر موارد مربوطه ذکر شده است.

۱) انجام همزمان عمل سپتوپلاستی و رزکسیون ساب موكوزال SMR دارای كد مشترك می باشد.

در اعمال سپتورینو پلاستی، هزینه سپتوپلاستی بر مبنای تعرفه این عمل در فهرست تعرفه گلوبال اعمال جراحی شایع با تایید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد.

۲) اعمال جراحی فك و صورت در صورتی كه جنبه درمانی داشته باشد، با کارشناسی بیمه های پایه و تأیید قابل محاسبه می باشند.

در اعمال جراحی آندوسکوپی سینوس های صورت که بیش از ۳ سینوس را عمل می کنند

روش محاسبه کدها چگونه است ؟

براساس کد ۳۰۰۱۸۰-۸۰K انجام شود.

د) دستگاه قلب وعروق:

۱) 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.

۲) در کلیه اعمال جراحی قلب باز بر روی یک یا چند رگ، کدهای برداشت شریان یا ورید بصورت مجزا قابل محاسبه نمی باشد.

۳) در صورتی که پیس میکر همراه با سایر اعمال جراحی کار گذاشته شود، با اعمال کد تعدیلی (۵۱-) هزینه تعبیه پیس میکر محاسبه خواهد گردید.

تبصره) پیس میکر موقت همراه با اعمال جراحی CABG قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۴) به همراه اعمال جراحی قلب باز، خدماتی مانند Swan Ganz مانیتورینگ، استرنوتومی که لازمه عمل اصلی می باشند قابل محاسبه نیست.

۵) در تعویض دریچه، هزینه ترمیم همان دریچه قابل محاسبه نمی باشد.

۶) در آنژیوگرافی عروق کرونر توام با آنژیوگرافی عروق پریفری (محیطی) حسب مورد، ۵۰٪ تعرفه آنژیوگرافی عروق محیطی قابل محاسبه می باشد.

تبصره: هزینه جز حرفه ای آنژیوگرافی عروق محیطی حداکثر در ۳۰ درصد از آنژیوگرافی های عروق کرونر قابل محاسبه و اخذ می باشد. (به تفکیک هر پزشک) و بدیهی است هزینه آن بطور جداگانه قابل اخذ نمی باشد.

۷) فلوروسکوپی قلبی جهت موارد مورد نیاز مثل پیس میکر، سوان گانز و یا مال فانکشن دریچه، فقط یک بار قابل گزارش و محاسبه می باشد.

۸) در زمان انجام اعمال اینترونشنال قلب و عروق، حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی قلب در بیمارستان محل عمل الزامی است و در صورت عدم حضور تیم استندبای بیهوشی و جراحی در بیمارستان محل عمل، هیچ گونه هزینه ای بابت این خدمات قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

۹) ویزیت قبل و بعد از اعمال Interventional و جراحی قلب قابل محاسبه نمی باشد.

۱۰) CPR (احیاء بیمار) در بخش ICU غیرقابل محاسبه و در CCU و بخش های عادی و اورژانس قابل محاسبه می باشد.

ه) دستگاه خون و لنف :

آسپیراسیون مغز استخوان و آسپیراسیون به همراه بیوپسی سوزنی هر کدام جداگانه دارای کد می باشند.

(و) دستگاه گوارش:

(۱) تانسیلکتومی رادیکال: جهت بررسی انجام نوع رادیکال، از مواردی چون شرح عمل و ارسال نمونه برای پاتولوژی می توان استفاده نمود. قابل ذکر است که تانسیلکتومی رادیکال بیشتر در سنین بالای ۱۵ سال انجام می گردد و در گزارش عمل جراحی به برداشتن مثلث رترومولار باید اشاره گردد. (جواب پاتولوژی الزامی است).

۲) در ERCP علاوه بر شرایط عمومی آندوسکوپی نکات ذیل قابل ذکر است:

□ تعداد تخت روز براساس تأیید کارشناس بیمه قابل محاسبه می باشد.

□ تعرفه خدمت براساس کد مربوطه در کتاب برای هر بیمار جداگانه محاسبه می شود.

□ بیهوشی و Sedation تنها در صورت القاء توسط پزشک متخصص بیهوشی و حضور مستمر وی تا پایان عمل بر

مبنای ارزش نسبی مندرج در کتاب قابل محاسبه می باشد.

۳) اعمال جراحی بای پس و یا بالونینگ معده در چاقیهای مرضی Morbid Obesity و در صورتی که جنبه

درمانی داشته باشد با $BMI \geq 40$ تا زمان تنظیم گایدلاین توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تایید

شورای علمی تخصصی بیمه های پایه قابل محاسبه می باشد.

ز) دستگاه کلیه و مجاری ادراری:

۱) سنگ مثانه: چنانچه همراه با عمل پروستاتکتومی سوپراپوبیک، سنگ مثانه نیز خارج گردد قابل محاسبه نمی باشد.

۲) در خصوص خدمات یوردینامیک، با توجه به شرح کدهای مربوطه، ارائه گزارش الزامی است.

۳) در خصوص کدهای بررسی اورودینامیک در صورت نیاز به بیشتر از یک خدمت، اصول درصد گیری اعمال جراحی (کد تعدیلی ۵۱-) طبق ضوابط کتاب ارزش های نسبی قابل تسری است.

۴) در اعمال جراحی TUL برداشتن تومور مثانه با دستگاه مخصوص از راه مجرای ادرار و سایر موارد مشابه، سیستم ارتروسکوپی و کاتتر-گذاری لازمه عمل بوده و جداگانه قابل محاسبه نمی باشد.

ز) دستگاه کلیه و مجاری ادراری:

۵) در انجام لیتوتریپسی (ESWL) ادامه درمان برای سنگ شکنی همان سنگ هر کلیه یا حالب حداکثر سه جلسه در تعهد سازمان های بیمه گر می باشد و بیش از آن بر عهده مرکز درمانی می باشد.

۶) هزینه بیهوشی در ESWL در صورت تجویز بیهوشی در موارد خاص توسط پزشک معالج و حضور مستمر متخصص بیهوشی و تکمیل برگ بیهوشی، بر اساس ارزش نسبی مندرج در کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۷) در پروستاتکتومی سوپراپوبیک خارج کردن سنگ مثانه قابل محاسبه نمی باشد.

در ESWL که بی‌هوشی فقط با تزریق آمپول پتدین صورت می‌گیرد، می‌توان پایه و زمان بیهوشی پرداخت کرد؟

به شرط حضور فیزیکی متخصص بیهوشی و انجام آن توسط پزشک بیهوشی پرداخت هزینه بیهوشی ESWL

با رعایت ضوابط و مقررات و تکمیل چارت بیهوشی محاسبه و پرداخت هزینه بیهوشی براساس کد مربوطه

بصورت گلوبال بلامانع است.

ختنه با بی‌هوشی قابل پرداخت است یا خیر؟

چنانچه بیمار جهت انجام ختنه بنا به تشخیص پزشک به اتاق عمل رفت و توسط پزشک بیهوشی، بیهوشی انجام شود، محاسبه و پرداخت با رعایت ضوابط و مقررات و تکمیل چارت بیهوشی بلامانع است.

ح) مراقبت های مامائی و زایمان :

۱) سزارین و زایمان طبیعی توسط پزشک در بیمارستان های دولتی دانشگاهی و غیر دانشگاهی براساس آیین نامه اعمال جراحی گلوبال قابل محاسبه می باشد.

۲) در خصوص مواردی که بیمار خارج از بیمارستان زایمان می نماید، در صورت انجام کوراژ بعد از زایمان کد ۵۰۱۷۳۰ قابل محاسبه می باشد.

۳) حق الزحمه ایجاد بی دردی برای متخصص بیهوشی براساس شرح بیهوشی در کد زایمان مندرج در کتاب ارزش نسبی قابل محاسبه می باشد. (در بخش دولتی به سرجمع گلوبال اضافه می گردد).

۴) هزینه زایمان توسط کارشناس مامائی یا کارشناس ارشد مامائی معادل ارزش نسبی زایمان طبق کد مربوطه در کتاب ارزش نسبی، قابل محاسبه خواهد بود.

نحوه محاسبه و پرداخت زایمان بدون درد ؟

براساس گلوبال اقدام گردد.

آیا زایمان مامایی غیر گلوبال است؟ از چه کدی استفاده شود؟

از کد گلوبال زایمان طبیعی (NVD) استفاده شود. (کد ۵۰۲۱۵۵)

ویزیت اولیه نوزاد با توجه به ویرایش دوم کتاب به سرجمع گلوبال قابل اضافه

شدن می باشد؟

در اعمال زایمان در ردیف تخت (VK) ویزیت اولیه نوزاد لحاظ گردیده است. (با توجه

به اینکه به سرجمع گلوبال زایمان تخت نوزاد اضافه می شود و ویزیت در تخت نوزاد

لحاظ گردیده است پرداخت مجدد ویزیت به سرجمع کل امکان پذیر نمی باشد).

۵) در سزارین خارج از اندیکاسیون، جز حرفه ای پزشک ۵۰ درصد قابل محاسبه می باشد 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 ۲۰ کا کسر می گردد.

۶) در زایمان طبیعی و سزارین بصورت گلوبال، خدمت NST قابل گزارش نمی باشد.

۷) اقدامات جراحی، طبی و تشخیصی - درمانی برای بیماری هایی که یکی از عوارض جانبی آنها، نازائی است در تعهد بیمه پایه می باشد.

۸) هزینه های انواع لقاح مصنوعی (از جمله ZIFT-IUI-GIFT-IVF-ART-MICRO INJECTION) در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۹) هزینه بازکردن لوله ها برای برگشت قدرت باروری در افرادی که قبلاً عقیم شده اند قابل محاسبه می باشد.

۱۰) هزینه وازکتومی و توبکتومی (جز مواردی که ضرورت آن به تائید مرجع قانونی مربوطه رسیده باشد) و تعبیه

IUD در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

ی) دستگاه عصبی

۱) ترمیم پرده دورا (دورا پلاستی) یا نشت مایع مغزی نخاعی صرفاً در صورتی قابل محاسبه می باشد که به منظور رفع رینوره یا اتوره انجام شود اما در سایر اعمال مغزی قابل محاسبه نمی باشد.

۲) ترمیم نشت دورا یا مایع مغزی نخاعی در نخاع به همراه سایر اعمال جراحی ستون فقرات قابل محاسبه نمی باشد.

کویل گذاری در کتاب جدید در تعهد نمی باشد ولی لوازم مصرفی در تعهد می باشد نحوه

پرداخت چگونه خواهد بود ؟

کویل گذاری طبق کد شماره ۶۰۰۵۵۰ و ۶۰۰۵۵۲ حسب مورد در تعهد قرار دارد

و تجهیزات طبق دستورالعمل دارو و تجهیزات نیز محاسبه و پرداخت می گردد.

ک) چشم و ضمائم چشمی :

۱) تخلیه چشم و کارگذاری پروتز: عمل جراحی تخلیه چشم جزو تعهدات می باشد. هیدروکسی آپاتیت و اعمال جراحی مربوط به جاگذاری و پروتز آن در تعهد بوده و هزینه (shell) در تعهد بیمه پایه نمی باشد.

۲) هزینه عمل کراتوپلاستی (پیوند قرنیه) به هر روش بر مبنای کد ۶۰۲۰۲۰ کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت در تعهد بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۳) هزینه های تهیه، آماده سازی، نگهداری و تحویل قرنیه بر مبنای کد ۶۰۲۰۵۵ کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت در شمول تعهدات بیمه پایه و قابل محاسبه می باشد.

۴) PRP (PanRetinal Photocoagulation) برای هر چشم حداکثر ۳ جلسه و بر مبنای کد ۶۰۲۳۷۰ کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت قابل محاسبه می باشد.

۵) جهت تزریق آواستین از کد ۶۰۲۲۷۵ استفاده می شود. هزینه دارو برابر ضوابط مصوب بصورت جداگانه قابل محاسبه است.

۶) جهت فتو دینامیک تراپی با Visudyne کد های ۶۰۲۳۷۵ استفاده می گردد؛ هزینه دارو برابر ضوابط مصوب به صورت جداگانه قابل محاسبه است.

آیا به کدهای تعدیلی که به سرجمع گلوبال اضافه می‌شوند، ضریب ترجیحی و تمام وقت تعلق می‌گیرد؟

کدهای تعدیلی که به همراه گلوبال ابلاغ می‌گردد شامل $2K$ و K ترجیحی می‌گردد.

در آنژیوپلاستی عروق کرونر، کد اندآرترکتومی و یا ترومبولیتیک تراپی هم درخواست می‌شود آیا قابل پرداخت است ؟

با توجه به همپوشانی اندآرترکتومی و ترومبولیتیک تراپی با آنژیوپلاستی این ۲ کد همزمان با کد آنژیوپلاستی عروق کرونر قابل گزارش نمی‌باشد.

جهت انجام آنژیوگرافی نوزاد همان کد کاتتریسیم راست و چپ برای بیماران مادرزادی داده می‌شود یا کد دیگری؟ کد ۹۰۰۸۴۰ قابل پرداخت است؟

جهت انجام آنژیوگرافی نوزاد از کد ۹۰۰۸۲۰ استفاده شود.

آیا برای آنالیز پروگرامینگ مستندی هم لازم است یا صرف نوشتن پزشک کافی است؟
صرف گزارش پزشک کافی است.

کد ۹۰۰۹۱۰ آنالیز الکترونیک بعدی یا دوره‌ای را در همان نوبت بستری گذاشتن ICD و
یا یک یا دو روز بعد می‌توان پرداخت کرد؟

بله در یک نوبت بستری می‌تواند دوبار آنالیز و پروگرامینگ انجام می‌شود .

کد اکو مادرزادی تا چه سنی و یا در چه مواردی باید پرداخت شود ؟

پرداخت تعرفه اکو کاردیوگرافی به شرط ذیل قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد:

۱- در صورت انجام توسط فوق قلب اطفال، فوق اکو و ارائه گزارش مبنی بر مشکل مادرزادی

براساس کد ۹۰۰۷۸۰-۱۴K قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۲- در صورت انجام توسط سایر فوق تخصص‌های قلب یا متخصص قلب و ارائه گزارش مبنی بر

مشکل مادرزادی و یا غیر مادرزادی براساس کد ۹۰۰۷۸۵-۹/۵K قابل محاسبه و پرداخت

می‌باشد.

نکات کلی در ثبت خدمات اتاق عمل

- ✓ در همه موارد کمک جراح باید برگه شرح عمل و صورت وضعیت اتاق عمل را مهر و امضاء نماید.
- ✓ لیست دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضاء مسئول اتاق عمل و مسئول فنی داروخانه
- ✓ فهرست لوازم مصرفی ۶٪ خدمات جنبی پرستاری (سرنگ، گاز، باند، پنبه، الکل، بتادین، چسب، آب اکسیژنه، ساولن)، دراتاق عمل، اتاق زایمان (به جزء کلاه، کاور کفش و لباس یکبار مصرف) قابل محاسبه است.
- ✓ زمان ورود و خروج بیمار به ریکاوری لازم است توسط تکنسین مربوطه در صورت وضعیت اتاق عمل درج گردد.
- ✓ چنانچه بیمار نیاز به عمل جراحی، اتاق عمل (غیر از اتاق عمل سرپایی) و بیهوشی داشته باشد، بیمار بستری تلقی می گردد. (حتی در صورتی عدم اقامت کمتر از ۶ ساعت)