



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان البرز



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
بیمه سلامت

شماره: ۱۴۰۴/۸۳۷۰

تاریخ: ۱۴۰۴/۰۱/۱۸ (۱۳۰۲۱)

پوست: دارد

دبیرخانه سازمان نظام پزشکی گرج	
شماره:	۱۴۰۴/۸۳۷۰
تاریخ:	۱۴۰۴/۰۱/۲۱

.. شبکه بهداشتی، درمانی و آموزشی مردم نوا ..

جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

موضوع: سقف گذاری برخی خدمات آزمایشگاهی

سلام علیکم

احتراماً پیرو نامه‌های شماره ۹۹/۱۹۸۰۶۰ مورخ ۹۹/۶/۴ دفتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی سازمان بیمه سلامت با موضوع "آزمایش‌های دل‌رای سقف در سامانه نسخه الکترونیک" و شماره ۹۷/۸۷۱۵۹ مورخ ۹۷/۰۳/۰۷ با موضوع ابلاغ "دستورالعمل اجرایی مدیریت بهره‌برداری از خدمات آزمایشگاهی نسخه ۱۰۰۰" (ابلاغی معاونت درمان وزارت متبوع به شماره ۴۰۰/۳۵۰۸ مورخ ۱۳۹۷/۲/۲۳) و باتوجه به ابلاغ دستورالعمل رسیدگی به اسناد آزمایشگاه و ژنتیک ابلاغی به شماره ۱۴۰۳/۱۵۱۲۹ مورخ ۱۴۰۳/۴/۱۲ (موضوع بند ۱۰ مصوبات یک صد و یکمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور ابلاغی به شماره ۱۰۰/۳۴۱ مورخ ۱۴۰۳/۴/۶) به اطلاع می‌رساند از تاریخ ابلاغ این نامه بر اساس دستورالعمل‌های فوق‌الذکر جهت برخی از خدمات آزمایشگاهی (به شرح جدول پیوست) سقف درخواست و انجام خدمت در سامانه نسخه الکترونیک اعمال گردیده است؛ لذا مقتضی است دراین خصوص اطلاع‌رسانی کافی به پزشکان و مؤسسات جهت به‌کارگیری ملاحظات لازم هنگام تجویز و ارائه خدمات مذکور انجام گیرد.

دکتر علیرضا اصغرزاده

سرپرست اداره کل بیمه سلامت استان البرز

۱۴۰۴/۰۱/۲۱

رابطه عمومی
علیرضا اصغرزاده



رونوشت:

ش.ش. ۷۹۹۳۸۶۸



مرکز مشاوره اطلاع‌رسانی: ۱۶۶۶

آدرس سایت: AL.IHIO.GOV.IR

نشانی: گرج - بلوار طالقانی شمالی - پهن کوبه بهداشتی

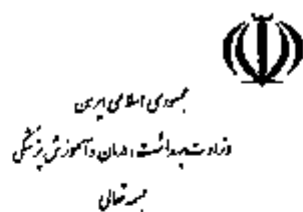
شماره تماس: ۳۴۰۰۱۳۴۹

تلفن: ۳۵۷۷۲

شماره پستی: ۳۱۵۳۵-۳۳۱۳

info@al.ihio.gov.ir

شماره: ۱۴۰۴/۸۳۷۰
تاریخ: ۱۳۹۸/۰۶/۰۱
پوسته: اداره



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
میرتعالی



سازمان مدیریت سلامت ایران
اداره کل مدیریت سلامت استان البرز

۱/ جناب آقای دکتر عبدالرسول مصلحت
رئیس محترم انجمن نظام پزشکی کرج
H/H جناب آقای دکتر مصلحتی
رئیس محترم انجمن فرمایشگاههای کرج

شماره: ۷۸۲۸۶۸۱



مرکز مشاوره و اطلاع

آدرس پست: AL.IHIO.GOV.IR

نشانی کرج - پورعلیخان - بن کوه رشیدی

شماره: ۳۵۷۷۲ ۴۹

پست الکترونیک: info@al.ihio.gov.ir

شماره: ۳۱۵۳۵-۳۳۱۳

آزمایشات بالینی	
نام آزمایش	حداکثر تعداد مجاز (در ۳۶۵ روز)
HbA1C	۴
قرینیت	۳
PSA در مردان دارای الدیکاربیون بالای ۴۰ سال	۴

نمونه های سیتولوژی و پاتولوژی (بر اساس گزارش پاتولوژی و سیتولوژی)			
نام آزمایش	سقف تعدادی به ازای هر نسخه	نام آزمایش	سقف تعدادی به ازای هر نسخه
سیتولوژی مایعات کد ۸۰۷۰۰۵	۳	عدد متفاوتی رزکسیون کد ۸۰۷۳۱۵	۱
سیتولوژی ادرار کد ۸۰۷۰۳۵	۳	رحم کد ۸۰۷۳۳۴	۱
پرورستان کد ۸۰۷۳۶۰	۵	بیوپسی سرویکس کد ۸۰۷۳۳۴	۳
پرورستان TUR کد ۸۰۷۳۶۱	سیک پار زیر ۴ موم - دو پار بالای ۴ موم	میومکتومی کد ۸۰۷۲۸۹	- با عنوان میومکتومی ۴ پار - با عنوان توده بافت نرم بهر لیوم ۳ پار
بیوپسی معده کد ۸۰۷۳۶۷	۵	منچره کد ۸۰۷۲۴۵	۲ پار
بیوپسی مری کد ۸۰۷۳۳۸	۳	لوزه کد ۸۰۷۲۱۲	۳
بیوپسی کولون کد ۸۰۷۳۳۴	۴	مانتجمه و قرینید کد ۸۰۷۱۹۱	۴
تیروئید کد ۸۰۷۳۹۰	۳	کبد کد ۸۰۷۳۰۶	۲
پرورستان یا بدون سارژین کد ۸۰۷۳۹۹	۵	فروزن سکشن کد ۸۰۷۱۳۰	۱
پرستان کد ۸۰۷۲۳۰	به ازای هر پرستان ۴	رنگ آمیزی کد ۸۰۷۱۰۰	حداکثر ۱۶ تا بر اساس نوع نمونه و گزارش پاتولوژی تا زمان اجرای کدهای لوینگ
مستکتومی کد ۸۰۷۳۰۳	به ازای هر پرستان ۱		

تجربہ



دستورالعمل مدیریت بهره‌ی بوداری از خدمات آزمایشگاه پزشکی ویرایش ۱۰۰۰

بر مبنای گزارش متغیر بیمه های پایه، حدود ۶۰ درصد از منابع مالی مربوط به تأمین خدمات آزمایشگاهی صرف خرید ۲۰ آزمایش رایج می شود و در بین این آزمایش ها، ۵ آزمایش به تنهایی بیش از ۲۵ درصد منابع را به خود اختصاص می دهند (D, CBC, HbA_{1c}, Ferritin, TSH) و ویتامین D. انتخاب آزمایش و پیشنهاد روش مدیریتی در دستورالعمل پیوست یا عنایت به فهرست آزمایش های پرهزینه، بررسی خواهد در سطح منابع معتبر علمی و کسب نظر مشورتی متخصصین بالینی و آزمایشگاهی منتخب در سطح ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و نیز نظرخواهی از معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان های بهره گر پایه بوده است.

دستورالعمل اجرایی مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی مربوط به تجویز تعدادی از آزمایش های پزشکی است که از طریق نظام مند کردن تجویز و یا پیشگیری از تکرار غیر ضروری آنها با کمترین ضرر و زیان به بیماران، صرفه جویی مالی در منابع نظام سلامت حاصل می شود. این اقدام ضمن بهبود بهره وری و پیشگیری از اتلاف منابع محدود مالی، امکان برنامه ریزی برای افزایش پوشش خدمات بهره های پایه در بخش آزمایشگاهی از محل صرفه جویی را فراهم می کند. الزام درج تشخیص اولیه یا اندیکاسیون تکرار آزمایش در نسخه به طبقه بندی سلسله تجویز آزمایش به وسیله پزشکان معالج و یا دلیل درخواست تکرار آن کمک می کند ثبت و بررسی سوابق نه تنها در مواردی مثل بازنگری و روزآمد کردن یا اصلاح سبندی بر شواهد بین قبل دستورالعمل ها کاربرد دارد، بلکه ضرورتی که تجویز تکرار آزمایش به دلیل تدقیق نتایج آزمایشگاهی با سوابق و وضعیت بیمار انجام شود، می تواند منجر به طراحی و اجرای اقدامات مداخله ای متناسب یا کمک شایسته از جمله اجتهادهای علمی و سازمان نظام پزشکی، گردد.

دستورالعملهای مدیریت بهره برداری مشمول بازنگری دوره ای در معاونت درمان بوده و بر مبنای نیاز و بازخوردهای دریافتی، مورد ارتقاء و اصلاح مبتنی بر شواهد قرار می گیرد.

دستورالعمل مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاه پزشکی

۱- عدم تجویز تکراری آزمایش الکتروفورز هموگلوبین (کد: ۸۰۰۷۰۵) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲- عدم تجویز همزمان آزمایش الکتروفورز هموگلوبین (کد: ۸۰۰۷۰۵) با آزمایشهای هموگلوبین جنینی (کد: ۸۰۰۷۲۵) و هموگلوبین A₂ (کد: ۸۰۰۷۳۰)، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۳- عدم تجویز تکراری آزمایش هموگلوبین A₂ به روش کروماتوگرافی ستونی (کد: ۸۰۰۷۳۰) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۴- مشروط شدن تجویز آزمایش الکتروفورز پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۵- عدم تجویز آزمایش الکتروفورز پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) پیش از چهار بار نو سال برای پایش موارد بیماری مرتبط با مغز استخوان (مثل مielom هائیل)، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و فوق تخصص گوارش و نفرولوژی و روماتولوژی و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۶- عدم تجویز آزمایش الکتروفورز پروتئینهای سرم (کد: ۸۰۰۷۵۰) به استثنای بیماریهای ارثی و مادرزادی متابولیسم لیپید و مشروط به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۷- عدم تجویز آزمایش الکتروفورز پروتئینهای سرم (کد: ۸۰۰۷۵۵) به استثنای بیماریهای ارثی و مادرزادی متابولیسم لیپید و مشروط به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۸- عدم تجویز همزمان آزمایش ایمونوالکتروفورز الیمنوفیکاسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و ۸۰۰۷۶۱) با آزمایشهای الکتروفورز پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) بجز



مؤردی که قبلاً با الکتروفورز پروتئین سرم به ادرار وجود یالده مولوگلولال یا وضعیت شیرینیمی دیگر تشخیص داده شده باشد و به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین یا ذکر اندیکاسیون در نسخه.

۹- محدودیت تجویز آزمایش امونو الکتروفورز پس ابعنوقیکاسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و ۸۰۰۷۶۱) به حداکثر دو بار در سال و مشروط به درج اندیکاسیون در نسخه.

۱۰- عدم تجویز آزمایش تکراری فریتین سرم (کد ۸۰۱۱۷۰) به فاصله کمتر از چهار ماه از آزمایش قبلی و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۱- مشروط شدن تجویز آزمایش CMV Ag به روش ایمنوفلورسانس (کد ۸۰۳۴۵۰) به درج تشخیص اولیه و عدم تجویز خارج از چارچوب راهنمای پیوند به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و عفونی.

۱۲- مشروط شدن تجویز آزمایش تعیین بار ویروس CMV به روش PCR (کد ۸۰۵۰۸۳) به درج تشخیص اولیه و عدم تجویز خارج از چارچوب راهنمای پیوند به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و عفونی.

۱۳- عدم تجویز آزمایش تکراری TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) به فاصله کمتر از ۱۲ هفته از آزمایش قبلی بجز موارد عدم ثبات عملکرد تیروئیدی در حین دارودرمانی، تیروئیتوسیکوز، هیپوتیروئیدی و اندوکرینوپاتی های همزمان یا نظر فوق تخصص غدد با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه (در صورت طبیعی شدن سطح TSH، سالانه یکبار تجویز و پذیرش شود).

۱۴- عدم تجویز همزمان آزمایشهای غربالگری عملکرد تیروئیدی بجز "تیروکسین (کد ۸۰۱۴۰۵) و TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) همزمان" یا "TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) و تیروکسین آزاد (کد ۸۰۱۴۲۵) همزمان" (غربالگری برای تشخیص کم کاری یا پرکاری تیروئید) به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص غدد با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۵- عدم تجویز تکرار آزمایش ویتامین D₂ 25-hydroxy Vitamin (کد A۰۱۵۱۰) و آزمایش ویتامین D₂ 25-hydroxy Vitamin (کدهای A۰۱۵۱۵) بجز با دستور پزشک فوق تخصص غدد (مثل درمان قه‌اجمی، عدم پاسخ به درمان، عمو کلیسمی و کاهش فعالیت کلیه، سارکوئیدوز و فنلوم) با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۶- محدودیت تجویز آزمایش PSA (کد A۰۱۸۲۰) به مردان بالای ۵۰ سال و یکبار در سال در مورد کسانی که برادر، پدر و عموی مبتلا به کتسر پروستات دارند این محدودیت ۲۰ سال به بالا است با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۷- محدودیت تجویز برای تکرار آزمایش PSA (کد A۰۱۸۲۰) به منظور پایش درمان در بیمار مبتلا به سرطان پروستات به تعداد ۴ بار در سال به استثنای دستور پزشک اورولوژیست، آنکولوژیست و رادیوتراپیست با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۸- عدم تجویز همزمان آزمایش "آنتی ژن P۲۴ + آنتی بادی HIV (تسل چهار)" (کد A۰۳۱۸۵) همراه با هر یک از آزمایشهای آنتی بادی HIV (تسل سه) (کد A۰۳۱۸۶) یا آزمایش آنتی ژن HIV- P۲۴ (کد A۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۹- عدم تجویز همزمان آزمایش آنتی بادی HIV (تسل سه) (کد A۰۳۱۸۶) و آنتی ژن P۲۴ HIV- (کد A۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی و یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۰- عدم تجویز همزمان آزمایش HBSAg (کد A۰۳۲۰۵) با سایر آزمایشهای سرولوژی تشخیص هپاتیت B بجز Total Anti-HBc (کد A۰۳۲۲۵) به منظور تشخیص اولیه هپاتیت و بررسی، به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق‌گوارش با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۱- عدم تجویز همزمان آزمایش همزمان HBSAg (کد A۰۳۲۲۰) با HBSAg (کد A۰۳۲۰۵) به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق‌گوارش با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.



۲۲- عدم تجویز همزمان آزمایش HBsAg (کد ۸۰۳۲۲۰) در موارد مثبت HBsAg به استثنای دستور

پزشکان متخصص عفونی و فوق‌کوارش یا ذکر اندیکاسیون در نسخه.

۲۳- عدم تجویز آزمایشهای HBsAg (کد ۸۰۳۲۱۰) و HBeAb (کد ۸۰۳۲۱۵) برای افرادی که HBsAg

آنها منفی است. به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق‌کوارش و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۴- عدم تجویز آزمایش اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) برای افراد فاقد سابقه دیابتی.

۲۵- عدم تجویز آزمایش اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) بیش از ۴ بار در سال برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۶- عدم تجویز آزمایش اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) به فاصله کمتر از سه ماه از آزمایش قبلی برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۷- عدم تجویز آزمایش های پروفایل لیپید (تری گلیسرید (کد ۸۰۰۴۳۰)، کلسترول توتال (کد

۸۰۰۴۳۵)، کلسترول LDL (کد ۸۰۰۴۴۵)، کلسترول HDL (کد ۸۰۰۴۴۰) بیش از یک بار در هر پنج سال

بجز در برنامه‌های مراقبت‌های ویژه بهداشت، موارد تحت درمان که با داروهای پایین آورنده چربی

سطح آلائیت مورد اندازه‌گیری بایدار نشود. واکنش ناسازگاری با دارو (Adverse effect) و یا

پاتکراتیبت. در موارد ذکر شده حداکثر چهار بار در سال یا ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.
