

دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری

دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور

زمستان ۱۴۰۰

تنظیم و تدوین:

سازمان برنامه و بودجه کشور

وزارت اقتصاد و امور دارایی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان نظام پزشکی

سازمان بهبه سلامت

سازمان بهبه نیروهای مسلح

سازمان تأمین اجتماعی

کمیته امداد امام خمینی (ره)

دفتر خانه شورای عالی بهبه سلامت کشور

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

فصل اول – کلیات

ماده ۱ – اهداف

- حمایت مالی و پوشش خدمات توسط سازمان های بیمه گر
- افزایش رضایتمندی بیمه شدگان و تسهیل فرآیند ارائه خدمات کمک باروری در سطوح مختلف جامعه
- تسهیل فرایند دسترسی به این خدمات برای بیماران در نقاط مختلف کشور
- افزایش نرخ رشد جمعیت و عملیاتی شدن سیاست های جمعیتی بالادستی
- برقراری دسترسی عادلانه به خدمات درمان ناباروری
- کاهش پرداخت از جیب مردم برای درمان ناباروری

ماده ۲ – مستندات، سیاست‌ها و الزامات

- ۱- بند ۱ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۳۰ / ۲ / ۹۳ مبنی بر ارتقاء، پویایی و بالندگی و جواری جمعیت با افزایش نرخ باروری
- ۲- سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال ۲۰۰۰) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
- ۳- ابلاغیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۷۴۵۹/۴۰۰ - ۱۳۹۸/۷/۲۰ (دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری ۱۳۹۸)
- ۴- بند (ح) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۰
- ۵- اجرای تبصره ۳ ماده ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوان‌سازی جمعیت

ماده ۳ – دامنه کاربرد

کلیه سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی، عمومی و غیردولتی، خیریه و خصوصی ملزم به رعایت و اجرای مفاد این دستورالعمل می‌باشند.

ماده ۴ – تعاریف و اصطلاحات

- ۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ۳- بیمه تامین: سازمان تامین اجتماعی
- ۴- بیمه سلامت: سازمان بیمه سلامت ایران
- ۵- ساخت: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
- ۶- بیمه‌گر پایه: سه سازمان اصلی بیمه پایه، تامین، سلامت و ساخت

۷- بیمه تکمیلی: کلیه شرکت‌های بیمه تجاری فعال در حوزه خرید خدمات سلامت کشور

۸- مرکز: کلیه مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری از سوی وزارت بهداشت

۹- ناباروری اولیه: زوج بدون فرزند پس از یکسال تلاش برای باروری، به طور طبیعی بارداری موفق نداشته است.

تبصره ۱: برای خانم‌های بالای ۳۵ سال مدت مذکور به ۶ ماه کاهش می‌یابد.

۱۰- ناباروری ثانویه: زوجی که دارای فرزند زنده بوده و برای باردار ی مجدد دچار مشکل هستند و پس از یکسال عدم پیشگیری بارداری نتوانسته‌اند باردار شوند.

۱۱- خدمات درمان ناباروری: این خدمات شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی برای زوجین ناباروری اولیه و ثانویه که نشان دار شده‌اند، می‌شود. فهرست این خدمات و سقف هر کدام در دروه زمانی در ادامه آمده است.

- IVF= Invitro Fertilization
- IUI= Intrauterine Insemination
- ICSI= Intracytoplasmic Sperm Injection
- FET= Frozen Embryo Transfer

۱۲- فرانشیز: بخشی از هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های پایه است که بیمه شده باید پس از دریافت خدمت پرداخت نماید.

۱۳- سهم بیمه: معادل درصد از تعرفه دولتی یا عمومی غیردولتی خدمات تشخیصی و درمانی است که بیمه پایه در قبال ارائه خدمات در مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

۱۴- تعرفه خدمات درمان ناباروری: تعرفه خدمات درمان ناباروری شامل بسته خدمات مشخص شده است که به صورت گلوبال یا براساس تعرفه های مصوب هر بخش (دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و موقوفه و خصوصی) سالیانه توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه ابلاغ می‌شود.

۱۵- رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی مجاز برای بیمار بررسی و بعد از تطبیق با ضوابط، مقررات و تعرفه های مصوب این دستورالعمل جهت پرداخت تایید یا مورد اصلاح قرار می‌گردد. این فرایند برای نسخ و پرونده‌های کاغذی کاربرد داشته و کلیه قوانین برای نسخی که به صورت الکترونیک تجویز و ارائه می‌گردند به صورت آنلاین بررسی خواهد شد.

۱۶- اسناد مثبت: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی ناباروری در مراکز درمانی مجاز، تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

۱۷- اعتبارات بسته خدمتی: کلیه اعتبارات مصوبی که سالانه در قانون بودجه کشور تحت عنوان درمان ناباروری به وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر تخصیص یافته است، مطابق مصوبه شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ هیات محترم وزیران تجمیع و براساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پاي، پس از تایید دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت به سازمان بیمه‌گر مربوطه پرداخت می‌گردد.

فصل دوم – اجرا

دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری از تاریخ ابلاغ دبیر شورایعالی بیمه سلامت کشور در شمول تعهدات بیمه‌ای سازمان های بیمه گو پایه و تکمیلی قرار گرفته و فرایند اجرایی آن به شرح زیر ابلاغ می گردد:

ماده ۵ – فرآیند اجرا

۱. شناسایی و تشخیص زوجین نابارور در مراکز سرپایی (در این مرحله مطابق با سایر بیماران سرپایی قابل محاسبه است).
۲. ارجاع به مراکز مجاز درمان ناباروری جهت تشکیل پرونده و نشاندار شدن زوجین نابارور (براساس مرحله ارزیابی بسته خدمات قابل محاسبه و پرداخت است).
- ۱-۲: ارجاع زوج و یا زوجه از مرکز به سازمان بیمه مربوطه یا ثبت بیمار در سامانه الکترونیک سازمان بیمه ای جهت صدور معرفی نامه و طی مراحل اداری براساس قوانین اداری هر سازمان (نشاندار شدن زوجین)
- ۲-۲: ثبت کد تشخیص ناباروری بر اساس ICD10 بیماری ویژه پرونده‌ای برای زوجین خواهد بود. (N46.9) مرد (N97.9) زن
۳. ارائه خدمات درمان ناباروری به زوجین براساس طرح درمان انجام شده و مطابق بسته های تدوین شده قابل محاسبه و پرداخت است.

ماده ۶ – ضوابط و مقررات

- ۱- ارسال کلیه اسناد در قالب پرونده کاغذی یا به صورت الکترونیک بین مراکز ارائه دهنده و سازمان بیمه گر تبادل خواهد شد .
مبنای ارسال اسناد به سازمان های بیمه گر براساس سازمان بیمه گر زوج یا زوجه خواهد بود.
- ۲- بیمه شدگان مشمول عبارتند از خانم های متاهل تا ۴۹ سال تمام و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.
- ۳- پزشک متخصص مجاز برای معرفی بیمه شده فلوووشپ نازایی - متخصص زنان و زایمان دوره دیده و متخصص ارولوژی می باشد.
- ۴- هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات تدوین شده در تعهد می باشد
 - بسته خدمتی میکروانجکشن یا ICSI با یا بدون انتقال جنین تا حداکثر سه بار در هر سال.
 - بسته خدمتی IVF با یا بدون انتقال جنین سه بار در هر سال.
 - بسته خدمتی تلقیح داخل رحمی (IUI) سه بار در هر سال.
 - خدمت FET سه بار در سال
- تبصره: لازم به ذکر است در خصوص آن گروه از زوجین که در مرحله اول IVF یا ICSI، در مرکز مربوطه دارای تخمک ذخیره شده می باشند، پرداخت سیکل بعدی منوط به انجام بسته خدمتی FET می باشد.
- ۵- اولویت عقد قرارداد با کلیه مراکز واجد شرایط دولتی، عمومی غیر دولتی، خصوصی و خیریه است که با برنامه نسخه الکترونیک مشارکت دارند.

۶ - کلیه خدماتی که برای هر کدام از زوجین جهت آماده سازی استفاده از بسته های خدمتی این دستورالعمل لازم باشد؛ مطابق ضوابط و مقررات این دستورالعمل و از منابع این برنامه به شرط ارجاع از یکی از مراکز مجاز درمان ناباروری قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: پرداخت هزینه خدماتی مانند رحم اجاره‌ای، تخمک اهدایی و جریح اهدایی در ضوابط این دستورالعمل نمی باشد و قابل محاسبه و پرداخت نخواهد بود.

تبصره ۲: در صورتی که بیمار به یکی از روش‌های اشاره شده در تبصره فوق، تحت درمان ناباروری قرار بگیرد، بسته های ذکر شده در این دستورالعمل قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

ماده ۷ - تعهدات سازمان و فرانشیز بیمار

۷-۱- تعهدات سازمان بیمه گر

۷-۱-۱ - **مراکز دولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش دولتی بسته های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمانهای بیمه گر می‌باشد.

۷-۱-۲ - **مراکز عمومی غیردولتی:** ۹۰ درصد تعرفه مصوب بخش عمومی غیردولتی بسته های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل در تعهد سازمانهای بیمه گر می باشد.

۷-۱-۳ - **مراکز خیریه و خصوصی:** تعهدات سازمانهای بیمه گر پایه در مراکز خصوصی معادل ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی است. مابه‌التفاوت تعرفه خصوصی و ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی به عنوان سهم بیمار توسط بیمار یا در صورت داشتن بیمه تکمیلی توسط بیمه مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

۷-۲- فرانشیز

۷-۲-۱ - فرانشیز بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی معادل ۱۰ درصد تعرفه مصوب آن مرکز می باشد.

۷-۲-۲ - در مراکز خیریه و خصوصی سهم بیمار معادل ۱۰ درصد تعرفه عمومی غیردولتی به اضافه مابه التفاوت تعرفه بخش خیریه یا خصوصی با تعرفه عمومی غیردولتی است.

ماده ۸ - اسناد مثبت

ثبت سیستمی هر یک از خدمات اصلی (IVF - IUI - ICSI، FET) یا اجزای خدمات اصلی و سایر خدمات مرتبط با درمان ناباروری توسط مراکز برای بیمه شده (زوج و یا زوجة) در روز ارائه خدمت و با کنترل سقف سالیانه در پرونده هر یک از زوج یا زوجة انجام شود.

اسناد مثبت به شرح ذیل می باشد:

۱ - اخذ استحقاق درمان بیمار برای دریافت خدمات درمان ناباروری

۲ - ارزیابی و ویزیت؛ ثبت الکترونیکی ارائه نسخ کاغذی مهپور به مهر و امضای پزشک

- ۳ - تصویر برگه خدمات یا شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و درج کدهای مربوطه براساس کتاب ارزش نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و الصاق برچسب تجهیزات پزشکی استفاده شده در عمل جراحی به برگه شرح عمل
- ۴ - تصویر برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضای متخصص بیهوشی و درج ارزش تام، شامل پایه، زمان، و کدهای تعدیلی بیهوشی (کدهای قابل پرداخت در سرپایی) مطابق کتاب ارزشهای نسبی و بر اساس شرح حال و ذکر علت درخواست
- ۵ - تصویر برابر اصل فاکتور خرید کلی لوازم پزشکی مصرفی (با صورتحساب ماهانه)
- ۶ - اصل لیست قیمت گذاری شده دارو و لوازم مصرفی بخش ناباروری ممهور به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه (طی تأیید رئیس مرکز)
- ۷ - لیست دارو و لوازم پزشکی مصرفی اتاق عمل ممهور به مهر و امضای مسئول اتاق عمل و متخصص جراحی و بیهوشی مربوطه
- ۸ - لیست آزمایشات (بالینی و پاتولوژی) و تصویر برابر اصل گزارش پاتولوژی (در صورت انجام) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی آزمایشگاه (یا تأیید رئیس مرکز)
- ۹ - لیست خدمات آزمایشگاه جنین شناسی ارائه شده به بیمار متناسب با طرح درمان با ذکر کد ملی خدمات ارائه شده و با مهر و امضای جنین شناس
- ۱۰ - لیست خدمات پرتوپزشکی (رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، MRI، ...) و تصویر برابر اصل گزارش خدمات (به استثناء خدمات رادیوگرافی ساده) ممهور به مهر و امضای مسئول فنی مربوطه (طی تأیید رئیس مرکز)
- ۱۱ - برگه صورتحساب ممهور به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای مرکز بر روی صورتحساب
- تبصره ۱:** در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخش های مختلف به صورت اسکن شده می باشد، پرداخت هزینه اسناد پزشکی با مهر اسکن شده و امضای اصل بلامانع است.

تبصره ۲: در صورتیکه ارسال اسناد به صورت الکترونیک باشد، مبنای تبادل اسناد دستورالعمل تبادل الکترونیک خواهد بود.

ماده ۹ - ارسال اسناد

در پایان هر ماه پرونده های تکمیل شده سیکل های درمانی انجام شده به سازمان بیمه گر مربوطه براساس ضوابط سازمان های بیمه گر ارسال خواهد شد. سازمان های بیمه گر پایه مکلفند براساس ماده (۳۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) نسبت به پرداخت مطالبات مراکز ارائه دهنده خدمات اقدام نمایند.

ماده ۱۰ - ملاحظات نظارتی

- ۱ - اداره استانی ضمن رعایت مقررات و ضوابط ابلاغی در خصوص نحوه عقد قرارداد با مراکز موصوف در زمینه ثبت دقیق و صحیح اطلاعات مراکز متقاضی همکاری در سیستم جامع سازمان، اهتمام داشته باشد.
- ۲ - ضروری است کلیه پروانه ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.

۳- ضمن اطلاع‌رسانی شفاف به مراکز متقاضی در خصوص تعرفه‌ها، ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه‌التفاوت خارج از تعرفه‌های مصوب مطابق بسته‌های تدوین شده در این دستورالعمل از بیمه‌شدگان به عمل آید.

۴- میزان هزینه‌های ایجادیه مراکز و بیمه‌شدگان به لحاظ کنترل تعداد ریز خدمت، میانگین هزینه و سایر شاخص‌های نظارتی به طور مستمر تحت پایش سیستمیک واقع گردد و در صورت انحراف برابر مقررات برخورد مناسب با مرکز انجام گیرد.

۵- کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات موظفانند در بدو تشکیل پرونده برای دریافت خدمات ناباروری، فرم آموزشی مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزینه پرداختی بیماران مطابق با دستورالعمل ابلاغی اطلاع‌رسانی نمایند.

۶- کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده اند به صورت همزمان با بسته خدمتی در دوره درمان بیماری جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن مشمول تعدیلات بیمه‌ای می‌گردد.

۷- مراکز مجری مکلفند دارو و اقلام مصرفی پزشکی را خود تامین و در اختیار بیمار قرار دهند و از ارجاع بیماران به خارج از مرکز، جهت تامین اقلام مذکور اجتناب کنند.

۸- در بخش دولتی، در صورت تمام وقتی هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات مطابق آیین نامه پرداخت تمام وقتی، ضریب ریالی تمام وقتی به صورت سرپایی به عنوان مبنای محاسبات تعرفه خواهد بود.

ماده ۱۱ – بسته خدمات درمان ناباروری

۱۱-۱- بسته خدمت IUI

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی (Code)	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. مرحله ارزیابی زوج	ویزیت	۲		متخصص افلوشپ یا فوق تخصص زنان و اورولوژی
	آنالیز اسپرم	۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
	سونوگرافی خانم	۱	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
۲. انجام خدمت IUI	سالپینژيوگرافي	۱	۷۰۰۳۷۵	رادیوگرافی هیستروسالپینگوگرافی
	خدمت IUI	۱	۵۰۲۰۶۸	لقاح داخل رحمی (IUI) شامل نمونه گیری اسپرم، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح در صورتی که خدمت IUI به طور کامل در یک روز یا یک سیکل درمانی انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۸ گزارش می شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام شود، می توان از ریز کدهای مربوطه، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.
			۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده
			۸۰۹۰۵۰	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
			۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
			۵۰۱۲۰۵	بیوپسی سوزنی اپیدیدیم
			۱۰۰۰۰۵	آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک کدهای ۵۰۱۲۰۵ و ۱۰۰۰۰۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
			۸۰۹۱۹۷	پروسه تلقیح آزمایشگاهی و باروری ضخیم برای هر بیمار
	ویزیت	۱		فوق تخصص / متخصص زنان
۳. خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از IUI	آزمایش Beta HCG	۲	۸۰۱۵۹۰	اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم / پلاسما
	سونوگرافی ها	۱	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
		۱	۷۰۱۷۱۸	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
		۱	۷۰۱۷۱۶	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال

۱۱-۲- بسته خدمت IVF

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. مرحله ارزیابی زوج	ویزیت	۲		متخصص/فلوشیپ یا فوق تخصص زنان و اورولوژی
	آنالیز اسپرم	۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
	سونوگرافی خانم	۱	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
۲. مرحله انجام IVF	ویزیت فوق تخصص/ متخصص زنان	۴		پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) این ویزیت در طی دو ماه و پس از هر بار تجویز خدمات پاراکلینیک جهت مانیتورینگ و آماده سازی بیمار توسط پزشک معالج انجام خواهد شد
	خدمت IVF	۱	۵۰۲۰۶۷	لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی و انتقال (هزینه مراحل آماده سازی بهار تا مرحله پانکچر، فرنی و ذخیره سازی تخمک بی جریئن و هزینه دارو و لوازم مصرفی به طور جداگانه قابل اخذ می باشد)
				در صورتی که خدمت IVF به طور کامل (شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جریئن شناسی و انتقال) انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۷ گزارش می شود، در صورتی که یکی بی چند یک از مراحل نمونه گیری، مراحل آزمایشگاه ی و تلقیح انجام شود، می توان از ریز کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.
				پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)
				تشخیص تخمک از مایع فولیکولی
				کشت تخمک و جنین
				هیچینگ جنین
	این کدها در داخل کد IVF لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمیباشند.	۱	۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده
			۸۰۹۰۵۰	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
		۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
		۱	۸۰۹۱۹۷	پروسه تلقیح آزمایشگاهی و باروری تخمک برای هر بیمار
		۱	۸۰۹۰۲۰	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش
		۱	۵۰۲۰۶۲	انتقال جنین به داخل رحم

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۳. پس از IVF	ویزیت	۲		فوق تخصص / متخصص زنان
	تصویربرداری	۵	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
		۱	۷۰۱۷۱۸	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
		۱	۷۰۱۷۱۶	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال
	آزمایشگاه	۲	۸۰۱۵۹۰	اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم/پلاسما

۱۱-۳- بسته خدمت ICSI

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. ارزیابی اولیه مرد	ویزیت	۲		متخصص/فوق تخصص ارولوژی
	اسپرموگرام	۲	۸۰۴۴۰۵	آزمایش کامل مایع منی (Semen Analysis) شامل ارزیابی حجم، شمارش، حرکت و مورفولوژی اسپرم بطور کامل به روش دستی بطور کامل دستگاه خودکار
	چک وضعیت سلامتی بیمار	۱	۸۰۱۴۵۵	اندازه گیری کمی تستوسترون Testosterone سرم/پلاسما
		۱	۸۰۱۴۴۰	اندازه گیری کمی hormone (FSH Follicle stimulating) سرم/ پلاسما یا ادرار
		۱	۸۱۰۰۲۸	بررسی حذف نواحی AZF در کروموزوم Y
	تصویر برداری	۱	۷۰۱۷۹۰	سونوگرافی کالرداپلر کلیه ها یا بیضه ها
۲. خدمات مرد	خدمت اصلی PESA /TESE/MICRO TESE	PESA	۵۰۱۲۰۵	بیجه پسی سوزنی اپیدیدیم برای اخذ اسپرم در درمان ناباروری آقایان یکی از سه روش MICRO، TESE، PESA TESE قابل گزارش می باشد. در صورتی که استحصال اسپرم به روش طبیعی انجام شود هیچ یک از کدهای MICRO TESE، TESE، PESA قابل گزارش نمی باشند.
			۱۰۰۰۰۵	آسپیراسیون سوزنی (FNA)؛ بدون هدایت رادیولوژیک
			۸۰۹۰۲۵	تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم
		TESE	۵۰۲۰۷۱	استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE)
			۵۰۲۰۷۱	هزینه بیهوشی
			۸۰۹۰۵۵	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)
		MICRO TESE	۵۰۲۰۷۲	استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE)

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
			۵۰۲۰۷۲	هزینه بیهوشی
			۸۰۹۱۹۸	تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی
			۸۰۹۰۵۵	تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)
	اسپرم	۱	۸۰۹۰۴۰	انجماد اسپرم
		۱	۸۰۹۱۱۰	ذوب اسپرم و یا مایع منی
۳. ارزیابی اولیه زن	ویزیت	۴		پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)
	تصویربرداری	۳	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)
۴. خدمت اصلی	خدمت ICSI	۱	۵۰۲۰۶۶	میکرواینجکشن (ICSI) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین و انتقال در صورتی که خدمت ICSI به طور کامل انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۶ گزارش می‌شود، در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل پانکچر، مراحل آزمایشگاه ی و تلقیح و کشت انجام شود، می‌توان از رئی کدهای فوق، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.
				۱
	این کدها در داخل کد ICSI لحاظ شده و به طور جداگانه قابل پرداخت نمی‌باشند.	۱	۸۰۹۰۱۵	تشخیص تخمک از مایع فولیکولی
		۱	۸۰۹۰۶۰	کشت تخمک و جنین
		۱	۸۰۹۰۶۲	هچینگ جنین
		۱	۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
			۸۰۹۰۵۰	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت)
		۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE
		۱	۸۰۹۰۲۰	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش
		۴	۸۰۹۱۹۶	پروسه میکروانجکشن تخمک برای هر بیمار
		۱	۵۰۲۰۶۲	انتقال جنین به داخل رحم
		۲		متخصص/فوق تخصصی زنان

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم/پلاسما	۸۰۱۵۹۰	۱	آزمایشگاه	
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۲	تصویر برداری	
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	۷۰۱۷۱۸	۱		
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱		
انجماد جنین و تخمک تا سه جنین کدهای ۸۰۹۰۳۰ و ۸۰۹۰۳۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی باشد.	۸۰۹۰۳۰	۱	انجماد، ذخیره و ذوب جنین	۶.جنین
انجماد جنین و تخمک بیش از سه جنین	۸۰۹۰۳۵			
ذخیره سازی جنین برای یکسال	۸۰۹۰۸۵	۱		
ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵	۱		

۱۱-۴- بسته خدمت FET

شرح کد	کد ملی	تواتر در یک سیکل درمانی	خدمت	مراحل
پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)		۲	ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان	۱. ارزیابی
سونوگرافی رحم و تخمدان ها (ترانس واژینال)	۷۰۱۶۹۰	۲	تصویربرداری	اولیه
ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵	۱	ذوب، آماده سازی و انتقال	۲. خدمت اصلی
کشت تخمک و جنین	۸۰۹۰۶۰	۱		
هیچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۱		
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش	۸۰۹۰۲۰	۱		
انتقال جنین به داخل رحم	۵۰۲۰۶۲	۱		
پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)		۱	ویزیت تخصص/ فوق تخصص زنان	۳. بعد از انتقال
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم(EP)	۷۰۱۷۱۸	۱	تصویربرداری	
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱		
اندازه گیری کمتی Beta HCG در سرم/پلاسما	۸۰۱۵۹۰	۲	آزمایشگاه	

۱۱-۵- بسته خدمت غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری

شرح کد (Value)	کد ملی (Code)
اندازه گیری کمتی (PAPP-A) Pregnancy Associated Plasma protein –A	۸۰۳۳۴۰
سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول	۷۰۱۷۳۱
سونوگرافی برای تشخیص مالفورمسیون های مادرزادی جنین	۷۰۱۷۲۵
آزمایش NIPT با استفاده از cell free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون	۸۱۰۳۴۸

تبصره ۱: این تعرفه جداگانه براساس این بسته قابل اخذ می باشد و تحت پوشش منابع این برنامه است.

۱۱-۶- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفی:

فهرست دارو و لوازم مصرفی براساس استانداردهای ابلاغی و با قیمت فاکتور رسمی مطابق ضوابط این دستورالعمل تا سقف ۹۰ درصد

قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو و براساس قانون برنامه ششم توسعه در پوشش بیمه در همه بخش‌های مجاز ارائه خدمت است.

الف) فهرست لوازم مصرفی که در صورت مصرف برای بیماران و گزارش مراکز مطابق ضوابط بیمه ای بصورت جداگانه

قابل محاسبه و گزارش می باشند

کد ایندهکس	نام محصول	واحد	تعداد/حجم در بسته	قیمت در تعهد بیمه	کد ایندهکس	نام محصول	واحد	تعداد/حجم در بسته	قیمت در تعهد بیمه
۷۶۴	سرنگ m۱۰	عدد	۱	۱۷,۵۰۰	۳۲۹۳	(سرنگ انتقال) IVF Syringe	عدد	۱	۱۳,۰۰۰
۹۴۵	دستکش جراحی لاتکس بدون پودر	جفت	۱	۸۲,۲۰۹	۳۵۴۶	نی فریز اسپرم/جنین	عدد	۱	۳۲,۵۰۰
۹۴۶	دستکش معاینه لاتکس	بسته	۱۰۰	۱۴,۵۰۰	۴۲۶۸	پتری دیش ها	عدد	۵۰۰	۱۴۲,۰۸۳
۹۹۲	ماسک جراحی	عدد	۱	۱۰,۰۰۰	۶۵۷۵	تیغ بیستوری	عدد	۱	۱۱,۵۰۰
۹۹۶	گان جراحی	عدد	۱	۱۷۵,۰۰۰	۶۷۰۲	محیط های کشت	عدد	۱	۱۹,۵۰۰,۰۰۰
۱۰۲۸	اسپکلوم	عدد	۱	۳۱,۶۴۰	۸۶۷۵	فیلتر mesh	عدد	۱	۱,۳۵۰,۰۰۰
۱۰۳۵	کاندوم	عدد	۱	۱۵,۰۰۰	۷۷۱ ۷۷۰ ۷۷۲	سرنگ انسولین	عدد	۱	۱۲,۵۰۰
۱۰۴۲	کتنر انتقال جنین	عدد	۱	۶,۰۰۰,۰۰۰		کرایوویال	عدد	۵۰	۶۰,۰۰۰
۱۰۵۰	سوزن پانکچر	عدد	۱	۶,۰۰۰,۰۰۰		فیلتر سرسرنگی ۲۲/۰	عدد	۱	۳۰۰,۰۰۰
۱۰۵۱	سوزن پانکچر دو کاناله	عدد	۱	۴,۵۷۳,۱۲۷		کرایوکی	عدد	۱	۳۵۰,۰۰۰
۱۱۴۵	لوله ساکشن	عدد	۱	۶۹,۳۰۰		ملحفه یکبار مصرف	متر	۲۰	۱۵,۰۰۰
۲۱۵۵	دستکش بدون پودر و بدون لاتکس	جفت	۱	۲۲۹,۳۵۰		فلاسک ml۲۵۰	عدد	۱۰۰	۵,۰۰۰
۳۰۳۲	گاز استریل	عدد	۱	۱۳,۰۰۰		کلاه	عدد	۵۰	۳,۵۰۰
۳۲۹۱	سوزن بیوپسی	عدد	۱	۳,۰۰۰,۰۰۰		گابلت	عدد	۱	۹۲,۵۰۰

ب) فهرست داروهای قابل گزارش برای درمان ناباروری براساس استانداردهای ابلاغی و درخواست پزشک معالج

کد دارو	عنوان دارو
5291	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug
6783	GANIRELIX INJECTION PARENTERAL 500 ug/1mL 0.5MILLILITER
50096	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 3.6 mg
50097	GOSERELIN (AS ACETATE) IMPLANT PARENTERAL 10.8 mg
00185	BUSERELIN ACETATE INJECTION PARENTERAL 1 mg/1mL 5.5MILLILITER
15666	TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION PARENTERAL 95.6 ug
01266	TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg
1270	UROFOLLITROPIN INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SOLUTION INTRAMUSCULAR 75 [iU]
16068	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 1.5MILLILITER
16180	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.75MILLILITER
16179	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 600 [iU]/1mL 0.5MILLILITER)
00286	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 5000 [iU]
00503	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 1 mg
00504	ESTRADIOL VALERATE TABLET ORAL 2 mg
2082	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 400 mg
2534	PROGESTERONE SUPPOSITORY VAGINAL 200 mg
5596	DYDROGESTERONE TABLET ORAL 10 mg
11441	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 2MILLILITER
1917	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL 1MILLILITER
1057	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 25 mg/1mL
1058	PROGESTERONE INJECTION PARENTERAL 50 mg/1mL
00791	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL 150 mg/1mL 1MILLILITER
19093	PROGESTERONE TABLET VAGINAL 100 mg
52265	PROGESTERONE GEL VAGINAL 8 % 1.125GRAM

کد دارو	عنوان دارو
18898	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 200 mg
18897	PROGESTERONE CAPSULE, LIQUID FILLED ORAL 100 mg
00792	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE TABLET ORAL 5 mg
00624	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 5000 [iU]/1mL 1MILLILITER
	HEPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 10000 [iU]/1mL 1MILLILITER
17725	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 1MILLILITER
02293	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.8MILLILITER)
02292	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.6MILLILITER
02043	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.4MILLILITER
02294	ENOXAPARIN SODIUM INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL 0.2MILLILITER)
01922	LETROZOLE TABLET ORAL 2.5 mg
01193	TAMOXIFEN TABLET ORAL 10 mg
02465	TAMOXIFEN TABLET ORAL 20 mg
00319	CLOMIPHENE CITRATE TABLET ORAL 50 mg
00838	METHYLTESTOSTERONE TABLET ORAL 25 mg
1201	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 100 mg/1mL
50872	TESTOSTERONE ENANTHATE INJECTION PARENTERAL 250 mg/1mL
2287	CABERGOLINE TABLET ORAL 0.5 mg
2374	CABERGOLINE TABLET ORAL 1 mg
00027	ALBUMIN (HUMAN) INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 20 % 50MILLILITER
5291	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug
00284	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 1500 [iU]
00285	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 500 [iU]
10786	LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 75 [iU]
50345	FOLLITROPIN ALFA / LUTROPIN ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 150 [iU]/75 [iU]
18438	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 3.75 mg
22422	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 7.5 mg

کد دارو	عنوان دارو
50346	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 22.5 mg
50541	LEUPRORELIN ACETATE INJECTION, POWDER, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE PARENTERAL 45 mg
00352	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 0.625 mg
00354	CONJUGATED ESTROGENS TABLET ORAL 1.25 mg
00353	CONJUGATED ESTROGENS CREAM VAGINAL 0.625 mg/1g 42.5GRAM
50695	ESTRADIOL HEMIHYDRATE / LEVONORGESTREL PATCH TRANSDERMAL 1.5 mg/0.525 mg/15cm ²

تبصره ۱: با عنایت به مصوبه مجلس شورای اسلامی درخصوص پوشش دارو و خدمات درمان ناباروری بسته خدمات دارویی فوق

جهت درمان زوجین نابارور تحت پوشش سازمان های بیمه گر قرار گرفت و در صورت درخواست پزشک معالج برای زوج نابارور و با تشکیل پرونده الکترونیک متناسب با پروتکل های دارویی با سهم سازمان ۹۰ درصد و فرانشیز بیمار ۱۰ درصد قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۲: تعداد و سقف داروها براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و تا زمان ابلاغ

استانداردهای مربوطه ملاک عمل ضوابط ابلاغی سازمان های بیمه گر می باشد.

ماده ۱۲: مراکز مجاز درمان ناباروری براساس اعلام معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود . بدیهی است

مراکزی که به صورت موردی نسبت به اخذ مجوز اقدام می نمایند به فهرست اعلامی معاونت درمان اضافه می گردند.

ماده ۱۳: این دستورالعمل در ۱۳ ماده در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۴ تصویب و توسط دبیر شورای عالی بیمه سلامت کشور ابلاغ شد.

لازم به ذکر است با ابلاغ تعرفه های سال جدید یا اصلاح کد خدمات درج شده در بسته خدمات درمان ناباروری و همچنین براساس

نظرات واحدهای محیطی که از طریق واحدهای ستادی متناظر به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور منعکس می گردد، این

دستورالعمل به صورت دوره ای بازنگری خواهد شد.