



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دیرخانه شورای عالی پرستاری کشور

# دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری نسخه (۰۴)

### مقدمه:

این دستورالعمل در راستای اجرای ماده (۴۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، تصویب نامه‌های هیات محترم وزیران به شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ و شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ با هدف ایجاد انسجام و وحدت رویه فی مابین مراکز ارائه دهنده خدمت و خریدار خدمت درمان ناباروری و براساس پروتکل و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و تنظیم گردیده است.

### اهداف اصلی این دستورالعمل به شرح ذیل می‌باشد:

- عملیاتی شدن تکالیف قانونی و سیاست‌های جمعیتی بالادستی
- ایجاد دسترسی عادلانه و تسهیل فرایند دسترسی به خدمات درمان ناباروری
- حمایت مالی و کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات درمان ناباروری
- تسهیل فرآیند ارائه خدمات درمان ناباروری و افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان

### اسناد بالادستی و مستندات قانونی

- ✓ بند (۱) سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۳۰ / ۲ / ۹۳ مبنی بر افزایش نرخ باروری
- ✓ سند بین‌المللی اهداف توسعه هزاره (منتشره در سال ۲۰۰۰) مبنی بر ضرورت دسترسی همه افراد به خدمات درمان ناباروری
- ✓ تبصره ۳ ماده (۴۳) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مبنی بر تدوین و پوشش کامل بسته خدمات درمان ناباروری
- ✓ منابع اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در قانون بودجه ۱۴۰۲
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۵۵۷۱۸/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۵/۳۱
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳ هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰
- ✓ مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۳۱۸۴۰/ت/۶۱۸۵۰ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶
- ✓ دستورالعمل برنامه حمایت مالی زوج نابارور و توسعه خدمات ناباروری به شماره ۴۰۰/۱۷۲۵۹/د مورخ ۱۳۹۸/۷/۲۰ ابلاغی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ✓ دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری - نسخه ۰۳. به شماره ۱۴۲/۱۹۰ مورخ ۱۴۰۱/۴/۲۶ ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ✓ بند ۱۶ سیاست‌های کلی تدوین برنامه هفتم توسعه کشور

### ماده ۱: تعاریف واژگان

- وزارت بهداشت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- شورای عالی: شورای عالی بیمه سلامت کشور
- دبیرخانه شورای عالی: دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- معاونت درمان: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- بیمه تامین: سازمان تامین اجتماعی

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

بیمه سلامت: سازمان بیمه سلامت ایران

ساخت: سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

سازمان‌های بیمه‌گر پایه: سه سازمان اصلی بیمه پایه، تامین، سلامت و ساخت

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

مراکز ارائه دهنده خدمت: کلیه مراکز سطح دو و سه ارائه خدمات درمان ناباروری دارای مجوز از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ناباروری اولیه: زوج بدون فرزند که پس از یکسال تلاش برای باروری، موفق به بارداری طبیعی نبوده است.

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

تبصره ۲: افراد دارای اندیکاسیون آرواسپرمی مشمول مدت زمان تعیین شده نبوده و خدمات مربوطه از زمان مراجعه قابل ارائه خواهد بود.

ناباروری ثانویه: زوجی که دارای فرزند زنده بوده و از تولد آخرین فرزند فاصله حداقل ۲ سال گذشته باشد و برای بارداری مجدد دچار مشکل

هستند و پس از یکسال عدم پیشگیری بارداری نتوانسته‌اند به طور طبیعی باردار شوند.

سقط مکرر: از بین رفتن دو بار یا بیش تر بارداری بالینی است.

سطح بندی خدمات درمان ناباروری: سازماندهی ارائه خدمات درمان ناباروری که به سطوح سه گانه، سطح اول کلیه مراکز بهداشتی و درمانی

و درمانگاه‌های تخصصی مانند مطب زنان و زایمان و ارولوژی است، سطح دوم شامل مراکز ارائه دهنده خدمات رفع و کاهش ناباروری از جمله IUI

است (آیین‌نامه الزامات راه اندازی خدمات ناباروری سطح دو" به شماره ۱۰۰/۷۷۹ مورخ ۱۴۰۱/۶/۵). سطح سه شامل مراکز تخصصی درمان

ناباروری مشتمل بر آزمایشگاه تخصصی جنین شناسی و اتاق عمل‌های کمک باروری (ART) می‌باشد. (آیین‌نامه تاسیس و بهره‌برداری مرکز تخصصی

درمان ناباروری" به شماره ۱۰۱/۱۸۱۵/د مورخ ۱۳۹۸/۷/۱۷).

خدمات درمان ناباروری: این خدمات شامل خدمات ویزیت و پیگیری، پاراکلینیک، دارو و لوازم مصرفی و اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی

برای زوجین نابارور اولیه و ثانویه که نشان‌دار شده‌اند، می‌باشد. فهرست این خدمات در ماده (۱۲) اشاره شده است.

خدمات درمان ناباروری شخص ثالث: برای مواردی که بیمه شده قادر به دریافت مستقیم خدمات تخصصی ناباروری به علت مشکلات بالینی

نمی‌باشد و از شخصی دیگر به نیابت از خود خدمات ناباروری را دریافت می‌نماید؛ مانند رحم اجاره‌ای و جنین‌اهدایی

سهیم بیمه: معادل درصدی از تعرفه بخش دولتی یا عمومی غیردولتی خدمات تشخیصی و درمانی است که بیمه پایه در قبال ارائه خدمات در مراکز

طرف قرارداد پرداخت می‌نماید.

فرانشیز: بخشی از هزینه خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های پایه است که به عنوان سهم بیمه شده در زمان دریافت خدمات، پرداخت می‌گردد.

تعرفه مصوب: تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای خدمات تشخیصی و درمانی که سالیانه تصویب و ابلاغ می‌گردد.

رسیدگی: فرآیندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات ارائه شده به بیمار توسط مراکز درمانی مجاز، براساس ضوابط، مقررات و

تعرفه‌های مصوب این دستورالعمل جهت پرداخت تایید یا مورد اصلاح و بررسی قرار می‌گیرد. 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.

اسناد مثبت: کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی ناباروری در مراکز درمانی مجاز تهیه و جهت دریافت سهم بیمه‌گر به ادارات

اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

### ماده ۲: دامنه کاربرد

- کلیه سازمان‌ها، صندوق‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی

- کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری در بخش دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه، موقوفه و خصوصی

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

### ماده ۳: جمعیت تحت پوشش دستورالعمل ( جمعیت هدف )

بیمه شدگان مشمول دریافت خدمات تحت پوشش این دستورالعمل عبارتند از: خانم‌های متاهل تا ۴۹ سال تمام و آقایان متاهل که شرایط ناباروری اولیه یا ثانویه را داشته باشند.

**تبصره ۱:** به استناد ماده (۳) مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸ هـ مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰، در صورتی که زوجین نابارور و زنان دارای سقط مکرر فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه باشند، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش بیمه‌ای ایشان، مطابق آیین نامه بند (الف) ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اقدام نماید.

**تبصره ۲:** کسانی که دچار سقط مکرر (از دست دادن حداقل ۲ بارداری بالینی) شده‌اند، مشمول این دستورالعمل می‌باشند.

### ماده ۴: افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت بسته

منطبق بر استاندارد ارائه خدمات ناباروری، کلیه افراد صاحب صلاحیت ارائه خدمات درمان ناباروری عبارتند از:

- فلوشیپ نازایی
- متخصص زنان و زایمان دوره دیده
- متخصص ارولوژی / فلوشیپ آندرولوژی

**تبصره ۱:** افراد صاحب صلاحیت فوق الذکر مکلفند نسبت به نشان‌دار کردن زوجین نابارور در سامانه نسخه الکترونیک و با رعایت اصل محرمانگی اقدام نمایند.

**تبصره ۲:** در سطح یک ارائه خدمات، پزشکان عمومی/پزشک متخصص خانواده می‌توانند براساس معاینه و شرح حال اولیه بیمار نسبت به بیمار یابی، نشان‌دار کردن بیمار و ارجاع بیمار به سطح دو یا سه جهت دریافت بسته خدمات درمان ناباروری اقدام نمایند.

### ماده ۵: نشان‌دار شدن مشمولین دستورالعمل

سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلف‌اند زیرساخت‌های لازم برای سامانه نسخه الکترونیک را جهت نشان‌دار شدن زوجین مشمول این دستورالعمل و با رعایت اصل محرمانگی براساس استانداردهای ابلاغی یا سرویس‌های ارائه شده از سوی مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نمایند.

### ماده ۶: مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت

۱. مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت درمان ناباروری به تفکیک سطح ارائه خدمات براساس دستورالعمل اجرایی ماده (۴۲) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، به صورت دوره‌ای توسط معاونت درمان وزارت بهداشت تعیین و توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور به سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی اعلام می‌گردند. بدیهی است مراکزی که به صورت موردی نسبت به اخذ مجوز اقدام می‌نمایند، در پایان هر ماه براساس اعلام معاونت درمان به فهرست اعلامی اضافه می‌گردند. ( ماده (۱۴) - پیوست شماره یک )
۲. در راستای اجرای بند "ل" تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲ و ماده (۲) مصوبه هیات محترم وزیران به شماره ۱۳۱۸۴۰/ت/۱۳۱۸۴۰ هـ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶؛ کلیه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری موظف به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌باشند. تمدید پروانه این مراکز و بیمارستان‌ها منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه است. اولویت عقد قرارداد با کلیه مراکز واجد شرایط دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه ای خواهد بود که با برنامه نسخه الکترونیک مشارکت دارند.

**تبصره ۱:** مراکز مجاز موظف به انعقاد قرارداد بر اساس فرمت ابلاغی شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشند.

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

**تبصره ۲:** در مراکز طرف قرارداد، پرداخت اسناد براساس بسته خدمات مشمول دستورالعمل، محاسبه و پرداخت می‌گردد.

**تبصره ۳:** در مراکز غیر طرف قرارداد، پرداخت هزینه اسناد براساس مدارک مثبت تحویلی توسط بیمه شده به سازمان بیمه مربوطه خواهد بود و سازمان نسبت به پرداخت خسارت براساس مفاد دستورالعمل اقدام خواهد نمود. (خسارت متفرقه)

۳. برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و سطوح ارائه خدمت درمان ناباروری، براساس دستورالعمل ابلاغی ماده ۴۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت خواهد بود.

### ماده ۷: ضوابط ارائه بسته خدمات درمان ناباروری

۱. با تشخیص افراد صاحب صلاحیت و نشان‌دار کردن زوجین نابارور در سامانه نسخه الکترونیک؛ زوجین هر دو می‌بایست توسط سازمان بیمه‌گر مربوطه نشان‌دار شده و اسنادشان به صورت جداگانه براساس نوع خدمات انجام شده به سازمان بیمه‌گر خود ارسال شود.

۲. در سطح یک ارائه خدمات، مطابق با دستورالعمل اجرایی ماده (۴۲) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پزشکان عمومی/پزشکان متخصص خانواده می‌توانند براساس معاینه و شرح حال اولیه بیمار نسبت به بیماری، نشان‌دار کردن بیمار و ارجاع بیمار به سطح دو یا سه جهت دریافت بسته خدمات درمان ناباروری اقدام نمایند.

۳. ارائه خدمات درمان ناباروری به زوجین براساس طرح درمان و مطابق با بسته‌های تدوین شده، در پرونده هر یک از زوج یا زوجه و با تشکیل پرونده انجام می‌گردد.

۴. مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده یا پرونده سیکل‌های درمانی انجام شده را در قالب پرونده کاغذی (با لیست جداگانه از سایر پرونده‌ها) یا الکترونیکی براساس ضوابط سازمان‌های بیمه‌گر، به سازمان بیمه مربوطه ارسال (براساس فرمت هر سازمان بیمه‌گر زوج یا زوجه) نمایند.

**تبصره ۲:** در خصوص بیمه‌شدگانی که سازمان بیمه آن‌ها دارای ساختار الکترونیک می‌باشد، مراکز در زمان ارائه خدمات از طریق ثبت در سامانه نسبت به ارسال اسناد به سازمان بیمه مربوطه اقدام نمایند.

**تبصره ۳:** در خصوص نسخ کاغذی، مراکز در پایان هر ماه اسناد تکمیل شده را به سازمان بیمه‌گر مربوطه ارسال نمایند.

۵. هر یک از خدمات اصلی ناباروری برای بیمه‌شدگان مشمول این دستورالعمل به شرح بسته خدمات (ماده ۱۲) تدوین شده و براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد:

❖ بسته خدمتی میکروانجکشن یا ICSI<sup>۱</sup> با یا بدون انتقال جنین

❖ بسته خدمتی IVF<sup>۲</sup> با یا بدون انتقال جنین

❖ بسته خدمتی تلقیح داخل رحمی (IUI)<sup>۳</sup>

❖ بسته خدمت FET<sup>۴</sup>

❖ بسته خدمت غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری (مطابق با دستورالعمل اجرایی ماده ۵۳، ابلاغی وزیر به شماره ۱۰۰/۳۸۸ مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۵)

❖ بسته آزمایش‌های تشخیصی ژنتیک برای مادران دارای سقط مکرر براساس استانداردهای ابلاغی

❖ بسته خدمات آزمایشگاهی مرتبط با ناباروری

<sup>1</sup> ICSI=Intracytoplasmic Sperm Injection

<sup>2</sup> IVF=Invitro Fertilization

<sup>3</sup> IUI=Intrauterine Insemination

<sup>4</sup> FET: Frozen Embryo Transfer

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

۶. ثبت کد تشخیص ناباروری بر اساس کتاب ICD10 بیماری‌ها می‌باشد. با کد (N46) برای مرد و کد (N97) برای زن در پرونده زوجین اقدام و ثبت گردد.

۷. در خصوص آن گروه از زوجین که در مرحله اول IVF یا ICSI در مراکز مجاز مربوطه دارای حداقل ۵ جنین با کیفیت (طبق گزارش جنین شناسی) ذخیره شده باشند، پرداخت سیکل بعدی منوط به انجام بسته خدمتی FET است.

**تبصره ۵:** برای خانم‌های بالای سن ۴۰ سال در ناباروری اولیه لازم به رعایت بند فوق نمی‌باشد.

۸. برای خدمات انجماد و ذوب **حداکثر تعداد ۱۵ جنین و ۵ نی** مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر است.

۹. کلیه خدمات آماده سازی (ماده (۱۴)-پیوست شماره دو) که برای هر کدام از زوجین (زن یا مرد) به منظور استفاده از بسته‌های خدمتی مشمول این دستورالعمل، با تشخیص متخصص صاحب صلاحیت؛ 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 از سوی سازمان‌های بیمه‌گر است. (در قالب خسارت متفرقه)

۱۰. به منظور حفظ قدرت تولید مثلی در بیماران سرطانی (زوجین مشمول این دستورالعمل)، خدمات بافت تولید مثلی (تخمندان و بیضه) و اسپرم و تخمک تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

۱۱. هزینه‌های درمان ناباروری در خدمات شخص ثالث (آماده سازی، تشخیصی و درمانی) مانند رحم اجاره‌ای و جنین‌اهدایی طبق ضوابط این دستورالعمل و با ثبت در پرونده زوجه نابارور قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد، اما هزینه‌های غیردرمانی روش‌های مذکور مانند خرید رحم اجاره‌ای یا جنین‌اهدایی در ضوابط این دستورالعمل نمی‌باشد.

۱۲. در خصوص تخمک و اسپرم‌اهدایی پس از اعلام نظر مراجع ذیصلاح مطابق ضوابط این دستورالعمل اقدام خواهد شد.

۱۳. فهرست دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز برای هر یک از بسته‌های خدمتی درمان ناباروری در ماده (۱۳) به تفصیل بیان گردیده است. این فهرست، منطبق بر استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، صلاح‌دید پزشکی و ضوابط مندرج در این دستورالعمل، مشروط به ارائه قیمت با فاکتور رسمی تا سقف ۹۰ درصد (۹۰٪) قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو در همه بخش‌های مجاز ارائه خدمت، تحت پوشش حمایتی سازمان‌های بیمه‌گر است.

**تبصره ۱:** مصرف IVIG در درمان ناباروری منطبق بر استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت در موارد؛ پیشگیری از سقط راجعه خودبخودی (PRL)، شکست مکرر لانه‌گزینی (Recurrent Implantation Failure) (RIF) و (Idiopathic Thrombocyto Penia) (ITP) در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. (ابلاغی طی نامه شماره ۴۰۰/۲۹۹۵۱ مورخ ۱۴۰۱/۱۱/۹)

**تبصره ۲:** تعداد و سقف داروها بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و تا زمان ابلاغ استانداردهای مربوطه ملاک عمل ضوابط ابلاغی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. (ملاک برای تعداد (میزان) مصرف رویه فعلی سازمان‌های بیمه‌گر پایه است)

۱۴. مراکز مجاز مکلفند نسبت به انجام اصالت سنجی دارو و لوازم مصرفی پزشکی مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت و قوانین و ضوابط رسیدگی الکترونیک/کاغذی اسناد هزینه، اقدام نمایند.

۱۵. مراکز ارائه دهنده خدمت درمان ناباروری (تشخیصی و درمانی) موظف به تهیه و تامین دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز بیمار بوده و ارجاع بیمار جهت تهیه دارو و لوازم مصرفی مورد نیاز تخلف مرکز محسوب می‌گردد.

۱۶. نحوه محاسبه هزینه تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی بر اساس مصوبه نود و سومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور به مورخ ۱۴۰۱/۱۱/۱ خواهد بود. (ماده (۱۴)-پیوست شماره سه)

**تبصره ۳:** در مواردی که قیمت در سامانه IMED درج نشده باشد، روال فعلی قیمت‌گذاری توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تداوم می‌یابد.

۱۷. پرداخت آزمایش AMH در اندیکاسیون‌های ذیل برای زوجه نابارور تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر است:

– زنان کمتر از ۳۵ سال با بیش از یکسال ناباروری و عدم پاسخ به شش دوره درمان تحریک تخمک‌گذاری

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

- زنان ۳۵ سال و بالاتر و بیش از شش ماه ناباروری
  - زوجین با مدت ناباروری بیش از ۴ سال
  - زنان زیر ۳۵ سال با پیش آگهی نامطلوب responder Poor (سطح  $FSH \geq 8$  روز سوم و یا تعداد فولیکولهای آنترال پایین AFC  $\leq 5$ )
  - زوجه کاندید شیمی درمانی یا پرتو درمانی و بیماران با سابقه شیمی درمانی یا پرتو درمانی
  - بیماران نابارور مبتلا به اندومتريوز
  - زوجه نابارور با سابقه خانوادگی نارسایی زودرس تخمدان (یایسگی قبل از ۴۰ سال)
  - زوجه نابارور با سابقه جراحی روی تخمدان
  - زوجه نابارور با بیماری زمینه ای اتوایمیون
۱۸. پرداخت آزمایش DFI (کد ۸۰۹۰۵۰) در صورت درخواست توسط متخصص اورولوژی با یکی از اندیکاسیون‌های ذیل برای زوج نابارور تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر است:
- سقط مکرر (RPL)
  - شکست مکرر در لانه‌گزینی (RIF)
  - شمارش اسپرم کمتر از ۵ میلیون در هر سی سی
  - واریکوسل گرید دو و سه

## ماده ۸: نظام پرداخت

### تعهدات سازمان بیمه‌گر

۱. سازمان‌های بیمه‌گر ملزم هستند پرونده بیماران نشان‌دار شده را با تشکیل پرونده و با پوشش حمایتی ۹۰٪ بسته‌های خدمتی تدوین شده در این دستورالعمل با لحاظ نمودن نوع مرکز مجاز ارائه دهنده خدمت (وضعیت مالکیت) به شرح ذیل، پرداخت نمایند.
  - مراکز دولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی
  - مراکز عمومی غیردولتی: ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای بخش عمومی غیردولتی
  - مراکز خیریه و خصوصی: تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پایه در مراکز خیریه و خصوصی معادل ۷۰ درصد تعرفه مصوب هیات محترم وزیران برای آن بخش است.
- تبصره ۵:** در بخش دولتی، در صورت تمام وقت بودن هر یک از ارائه دهندگان خدمات مطابق آیین نامه پرداخت تمام وقتی، براساس فهرست ریزکدهای خدماتی که در هر بسته خدمتی تدوین شده است با ضریب ریالی تمام وقتی به صورت سرپایی به عنوان مبنای محاسبات تعرفه خواهد بود.
۲. در مراکز تخصصی ناباروری، جهت محاسبه تعرفه خدمات مراقبت‌های پرستاری در صورتی که خدمت ارائه شده به بیمار در اتاق عمل و با تکمیل چارت بیهوشی انجام گردد، کد ۹۰۳۵۸۵ یک بار و کد ۹۰۳۵۶۵ به ازای هر ۱۰ دقیقه اتاق عمل یک بار محاسبه و برای خدماتی که خارج از اتاق عمل یا بدون بیهوشی انجام می‌شوند، مشابه تعرفه درمانگاهی قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

### فرانشیز بیمار

۳. فرانشیز بیمه شدگان مشمول این دستورالعمل در مراکز دولتی و عمومی غیردولتی معادل ۱۰ درصد تعرفه مصوب آن مرکز و در مراکز خیریه و خصوصی سهم بیمار معادل ۳۰ درصد تعرفه آن بخش است.
۴. بار مالی حاصل از اجرای این تصویب‌نامه، از محل منابع اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و ردیف مندرج در قوانین بودجه سنواتی، تامین و به نسبت عملکرد به سازمان بیمه‌گر پرداخت خواهد شد و مطالبات مراکز و بیمارستان‌های طرف قرارداد با رعایت ماده

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

(۳۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) - مصوب ۱۳۹۳ و بند ل تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲ پرداخت خواهد شد.

### ماده ۹: اسناد مثبت

ثبت سیستمی هر یک از خدمات اصلی (FET, ICSI - IUI - IVF) یا اجزای خدمات اصلی و سایر خدمات مرتبط با درمان ناباروری توسط مراکز برای بیمه شده (زوج و یا زوجه) در روز ارائه خدمت و با کنترل اسناد مثبت پرونده هر یک از زوج یا زوجه انجام شود. اسناد مثبت به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱- اخذ استحقاق درمان بیمار برای دریافت خدمات درمان ناباروری
- ۲- ارزیابی و ویزیت؛ ثبت الکترونیک یا ارائه نسخ کاغذی ممه‌ور 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 (یا 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 و 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 (یا تأیید رئیس مرکز)
- ۱۱- برگه صورتحساب ممه‌ور به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای مرکز بر روی صورتحساب

**تبصره ۱۰:** در مراکزی که مهر پزشکان و مسئولین فنی بخش‌های مختلف به صورت اسکن شده می‌باشد، 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 ۱۰: تعهدات مجریان برنامه و ملاحظات نظارتی

#### الف - تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پایه و واحدهای استانی:

- اداره استانی ضمن رعایت مقررات و ضوابط ابلاغی در خصوص نحوه عقد قرارداد با مراکز مجاز در زمینه ثبت دقیق و صحیح اطلاعات مراکز متقاضی همکاری در سیستم جامع سازمان، اهتمام داشته باشد.
- ضروری است کلیه پرونده‌ها و مجوزهای مربوطه معتبر برابر ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراکز اخذ گردد.
- سازمان‌های بیمه‌گر در راستای بررسی وضعیت ارائه خدمت، اطمینان از رعایت حقوق بیمه شدگان و با هدف ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز مجاز، در چارچوب ضوابط و مقررات قانونی نسبت به بررسی میزان هزینه‌های ایجاد مراکز و بیمه‌شدگان به طور مستمر نسبت



## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

به پایش سیستمیک اقدام نمایند و در صورت محرز شدن انحراف با استانداردهای تدوینی، ضمن اطلاع و هماهنگی با معاونت درمان (ستاد/دانشگاه) برابر مقررات برخورد مناسب با مرکز را داشته باشند. (کنترل تعداد ریز خدمت، میانگین هزینه پرونده‌های دارای شرایط مشابه درمانی و بررسی وضعیت ارائه خدمات مصوب در هر بسته و سایر شاخص‌های نظارتی)

### ب – تعهدات معاونت درمان وزارت بهداشت و واحدهای متناظر دانشگاهی :

- معاونت درمان وزارت بهداشت مکلف است به صورت دوره‌ای، مراکز مجاز ارائه خدمات درمان ناباروری را بصورت مکتوب به دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور اعلام نماید.
- معاونت درمان وزارت بهداشت مکلف است اطلاع‌رسانی شفاف به مراکز مجاز متقاضی ارائه خدمات درمان ناباروری در خصوص تعرفه‌های ارائه خدمت و دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری (ضوابط و تعهدات مورد قبول سازمان بیمه‌گر)، داشته باشد.
- نظارت بر درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف به انجام بازدید دوره‌ای از مرکز ارائه دهنده خدمات و نظارت دقیق بر عدم دریافت هرگونه مابه‌التفاوت خارج از تعرفه‌های مصوب سالیانه هیات وزیران و کنترل استاندارد ارائه خدمات و اجرای ضوابط این دستورالعمل در مراکز مجاز می‌باشد. گزارش دوره‌ای بازدید و نظارت‌ها می‌بایست توسط معاونت درمان وزارت بهداشت به دبیرخانه شورای عالی بیمه ارسال گردد.

### ج – تعهدات مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی :

- مرکز IT وزارت بهداشت مکلف است بستر مناسب جهت تبادل اطلاعات و اسناد هزینه درمان ناباروری را مطابق با استانداردهای تدوینی خود را برای سازمان‌های بیمه و مراکز مجاز ارائه خدمت فراهم نماید.
- مرکز IT وزارت بهداشت مکلف است سند کسب و کار ( داده پیام سپاس) را متناسب با دستورالعمل خرید راهبردی خدمات درمان ناباروری تنظیم و جهت اجرا در سیستم HIS کلیه مراکز مجاز ارائه دهنده خدمت لحاظ نماید.

### د- تعهدات مراکز مجاز ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری:

- کلیه مراکز مجاز ارائه خدمات مکلف هستند در بدو تشکیل پرونده برای دریافت خدمات ناباروری، فرم آموزشی مربوط به بسته خدمات در پوشش و هزینه پرداختی بیماران را مطابق با دستورالعمل ابلاغی به ایشان اطلاع رسانی نمایند.
- مراکز مجاز ارائه خدمات مکلف است نسبت به ارائه خدمات هر بسته درمانی منطبق بر بسته خدمات درمان ناباروری مورد تعهد اقدام و از ایجاد هزینه‌های غیرضرور برای بیمار خودداری نماید.
- کلیه خدماتی که در بسته خدمتی دیده شده‌اند به صورت جداگانه علاوه بر بسته خدمتی قابل محاسبه نمی‌باشد و موارد خلاف آن، مشمول تعدیلات بیمه‌ای می‌گردد.
- مراکز مجاز ارائه خدمت مکلف به تامین و ارائه دارو و اقلام مصرفی پزشکی مورد نیاز بیمار منطبق بر بسته خدمتی مشمول این دستورالعمل بوده و ارجاع بیماران به خارج از مرکز، جهت تامین اقلام مذکور، تخلف محسوب می‌گردد.

### ه- تعهدات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور:

- دبیرخانه ملزم به رسیدگی به موارد مطرح شده از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر در راستای اجرای اهداف برنامه است.
- دبیرخانه شورا مکلف به بازنگری دوره‌ای دستورالعمل براساس چالش و مشکلات ارائه شده توسط اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌باشد.

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

### ماده ۱۱- بروزرسانی دستور العمل

۱. لازم به ذکر است با ابلاغ تعرفه‌های 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 خواهد شد، این دستورالعمل بصورت دوره‌ای هر ۶ ماه قابل بازنگری خواهد بود.

۲. این دستورالعمل جایگزین آخرین دستورالعمل ابلاغی دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور به شماره ۱۴۲/۱۹۰ مورخ ۱۴۰۱/۴/۲۶ می‌باشد.

**تبصره ۵:** لازم به ذکر است چنانچه موضوعاتی در این دستورالعمل ذکر نشده است مطابق با ویرایش‌های قبل قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

### ماده ۱۲- بسته خدمات درمان ناباروری

#### ۱. بسته خدمت IUI

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸ ۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳ ۹۷۰۰۳۵ الی ۹۷۰۰۳۸	۲	ویزیت متخصص زنان/ فلوشیپ ناباروری	۱. مرحله ارزیابی زوج
آنالیز اسپرم با روش کروگی	۸۰۹۰۷۰	۱	آنالیز اسپرم	
آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۷۵			
اندازه‌گیری کمی AMH در صورت اندیکاسیون (Mullerian Ab (Each Anti Class	۸۰۳۵۱۰	۱	بررسی وضعیت سلامتی زوجه	
اندازه‌گیری کمی (hormone stimulating Follicle) FSH) سرم / پلاسما یا ادرار	۸۰۱۴۴۰	۱		
اندازه‌گیری کمی (LH) Luteinizing hormone خون	۸۰۱۴۴۵	۱		
اندازه‌گیری کمی استرادیول (E2) سرم / پلاسما	۸۰۱۴۸۵	۱		
اندازه‌گیری کمی (TSH) Thyroid Stimulating Hormone سرم / پلاسما	۸۰۱۴۱۵	۱		
اندازه‌گیری کمی پرولاکتین Prolactin سرم / پلاسما	۸۰۱۴۵۰	۱		
سونوگرافی رحم و تخمدان ها ، ترانس واژینال (براساس استاندارد ابلاغی وزارت بهداشت یا دستورالعمل اجرای ماده ۴۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت)	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی خانم	
رادیوگرافی هیستروسالپینگوگرافی	۷۰۰۳۷۵	۱	سالپینژیوگرافی	
- سونوگرافی رحم و تخمدان ها ، ترانس واژینال - آماده سازی بیمار و ارزیابی پاسخ به داروها با انجام سونوگرافی الزامی هست	۷۰۱۶۹۰	۲	سونوگرافی	۲. آماده سازی بیمار
- لقاح داخل رحمی (IUI) شامل نمونه‌گیری 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 می‌شود، - در صورتی که یکی یا چند یک از مراحل نمونه‌گیری، مراحل آزمایشگاهی و تلقیح انجام نشود، می‌توان از ریز کدهای مربوطه، برای ارائه گزارش و پرداخت استفاده نمود.	۵۰۲۰۶۸	۱	IUI خدمت	۳. انجام خدمت IUI
آماده سازی اسپرم با روش ساده کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. برای موارد دارای اندیکاسیون انجام ازمایش DFI همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.	۸۰۹۰۴۵	۱	ریز کدهای IUI که در کد ۵۰۲۰۶۸ لحاظ شده است.	
آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) برای موارد دارای اندیکاسیون انجام ازمایش DFI علاوه بر موارد پایه، یک بار دیگر این کد قابل گزارش است.	۸۰۹۰۵۰	۱		

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
آنالیز اسپرم با روش کروگی آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. تلقیح منی به روش مصنوعی؛ داخل سرویکس یا داخل رحم	۸۰۹۰۷۰			
	۸۰۹۰۷۵			
	۵۰۱۸۷۰			
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد. اندازه‌گیری کمی Beta HCG در سرم/پلازما سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP) سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸ ۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳ ۹۷۰۰۳۵ الی ۹۷۰۰۳۸	۱	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۴. خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از IUI
	۸۰۱۵۹۰	۲	Beta HCG	
	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی ها	
	۷۰۱۷۱۸	۱		
	۷۰۱۷۱۶	۱		

### ۲. بسته خدمت IVF

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله								
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد. آنالیز اسپرم با روش کروگی آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال اندازه‌گیری کمی AMH در صورت اندیکاسیون (Mullerian Ab (Each Class Anti) اندازه‌گیری کمی (FSH) hormone stimulating Follicle) سرم / پلازما یا ادرار اندازه‌گیری کمی (LH) Luteinizing hormone خون اندازه‌گیری کمی استرادیول (E2) سرم / پلازما اندازه‌گیری کمی Thyroid Stimulating Hormone (TSH) سرم / پلازما اندازه‌گیری کمی پرولاکتین Prolactin سرم / پلازما	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸ ۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳ ۹۷۰۰۳۵ الی ۹۷۰۰۳۸	۲	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۱. مرحله ارزیابی زوجین								
	۸۰۹۰۷۰	۱	آنالیز اسپرم									
	۸۰۹۰۷۵											
	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی خانم									
	۸۰۳۵۱۰	۱	بررسی وضعیت سلامتی زوجه									
	۸۰۱۴۴۰	۱										
	۸۰۱۴۴۵	۱										
	۸۰۱۴۸۵	۱										
	۸۰۱۴۱۵	۱	۱		۸۰۱۴۱۵	۱	۸۰۱۴۵۰	۱	۷۰۱۶۹۰	۳	سونوگرافی	آماده سازی زوجه
	بزرگان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ ناباروری) این ویزیت در طی سیکل در مان و پس از هر بار تجویز خدمات پاراکلینیک جهت مانیتورینگ و آماده سازی بیمار توسط پزشک معالج انجام خواهد شد - لقاح آزمایشگاهی (IVF) شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی و انتقال (هزینه مراحل آماده سازی بیمار تا مرحله پانکچر، فریز و ذخیره سازی تخمک یا جنین و هزینه دارو و لوازم مصرفی به طور جداگانه قابل اخذ می‌باشد) - در صورتی که خدمت IVF به طور کامل (شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین شناسی و انتقال) انجام شود، کد ۵۰۲۰۶۷ گزارش می‌شود.	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸ ۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳ ۹۷۰۰۳۵ الی ۹۷۰۰۳۸	۴		ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۲. مرحله انجام IVF						
۵۰۲۰۶۷		۱		IVF با انتقال								
۵۰۲۰۷۴		۱		IVF بدون انتقال								

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
	این کدها در داخل کد ۵۰۲۰۶۷ لحاظ شده و به طور جداگانه قابل اخذ نمیباشند.	۱	۵۰۲۰۶۰	پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)
		۲	۸۰۹۰۱۵	تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۱۰ تخمک
		۱	۸۰۹۰۶۰	کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت
		۱	۸۰۹۰۶۲	هچینگ جنین
		۱	۸۰۹۰۴۵	آماده سازی اسپرم با روش ساده کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.
		۱	۸۰۹۰۵۰	آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI علاوه بر موارد پایه، یک بار دیگر این کد قابل گزارش است.
		۱	۸۰۹۰۷۰	آنالیز اسپرم با روش کروگی
			۸۰۹۰۷۵	آنالیز اسپرم حاصل از RE کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.
		۱	۸۰۹۱۹۷	پروسه تلقیح آزمایشگاهی و باروری تخمک برای هر بیمار
		۱	۸۰۹۰۲۰	آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)
۱	۵۰۲۰۶۲	انتقال جنین به داخل رحم		
۳. پس از IVF	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۲	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
			۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳	
	تصویربرداری	۲	۷۰۱۶۹۰	سونوگرافی رحم و تخمدان ها ، ترانس واژینال
			۷۰۱۷۱۸	سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)
			۷۰۱۷۱۶	سونوگرافی بارداری ترانس واژینال
آزمایشگاه	۲	۸۰۱۵۹۰	اندازه گیری کمی Beta HCG در سرم / پلاسما	

### ۳. بسته خدمت ICSI

مرحله	خدمت	تواتر در سیکل	کد ملی	شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)
۱. ارزیابی اولیه مرد	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۲	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸	بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.
			۹۷۰۰۳۰ الی ۹۷۰۰۳۳	
			۹۷۰۰۳۸ الی ۹۷۰۰۳۵	
	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	
		۸۱۰۰۲۸	بررسی حذف نواحی AZF در کروموزوم Y	
۲. خدمات مرد	خدمت اصلی PESA / TESE / MICRO TESE	PESA	۵۰۱۲۰۵	پیوپی سوزنی اپیدیدیم برای اخذ اسپرم در درمان ناباروری آقایان یکی از سه روش MICRO ، TESE ، PESA قابل گزارش می‌باشد. در صورتی که استحصال اسپرم به روش طبیعی انجام شود هیچ یک از کدهای MICRO ، TESE ، PESA قابل گزارش نمی‌باشند.
			۱۰۰۰۰۵	آسپیراسیون سوزنی (FNA): بدون هدایت رادبولوژیک
			۸۰۹۰۲۵	تشخیص اسپرم از آسپیراسیون اپیدیدیم
			۵۰۲۰۷۱	استحصال اسپرم از بافت بیضه (TESE)

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)	۸۰۹۰۵۵	MICRO TESE		
استحصال اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی (Micro TESE)	۵۰۲۰۷۲			
تشخیص اسپرم از بافت بیضه به روش میکروسکوپی	۸۰۹۱۹۸			
تشخیص اسپرم از بافت بیضه (تازه و منجمد)	۸۰۹۰۵۵			
انجماد اسپرم	۸۰۹۰۴۰	۱	اسپرم	
ذوب اسپرم و یا مایع منی	۸۰۹۱۱۰	۱		
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۵ الی ۹۷۰۰۱۸ ۹۷۰۰۳۳ الی ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۸ الی ۹۷۰۰۳۵	۴	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۳. ارزیابی اولیه زن
اندازه‌گیری کمی AMH در صورت اندیکاسیون Mullerian Ab (Each Class Anti)	۸۰۳۵۱۰	۱	بررسی وضعیت سلامتی زن	
اندازه‌گیری کمی (hormone stimulating Follicle) (FSH) سرم / پلاسما یا ادرار	۸۰۱۴۴۰	۱		
اندازه‌گیری کمی (LH) Luteinizing hormone خون	۸۰۱۴۴۵	۱		
اندازه‌گیری کمی استرادیول (E2) سرم / پلاسما	۸۰۱۴۸۵	۱		
اندازه‌گیری کمی (TSH) Thyroid Stimulating Hormone سرم / پلاسما	۸۰۱۴۱۵	۱		
اندازه‌گیری کمی پرولاکتین Prolactin سرم / پلاسما	۸۰۱۴۵۰	۱		
سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال	۷۰۱۶۹۰	۱	سونوگرافی	
سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال	۷۰۱۶۹۰	۳	سونوگرافی	۴. آماده سازی زن
- 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،	۵۰۲۰۶۶	۱	خدمت ICSI با انتقال	۵. خدمت اصلی
پونکسیون فولیکول به منظور دسترسی به اووسیت، با هر روش (پانکچر)	۵۰۲۰۶۰	۱		
تشخیص و جداسازی تخمک از مایع فولیکولی به ازای هر ۱۰ تخمک	۸۰۹۰۱۵	۲		
کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت	۸۰۹۰۶۰	۱		
هچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۱		
آماده سازی اسپرم با روش ساده کدهای ۸۰۹۰۴۵ و ۸۰۹۰۵۰ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد. برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI همزمان با کد ۸۰۹۰۵۰ قابل گزارش است.	۸۰۹۰۴۵	۱		
آماده سازی اسپرم با روش کمپلکس (گرادینت) برای موارد دارای اندیکاسیون انجام آزمایش DFI علاوه بر موارد پایه، یک بار دیگر این کد قابل گزارش است.	۸۰۹۰۵۰	۱		
آنالیز اسپرم با روش کروگی کدهای ۸۰۹۰۷۰ و ۸۰۹۰۷۵ به صورت همزمان قابل محاسبه و گزارش نمی‌باشد.	۸۰۹۰۷۰	۱		
آنالیز اسپرم حاصل از RE	۸۰۹۰۷۵			
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش (به ازای هر نی)	۸۰۹۰۲۰	۱		
پروسه میکرواینجکشن تخمک به ازای هر ۴ تخمک. به ازای هر ۱ تا ۴ تخمک اضافه، این کد یک بار دیگر قابل گزارش می‌باشد.	۸۰۹۱۹۶	۴		

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

شرح کد توضیحات (ضوابط پرداخت)	کد ملی	تواتر در سیکل	خدمت	مرحله
انتقال جنین به داخل رحم	۵۰۲۰۶۲	۱		
مجموعه اقدامات میکرواینجکشن (ICSI) تا قبل از مرحله انتقال، شامل پانکچر، مراحل آزمایشگاه جنین‌شناسی، تزریق اسپرم به داخل تخمک و کشت جنین	۵۰۲۰۷۳	۱	خدمت ICSI بدون انتقال	
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۸ الی ۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۳ الی ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۸ الی ۹۷۰۰۳۵	۲	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۶. پس از ICSI
اندازه‌گیری 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 به ازای اولین نی	۸۰۹۰۳۰	۱	انجماد، ذخیره و ذوب جنین	
به ازای هر نی اضافه (تعداد ۱۵ جنین و ۵ نی)	۸۰۹۰۳۵	۴		
ذخیره‌سازی جنین به ازای هر نی به ازای هر شش ماه تواتر ذکر شده مرتبط با تعداد نی‌های استفاده شده می‌باشد.	۸۰۹۰۸۵	۵		
ذوب جنین به ازای هر نی	۸۰۹۱۰۵	۵		

### ۴. بسته خدمت FET

شرح کد	کد ملی	تواتر در یک سیکل درمانی	خدمت	مراحل
بسته به نوع تخصص، تمام وقت و یا غیر تمام وقت جغرافیایی بودن کد مربوطه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد.	۹۷۰۰۱۸ الی ۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۳ الی ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۸ الی ۹۷۰۰۳۵	۲	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۱. ارزیابی اولیه
سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال	۷۰۱۶۹۰	۱	تصویر برداری	
سونوگرافی رحم و تخمدان ها، ترانس واژینال	۷۰۱۶۹۰	۳	تصویر برداری	۲. آماده سازی زوجه
ذوب جنین	۸۰۹۱۰۵	۱	ذوب، آماده سازی و انتقال	۳. خدمت اصلی
کشت تخمک یا جنین تا ۷۲ ساعت	۸۰۹۰۶۰	۱		
هچینگ جنین	۸۰۹۰۶۲	۱		
آماده سازی جنین برای انتقال با هر روش ( به ازای هر نی)	۸۰۹۰۲۰	۱		
انتقال جنین به داخل رحم	۵۰۲۰۶۲	۱		
پزشکان فوق تخصص، دوره تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)	۹۷۰۰۱۸ الی ۹۷۰۰۱۵ ۹۷۰۰۳۳ الی ۹۷۰۰۳۰ ۹۷۰۰۳۸ الی ۹۷۰۰۳۵	۱	ویزیت متخصص زنان / فلوشیپ ناباروری	۴. بعد از انتقال
سونوگرافی ترانس واژینال جستجوی حاملگی خارج رحم (EP)	۷۰۱۷۱۸	۱	تصویر برداری	
سونوگرافی بارداری ترانس واژینال	۷۰۱۷۱۶	۱		
اندازه‌گیری کمی Beta HCG در سرم / پلاسما	۸۰۱۵۹۰	۲	آزمایشگاه	

**تبصره ۵:** بسته خدمات FET با کد گلوبال ۹۹۰۷۲۵ قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

### ۵. بسته خدمات غربالگری جنین برای مادران تحت پوشش بسته درمان ناباروری

شرح کد (Value)	کد ملی (Code)
اندازه‌گیری کمی Pregnancy Associated Plasma protein –A (PAPP-A)	۸۰۳۳۴۰
سونوگرافی NT و آنومالی سه ماهه اول	۷۰۱۷۳۱
سونوگرافی برای تشخیص مالفورماسیون های مادرزادی جنین	۷۰۱۷۲۵
آزمایش NIPT با استفاده از Cell Free DNA جنینی برای غربالگری سندروم داون	۸۱۰۳۴۸

تبصره: بسته خدمات غربالگری مادران مطابق جدول فوق بصورت جداگانه و براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت قابل گزارش و محاسبه بوده و تحت پوشش منابع این برنامه است.

### ۶. آزمایش‌های تشخیصی و ژنتیک برای مادران دارای سقط مکرر و RIF (شکست مکرر در لانه‌گزینی) براساس استانداردهای ابلاغی

فنی	حرفه‌ای	کل	شرح کد (Value)	ویژگی کد	کد ملی (Code)
۱۲	۶	۱۸	کاربوتایپ خون با حد تفکیک ۴۰۰ الی ۴۵۰	#	۸۱۰۳۲۰
۰,۸۵	۰,۱۸	۱,۰۳	آزمایش لوپوس آنتی کوآگلانت	#	۸۰۳۱۸۰
۰,۶۸	۰,۲۴	۰,۹۲	آزمایش تعیین آنتی کاردیولیپین (IgM)	#	۸۰۳۱۳۶
۰,۶۸	۰,۲۴	۰,۹۲	آزمایش تعیین آنتی کاردیولیپین (IgG)	#	۸۰۳۱۳۵
۰,۸۵	۰,۳	۱,۱۵	آزمایش تعیین آنتی فسفولیپید (IgM)	#	۸۰۳۱۳۱
۰,۸۵	۰,۳	۱,۱۵	آزمایش تعیین آنتی فسفولیپید (IgG)	#	۸۰۳۱۳۰
۰,۹۵	۰,۳۶	۱,۳۱	آنتی بادی (Anti) Glycoprotein-۲-Beta IgG ۱	#*	۸۰۳۴۳۱
۰,۹۵	۰,۳۶	۱,۳۱	آنتی بادی (Anti) Glycoprotein-۲-Beta IgM ۱	#*	۸۰۳۴۳۲
۱	۰,۴۵	۱,۴۵	اندازه‌گیری کیفی یا نیمه کمی ANA (Antibody Anti Nuclear) به روش ایمنوفلورسانس (همزمان با کد ۸۰۲۸۸۱ قابل گزارش نمی‌باشد)	#	۸۰۲۸۸۰
۱	۰,۴۵	۱,۴۵	اندازه‌گیری کیفی یا نیمه کمی ANA به روش آلیزا (همزمان با کد ۸۰۲۸۸۰ قابل گزارش نمی‌باشد)	#	۸۰۲۸۸۱
۱۳	۷	۲۰	بررسی پانل پلی مورفیسم‌های مرتبط با ترومبوفیلی شامل (بررسی فاکتور V، فاکتور II، A1298C MTHFR، C677T MTHFR، PAI-۱ و ... تا سقف ده موتاسیون در یک پانل)	#*	۸۱۰۰۲۲
۱,۹	۰,۵	۲,۴	اندازه‌گیری کمی میزان فاکتور انعقادی II	#	۸۰۲۲۴۶
۱,۹	۰,۵	۲,۴	اندازه‌گیری کمی میزان فاکتور انعقادی V	#	۸۰۲۲۴۷
۰,۱۶	۰,۰۴	۰,۲	آزمایش مصرف پروترومبین	#	۸۰۲۲۳۵
۳	۱,۵	۴,۵	اندازه‌گیری کمی پروتئین C	#	۸۰۲۲۸۰
۳	۱,۵	۴,۵	اندازه‌گیری کمی پروتئین S	#	۸۰۲۲۸۵

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

### ماده ۱۳- بسته خدمات دارو و لوازم مصرفی

#### ۱. فهرست لوازم مصرفی تحت پوشش دستورالعمل مطابق با استانداردهای ابلاغی

**الف:** لوازم مصرفی عمومی براساس فهرست استفاده شده برای بیمار و قیمت براساس مصوبه نود و سومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

**ب)** لوازم اختصاصی به ازای هر خدمت و براساس سقف کد IRC تولید داخل (یا میانگین وارداتی در صورت نبود تولید داخل) قابل محاسبه و اخذ می‌باشد.

IRC	ایندکس	شرح	واحد
	۱۷۰۳	کاور پروپ استریل	عدد
	۸۷۹	ماسک بیهوشی	عدد
	۴۲۶۸	پتری دیش	سی سی
	۳۲۹۱	میکروپیپیت میکرواینجکشن/سوزن اینجکت	عدد
	۶۷۰۲	محیط PVP	میلی لیتر
	۶۷۰۲	محیط کشت HamsF10	میکرو لیتر
	۱۰۴۵	میکروپیپت هولدینگ	عدد
	۶۷۰۲	هیالورونیداز آماده مصرف	میلی لیتر
	۶۷۰۲	کیت ذوب	به ازای هر نی
	۶۷۰۲	کیت فریز	به ازای هر نی
		گابلت	عدد
	۶۷۰۲	روغن مینرال	سی سی
	۴۲۶۴	انواع کرایو	عدد
	۶۵۳	فیلتر سرسرنگی ۲۲/۰	عدد
	۶۷۰۲	انواع محیط‌های کشت جنین	سی سی
	۸۶۷۵	فیلتر mesh	عدد
	۳۲۹۳	IVF Syringe (سرنگ انتقال)	عدد
	۳۵۴۶	نی فریز اسپرم/جنین	عدد
	۶۷۰۲	محیط‌های کشت PURE SPERM	سی سی
	۳۲۸۷	کنتر IUI	عدد
	۳۲۹۱	سوزن بیوپسی (PGD)	عدد
	۱۰۵۱	سوزن پانکچر دو کاناله	عدد
	۱۰۵۰	سوزن پانکچر تک کاناله	عدد
	۱۱۴۵	لوله ساکشن	عدد
	۳۲۹۱	سوزن اینجکت	عدد
	۹۹۶	گان جراحی	عدد
	۶۷۰۲	محیط شست و شوی اسپرم	سی سی
	۱۰۴۲	کنتر انتقال جنین	عدد
	۹۸۸	کاور لاپاروسکوپی و دوربین	عدد



۲. فهرست داروهای قابل گزارش برای درمان ناباروری براساس استانداردهای ابلاغی

کد دارو	عنوان دارو
5291	CETRORELIX INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 250 ug
6783	GANIRELIX INJECTION PARENTERAL 500 ug/1mL 0.5MILLILITER
00804	MENO TROPINS INJECTION AMP 75 in FSH + 75 in LH
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	PARENTERAL 3.75 mg TRIPTORELIN (AS ACETATE) INJECTION, POWDER, LYOPHILIZED, FOR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE
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)
02570	FOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL
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
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
00625	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]
11405	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL
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]

## دستورالعمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

کد دارو	عنوان دارو
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
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/15cm2
50720	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 300ug/1ml 0.5ml
52062	CORIFOLLITROPIN ALFA INJECTION PARENTERAL 200ug/1ml 0.5ml
50822	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1ml 0.72MILLILITER
50823	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1ml 1.08MILLILITER
50195	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 75 [iU]/0.5ml
50821	FOLLITROPIN BETA INJECTION, SOLUTION PARENTERAL 833 [iU]/1ml 0.36MILLILITER

تب صره ۱: داروهای خارج از فهرست فوق در صورتی که مطابق استانداردهای ابلاغی در درمان ناباروری دارای اندیکاسیون باشند (مانند داروی ENOXAPARIN یا هورمون رشد)، مطابق این دستورالعمل قابل محاسبه و قابل پرداخت می‌باشد.

تب صره ۲: کلیه داروهای فهرست فوق در صورتی که دارای استانداردهای ابلاغی باشند، مطابق با استاندارد مربوطه قابل محاسبه و پرداخت می‌باشند.

### ماده ۱۴ - پیوست‌ها

#### پیوست یک: مراکز ناباروری مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری

مراکز مجاز به ارائه خدمات درمان ناباروری در سطح ۲ و ۳ مطابق با آخرین لیست اعلامی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

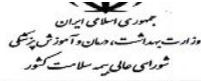
#### پیوست دو: لیست خدمات آماده سازی جهت دریافت خدمات درمان ناباروری

کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)	کل	حرفه‌ای	فنی	ارزش پایه بیهوشی	توضیحات تکمیلی
۴۰۲۰۵۳		لاپاراسکوپ تشخیصی (عمل مستقل)	۳۷	۲۵	۱۲	۸	
۵۰۱۹۶۵	*	بستن یا انسداد لوله(های) فالوپ با استفاده از وسیله مخصوص (برای مثال نوار، گیره، حلقه فالوپ) از راه واژن یا سوپراپوبیک	۱۴,۲	۱۴,۲		۶	برای موارد دارای اندیکاسیون هیدروسالپینکس
۵۰۲۰۳۰		سیستکتومی تخمدان، یک یا دو طرفه	۳۰	۳۰		۶	
۴۰۲۰۵۴	+	Ovarian Drilling همراه با لاپاراسکوپ تشخیصی	۳	۳		۰	
۵۰۲۰۱۵		تغییر محل و موقعیت تخمدان(ها)	۳۰	۳۰		۶	
۵۰۱۹۳۰		هیستروسکوپ تشخیصی (عمل مستقل)	۱۱,۷	۹	۲,۷	۵	
۵۰۱۹۴۵		هیستروسکوپ جراحی با قطع یا درآوردن سپتوم داخل رحمی (به هر روش)	۲۱,۵	۲۱,۵		۶	
۵۰۱۹۵۰		هیستروسکوپ جراحی با درآوردن لیومیوما	۳۰,۵	۳۰,۵		۶	
۵۰۱۹۳۵		هیستروسکوپ جراحی با نمونه‌گیری از اندومتر و یا پولیپکتومی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ	۱۴,۷	۱۴,۷		۶	
۵۰۱۵۵۰		برداشتن سپتوم واژن	۸,۵	۸,۵		۵	
۵۰۲۰۰۰		درناژ کیست(های) تخمدان، یک یا دو طرفه(عمل مستقل)، از راه واژن یا شکم	۱۵	۱۵		۶	
۵۰۱۵۱۰		کولپوسنتز (عمل مستقل)	۳	۳		۴	

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری

کد ملی (Code)	ویژگی کد	شرح کد (Value)	کل	حرفه‌ای	فنی	ارزش پایه بیهوشی	توضیحات تکمیلی
۵۰۱۹۸۰		توبوپلاستی برای مثال آناستوموز لوله به لوله یا کاشت لوله‌ها در جدار رحم	۴۵	۴۵		۸	
۵۰۱۹۹۰		فیمبریوپلاستی	۴۲,۸	۴۲,۸		۸	
۵۰۱۴۶۵		هایمنکتومی	۸	۸		۳	
۵۰۱۲۸۰		واژووآرستومی، واژووآررافی؛ یک طرفه	۳۴	۳۴		۵	
۵۰۱۹۷۵		آزادسازی چسبندگیها (سالپینژیولیز، اواریولیز)	۳۷	۳۷		۸	(برای اکسیزیون یا تخریب اندومترئوما به روش جراحی باز، به کد ۴۰۲۰۳۰ رجوع کنید)
۵۰۱۳۰۰		اکسیزیون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ یا از راه شکم بدون ترمیم فتق	۱۸	۱۸		۶	
۵۰۱۳۰۵		اکسیزیون واریکوسل یا بستن وریدهای اسپرماتیک برای واریکوسل؛ از راه شکم با ترمیم فتق	۲۵,۷۳	۲۵,۷۳		۶	
۵۰۲۰۲۰		بیوپسی تخمدان، یک یا دو طرفه (عمل مستقل)	۲۰	۲۰		۶	
۵۰۲۰۲۵		رزکسیون گوه‌ای یا برش دو قطعه ای تخمدان، یک یا دو طرفه	۳۰	۳۰		۶	
۵۰۲۰۳۵		اوفورکتومی ناقص یا کامل، یک یا دو طرفه	۲۴,۵	۲۴,۵		۶	
۵۰۲۰۲۵		رزکسیون گوه‌ای یا برش دو قطعه ای تخمدان، یک یا دو طرفه	۳۰	۳۰		۶	
۵۰۱۵۵۵		برداشتن کیست یا تومور واژن	۹,۳	۹,۳		۵	
۵۰۱۷۷۰		سرکلاژ گردن رحم، غیر مامایی	۱۴	۱۴		۶	
۵۰۲۱۴۵		سرکلاژ گردن رحم در طی حاملگی؛ از راه واژن و یا شکم (شیرودکا یا لث)	۱۰	۱۰		۵	
۵۰۱۷۹۵		دیلاتاسیون و کورتاژ، تشخیصی یا درمانی، غیر مامایی	۱۰	۱۰		۵	
۵۰۱۸۰۰		میومکتومی اکسیزیون تومور فیبروئید رحم، با هر تعداد میوم داخل جدار، با هر وزنی از راه شکم	۳۸	۳۸		۸	
۵۰۱۸۰۵		میومکتومی، اکسیزیون تومور(های) فیبروئید رحم، یک تا چهار میوم داخل جدار، با هر وزنی با درآوردن میوم(های) سطحی؛ از راه واژن	۲۷,۶	۲۷,۶		۶	
۵۰۱۹۴۰		هیستروسکوپی بازآوردن چسبندگی‌های داخل رحمی	۱۸	۱۸		۶	
۵۰۱۸۳۲		جراحی لاپاراسکوپی آندومتریوز پیشرفته	۱۳۰	۱۳۰		۱۰	
۱۰۰۰۰۵		آسیراسیون سوزنی (FNA)، بدون هدایت رادیولوژیک	۳,۸	۳,۸		۰	
۴۰۲۱۲۵		ترمیم فتق اینگوینال، اسلایدینگ	۲۷	۲۷		۶	
۵۰۰۱۸۰		اورتروتومی یا درناژ یا بازکردن محل یا اورتروتومی برای قراردادن استنت دائمی، هر نوع (عمل مستقل)	۴۰	۴۰		۹	
۵۰۰۵۷۵		سیستوآورتروسکوپی، با یا بدون شستشو و تخلیه لخته‌ها فراوان و با یا بدون کاتتریزاسیون حالب (عمل مستقل)	۷,۵	۵,۸	۱,۷	۵	
۵۰۰۵۹۱		سیستوآورتروسکوپی، با اورتروتومی داخلی؛ مونث یا مذکر زیر دید مستقیم	۱۷	۱۳	۴	۵	
۵۰۰۶۹۰		رزکسیون پروستات از داخل مجرا، مرحله اول (ناقص)، مرحله دوم از رزکسیون دو مرحله ای یا برداشت رشد مجدد بافت انسدادی، پیش از یکسال بعد از عمل یا برداشت تنگی گردن مثانه متعاقب این عمل (TURP ناقص)	۳۰	۲۵	۵	۷	
۵۰۱۰۰۰	#	بررسی توماسنس شبانه آلت و یا تست ریجیدیتی	۶,۳	۴,۲	۲,۱	۰	
۵۰۱۱۳۰		بیوپسی انسیزیونال بیضه (عمل مستقل)	۱۱,۳	۱۱,۳		۵	
۵۰۱۱۴۵		اورکیکتومی ناقص یا رادیکال برای تومور، از راه اینگوینال	۲۸,۵	۲۸,۵		۶	
۵۰۱۱۷۵		اورکیوپکسی از راه اینگوینال، بدون ترمیم فتق	۲۲	۲۲		۶	
۵۰۱۲۱۰		اکسپلوراسیون اپیدیدیم با یا بدون بیوپسی یا اکسیزیون ضایعه موضعی اپیدیدیم	۱۷	۱۷		۶	
۵۰۱۲۱۵		اکسیزیون اسپرمانوسل با یا بدون اپیدیدیمکتومی	۱۵	۱۵		۶	
۵۰۱۲۲۵		اپیدیدیموآرستومی، آناستوموز اپیدیدیم به مجرای دفران	۴۷	۴۷		۶	
۵۰۱۲۷۵		واژوتومی برای واژوگرام، وزیکولوگرام سمینال یا اپیدیدیموگرام (هزینه رادیولوژی به صورت جداگانه محاسبه می‌گردد)	۱۰	۱۰		۴	

پیوست سه: نحوه محاسبه هزینه تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی



شماره جلسه: نود و سومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور	تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱	ساعت: ۱۰:۰۰ - ۱۲:۰۰	مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
---	-------------------	---------------------	---

**اعضای شرکت کننده:**  
 رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور: آقای دکتر عین اللهی  
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: آقای دکتر کریمی  
 بیمه مرکزی ایران: آقای دکتر استاد زمانی و آقای دکتر ریاحی‌فر  
 سازمان نظام پزشکی: آقای دکتر رئیس زاده و آقای دکتر انیسیان  
 سازمان تأمین اجتماعی: آقای دکتر اسلامی و آقای دکتر غفاری  
 سازمان بیمه سلامت ایران: آقای دکتر ناصحی و آقای دکتر رضایی  
 سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: آقای دکتر نوروزی  
 کمیته امداد امام خمینی (ره): -  
 سازمان برنامه و بودجه: -  
 وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: آقای دکتر ابوحمزه و آقای دکتر موسوی  
 نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر): خانم دکتر محمد بیگی  
 دبیر شورای عالی بیمه سلامت: آقای دکتر محقق

۱- درخصوص تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی برای موارد تولید داخل، اقدامات به شرح ذیل مصوب گردید:  
 ۱.۱. در صورتی که قیمت IRC از میانگین وزنی مصرف IRC های (هر ایندکس) تولید داخل موجود در سامانه IMED کمتر باشد، IRC های (هر ایندکس) تولید داخل مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.  
 ۱.۲. در صورتی که قیمت IRC از میانگین وزنی مصرف IRC های (هر ایندکس) تولید داخل موجود در سامانه IMED بیشتر باشد، حداقل میانگین وزنی مصرف IRC های (هر ایندکس) تولید داخل مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.  
 ۲- در خصوص تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی برای موارد نوع وارداتی، اقدامات به شرح ذیل مصوب گردید:  
 ۲.۱. در صورتی که قیمت IRC از میانگین وزنی مصرف IRC های (هر ایندکس) وارداتی موجود در سامانه IMED کمتر باشد، IRC های (هر ایندکس) وارداتی مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه پرداخت می گردد.

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور				
امضا	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت اقتصاد و دارایی	سازمان برنامه و بودجه
امضا	تأمین اجتماعی	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان نظام پزشکی
نام دستگاه	تأمین اجتماعی	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان نظام پزشکی
امضا	تأمین اجتماعی	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان نظام پزشکی

## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری



مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ساعت: ۱۰:۰۰ - ۱۲:۰۰	تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱	شماره جلسه: نود و سومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور
<p><b>اعضای شرکت کننده:</b>                  رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور: آقای دکتر عین اللهی                  وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: آقای دکتر کریمی                  بیمه مرکزی ایران: آقای دکتر استاد زمانی و آقای دکتر ریاحی فر                  سازمان نظام پزشکی: آقای دکتر رئیس زاده و آقای دکتر انیسیان                  سازمان تأمین اجتماعی: آقای دکتر اسلامی و آقای دکتر غفاری                  سازمان بیمه سلامت ایران: آقای دکتر ناصحی و آقای دکتر رضایی                  سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: آقای دکتر نوروزی                  کمیته امداد امام خمینی (ره): -                  سازمان برنامه و بودجه: -                  وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: آقای دکتر ابوحمزه و آقای دکتر موسوی                  نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر): خانم دکتر محمد بیگی                  دبیر شورای عالی بیمه سلامت: آقای دکتر محقق</p>			
<p>۲.۲. در صورتی که قیمت IRC از میانگین IRCهای (هر ایندکس) وارداتی موجود در سامانه IMED بیشتر باشد، حداقل میانگین وزنی مصرف IRCهای (هر ایندکس) وارداتی مربوطه توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.</p> <p>۳- در خصوص تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی برای مواردی که همزمان IRC فعال تولید داخل و وارداتی دارند، میانگین وزنی مصرف IRCهای (هر ایندکس) تولید داخل موجود در سامانه IMED ملاک پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود.</p> <p>۴- سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر تا پایان سال ۱۴۰۱ کلیه IRC های (هر ایندکس) مرتبط با ملزومات پزشکی موجود در بازار را پس از کشف قیمت در سامانه IMED درج نماید.</p> <p>تبصره: تا زمان اجرای بند چهارم در مواردی که قیمت در سامانه IMED درج نشده است، روال فعلی</p>			

دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا

دکتر بهرام عین اللهی  
وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور



## دستور العمل خرید راهبردی و ضوابط پوشش بیمه‌ای خدمات درمان ناباروری



مکان: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ساعت: ۱۰:۰۰ - ۱۲:۰۰	تاریخ: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱	شماره جلسه: نود و سومین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور
<p><b>اعضای شرکت کننده:</b>                  رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور: آقای دکتر عین اللهی                  وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: آقای دکتر کریمی                  بیمه مرکزی ایران: آقای دکتر استاد زمانی و آقای دکتر ریاحی فر                  سازمان نظام پزشکی: آقای دکتر رئیس زاده و آقای دکتر انیسیان                  سازمان تأمین اجتماعی: آقای دکتر اسلامی و آقای دکتر غفاری                  سازمان بیمه سلامت ایران: آقای دکتر ناصحی و آقای دکتر رضایی                  سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح: آقای دکتر نوروزی                  کمیته امداد امام خمینی (ره): -                  سازمان برنامه و بودجه: -                  وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: آقای دکتر ابوحمزه و آقای دکتر موسوی                  نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر): خانم دکتر محمد بیگی                  دبیر شورای عالی بیمه سلامت: آقای دکتر محقق</p>			
<p>قیمت گذاری توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تداوم می‌یابد.</p>			

<p>دکتر بهرام عین اللهی وزیر و رئیس شورای عالی بیمه سلامت کشور</p>					امضا
سازمان نظام پزشکی	سازمان برنامه و بودجه	وزارت اقتصاد و دارایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	نام دستگاه
					امضا
کمیته امداد امام خمینی (ره)	سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	سازمان بیمه سلامت ایران	سازمان تأمین اجتماعی	نمایندگان مجلس شورای اسلامی (عضو ناظر)	نام دستگاه
					امضا