



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره :د/ع/۱۰۲۱۱.....
تاریخ :۱۴۰۲/۰۸/۰۷.....
ساعت :۱۳:۰۸.....
پیوست :دارد.....

مرکز بهداشت استان اصفهان

« مقابله با نابرابری برای آینده ای تاب آور »

رئیس محترم مرکز بهداشت شماره ۲/۱ شهرستان اصفهان

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

با سلام و احترام

پس از حمد خداوند متعال و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، به منظور وحدت رویه در تنظیم قرارداد "خرید خدمت آزمایش پاپ اسمیر جهت تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس" به پیوست نتایج جلسات هماهنگی این معاونت در قالب مصوبات ذیل جهت اطلاع و اقدام لازم، اعلام می گردد:

۱. کلیه شبکه های بهداشت و درمان تابعه بایستی طبق فرمت قرارداد پیوست و با توجه به موارد اختصاصی ذکر شده، با آزمایشگاه مورد نظر خود عقد قرارداد نمایند.

۲. با توجه به عقد قرارداد با بیمه های تامین اجتماعی، خدمات درمانی و نیروهای مسلح برای تست پاپ اسمیر، لازم است درخواست نمونه پاپ اسمیر افرادی که تحت پوشش بیمه های مذکور هستند توسط پزشک یا مامای پروانه دار در سامانه بیمه ثبت گردد. (لازم به ذکر است در سایر بیمه ها، تعرفه طبق تعرفه آزاد بخش دولتی دریافت می گردد) سیتوپاتولوژی با کد ۸۰۷۰۲۶، نمونه برداری آندوسرویکال با کد ۵۰۱۷۹۲ و پذیرش و ثبت نمونه پاتولوژی با کد ۸۰۷۰۰۰ باید توسط پزشک یا ماما درخواست گردند.

۳. مشخصات افرادی که نمونه گیری برای آنها انجام می شود در فرم های پیوست (فرم شماره ۱ جهت درج مشخصات افراد واجد بیمه های قید شده در بند قبل و فرم شماره ۲ برای سایرین) درج گردد. یک نسخه از فرم شماره ۱ جهت ثبت اطلاعات مربوطه در سامانه بیمه به واحد درآمد تحویل گردد. (تصمیم گیری تواتر تحویل فرم به واحد درآمد بنا به نظر واحد درآمد شهرستان می باشد)

۴. در صورت تمایل فرد، نمونه گیری به روش لیکوئید انجام گردد. (با توجه به تعرفه بالاتر تست لیکوئید، امضای بیمار مبنی بر رضایت وی به انجام تست به روش لیکوئید، در فرم شماره ۲ پیوست از بیمار گرفته شود). همچنین متذکر می گردد نمونه گیری به روش لیکوئید تحت پوشش هیچ بیمه ای نبوده و هزینه طبق تعرفه آزاد در بخش دولتی دریافت می گردد.

۵. مبلغ قرارداد منعقد با آزمایشگاه، می بایست هر سال بر اساس کتاب ارزش نسبی و رعایت سقف تعرفه دولتی (طبق تعرفه سال ۱۴۰۲ مبلغ ۴۶۹۳۷۰ ریال جهت پذیرش و سیتوپاتولوژی لام نمونه گیری و مبلغ ۹۰۱۵۷۰ ریال جهت پذیرش و سیتوپاتولوژی نمونه لیکوئید) در نظر گرفته شود.



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره :د/ع/۱۰۲۱۱.....
تاریخ :۱۴۰۲/۰۸/۰۷.....
ساعت :۱۳:۰۸.....
پیوست :دارد.....

مرکز بهداشت استان اصفهان

"مقابله با نابرابری برای آینده ای تاب آور"

۶. تجهیزات مصرفی جهت انجام نمونه گیری پاپ اسمیر به صورت سالیانه و متمرکز توسط شهرستان خریداری و از ارجاع فرد به داروخانه جهت تهیه وسایل اجتناب گردد. (مبلغ دریافتی جهت وسایل مصرفی بر اساس نوع نمونه گیری (لیکوئید و لام) و طبق آخرین فاکتور خرید در سامانه ماد اصلاح گردد).
۷. فاصله زمانی انجام نمونه گیری تا تحویل آن به آزمایشگاه، ۷ روز کاری و زمان تحویل نمونه تا دریافت نتیجه، ۱۵ روز کاری بایستی در نظر گرفته شود. (این موضوع در قرارداد منظور شده است)
۸. در صورتیکه آزمایشگاه در موعد مقرر نسبت به ارسال نتایج نمونه گیری ها اقدام نکند، شهرستان می تواند مبلغ حق الزحمه را پرداخت ننماید. (این موضوع در قرارداد منظور شده است)
۹. با توجه به لزوم انجام راستی آزمایی، هزینه راستی آزمایی تا سقف ۱۲ نمونه در سال به عهده آزمایشگاه طرف قرارداد می باشد. (این موضوع در قرارداد منظور شده است)
۱۰. آزمایشگاه موظف است به همراه جواب های کاغذی، فایل الکترونیکی جواب ها را نیز به ستاد تحویل نماید. این فایل ابتدا توسط کارشناس میانسالان از نظر تطابق نمونه های ارسالی شهرستان با جواب های گزارش شده توسط آزمایشگاه بررسی و سپس توسط واحد درآمد اطلاعات دریافتی در سامانه بیمه بارگزاری و ثبت گردد. (هماهنگی و همکاری بین واحدهای سلامت خانواده و درآمد جهت ثبت دقیق و کامل اطلاعات و اطمینان از بازگشت هزینه و عدم کسورات از سمت بیمه الزامی می باشد). در صورت تغییر در تعهدات و شرایط پذیرش بیمه ها، مراتب بصورت مکتوب اطلاع رسانی خواهد شد.
۱۱. در صورت عدم امکان عقد قرارداد با آزمایشگاه شهرستان یا آزمایشگاه های شهرستان های همجوار (پس از طرح موضوع در جلسات شهرستان های قطب)، مراتب به طور مکتوب حداکثر تا ۱۴۰۲/۸/۲۰ به واحد درآمد این معاونت اعلام گردد. همچنین پس از عقد قرارداد، آزمایشگاه مربوطه به این معاونت معرفی گردد.

دکتر حمید گله داری
معاون بهداشت دانشگاه
و رئیس مرکز بهداشت استان
از طرف دکتر غفور راستین
معاون اجرایی