بسمه تعالی

دستورالعمل اجرایی حاضر در ارتباط با پذیرش گروهی از آزمایشها است که با اعمال ممنوعیت پذیرش یا انجام آنها بیش از یک بار و یا با محدود کردن تکرار غیر ضروری آنها صرفه جویی مالی در منابع ایجاد میشود تا از محل آن ضمن پیشگیری از هدر رفتن منابع مالی، امکان برنامه ریزی برای افزایش پوشش خدماتی بیمه در بخش آزمایشگاهی فراهم شود.

۱- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست تکراری آزمایش الکتروفورز هموگلوبین (کد ۸۰۰۷۰۵) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین

۲- ممنوعیت پذیرش همزمان آزمایش الکتروفورز هموگلوبین(کد ۸۰۰۷۰۵) و آزمایشهای هموگلوبین جنینی(کد ۸۰۰۷۲۵) و هموگلوبین A2 (کد ۸۰۰۷۳۰)، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین.

۳- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست تکراری آزمایش هموگلوبین A2 به روش کروماتورافی ستونی (کد ۸۰۰۷۳۰) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین.

۴- پذیرش بیمه پایه آزمایش الکتروفورزیس پروتئین‌های سرم و ادرار (کدهای۸۰۰۷۳۵ و۸۰۰۷۴۰) مشروط به درج تشخیص اولیه در برگه بیمه

۵- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه آزمایش الکتروفورزیس پروتئین‌های سرم و ادرار (کدهای۸۰۰۷۳۵ و۸۰۰۷۴۰) بیش از چهار بار در سال برای پایش مواردی مثل پیوند مغز استخوان، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین، فوق تخصص گوارش.

۶- خروج آزمایش الکتروفورزیس لیپوپروتئین‌های سرم (کد ۸۰۰۷۵۰) از پوشش بیمه پایه.

۷- خروج آزمایش الکتروفورزیس آپولیپوپروتئین ها (کد ۸۰۰۷۵۵) سرم از پوشش بیمه پایه.

۸- ممنوعیت درخواست همزمان آزمایش ایمونو الکتروفورزیس/ایمنوفیکساسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و۸۰۰۷۶۱) با آزمایشهای الکتروفورزیس پروتئین‌های سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و۸۰۰۷۴۰) بجز مواردی که که قبلا با الکتروفورز پروتئین سرم یا ادرار وجود باند مونوکلونال یا وضعیت غیرطبیعی دیگر تشخیص داده شده باشد و به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین

۹- محدودیت پذیرش بیمه پایه آزمایش ایمونو الکتروفورزیس/ایمنوفیکساسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و۸۰۰۷۶۱) به حداکثر دو بار در سال و مشروط به درج تشخیص اولیه

غیرقابل استناد

۱۰- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست آزمایش تکراری فریتین سرم (کد ۸۰۱۱۷۰) به فاصله کمتر از ۴ ماه از آزمایش قبلی.

۱۱- مشروط شدن پذیرش بیمه آزمایش CMV Ag به روش ایمنوفلورسانس (کد ۸۰۳۶۵۰) به درج تشخیص اولیه و ممنوعیت پذیرش خارج از چارچوب راهنمای پیوند به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و عفونی.

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

۱۳- محدودیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایش تکراری TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) به فاصله کمتر از ۱۲ هفته از آزمایش قبلی بجز موارد عدم ثبات عملکرد تیروئیدی در حین دارو درمانی، تیروتوکسیکوز، هیپوتیروئیدی و اندوکرینوپاتی های همزمان با نظر فوق تخصص غدد

۱۴- خروج آزمایش T3 Uptake (کد ۸۰۱۴۱۰) از پوشش بیمه پایه به دلیل غیر ضروری بودن آن.

۱۵- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست همزمان آزمایشهای غربالگری عملکرد تیروئیدی بجز "تیروکسین (کد ۸۰۱۴۰۵) و TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) همزمان" یا "تیروکسین آزاد (کد ۸۰۱۴۲۵) و TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) همزمان" (غربالگری برای تشخیص کم کاری یا پرکاری تیروئید). به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص غدد.

۱۶- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای موارد تکراری آزمایش ویتامین D3 (کدهای ۸۰۱۵۱۰ و ۸۰۱۵۱۵) بجز با دستور پزشک فوق تخصص غدد (مثل درمان تهاجمی و عدم پاسخ به درمان).

۱۷- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای موارد تکراری آزمایش ویتامین D2 بجز با دستور پزشک فوق تخصص غدد (مثل هیپر کلسمی و کاهش فعالیت کلیه، سارکوئیدوز و لنفوم)

۱۸- محدودیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایش PSA (کد ۸۰۱۸۲۰) به مردان بالای ۵۰ سال (در مورد کسانی که برادر، پدر و عموی مبتلا به کانسر پروستات دارند این محدودیت ۴۰ سال به بالا است) به یکبار در سال و حداکثر فرکانس تکرار آزمایش ۴ بار در سال به منظور پایش درمان به استثنای دستور پزشک اورولوژیست، فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین، انکولوژیست - رادیو تراپیست.

۱۹- محدودیت پذیرش بیمه پایه برای تکرار آزمایش PSA (کد ۸۰۱۸۲۰) به منظور پایش درمان به تعداد ۴ بار در سال به استثنای دستور پزشک اورولوژیست، انکولوژیست و رادیو تراپیست.

۲۰- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست همزمان آزمایش "آنتی ژن P24 + آنتی بادی HIV (نسل چهار)" (کد ۸۰۳۱۸۵) همراه با هر یک از آزمایشهای آنتی بادی HIV(نسل سه) (کد ۸۰۳۱۸۶) یا آزمایش آنتی ژن HIV- P24 (کد ۸۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی.

۲۱- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای درخواست همزمان آنتی بادی HIV (نسل سه) (کد ۸۰۳۱۸۶) و آنتی ژن HIV- P24 (کد ۸۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی.

۲۲- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایش همزمان HBsAg (کد ۸۰۳۲۰۵) با سایر آزمایشهای سرولوژی تشخیص هپاتیت B بجز Total Anti-HBc (کد ۸۰۳۲۲۵) به منظور تشخیص اولیه هپاتیت ویروسی. به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش.

۲۳- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایش همزمان HBsAb (کد ۸۰۳۲۲۰) با HBsAg (کد ۸۰۳۲۰۵) به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش.

۲۴- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایش HBsAb (کد ۸۰۳۲۲۰) در موارد مثبت HBsAg به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش.

۲۵- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای آزمایشهای HBeAg (کد ۸۰۳۲۱۰) و HBeAb (کد ۸۰۳۲۱۵) برای افرادیکه HBsAg آنها منفی است. به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش.

۲۶- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) برای افراد فاقد سابقه دیابتی.

۲۷- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) بیش از ۴ بار در سال برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۸- ممنوعیت پذیرش بیمه پایه برای اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) به فاصله کمتر از سه ماه از آزمایش قبلی برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۹- محدودیت پذیرش بیمه پایه پروفایل لیپید {تری گلیسرید (کد ۸۰۰۴۳۰) ، کلسترول توتال (کد ۸۰۰۴۳۵) ، کلسترول LDL (کد ۸۰۰۴۴۵) ، کلسترول HDL (کد ۸۰۰۴۴۰)} بیش از یکبار در سال (با حداقل فاصله شش ماه از آزمایش قبلی) بجز موارد تحت درمان که با داروهای پایین آورنده چربی سطح آنالیت مورد اندازه گیری پایدار نشود یا واکنش ناسازگاری با دارو (Adverse effect) و یا پانکراتیت(حداکثر چهار بار در سال).

بهبود تجویز منطقی آزمایشهای پزشکی و همچنین مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی در کشور ما سابقه طولانی ندارد. موفقیت این تجربه و صرفه جویی در منابع نظام سلامت در حوزه آزمایشگاه مدیون مشارکت شما خواهد بود