

اصلاحیه

کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت

در جمهوری اسلامی ایران

ویرایش دوم

سال 1394

(جداول مربوط به خدمات پزشکان عمومی)

۵۳۷۹/ت ۵۱۷۰۰ هـ

شماره

تاریخ ۱۳۹۴ / ۱ / ۲۳



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیأت وزیران

بسمه تعالی

”با صلوات بر محمد و آل محمد“

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۴/۱/۵ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور و به استناد بند (هـ) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹ - تصویب کرد:

۱- ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به شرح پیوست که به مهر دفتر هیئت دولت تأیید شده است، از تاریخ ۱۳۹۴/۱/۱ برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی لازم‌الاجرا است.

۲- با رمالی اجرای ویرایش دوم کتاب یادشده فقط در سال ۱۳۹۴ برای سازمان‌های بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی نیروهای مسلح از محل صرفه‌جویی مالی ناشی از اجرای طرح تحول سلامت و اعتبارات هدفمندسازی یارانه‌های در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برای سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادهای بیمه‌گر از محل منابع داخلی آنها تأمین می‌شود.

اسحاق جهانگیری
معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت حقوقی رئیس جمهور، معاونت امور مجلس رئیس جمهور، معاونت اجرایی رئیس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت قوانین مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می‌شود.

توضیحات:

علامت "O" (که در نسخه اصلاحیه 94 با علامت "#" مشخص شده است): خدماتی که با خصوصیت "O" که اول کلمه OPD است نامگذاری شده‌اند دلالت بر این دارد که این خدمات می‌توانند هم در بخش سرپایی در قالب مطب، درمانگاه و مرکز جراحی محدود و هم در قالب بیمارستان و عرصه بستری ارائه گردد. ارزش ریالی این دسته از خدمات در هر دو بخش سرپایی و یا بستری یکسان است. نرخ این K برای سال 93 مبلغ بیست هزار تومان تعیین شده است. این ضرایب ثابت بوده ولی نرخ KO هر سال اعلام خواهد شد. (در سال 94 تغییر نمی‌یابد)

شرح کد: این ستون کدها را توصیف می‌کند که از کتاب CPT آمریکا در سال‌های 2004 تا 2012 گرفته شده و توسط انجمن‌های علمی - تخصصی ویرایش، ساده‌سازی و تجمیع شده است.

کد ملی: کد شش رقمی و منحصر به فرد برای هر خدمت است.

K جراحی: خدماتی که بدون درج O معرفی شده‌اند، با همان K جراحی محاسبه می‌شوند که برای سال 1393 مبلغ K جراحی 38 هزار تومان اعلام شده است. (در سال 94 تغییر نمی‌یابد)

K بیهوشی: معادل همان K جراحی محاسبه می‌شود.

ارزش نسبی خدمت: ارزش نسبی نشان دهنده سختی ارائه هر خدمت است که معمولاً جزء حرفه‌ای نامیده می‌شود که براساس شاخصه‌هایی مانند زمان ارائه خدمت، ریسک ارائه خدمت برای پزشک و بیمار، داشتن تجربه و مهارت مورد نیاز، تلاش فیزیکی، تلاش ذهنی و فکری و در نهایت مخاطرات قانونی ارائه خدمت تعیین می‌شود. در برخی از موارد که برای یک خدمت سه ارزش نسبی ذکر شده است به ترتیب از بالا به پایین، جزء کلی، جزء حرفه‌ای و جزء فنی را نشان می‌دهد.

جزء کلی: ارزش نسبی برخی از خدمات به ویژه در مواردی که خدمت وابسته به فناوری‌های تشخیصی است از سه جزء تشکیل می‌یابد.

جزء اول: ارزش نسبی کل خدمت که هر جزء کلی از مجموع دو جزء حرفه‌ای و فنی تشکیل می‌شود و از جمع جزء فنی و حرفه‌ای، جزء کل حاصل می‌شود.

جزء حرفه‌ای (Professional Component)

جزء حرفه‌ای نشان‌دهنده تلاش و مهارت و ریسک خدمت یا (Physician Work) برای پزشک است. برخی خدمات تنها یک ارزش نسبی دارند که در حقیقت این ارزش نسبی جزء حرفه‌ای اقدام مربوطه است. در خدماتی که خدمات سه ارزش نسبی درج شده است ارزش نسبی وسطی (میانی) جزء حرفه‌ای خدمت مرتبط است.

جزء فنی (Technical Component)

جزء فنی شامل هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی، فضای پزشکی، تأسیسات و فراهم نمودن تسهیلات لازم نیروی انسانی غیر پزشک، استهلاک و سود سرمایه برای ارائه هر خدمت است. در کلیه مواردی که ارزش نسبی سه تایی است، سومی نشان‌دهنده جزء فنی است. در کلیه مواردی که واحد ارزش نسبی تنها یک عدد است و خدمت مربوطه در اتاق عمل ارائه شود در بخش دولتی 40 درصد و در بخش خصوصی 15 درصد ارزش نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی به عنوان جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد. در مواردی که خدمتی سه تایی باشد (جزء کلی، حرفه‌ای و جزء فنی) اعم از اینکه خدمت مربوطه در اتاق عمل یا خارج اتاق عمل ارائه شود، ارزش نسبی سوم به عنوان جزء فنی آن خدمت محسوب می‌گردد. در این موارد 100 درصد ارزش نسبی سوم (جزء فنی) در هر دو بخش دولتی و خصوصی جزء فنی محاسبه و پرداخت می‌گردد و جزء فنی دیگری جداگانه قابل محاسبه و دریافت نخواهد بود.

در مواردی که ستون واحد ارزش نسبی یک عددی است و خدمت مربوطه در داخل اتاق عمل ارائه نشود به این معناست که این خدمات دارای جزء فنی قابل توجهی نیست و جزء فنی برای آن قابل محاسبه و اخذ نبوده و 100 درصد ارزش نسبی به عنوان جزء حرفه‌ای خدمت در نظر گرفته می‌شود.

واحد پایه بیهوشی یا عدد ارزش نسبی بیهوشی: ارزش پایه محاسبه حق الزحمه بیهوشی بیمار است که به متخصص بیهوشی تعلق دارد.

بیهوشی با ارزش پایه 3: برای کلیه خدماتی که در این مجموعه ارزش پایه بیهوشی صفر درج شده است در صورتی که بیمار نیاز به بیهوشی داشته باشد ارزش پایه بیهوشی 3 در نظر گرفته می‌شود.

انجام بی‌حسی موضعی توسط پزشک معالج: در صورتی که پزشک معالج شخصاً برای انجام عملی که معمولاً تحت بیهوشی عمومی یا نخاعی انجام می‌شود از بی‌حسی موضعی استفاده کند تنها 20 درصد ارزش نسبی اقدام مربوطه به پزشک معالج قابل پرداخت است و در این موارد ارزش پایه بیهوشی مورد ملاک قرار نمی‌گیرد.

کد ستاره‌دار*: خدمات فاقد پوشش بیمه

کد +: این علامت کدهای ضمیمه (add-on) را نشان می‌دهد که بر کارهای اضافی و یا مکملی دلالت دارد که در حین ارائه یک خدمت اصلی انجام می‌شوند و هرگز نباید به تنهایی گزارش شوند. این کدها به همراه توصیفاتمانند «هر مورد اضافه» و یا «اقدام جداگانه علاوه بر اقدام اصلی» مشخص می‌شوند و 100 درصد ارزش نسبی مربوط به کد اصلی، اضافه می‌گردد و کد تعدیلی (51-) به آن قابل تسری نخواهد بود.

کدهای پررنگ شده در جداول ضمیمه کدهای جدید نسخه اصلاحیه می‌باشند.

بهای خدمات در سال 94 (تومان)	خصوصیت کد	ارزش پایه بیهوشی	ارزش نسبی	شرح کد	کد ملی
۶۰,۰۰۰	O	0	3	جراحی آکنه (برای مثال مارسویالیزاسیون، باز کردن یا برداشت چندین میلیا، کومدون‌ها، کیست و یا پوستول) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	100015
۱۰۰,۰۰۰	O	0	5	نمونه‌برداری پوست، بافت زیرجلدی و /یا بافت مخاطی (شامل ترمیم اولیه)، منفرد یا متعدد	100090
۸۰,۰۰۰ ۶۰,۰۰۰ ۲۰,۰۰۰	O *	0	4 3 1	پانچ بیوپسی پوست؛ منفرد یا متعدد	100092
۹۰,۰۰۰	O	0	4/5	برداشتن تکمه‌های پوستی، متعدد (تکمه‌های فیبروکوتائوس)، در هر جای بدن؛ با هر تعداد ضایعه	100095
۱۰,۰۰۰	O	0	0/5	کوتاه کردن (trimming) ناخن غیردیستروفیک برای اهداف درمانی (مانند بیماران دیابتیک)؛ هر تعداد (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	100130
۴۰,۰۰۰	O	0	2	برداشتن، با یا بدون دبریدمان ناخن با یا بدون تخلیه هماتوم ناخن (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	100135
۳۰,۰۰۰	O	0	1/5	تزریق، داخل ضایعات؛ اولین ضایعه	100165
۱۰,۰۰۰	O	0	0/5	تزریق، داخل ضایعات؛ هر ضایعه اضافه	100166
۳۰۰,۰۰۰	O *	0	15	خالکوبی، داخل جلدی با استفاده از رنگدانه غیرمحلول جهت تصحیح رنگ ضایعه پوستی، شامل میکروپیگمانتاسیون؛ با هر میزان سانتیمتر مربع	100170
۳۰,۰۰۰	O	0	1/5	بخیه آماده یا چسب بخیه به هر اندازه	100216
۶۰,۰۰۰	O	0	3	ترمیم ثانویه زخم جراحی یا باز شدگی زخم؛ وسیع یا عارضه‌دار شده	100235
۶۰۰,۰۰۰	O *	0	30	کاشت ابرو، مژه و یا مناطق اسکارینگ به ازای هر 500 فولیکول	100416
۳۰,۰۰۰	O	0	1	کشیدن بخیه تا 10 گره یا تا 10 سانتیمتر توسط پزشک دیگر (در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه می‌باشد)	100506
۳۰,۰۰۰	O	0	1/5	کشیدن بخیه بیش از 10 گره یا بیش از 10 سانتیمتر توسط پزشک دیگر (در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه می‌باشد)	100507
۱۰,۰۰۰	O	0	0/5	شستشو و پانسمان ساده کوچک یا متوسط تا 20 سانتیمتر (در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه می‌باشد)	100511

۲۰,۰۰۰	O	0	1	شستشو و پانسمان ساده بزرگ بیش از 20 سانتیمتر (در صورت انجام در اورژانس بیمارستان در تعهد بیمه پایه می‌باشد)	100512
۷۲۲,۰۰۰	*	0	19	تزریق چربی به ازای هر ناحیه آناتومیک، شامل اقدامات برداشت، آماده سازی و تزریق برای هر ناحیه	100526
۷۲۲,۰۰۰	*	0	19	جابجایی چربی هر ناحیه آناتومیک	100528
۱۲۰,۰۰۰ ۱۰۰,۰۰۰ ۲۰,۰۰۰	O	0	6 5 1	تخریب ضایعات خوش خیم به هر روش؛ به ازای هر جلسه (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	100575
۸۰,۰۰۰	O *	0	4	کوتریزاسیون شیمیایی برای بافت گرانولاسیون، نسج برجسته، سینوس یا فیستول؛ هر تعداد ضایعه (کد 100600 همراه با کدهای مربوط به برداشتن یا اکسیزیون همان ضایعه گزارش نگردد)	100600
۲۴۰,۰۰۰	O	0	12	تخریب ضایعات بدخیم و زگیل‌های تناسلی مثل کوندیلوماها در ناحیه تناسلی، کشاله ران و مقعد به هر تعداد با روش الکتروسرجری	100605
۸۰,۰۰۰ ۵۰,۰۰۰ ۳۰,۰۰۰	O	0	4 2/5 1/5	کرایوتراپی (یخ آب، دی‌اکسیدکربن و نیتروژن مایع) برای مثال آکنه یا پوسته‌ریزی شیمیایی آکنه (خمیر مخصوص آکنه، اسید) و یا درمان بیماری‌های پوستی مانند سالک، زگیل، مولوسکوم و غیره (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	100620
۱۱۴,۰۰۰		0	3	تزریق داخل مجرای سینوس (فیستولوگرافی)؛ درمانی یا تشخیص (هزینه رادیولوژی به صورت جداگانه محاسبه می‌گردد)	200050
۵۸,۰۰۰	O	0	2/9	تزریق تاندون، غلاف سینویوم و نقاط تریگر عضلات	200060
۳۰,۰۰۰	O	0	1/5	آسپیراسیون و یا تزریق؛ مفصل کوچک یا بورس (مانند انگشتان دست یا پا) (هزینه رادیولوژی به طور جداگانه محاسبه می‌گردد) (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، کد * محسوب می‌گردد)	200065
۸۰,۰۰۰	O	0	4	آسپیراسیون و یا تزریق؛ مفصل یا بورس بزرگ (مانند شانه، لگن، زانو، بورس تحت غرابی (ساب آکرومیال))	200067
۶۰,۰۰۰	O	0	3	آسپیراسیون و یا تزریق؛ مفصل یا بورس متوسط (مانند مفصل فکی - گیجگاهی، غرابی - ترقوه‌ای، مچ دست یا پا، آرنج، یا بورس اولکرانئون)	200066
۵۰,۰۰۰	O	0	2/5	آسپیراسیون یا تزریق کیست گانگلیون در هر جا	200068
۳۸۰,۰۰۰		0	10	انسیزیون و درناژ هماتوم یا آبسه عمقی، بافت نرم گردن یا قفسه سینه	200875
۷۴,۰۰۰		0	2	بکارگیری آتل بلند اندام فوقانی (شانه تا دست یا ساعد تا دست؛ استاتیک یا دینامیک)	204550
۵۳,۲۰۰		0	1/4	آتل‌بندی انگشت	204555
۱۱۴,۰۰۰		0	3	گچ بلند بازو یا گچ بلند ساق	204630

۶۰,۰۰۰	O	0	3	درآوردن جسم خارجی از بینی	300055
۱۴۰,۰۰۰	O	0	7	توراستنژ، پونکسیون مایع فضای پلور برای اسپیراسیون اولیه یا بعدی و بیوپسی پلور، ریه یا مدیاستن؛ سوزنی از طریق پوست (کد 300620 با این کد قابل گزارش نمی‌باشد) (هزینه رادیولوژی به طرو جداگانه محاسبه می‌گردد)	300680
۲۲۸,۰۰۰		0	6	کات داون در افراد بالای 2 سال	302335
۳۰۴,۰۰۰		0	8	کات داون زیر 2 سال	302335
۴۵۶,۰۰۰		0	12	کات داون در نوزادان	302337
۸۰,۰۰۰	O	0	4	تزریق خون یا فرآورده‌های خون به هر روش در اطفال و نوزادان هر بار	302340
۱۴۰,۰۰۰	O	0	7	تزریق خون در بیماران تالاسمی به صورت گلوبال (شامل ویزیت، کراس میچ خون، اندازه‌گیری هموگلوبین خون و تزریق خون)	302345
۳۲,۰۰۰	O	0	1/6	تزریق خون یا فرآورده‌های خون به هر روش در بالغین هر واحد	302355
۹۵۰,۰۰۰		0	25	تعویض خون در نوزادان (Exchange)	302360
۴۵۶,۰۰۰		0	12	تعویض خون در غیر نوزادان (Exchange)	302361
۴۰۰,۰۰۰ ۳۲۰,۰۰۰ ۸۰,۰۰۰	O *	0	20 16 4	PRP (شامل خونگیری، تهیه و تزریق پلاسمای غنی از پلاکت) برای هر جلسه درمان (تا 3 جلسه شامل کلیه هزینه‌های مربوطه می‌باشد و هزینه دیگری برای این کد قابل اخذ نمی‌باشد)	302365
۱۰۰,۰۰۰	O	0	5	تزریق محلول اسکروزان، به ازای هر 10 تزریق (در صورتی که جنبه زیبایی داشته باشد، * محسوب می‌گردد)	302375
۱۸۰,۰۰۰	O	0	9	کارگذاری کاتتر ورید مرکزی قرار داده شده از طریق ورید مرکزی، بدون تونل زیر پوستی	302430
۴۰,۰۰۰	O	0	2	خون‌گیری تشخیصی از شریان (ABG)	302480
۱۴۰,۰۰۰	O	0	7	آسپیراسیون مغز استخوان	302820
۲۳۲,۰۰۰	O	0	11/6	بیوپسی سوزنی و آسپیراسیون مغز استخوان توأما	302825
۵۳۲,۰۰۰ ۳۸۰,۰۰۰ ۱۵۲,۰۰۰		0	14 10 4	بیوپسی غدد لنفاوی سطحی با هدایت رادیولوژیک (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد)	302875

۴۱۸,۰۰۰		0	11	انسبزیون و درناژ آبه داخل جداری، داخل عضلانی یا زیرمخاطی، ایسکیورکتال یا اینترامورال و آبه سوپرالواتور و لگنی از راه رکتوم	401185
۴۵۶,۰۰۰ ۳۰۴,۰۰۰ ۱۵۲,۰۰۰		0	12 8 4	پریتونئوستنز، پاراستنز مایع شکمی بدون کاتتر (این کد با کد 402016 قابل گزارش نمی‌باشد) (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد)	402015
۶۰۸,۰۰۰ ۴۵۶,۰۰۰ ۱۵۲,۰۰۰		0	16 12 4	تخلیه مایع پریتونئال با کاتتر (این کد فقط یک بار قابل محاسبه و اخذ می‌باشد) (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد)	402016
۳۸۰,۰۰۰		0	10	کار گذاشتن کاتتر یا کانول داخل پریتونئال برای درناژ یا دیالیز؛ موقت	402065
۲۰,۰۰۰	0	0	1	وارد کردن کاتتر به صورت موقت به داخل مثانه (برای مثال کاتتریزاسیون مستقیم برای اندازه‌گیری ادرار باقیمانده) یا تعبیه کاتتر ساده یا مشکل مثانه (Foley)	500440
000.10	0	0	0/5	خارج کردن سوند (Foley) مثانه، ساده یا مشکل	500445
۳۸۰,۰۰۰		0	1	گذاشتن و برداشتن سوند نلاتون	500447
۱۶۰,۰۰۰	0	0	8	ختنه با استفاده از کلامپ یا وسایل دیگر یا اکسیژون جراحی به جز نوزادان	500955
۴۸۶,۴۰۰	*	0	12/8	واژکتومی، شامل آزمایشات اسپرم بعد از عمل (عمل مستقل)	501270
۳۳۲,۰۰۰ ۲۲۸,۰۰۰ ۱۱۴,۰۰۰		0	9 6 3	آمینوسنتز (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد)	502075
۴۵,۶۰۰		0	1/2	شستشوی واژن و یا استعمال دارو برای بیماری قارچی، باکتریال یا انگلی	502117
۱,۹۰۰,۰۰۰		0	50	زایمان بی‌درد با روش بیهوشی اپیدورال و اسپینال شامل مراقبت‌های مامایی روتین، مراقبت قبل و بعد از زایمان، زایمان واژینال به هر روش (با یا بدون اپیزوتومی و با یا بدون فورسپس و واکيوم)	502156
۲,۲۰۴,۰۰۰		0	58	زایمان متعدد (چندقلویی) بی‌درد با روش بیهوشی اپیدورال و اسپینال	502161
۲,۴۳۲,۰۰۰		0	64	زایمان واژینال متعاقب زایمان سزارین قبلی به روش بی‌دردی (فقط برای موارد با سابقه یک بار سزارین) یا VBAC شامل مراقبت روتین مامایی شامل قبل از زایمان، زایمان واژینال (با یا بدون اپیزوتومی و یا فورسپس) و مراقبت بعد از زایمان	502181
۲۰۹,۰۰۰		0	5/5	سقط القایی با دارو در 3 ماه اول با هر تعداد استعمال دارو	502201
۳۰۴,۰۰۰ ۲۲۸,۰۰۰ ۷۶,۰۰۰		0	8 6 2	بیوپسی سوزنی یا آسپیراسیون کیست تیروئید (FNA) (هزینه رادیولوژی جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد)	600010

۱۰۰,۰۰۰	O	0	5	پونکسیون نخاع، درمانی یا تشخیصی	600935
۲۰۰,۰۰۰	* O	0	10	تزریق داخل عضلانی توکسین بوتولینیوم برای درمان سردرد مزمن توسط پزشک	601596
۱۴۰,۰۰۰	* O	0	7	تزریق داروی آنزیمی جایگزین Enzyme replacement therapy (مانند Myozme) توسط پزشک	601597
۱۴۰,۰۰۰	* O	0	7	تزریق داروی فینگو لیمود و مانیتورینگ در روز اول توسط پزشک	601598
۳۰,۰۰۰	O *	0	1/5	سوراخ کردن هر گوش	602730
۳۶,۰۰۰	O	0	1/8	درآوردن سرومن سفت شده، هر گوش به هر روش (شستشوی گوش، ساکشن و ...)	602770
۶,۰۰۰	O	0	0/3	خون‌گیری وریدی از کودکان زیر 5 سال	800015
۵,۰۰۰	O *	0	0/25	تزریق توکسوئید کزاز و یا ایمن‌سازی کزاز یا واکسیناسیون داخل عضلانی	900010
۱۶,۰۰۰	O	0	0/8	انفوزیون داخل وریدی توسط پزشک یا زیر نظر مستقیم پزشک (در صورت انجام در اورژانس بیمارستان برای بیماران بستری موقت، در تعهد بیمه پایه می‌باشد)	900015
۴,۰۰۰	O *	0	0/2	تزریق هر نوع داروی داخل عضله یا زیرجلدی (تشخیصی، درمانی و پیشگیرانه)	900020
۱۰,۰۰۰	O *	0	0/5	تزریق هر نوع داروی داخل شریانی	900025
۴,۰۰۰	O *	0	0/2	تزریق هر نوع داروی داخل وریدی	900030
۴,۰۰۰	O *	0	0/2	تزریق عضلانی آنتی‌بیوتیک	900035
۱۴۰,۰۰۰	O	0	7	تزریق داروهای حساس و بیولوژیک آنتی‌بادی‌های مونوکلونال برای مثال ایمونوگلوبین داخل وریدی (IVIG) توسط پزشک	900037
۳۰,۰۰۰	O	0	1/5	گذاشتن رکتال تیوب	900221
۱۰۶,۴۰۰		0	2/8	ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح 3 و 4 تریاژ (ویزیت بیماران سطح 5 تریاژ در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می‌باشد) (ویزیت سایر گروه‌های تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	900974
۱۷۱,۰۰۰		0	4/5	ویزیت جامع بیمار در بخش اورژانس برای بیماران سطح 1، 2 تریاژ (ویزیت بیماران سطح 5 تریاژ در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می‌باشد) (در بیمارستان‌های تک تخصصی با توجه به سطح‌بندی بیماران در صورت ویزیت توسط پزشکان متخصص مربوطه این کد قابل گزارش می‌باشد)	900975

۷۰,۰۰۰	O	0	3/5	تجویز و نظارت بر خوراندن شیمی درمانی خوراکی	901533
۲۰۰,۰۰۰ ۱۳۰,۰۰۰ ۷۰,۰۰۰	O *	0	10 6/5 3/5	درمان با لیزر برای بیماری‌های التهابی پوست (به عنوان مثال پسوریازیس)؛ هر تعداد ناحیه و به هر میزان سانتیمتر مربع تنها توسط متخصصین پوست قابل اخذ می‌باشد	901610
۱۲۰,۰۰۰ ۸۰,۰۰۰ ۴۰,۰۰۰	O *	0	6 4 2	درمان با لیزر برای سایر ضایعات پوست؛ هر تعداد ناحیه و به هر میزان سانتیمتر مربع	901615
۲۵,۰۰۰	O *	0	1/2	بخور یا انکباب (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901768
۴۸,۰۰۰ ۳۶,۰۰۰ ۱۲,۰۰۰	O *	0	2/4 1/8 0/6	حجامت تر (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901770
۸۰,۰۰۰ ۶۰,۰۰۰ ۲۰,۰۰۰	O *	0	4 3 1	فصد (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901790
۲۶۶,۰۰۰		0	7	ویزیت اولیه نوزاد متولد شده (این کد علاوه بر تعرفه گلوبال خدمت مربوطه به صورت جداگانه قابل محاسبه و گزارش می‌باشد)	901925
۲۴۰,۰۰۰	O *	0	12	ارائه گزارش پزشکی در دادگاه؛ به ازای هر ساعت	901900
۱۱۰,۰۰۰	O *	0	5/5	ارائه مشاوره پزشکی در کمیسیون‌های پزشکی برای هر پزشک به ازای هر جلسه	901905
۳۰۴,۰۰۰		0	8	مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسال) سطح یک یا دو تریاژ مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال)	901970
۲۴,۰۰۰ ۱۶,۰۰۰ ۸,۰۰۰	O *	0	1/2 0/8 0/4	حجامت خشک (توسط دستگاه بدون نیاز به فعالیت ماساژور) (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901775
۳۰,۰۰۰ ۲۰,۰۰۰ ۱۰,۰۰۰	O *	0	1/5 1 0/5	حجامت خشک (بادکش) نیاز به فعالیت ماساژور (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901780
۶۶,۰۰۰ ۴۴,۰۰۰ ۲۲,۰۰۰	O *	0	3/3 2/2 1/1	حقنه درمانی (عمل مستقل) (در صورتی که توسط پزشک متخصص طب سنتی باشد 100 درصد این کد و اگر توسط سایر افراد صاحب صلاحیت و دوره دیده مورد تأیید معاونت طب سنتی وزارت بهداشت ارائه خدمت شود 80 درصد این کد قابل محاسبه و اخذ می‌باشد)	901785
۴۵,۰۰۰	O + *	0	2/25	ارائه خدمات درمانی در منزل (برای گزارش خدمات بالینی، تشخیصی، درمانی و توانبخشی در منزل به کدهای مربوطه، مراجعه گردد) (استفاده از این کد برای هر بار مراجعه فقط یک بار قابل محاسبه و گزارش می‌باشد)	901995

۵۰,۰۰۰	O *	0	2/5	معاینه جامع بدو استخدام شاغلین	902100
۴۴,۰۰۰	O *	0	2/2	معاینه جامع دوره‌ای شاغلین	902105
۶۰,۰۰۰	O *	0	3	Test Step برآورد توان فیزیکی فرد	902110
۶۰,۰۰۰	O *	0	3	طراحی و تعیین بسته سلامت شغلی برای ایستگاه‌های کاری به ازای هر Work Station	902115
۱۲,۰۰۰	O *	0	0/6	تکمیل فرم‌ها و پرونده سلامت شغلی شاغل	902120