

فهرست تعرفه خدمات پرستاری در منزل

ردیف	کد	شرح کد	تعرفه / ریال
۱	۹۶۰۰۱۰	پایش و ارزیابی بیمار شامل: گرفتن فشارخون و کنترل علائم حیاتی شامل پالس اکسیمتری برای اشباع اکسیژن، غیرتهاجمی؛ (یک یا چند بار در یک بار مراجعه) یا حضور در بالین بیمار/مددجو در مواقع انتقال از بیمارستان و مراکز درمانی به منزل و بالعکس. این کد در هر شبانه روز یک بار قابل محاسبه و پرداخت است.	۱,۹۵۰,۰۰۰
۲	۹۶۰۰۱۱	انجام مشاوره پرستاری به صورت تلفنی یا آنلاین دورپرستاری (ویدئو کنفرانس)، هر ۱۵ دقیقه (این کد حداکثر دو بار در یک روز قابل گزارش و پرداخت می‌باشد)	۱,۰۵۰,۰۰۰
۳	۹۶۰۰۱۵	کنترل علائم حیاتی مجدد. این کد همزمان با کد (۹۶۰۰۱۰) قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.	۹۹۰,۰۰۰
۴	۹۶۰۰۲۰	تنظیم دستگاه مراقبت‌های ویژه و آموزش به بیمار	۲,۴۸۰,۰۰۰
۵	۹۶۰۰۲۱	انجام مراقبت‌های پرستاری در آماده‌سازی مجدد دستگاه/ دستگاه‌های اتصال بیمار به ونتیلاتور، تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه و ارائه آموزش‌های لازم به بیمار و خانواده، تا زمان پایدار شدن وضعیت همودینامیک بیمار (حداکثر سه بار در هفته)	۱,۵۰۰,۰۰۰
۶	۹۶۰۰۲۵	انجام ECG برای بیمار	۲,۵۷۰,۰۰۰
۷	۹۶۰۰۳۰	کشیدن بخیه تا (۱۰) گره	۲,۹۷۰,۰۰۰
۸	۹۶۰۰۳۱	کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره	۴,۴۴۰,۰۰۰
۹	۹۶۰۰۴۰	تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی‌متر	۱,۶۸۰,۰۰۰
۱۰	۹۶۰۰۴۱	تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی‌متر	۲,۴۸۰,۰۰۰
۱۱	۹۶۰۰۵۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۲,۰۱۰,۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۰۱۰,۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۲,۹۷۰,۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۴۹۰,۰۰۰
۱۵	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۳,۸۷۰,۰۰۰
۱۶	۹۶۰۰۷۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۱,۹۵۰,۰۰۰
۱۷	۹۶۰۰۸۰	پانسمان در موارد سوختگی درجه دو (تا ۲۵ درصد سوختگی)	۳,۹۶۰,۰۰۰
۱۸	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۲,۷۶۰,۰۰۰
۱۹	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۳,۹۶۰,۰۰۰
۲۰	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۴,۷۳۰,۰۰۰
۲۱	۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ برای یک ناحیه	۵,۴۵۰,۰۰۰
۲۲	۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۲,۷۲۰,۰۰۰
۲۳	۹۶۰۱۱۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۳ برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۷,۰۵۰,۰۰۰
۲۴	۹۶۰۱۱۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۳ به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۳,۵۳۰,۰۰۰
۲۵	۹۶۰۱۲۰	کوتاه کردن (trimming) ناخن دیستروفیک برای اهداف درمانی (مانند بیمار/مددجویان دیابتیک)؛ هر تعداد	۷۲۰,۰۰۰

۲,۸۸۰,۰۰۰	باز کردن، برداشتن یا دو نیم کردن گچ	۹۶۰۱۲۵	۲۶
۳,۹۲۰,۰۰۰	مراقبت از استوما (کیسه گذاری، شستشو، پانسمان و تعویض)	۹۶۰۱۳۰	۲۷
۲,۰۷۰,۰۰۰	شستشوی ساده مثانه	۹۶۰۱۳۵	۲۸
۶,۸۱۰,۰۰۰	تعویض کاتتر یا سوند مثانه (Foley) (شامل هزینه‌های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۹۶۰۱۴۰	۲۹
۱,۹۷۰,۰۰۰	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۹۶۰۱۴۵	۳۰
۱,۰۱۰,۰۰۰	گذاشتن کاندوم شیت (کاندوم سوند)	۹۶۰۱۵۰	۳۱
۱,۰۱۰,۰۰۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز با دستور پزشک ۱. این کد برای خونگیری وریدی، توسط آزمایشگاه‌های تشخیصی طبی نیز قابل گزارش و اخذ می‌باشد. ۲. برای خونگیری وریدی، مراکز مراقبت پرستاری در منزل در صورتی که با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت قرارداد داشته باشند؛ می‌توانند از این کد استفاده کنند.	۹۶۰۱۵۵	۳۲
۳,۲۱۰,۰۰۰	سرم تراپی در منزل	۹۶۰۱۶۰	۳۳
۱,۹۵۰,۰۰۰	مراقبت پرستاری در زمان انجام مایع درمانی (سرم تراپی) به ازای هر ساعت توقف تا زمان اتمام مایع وریدی (شامل استفاده از میکروست) و در صورت ضرورت خارج کردن آنژیوکت (این هزینه علاوه بر کد ۹۶۰۱۶۰ مایع درمانی تا حداکثر ۳ ساعت قابل گزارش بوده و محاسبه می‌گردد)	۹۶۰۱۶۱	۳۴
۹۲۰,۰۰۰	تزریق داروی داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق	۹۶۰۱۶۵	۳۵
۱,۴۹۰,۰۰۰	تزریق داروی داخل وریدی به ازای هر تزریق	۹۶۰۱۷۰	۳۶
۳,۴۵۰,۰۰۰	فتوتراپی ساده (هزینه اجاره دستگاه به طور جداگانه قابل محاسبه می‌باشد)	۹۶۰۱۷۵	۳۷
۱,۵۶۰,۰۰۰	(۲۰) تراپی با نازال و ماسک بدون ساکشن (شامل آموزش بیمار / مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت)	۹۶۰۱۸۰	۳۸
۲,۹۷۰,۰۰۰	(۲۰) تراپی با نازال و ماسک با ساکشن یا فقط ساکشن بدون (۲۰) تراپی (شامل آموزش بیمار / مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت)	۹۶۰۱۸۵	۳۹
۷,۸۹۰,۰۰۰	انجام دیالیز صفاقی و آموزش به بیمار توسط پرستار دوره دیده (برای هر بیمار/مددجو فقط یک بار قابل اخذ می‌باشد)	۹۶۰۱۹۰	۴۰
۹,۸۹۰,۰۰۰	انجام همودیالیز توسط پرستار دوره دیده (بر اساس دوره مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۹۶۰۱۹۵	۴۱
۱,۳۷۰,۰۰۰	گاواژ	۹۶۰۲۰۰	۴۲
۵,۲۵۰,۰۰۰	گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای (NGT) با دستور پزشک	۹۶۰۲۰۵	۴۳
۳,۹۶۰,۰۰۰	انجام انما	۹۶۰۲۱۰	۴۴
۴,۰۸۰,۰۰۰	حمام بیمار / مددجو در منزل	۹۶۰۲۱۵	۴۵
۲,۰۴۰,۰۰۰	مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو عادی (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قلبل اخذ و محاسبه نمی‌باشد)	۹۶۰۲۲۰	۴۶

۲,۵۷۰,۰۰۰	مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو سالمند با محدودیت حرکتی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های شخصی (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد)	۹۶۰۲۲۵	۴۷
۳,۰۸۰,۰۰۰	مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو نیازمند مراقبت ویژه قلبی-ریوی یا نیازمند مراقبت ویژه (شامل کلیه خدمات پرستاری از جمله کنترل علائم حیاتی، ویزیت، تزریقات، پانسمان و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد)	۹۶۰۲۳۰	۴۸
۲,۵۷۰,۰۰۰	مراقبت حرفه‌ای روان پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو اوتیسم، آلزایمر و ... (شامل کلیه خدمات روان پرستاری از جمله ارائه مراقبت‌های پرستاری، بررسی وضعیت روانی، وضعیت جسمی مددجو، فعالیت‌های روزمره و ...) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب به صورت جداگانه قابل محاسبه نمی‌باشد) (کلیه خدمات مراقبتی مشمول کدهای (۹۶۰۲۲۰) و (۹۶۰۲۲۵) در این کد لحاظ شده است و لذا هیچ کد دیگری علاوه بر این کد قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد).	۹۶۰۲۳۵	۴۹
۳,۰۰۰,۰۰۰	مراقبت حرفه‌ای پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو دچار انواع سوختگی (شامل کلیه خدمات پرستاری مورد نیاز) برای شیفت کاری بالاتر از (۶) ساعت. در صورتی که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد).	۹۶۰۲۳۶	۵۰
.	در صورت ارائه این خدمات (کدهای (۹۶۰۲۲۰) الی (۹۶۰۲۳۶))، مطابق شرح وظایف مصوب وزارت بهداشت توسط بهیار، ۷۰ درصد تعرفه‌های مذکور قابل محاسبه است.	۹۶۰۲۴۰	۵۱
۱,۳۲۰,۰۰۰	مراقبت‌های اولیه پرستاری توسط کمک پرستار به ازای هر ساعت (شامل نگهداری، خدمات بهداشتی و نظافتی بیمار / مددجو، جابجایی، استحمام و رفع نیازهای شخصی مانند غذا خوردن، رفتن به سرویس بهداشتی و سایر موارد طبق شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) (هیچ تعرفه دیگری علاوه بر این تعرفه قابل اخذ و محاسبه نمی‌باشد)	۹۶۰۲۴۵	۵۲

ارائه و دریافت تعرفه این خدمات صرفاً در صورت ثبت به صورت الکترونیک امکان پذیر می‌باشد. هزینه ایاب و ذهاب متناسب با نرخ کرایه آژانس مصوب در هر شهر که مورد تایید کمیته استانی تعیین سقف تعرفه‌های هر استان باشد و یا براساس فاکتورهای ارائه شده قابل محاسبه می‌باشد. در مواردی که خدمت به جزء فنی (براساس کتاب ارزش نسبی) نیاز داشته است، در کد مربوطه لحاظ گردیده است. هزینه مواد مصرفی به جز در مواردی که در شرح کد اشاره شده است به صورت جداگانه قابل محاسبه و اخذ می‌باشد. تزریق داروهای حساس و بیولوژیک و سایر داروها براساس ابلاغیه‌ها و استانداردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در منزل مجاز نمی‌باشد. خدماتی که ارائه آنها نیازمند تجویز پزشک می‌باشد، بدون تجویز پزشک در منزل امکان پذیر نمی‌باشد.