

تعرفه خدمات پرستاری در منزل – ۱۴۰۴

کد	شرح کد	مبلغ (تومان)
—	ویزیت پزشک متخصص	۱,۳۷۰,۲۵۰
—	ویزیت پزشک عمومی	۱,۰۹۶,۲۰۰
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 انجام مشاوره پرستاری به صورت تلفنی یا آنلاین دورا پرستاری (ویدئو کنفرانس)، هر ۱۵ دقیقه (این کد حداکثر دو بار در یک روز قابل گزارش و پرداخت می‌باشد)	۱۳۰,۰۰۰
۹۶۰۰۱۱	انجام مشاوره پرستاری به صورت تلفنی یا آنلاین دورا پرستاری (ویدئو کنفرانس)، هر ۱۵ دقیقه (این کد حداکثر دو بار در یک روز قابل گزارش و پرداخت می‌باشد)	۷۰,۰۰۰
۹۶۰۰۱۵	کنترل علائم حیاتی مجدد. این کد همزمان با کد (۹۶۰۰۱۰) قابل محاسبه و اخذ نمی‌باشد.	۶۶,۰۰۰
۹۶۰۰۲۰	تنظیم دستگاه مراقبت‌های ویژه و آموزش به بیمار	۱۶۵,۰۰۰
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	۱۰۰,۰۰۰
۹۶۰۰۲۵	انجام ECG برای بیمار	۱۷۱,۰۰۰
۹۶۰۰۳۰	کشیدن بخیه تا (۱۰) گره	۱۹۸,۰۰۰
۹۶۰۰۳۱	کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره	۲۹۶,۰۰۰
۹۶۰۰۴۰	تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی‌متر	۱۱۲,۰۰۰
۹۶۰۰۴۱	تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی‌متر	۱۶۵,۰۰۰
۹۶۰۰۵۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱۳۴,۰۰۰
۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷,۰۰۰
۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱۹۸,۰۰۰
۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹,۰۰۰
۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۲۵۸,۰۰۰
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)	۱۳۰,۰۰۰
۹۶۰۰۸۰	پانسمان در موارد سوختگی درجه دو (تا ۲۵ درصد سوختگی)	۲۶۴,۰۰۰
۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۱۸۴,۰۰۰
۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۲۶۴,۰۰۰
۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می‌باشد).	۳۱۵,۰۰۰
۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ برای یک ناحیه	۳۶۳,۰۰۰
۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱۸۱,۰۰۰
۹۶۰۱۱۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۳ برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۴۷۰,۰۰۰
۹۶۰۱۱۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۳ به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی‌باشد)	۲۳۵,۰۰۰
۹۶۰۱۲۰	کوتاه کردن (trimming) ناخن دیستروفیک برای اهداف درمانی (مانند بیمار/ مددجویان دیابتی)؛ هر تعداد	۴۸,۰۰۰

۹۶۰۱۲۵	باز کردن، برداشتن یا دو نیم کردن گچ	۱۹۲,۰۰۰
۹۶۰۱۳۰	مراقبت از استوما (کیسه گذاری، شستشو، پانسمان و تعویض)	۲۶۱,۰۰۰
۹۶۰۱۳۵	شستشوی ساده مثانه	۱۳۸,۰۰۰
۹۶۰۱۴۰	تعویض کاتتر یا سوند مثانه (Foley) (شامل هزینه‌های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۴۵۴,۰۰۰
۹۶۰۱۴۵	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۱۳۱,۰۰۰
۹۶۰۱۵۰	گذاشتن کاندوم شیت (کاندوم سوند)	۶۷,۰۰۰
۹۶۰۱۵۵	خون‌گیری 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 صورتی‌که با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت	۶۷,۰۰۰
۹۶۰۱۶۰	سرم‌تراپی در منزل	۲۱۴,۰۰۰
۹۶۰۱۶۱	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)	۱۳۰,۰۰۰
۹۶۰۱۶۵	تزریق داروی داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق	۶۱,۰۰۰
۹۶۰۱۷۰	تزریق داروی داخل وریدی به ازای هر تزریق	۹۹,۰۰۰
۹۶۰۱۷۵	فتوتراپی ساده (هزینه اجاره دستگاه به طور جداگانه قابل محاسبه می‌باشد)	۲۳۰,۰۰۰
۹۶۰۱۸۰	اکسیژن‌تراپی (Oxygen Therapy) با نازال و ماسک بدون ساکشن (شامل آموزش بیمار / مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت)	۱۰۴,۰۰۰
۹۶۰۱۸۵	اکسیژن‌تراپی (Oxygen Therapy) با نازال و ماسک با ساکشن یا فقط ساکشن بدون اکسیژن‌تراپی (شامل آموزش بیمار / مددجو، اتصال به تجهیزات و حداقل یک ساعت مراقبت)	۱۹۸,۰۰۰
۹۶۰۱۹۰	انجام دیالیز صفاقی و آموزش به بیمار توسط پرستار دوره دیده (برای هر بیمار/مددجو فقط یک‌بار قابل انجام همودیالیز توسط پرستار دوره دیده (بر اساس دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۵۲۶,۰۰۰
۹۶۰۱۹۵	انجام همودیالیز توسط پرستار دوره دیده (بر اساس دوره مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)	۶۵۹,۰۰۰
۹۶۰۲۰۰	گاوژ (تغذیه از راه لوله بینی – معده ای)	۹۱,۰۰۰
۹۶۰۲۰۵	گذاشتن یا تعویض لوله بینی – معده ای (NGT) با دستور پزشک	۳۵۰,۰۰۰
۹۶۰۲۱۰	انجام انما	۲۶۴,۰۰۰
۹۶۰۲۱۵	حمام بیمار/ مددجو در منزل	۲۷۲,۰۰۰
۹۶۰۲۲۰	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 صورتی‌که زمان ارائه خدمات کمتر از (۶) ساعت باشد، به ازای هر خدمت محاسبه می‌گردد. (هیچ تعرفه	۱۳۶,۰۰۰
۹۶۰۲۲۵	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 صورتی‌که 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	۱۷۱,۰۰۰
۹۶۰۲۳۰	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 صورتی‌که 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)	۲۰۵,۰۰۰

۹۶۰۲۳۵	مراقبت حرفه‌ای روان پرستاری به ازای هر ساعت برای بیمار / مددجو اوتیسم، آلزایمر و ... (شامل کلیه خدمات روان پرستاری از جمله ارائه مراقبت های پرستاری، بررسی وضعیت روانی، وضعیت جسمی مدد جو، 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 به‌صورت 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	۱۷۱,۰۰۰
۹۶۰۲۳۶	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	۲۰۰,۰۰۰
۹۶۰۲۴۰	در صورت ارائه این خدمات (کدهای (۹۶۰۲۲۰) الی (۹۶۰۲۳۶))، مطابق شرح وظایف مصوب وزارت بهداشت توسط بهیار، ۷۰ درصد تعرفه‌های مذکور قابل محاسبه است.	-
۹۶۰۲۴۵	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	۸۸,۰۰۰
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		
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.		

قابل توجه مراجعین محترم:

در صورت عدم رعایت تعرفه های مذکور، می توانید با شماره ۱۹۰ تماس و نسبت به ثبت شکایت اقدام نمایید.

واحد نظارت بر درمان شبکه بهداشت و درمان