زندگر
درشهر خبرهایی هست
یکشنبه ● ۲۹ آذر ۱۳۹۴ ● شماره سی و پنج
ATIYEHNO

اهدای سالانه بیش از ۲ میلیون واحد خون

مدیر کل سازمان انتقال خون از اهدای سالانه بیش از ۲ میلیون واحد خون در کشور خبر داد و گفت: «۵۲ درصد از اهداکنندگان خون کسانی هستند که به‌صورت مستمر خون اهدا می‌کنند.» به گزارش فارس، علی‌اکبر پورفتح‌الله افزود: «سالانه حدود ۲ میلیون و ۱۰۰ هزار واحد خون در کشور اهدا می‌شود که درواقع به معنای ۲۷ هزار واحد به ازای هر هزار نفر است.» وی عنوان کرد: «میزان اهدای خون در کشور شاخص ارزشمندی دارد و در این زمینه و در میان کشورهای درحال‌توسعه به خودکفایی رسیده‌ایم.» مدیر کل سازمان انتقال خون اظهار داشت: «تدوین راهنمای ملی مصرف خون ما را به سمت مصرف بهینه خون پیش می‌برد.» به گفته پورفتح‌الله، شیوع هپاتیت B و C و HIV مثبت در اهداکنندگان ۱۰ برابر کمتر از جامعه طبیعی است.

ابلاغ تعرفه‌های خدمات سرپایی درمان اعتیاد

چهار فقره داروی جدید در بخش‌های بستری و سرپایی تحت پوشش بیمه قرار گرفت

مصوبه هیئت‌وزیران درباره تعرفه‌های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سال ۱۳۹۴ با امضای معاون اول رئیس‌جمهوری ابلاغ شد. به گزارش آتیه‌نو و به نقل از پایگاه اطلاع‌رسانی دولت، اسحاق جهانگیری معاون اول رئیس‌جمهوری این مصوبه را در تاریخ ۱۰ آذر ۱۳۹۴ برای اجرا به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت امور اقتصادی و دارایی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور ابلاغ کرد. براساس این گزارش، تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد در بخش دولتی، مبنای عمل سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ است و دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات درمانی به معتادان و درمان اعتیاد در سال ۱۳۹۴ توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می‌شود. همچنین براساس این مصوبه، تعرفه مراکز اقامتی (هتلینگ) میان‌مدت و TC مشمول تعهد بیمه نخواهد بود. در ذیل به متن مصوبه هیئت‌وزیران اشاره شده است.

۱- تعرفه‌های خدمات سرپایی درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سال ۱۳۹۴ پیوست که تاییدشده به مهر دفتر هیئت دولت است، تعیین می‌شود.

۲- تعرفه‌های مصوب درمان اعتیاد در بخش دولتی مبنای عمل سازمان بیمه سلامت ایران (ذیل ردیف ۳۰۴۰۶) در سال ۱۳۹۴ است.

۳- دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات درمانی به معتادان و درمان اعتیاد در سال ۱۳۹۴ توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور بازنگری و ابلاغ می‌شود.

۴- تعرفه مراکز TC در بخش‌های دولتی و خصوصی و اقامتی میان‌مدت (کمپ) در بخش خصوصی به شرح جدول شماره (۲) پیوست که تاییدشده به مهر دفتر هیئت دولت است، تعیین می‌شود.

۵- تعرفه مراکز اقامتی (هتلینگ) میان‌مدت و TC مشمول تعهد بیمه نیست.

برای مشاهده جدول کامل تعرفه‌های درمان به پایگاه اطلاع‌رسانی دولت به نشانی www.dolat.ir مراجعه کنید.

■ پوشش بیمه‌ای چهار داروی جدید

با تصمیم هیئت‌وزیران، چهار فقره داروی جدید که در بخش‌های بستری و سرپایی استفاده می‌شوند، تحت پوشش بیمه قرار گرفتند.

به گزارش پایگاه اطلاع‌رسانی دولت، براساس مصوبه هیئت‌وزیران، خدمات مامایی نیز به صورت آزمایشی (پایلوت) در استان‌های اصفهان، اردبیل و گلستان با شرایط خاصی تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند. همچنین طبق این مصوبه، خدمات پزشکی-ورزشی در سرفصل‌های ویزیت تخصصی، تجویز MRI.CT و صرفا درخواست انجام فیزیوتراپی مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرند. داروهای مورد استفاده در بخش‌های بستری و سرپایی به شرح زیر تحت پوشش بیمه پایه قرار می‌گیرند:

۱- داروی تزریقی سپتی‌مب جهت مصرف در ICU تبصره - استمرار پوشش بیمه منوط به ثبات قیمت تا یک سال و ارائه مطالعات تکمیلی توسط شرکت تولیدکننده دارو حداکثر تا یک سال از تحت پوشش بیمه پایه قرار گرفتن دارو است.

۲- داروی بوستان در موارد پرفشاری اولیه ریوی به شرط تجویز توسط پزشک فوق‌تخصص ریه و داروی اسکلرودرمی سیستمیک به شرط تجویز توسط پزشک فوق‌تخصص روماتولوژی.

۳- داروی ریتوکسیماب به شرط تشکیل پرونده و تجویز توسط متخصص خون، و انکولوژی و رادیوتراپی در درمان لنفوم غیر هوچکین (NHL) و تجویز توسط فوق‌تخصص روماتولوژی در درمان پمفیگوس و تجویز توسط متخصص مغز و اعصاب در بیماران MS مبتلا به Neuromyelitis Optics (با سهم سازمان ۹۰ درصد).

۴- داروی Etanercept 50 mg vial به شرط تشکیل پرونده و تجویز توسط روماتولوژیست و با فرانشیز ۱۰ درصد و به شرط تولید داخل.

درمان بیمه‌شدگان را نمی‌توان با چشم بسته خرید

خرید راهبردی خدمات درمانی، منجر به کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت درمان می‌شود

در حال حاضر مراکز درمانی اسناد خدمات ارائه‌شده را به بیمه ارسال می‌کنند بدون آنکه هیچ مرجعی تایید کند که آیا بیمار واقعا به آن خدمات تشخیصی و درمانی نیاز داشته یا خیر

•سمیرا عظیمی‌نژاد•
•خبرنگار درمان•

اگر یک بیمه درمانی نتواند بسته خدمتی مورد تاییدش را خریداری کند و خرید خدمت از مراکز دولتی و خصوصی در حوزه درمان در ید اختیار او نباشد، این پاشنه آشیل توان بیمه‌ها را روزبه‌روز کاهش خواهد داد.

وقتی خریدار خدمت درمانی نتواند خدمت متناسب با توانش را خریداری کند و خرید انواع و اقسام بسته‌های خدمتی به او تحمیل شود، این بیمه درمانی نمی‌تواند پاسخگوی همه نیازهای واقعی بیماران باشد، زیرا بخش عمده‌ای از توان و انرژی این سازمان بیمه‌گر، صرف خریدهای غیرراهبردی و غیرضروری خواهد شد که از نیاز واقعی بیماران فاصله دارد. چه خدمت درمانی را باید برای چه گروهی بخریم؟ این خدمات درمانی را باید از چه نهادی خریداری کنیم؟ و کیفیت خدمات خریداری‌شده باید چطور باشد؟ این‌ها سوالاتی حیاتی است که پاسخ به آن‌ها را باید در خرید راهبردی جست‌وجو کرد.

کارشناسان نظام سلامت تاکید دارند که در خرید راهبردی، حتی مکان خرید خدمات درمانی مهم است. همچنین قیمت و میزان خرید خدمات درمانی هم در زمره شرایط خرید راهبردی خدمات قرار می‌گیرد. هدف نهایی از خرید راهبردی خدمات درمانی این است که با منابع محدود، بیشترین بهره‌وری در نظام سلامت به دست آید تا علاوه بر توزیع عادلانه خدمات درمانی، منابع نظام درمان مدیریت شود و کیفیت ارائه خدمات نیز افزایش پیدا کند. بدیهی است وقتی با کمک خرید راهبردی، جلوی اسراف در نظام سلامت گرفته شود، اعتبارات بیشتری بر جای می‌ماند که همین اعتبارات می‌تواند صرف تجهیز زیرساخت‌ها و کاهش پرداختی از جیب مردم شود. به تعبیر دیگر، خرید راهبردی خدمات درمانی، هزینه‌های درمانی را که مردم از جیبشان پرداخت می‌کنند نیز کاهش می‌دهد، زیرا جلوی هزینه‌های اضافی و ارائه خدمات غیرضروری احتمالی گرفته می‌شود.

■ نظام ارجاع، رکن اساسی خرید راهبردی

دکتر علی‌رضا احمدزاده، مشاور اجرایی معاونت درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی، در گفت‌وگو با آتیه‌نو، خرید راهبردی را در راستای برآورده کردن نیاز واقعی بیمار می‌داند و می‌گوید: «هم‌اکنون شرایط به گونه‌ای است که بیماران به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند و مراکز درمانی نیز اسناد خدمات ارائه‌شده را به بیمه ارسال می‌کنند و از بیمه‌های درمانی نیز انتظار دارند که هزینه خدمات ارائه‌شده را پرداخت کنند، بدون آنکه هیچ مرجعی تایید کند که آیا بیمار واقعا به آن خدمات تشخیصی و درمانی نیاز داشته یا خیر.»

یعنی به قول احمدزاده، بیمه موظف می‌شود هزینه آن دسته از خدمات درمانی را بپردازد که در گذشته انجام شده، در حالی که بیمه‌ها هیچ کنترلی روی آن هزینه‌ها نداشته‌اند. همین رویه به‌وضوح به این معناست که بیمه‌های درمانی از یک رکن مهم خرید راهبردی محروم شده‌اند. احمدزاده تاکید دارد که اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده عنصر اساسی در خرید راهبردی است که البته اجرای کامل و علمی این رکن مهم خرید راهبردی، تاکنون چندان جدی گرفته نشده است: «در خرید راهبردی باید نیاز واقعی بیمار تشخیص داده شود. با اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده، بیمار از خدمات دارویی، درمانی و تشخیصی بهره خواهد برد که پزشک خانواده تشخیص دهد. درواقع با اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده، خرید راهبردی میسرتر می‌شود، زیرا در آن صورت خرید خدمت برای رفع نیاز واقعی بیمار انجام خواهد شد.»

■ راهنمای بالینی و کاهش هزینه‌های درمان

رکن دوم خرید راهبردی، که این کارشناس نظام سلامت به آن اشاره می‌کند، تدوین راهنماهای بالینی است: «خرید راهبردی باید بتواند در رفتار ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تغییر مثبت ایجاد کند. یکی از ابزارهای نظارتی قوی برای تحقق خرید راهبردی، راهنماهای بالینی است. تدوین این راهنماها موجب خواهد شد که هرجا ارائه‌دهنده خدمت درمانی خارج از چارچوب علمی و حرفه‌ای کار کرد، با او برخورد قانونی شود، مثلا با آن مرکز درمانی فسخ قرارداد شود و دیگر خرید خدمت از آنجا صورت نگیرد.» به عقیده احمدزاده، با این اقدامات کنترلی و تحقق خرید راهبردی می‌توانیم هم از نظام سلامت کارآمدتری بهره‌مند شویم و هم شاهد کاهش هزینه‌های نظام سلامت باشیم؛ به طوری که همزمان هزینه بیمه‌ها، هزینه‌های دولت و پرداختی از جیب مردم کاهش پیدا کند. البته به گفته این مقام مسئول، خرید راهبردی مولفه‌های دیگری نیز دارد، اما اجرای نظام ارجاع و تدوین راهنمای بالینی را می‌توان دو رکن مهم و اساسی خرید راهبردی خدمات درمانی به حساب آورد؛ ارکانی که تا وقتی به آن‌ها کم‌توجه باشیم، درمان‌های غیرضروری و هدررفت منابع نظام سلامت هم وجود خواهد داشت.

برنامه‌ریزی برای خرید راهبردی

پیش‌تر از این دکتر سیدتقی نوربخش، مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی، به اهمیت خرید راهبردی در حوزه نظام سلامت تاکید کرده و یادآور شده بود که در بخش سلامت باید در ماموریت و اهداف این سازمان نگاه صحیح داشته باشیم و برای نحوه خرید راهبردی خدمات و یا ارائه خدمات برنامه‌ریزی کنیم. دکتر نوربخش وضعیت فعلی خرید خدمات درمانی تامین اجتماعی را نیز نیازمند بازنگری و تحول دانست و اظهار داشت: «برخی از هزینه‌هایی که در درمان غیرمستقیم پرداخت می‌شود، فاقد بازدهی مناسب است و در مواردی در بخش‌های ناکارآمد صرف می‌شود.» مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی ارتقای خدمات درمانی این سازمان و کارآمدی بیشتر درمان تامین اجتماعی را از برنامه‌های اصلی خود برشمرد و عنوان کرد: «افزایش بهره‌وری در بخش درمان از راهبردهای اصلی تامین اجتماعی است.» در همین راستا، دکتر محمدعلی همتی، معاون درمان سازمان تامین اجتماعی، نیز به ضرورت خرید راهبردی اشاره و به‌صراحت اعلام کرد: «سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان خریدار خدمت بایستی به هزینه‌های درمان نظارت کنند. باید راهنماهای بالینی در کشور داشته باشیم و براساس آن‌ها خرید دارو و خدمات را به صورت راهبردی انجام دهیم، اما متاسفانه هنوز در این مورد اقدام موثری صورت نگرفته است.»

دیدگاه

•دکتر محمدحسین توحیدی‌فر•

تقاضاهای القایی، باری بر دوش درمان

تا وقتی تقاضاهای القایی در نظام سلامت وجود داشته باشد، انگیزه مالی نیز برای برخی پزشکان وجود خواهد داشت تا از هر طریقی درآمد خود را افزایش دهند. در این شرایط، پزشک می‌تواند از هر آزمایش و عکس‌برداری تشخیصی که صلاح دید استفاده کند و بدین ترتیب درخواست موارد پاراکلینیکی افزایش پیدا خواهد کرد.

بهترین راه برای نظارت بر این وضعیت و کاهش تقاضاهای القایی، نظارتی است که سازمان‌های بیمه‌گر می‌توانند در این خصوص اعمال کنند. فرض کنید وقتی دو پزشک تعداد آزمایش‌ها و موارد پاراکلینیکی مختلفی را برای یک نوع خاص بیماری تجویز می‌کنند، بیمه می‌تواند به عنوان حافظ منافع بیماران و نیز تامین‌کننده منابع از پزشکی که موارد پاراکلینیکی غیرضروری تجویز کرده، توضیح بخواهد. اگر چه برخی از پزشکان در مقابل عنوان می‌کنند که هیچ راه مشخص و مسیر دقیقی برای تشخیص نیازهای پاراکلینیکی بیماران تعیین نشده که بتوانند با کمک آن استاندارد علمی، خدمات درمانی مورد نیاز بیماران را ارائه دهند. اما در دنیا چنین وضعیتی وجود ندارد، راهنماهای بالینی مانع از این می‌شوند که پزشک صرفا براساس میل شخصی خود رفتار کند. در این کشورها، این راهنماهای بالینی و سازمان‌های بیمه‌گر هستند که تعیین می‌کنند پزشک در چه مسیر درمانی حرکت کند. اگرچه پزشک می‌تواند با تشخیص و علم خودش به درمان بیماری‌ها اقدام کند، اما نمی‌تواند از خطوط کلی و علمی مسیر درمان خارج شود. بدیهی است که در این حالت، تقاضاهای القایی به پایین‌ترین سطح خود می‌رسد و پزشک نمی‌تواند هزینه اضافی به بیمار، بیمه‌ها و نظام سلامت تحمیل کند. پس از اجرای گام سوم طرح تحول سلامت و اصلاح کتاب تعرفه‌ها، شاهد بودیم که به دلیل نبود راهنماهای بالینی در نظام سلامت، هزینه‌های درمان در کشور افزایش یافت، زیرا در نبود راهنماهای بالینی، بیمه‌ها نمی‌توانند نظارت چندانی بر عملکرد درمانی پزشکان داشته باشند.

خوشبختانه خبرهای خوبی طی چند هفته اخیر شنیده‌ایم مبنی بر اینکه قرار است به‌زودی وزارت بهداشت با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر، راهنمای بالینی را برای نظام سلامت تدوین کند. درست است که براساس قانون، تولیت نظام سلامت با وزارت بهداشت است، اما از آنجا که سازمان‌های بیمه‌گر قرار است هزینه‌های نظام درمان را پرداخت کنند، آن‌ها نیز حق دارند در مرحله تدوین راهنماهای بالینی حضور داشته باشند. در سیاست‌های ابلاغی نظام سلامت نیز قید شده است که تولیت نظام سلامت با وزارت بهداشت است، اما باید در این مسیر از مشورت سازمان‌های بیمه‌گر هم استفاده کند.

به طور کلی معتقدم تا زمان ابلاغ راهنماهای بالینی و افزایش نظارت سازمان‌های بیمه‌گر بر هزینه‌های درمان، تقاضاهای القایی در نظام سلامت وجود خواهد داشت. البته نمی‌توان آمار دقیقی از هزینه‌های القایی اعلام کرد، زیرا این کار منوط به استخراج آمارهای کلی هزینه‌های درمان و مقایسه آن با وضعیت استانداردی است که راهنمای بالینی تعیین می‌کند.

اگر راهنمای بالینی وجود داشته باشد، وقتی یک نسخه درمانی به صورت سند دربیاید و به بیمه‌ها ارسال شود، می‌توان آن سند درمانی را با راهنمای بالینی مقایسه کرد. حال در صورتی که پزشک یا مرکز درمانی از این خطوط راهنما تخطی کرده باشد، سازمان بیمه‌گر می‌تواند از عقد قرارداد مجدد با آن پزشک اجتناب کند. اگر این نظارت‌های قاطع وجود داشته باشد، مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی درنهایت مجبور خواهند شد راهنمای بالینی را اجرا کنند. در همین راستا، اجرای نسخه الکترونیک در مراکز درمانی تامین اجتماعی استان یزد اتفاق مثبتی است که می‌تواند هزینه‌های درمان را شفاف‌تر کند و یک گام به سمت نظارت بهتر بیمه‌ها بر هزینه‌های درمان باشد. مقدمات این کار در یزد در حال انجام است و امیدواریم این کار به‌زودی اجرا شود. وقتی اطلاعات نسخه‌ها شفاف و مستند باشد، نظارت بر آن‌ها آسان‌تر خواهد شد. این اقدام بی‌شک می‌تواند به کاهش تقاضاهای القایی در نظام سلامت کمک کند.

مدیر درمان تامین اجتماعی استان یزد