

The Most Costly Pharmaceutical Services of the Health Insurance Organization and Cost Control Solutions

Ahmadreza Riaziat¹, Keyvan Rahmani², Alireza Farshid¹, Reza Rezayatmand^{3,*}

¹ National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

² Student Research Committee, Faculty of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Reza Rezayatmand, Assistant Professor of Health Economic, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: r.rezayatmand@mng.mui.ac.ir

Received: 12 Jul 2019

Revised: 08 Sep 2019

Accepted: 16 Sep 2019

Online Published: 18 Sep 2019

Abstract

Introduction: As the pharmaceuticals play a decisive role in promoting health of the community, its consumption and cost puts the burden on society. Regarding the role of insurance organizations in health system financing and the lack of a description of the costly services of the health insurance organization in Iran, the present study aims to identify the most costly pharmaceutical items of the health insurance organization and provide solutions to reduce the consumption of identified items.

Methods: The present study was a descriptive cross-sectional study conducted in 2017 based on 2015 data. Information was obtained from the medical documentation software of the provincial health insurance offices throughout the country. In order to improve the accuracy of the information and the accuracy of the selection of the most costly services, duplications were identified and corrected. Data analysis was done using Excel 2013 software. The initial questionnaire containing 20 costly services identified at the previous stage was completed by the chief of provincial health insurance offices and relevant responsible experts. The proposed interventions were reviewed and, after removing duplicates, were classified as special interventions for each service and non-specific interventions for all of them.

Results: The cost of 20 items of costly pharmaceuticals has accounted for 35% of total pharmaceuticals costs of health insurance organization in 2015. Among the most important non-specific interventions identified, recording drug prescription (more monitoring of drug use), proper education of rational drug prescription, the presence of a trusted physician to approve drugs, staggered franchising, the pharmaceuticals cost-effectiveness studies and culture empowerment in Prescribing and consumption of medication (increasing general information).

Conclusions: With the knowledge of costly services, in order to balance the costs of the health insurance organization, it is necessary that various policies be put in place by the health insurance organization in order to control costs.

Keywords: Costly Services, Cost Control, Health System, Health Insurance Organization

Citation:

Riaziat A, Rahmani K, Farshid A, Rezayatmand R. The most costly pharmaceutical services of the health insurance organization and cost control solutions. Iran J Health Insur. 2019;2(2):63-69.

پرهزینه‌ترین خدمات دارویی سازمان بیمه سلامت و راهکارهای کنترل هزینه

احمد رضا ریاضیات^۱، کیوان رحمانی^۲، علیرضا فرشید^۱، رضا رضایتمند^{۳*}

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

^۲ کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: رضا رضایتمند، استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: r.rezayatmand@mng.mui.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۲۱

چکیده

مقدمه: همزمان که دارو نقش تعیین‌کننده‌ای در تأمین سلامت جامعه دارد، میزان مصرف و هزینه آن بار زیادی بر دوش جامعه می‌گذارد. با توجه به نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین مالی نظام سلامت ایران و اینکه توصیفی از خدمات پرهزینه سازمان بیمه سلامت در سطح کشور وجود نداشت، مطالعه حاضر با دو هدف شناسایی پرهزینه‌ترین اقلام دارویی سازمان بیمه سلامت و ارائه راهکارهایی برای کاهش مصرف اقلام شناسایی شده انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ بر اساس اطلاعات سال ۱۳۹۴ انجام شد. اطلاعات از نرم‌افزار جامع اسناد پزشکی ادارات کل بیمه سلامت استان‌ها دریافت شد. جهت بالا بردن صحت و دقت در انتخاب پرهزینه‌ترین داروها، موارد مشابه تکراری و موارد جمع‌نشده شناسایی و اصلاح گردید. در این مرحله تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel 2013 انجام شد. برای دستیابی به هدف دوم در قالب یک مطالعه پیمایشی پرسشنامه‌ای با سؤالات باز طراحی گردید که توسط روسای ادارت اسناد پزشکی استان‌ها و کارشناسان مسئول مربوطه تکمیل گردید. مداخلات پیشنهادی بررسی و پس از حذف موارد تکراری، به صورت مداخلات اختصاصی هر خدمت و مداخلات غیر اختصاصی دسته‌بندی گردیدند.

یافته‌ها: هزینه‌های ۲۰ قلم داروی پرهزینه شناسایی شده مجموعاً ۳۵ درصد کل هزینه‌های دارویی را در سال ۹۴ تشکیل داده‌اند. از جمله مهمترین مداخلات غیر اختصاصی شناسایی شده، پرونده‌های شدن تجویز دارو (نظارت بیشتر بر مصرف داروها)، آموزش صحیح تجویز منطقی دارو، وجود پزشک معتمد جهت بررسی پرونده بیماران و تأیید دارو، فرانشیز پلکانی، بررسی هزینه اثربخشی داروها و فرهنگ‌سازی در تجویز و مصرف دارو (افزایش میزان اطلاعات عمومی بود).

نتیجه‌گیری: با علم به خدمات پرهزینه، به‌منظور تعادل در هزینه‌های سازمان بیمه سلامت لازم است سیاست‌های مختلفی توسط سازمان بیمه سلامت در راستای کنترل هزینه‌ها در دستور کار قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خدمات پرهزینه، کنترل هزینه، نظام سلامت، سازمان بیمه سلامت

مقدمه

تأمین مالی خدمات تعهد شده به بیمه‌شدگان با اشکال مواجه شده و موجب نارضایتی بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان می‌شود [۳].

جدول ۱. هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران به تفکیک خدمات (سال ۱۳۹۴)

عنوان	هزینه پرداختی سازمان (ریال)	درصد
پزشکی	۱۰.۷۹۷.۴۲۷.۷۴۲.۶۰۹	۹
داروخانه	۱۸.۴۷۱.۸۷۰.۹۷۰.۰۵۵	۱۴
آزمایشگاه	۳.۷۶۷.۹۶۳.۳۲۲.۸۱۴	۳
پرئوپزشکی	۵.۳۲۸.۲۶۶.۸۹۴.۳۵۰	۴
بستری	۶۲.۸۳۰.۸۷۸.۷۲۰.۸۱۳	۴۹
سایر خدمات	۲۶.۲۵۱.۶۰۱.۸۴۴.۰۳۴	۲۱
جمع کل هزینه‌های سازمان	۱۲۷.۴۴۸.۱۰۹.۴۹۴.۶۷۷	۱۰۰

منبع: سازمان بیمه سلامت ایران

دو سازمان اصلی متولی بیمه اجتماعی درمان در ایران شامل سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران طی دو دهه اخیر به سرعت گسترش یافته‌اند بطوری که بیش از ۸۰ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش قرار داده‌اند [۱]. در کشور ایران نقش سازمان‌های بیمه پایه در تأمین هزینه‌های بخش سلامت ۱۴/۵ درصد است [۲]. سازمان بیمه سلامت ایران یکی از بیمه‌های پایه اصلی در کشور ایران است که ترکیب هزینه‌های آن در سال ۱۳۹۴ در جدول ۱ آمده است.

همزمان که دارو نقش تعیین‌کننده‌ای در تأمین سلامت جامعه دارد، میزان مصرف و هزینه آن بار زیادی بر دوش جامعه می‌گذارد [۳]. این تأثیر در نتیجه پیشرفت در علم پزشکی و محصولات درمانی خصوصاً داروها به‌وجود آمده است و در نتیجه سبب افزایش چشم‌گیر هزینه‌های مستقیم درمان حاصل شده است [۴]. افزایش مصرف دارو موجب فشار مالی بر صندوق‌های بیمه درمان شده و نتیجتاً با کاهش توان مالی آنها،

یکجا تجمیع و گزارش شده است. در این مرحله تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel 2013 انجام شد. برای دستیابی به هدف دوم در قالب یک مطالعه پیمایشی پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات باز در مورد مداخلات اختصاصی برای ۲۰ قلم پرهزینه (مداخلاتی که فقط برای داروی خاصی قابل استفاده است) و مداخلات غیراختصاصی (مداخلات عمومی‌تر برای کاهش هزینه‌های دارویی) طراحی گردید که توسط روسای ادارات اسناد پزشکی استان‌ها و کارشناسان مسول دارویی و تعدادی از مدیران ستادی تکمیل گردید.

از آنجا که همه جامعه پژوهش در تکمیل مطالعه شرکت کردند لذا نتایج حاصل از این مرحله قابلیت تعمیم قابل توجهی دارد. پس از جمع آوری پاسخ شرکت‌کنندگان (۴۷ نفر)، همه مداخلات پیشنهادی بر اساس ۲۰ نوع خدمت تجمیع شدند. سپس با توجه به ماهیت آنها، پیشنهادات به صورت استقرایی توسط تیم پژوهش دسته‌بندی و موارد تکراری حذف شدند. جهت تأیید دسته‌بندی‌ها از نظرات صاحب‌نظران سازمان بیمه سلامت استفاده شد. نهایتاً پس از سه بار مرور، مداخلات پیشنهادی به صورت مداخلات اختصاصی و مداخلات غیراختصاصی هر خدمت دسته‌بندی گردیدند.

یافته‌ها

پرهزینه‌ترین خدمات دارویی سازمان بیمه سلامت در سال ۹۴ در **جدول ۲** نمایش داده شده است. هزینه‌های ۲۰ قلم داروی نشان داده شده در **جدول ۲** مجموعاً ۳۵ درصد کل هزینه‌های دارویی را در سال ۹۴ تشکیل داده‌اند.

جدول ۲. پرهزینه‌ترین خدمات دارویی

ردیف	عنوان	هزینه کل (تومان)
۱	INTERFERON	۸۲.۶۲۲.۲۷۲.۸۹۵
۲	INSULIN PEN	۸۲.۴۲۳.۴۸۶.۸۷۴
۳	HERCEPTIN (TRASTUZOMAB)	۷۳.۳۲۸.۹۴۲.۵۴۷
۴	ANTIHEMOPHILIC	۴۲.۵۶۹.۱۸۷.۵۵۷
۵	BEVACIZUMAB	۳۴.۰۱۱.۷۶۰.۸۷۶
۶	CELLECEPT	۲۶.۵۴۰.۳۹۹.۲۲۹
۷	SOMATROPIN PEN	۲۶.۴۲۳.۸۵۷.۲۶۳
۸	CEFIXIME	۲۵.۸۰۶.۰۰۵.۲۶۸
۹	ERYTHROPOITIN	۲۴.۹۱۵.۱۲۴.۸۸۲
۱۰	FILGRASTIM (PEGFILGRASTIM)	۲۳.۵۸۴.۱۳۸.۱۸۸
۱۱	CITUXIMAB (ERBITUX)	۲۳.۴۲۴.۰۹۳.۱۸۴
۱۲	ENOXAPARINE (CELEXAN)	۲۲.۱۶۲.۸۳۷.۷۶۶
۱۳	INFELEXIMAB	۲۲.۱۶۲.۱۴۲.۴۰۵
۱۴	ATORVASTATINE	۲۰.۷۰۰.۴۰۱.۴۳۲
۱۵	GLATIRAMER ACETATE	۲۰.۱۸۳.۷۰۵.۳۱۹
۱۶	TRIPTORELIN	۱۹.۵۶۶.۳۷۲.۰۴۶
۱۷	CO-AMOXICLAV	۱۹.۰۹۳.۴۵۷.۲۰۰
۱۸	DOCETAXEL	۱۸.۱۹۹.۲۴۴.۲۴۸
۱۹	RITUXIMAB	۱۶.۴۴۹.۵۸۹.۲۱۹
۲۰	FLUTICASONE	۱۴.۸۳۷.۸۸۵.۱۰۸

مداخلات غیراختصاصی جهت کنترل کلی هزینه‌های دارویی در سازمان بیمه سلامت ایران به شرح زیر پیشنهاد و دسته‌بندی گردید. عنوان‌های اصلی شامل مدیریت تجویز دارو، نظارت، اصلاح سیاست‌های

هزینه‌های دارویی از نظر اقتصادی و بار مالی به طور کلی برای بیماران و نظام سلامت بسیار مورد توجه بوده است. هزینه‌های دارویی ۱۴ درصد کل هزینه‌های سازمان بیمه سلامت را تشکیل می‌دهد.

بطور میانگین در کشورهای در حال توسعه و کشورهای OECD به ترتیب ۰/۹ درصد و ۱/۵ درصد از GDP و ۲۰-۴۰ درصد و ۱۰-۲۰ بودجه سلامت صرف هزینه‌های دارویی می‌شود که این هزینه‌ها با رشد سالانه ۴/۶ درصد از رشد مخارج سلامت بالاتر است [۵، ۶]. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، کشور ایران به لحاظ مصرف جزو بیست کشور برتر دنیا بوده و ۲۰ درصد مصرف دارو در ایران بصورت خودسرانه انجام می‌گیرد [۶]. تجویز داروهای گران‌قیمت با وجود مشابه ارزان قیمت توسط پزشکان، بی‌برنامگی در تجویز داروهای تحت پوشش بیمه‌ها و درخواست داروهای گران‌قیمت توسط بیماران خصوصاً افرادی که دارای بیمه‌های تکمیلی هستند، باعث تشدید مشکل هزینه‌های دارویی در ایران شده است.

در سال‌های اخیر با گسترش پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان، ناکارایی و نارسایی‌های عمومی در نظام بیمه سلامت از دلایل اصلی انتقادات به نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران و نحوه ارائه خدمات درمانی بوده است [۷]. مطالعات نشان می‌دهد بیشترین مشکلات نظام بیمه اجتماعی ایران ناشی از نقص تأمین مالی هزینه‌های درمان و دسترسی بیمه‌شده‌ها به مراقبت‌های بیمه درمانی بوده است [۸، ۹]. بقای سازمان‌های بیمه‌گر به توازن و تعادل بین سه اصل هزینه، کیفیت خدمات، عدالت و توازن بستگی دارد [۱۰].

با توجه به وضعیت اقتصادی بخش سلامت، همچنین افزایش فشار بر سازمان‌های بیمه پس اجرای طرح تحول نظام سلامت، منابع بیمه‌ها تکافوی افزایش هزینه‌ها را نکرده و در تأمین هزینه‌های سلامت، بیش از پیش با چالش مواجه خواهند بود. چالش تأمین هزینه‌ها زمانی بیشتر اهمیت می‌یابد که به این نکته توجه شود که در صرف منابع موجود هدر رفت بسیاری وجود دارد و نیز سهم سلامت از GDP در مقایسه با درصد افزایش هزینه‌ها با نسبت کمتری افزایش می‌یابد و این خود بر سازمان‌های بیمه پایه اثرات بسیاری خواهد گذاشت. پیش نیاز اتخاذ تدابیر مناسب برای کاهش هزینه‌های سازمان وجود توصیفی دقیق از وضعیت موجود است که در حال حاضر چنین توصیفی از خدمات پر هزینه سازمان بیمه سلامت در سطح کشور وجود ندارد. مطالعه حاضر با دو هدف انجام شده است. هدف اول مطالعه شناسایی پرهزینه‌ترین اقلام دارویی سازمان بیمه سلامت و هدف دوم ارائه راهکارهایی برای کاهش مصرف اقلام پر هزینه شناسایی شده می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ بر اساس اطلاعات سال ۱۳۹۴ انجام شد. جهت شناسایی پرهزینه‌ترین خدمات دارویی اطلاعات از سامانه (نرم افزار جامع) اسناد پزشکی دفاتر استانی بیمه سلامت کل کشور دریافت شد. سپس همه داده‌ها در هم ادغام شده و اطلاعات کشوری تهیه گردید. جهت بالا بردن صحت و دقت اطلاعات و دقت انتخاب پرهزینه‌ترین خدمات، موارد مشابه تکراری و موارد جمع نشده شناسایی و اصلاح گردید. این کار با صرف زمان و دقت توسط دو نفر از پژوهشگران انجام گردید. داروها با اسم‌های مختلف، دوزهای مختلف و با اشکال مختلف (غیر از انسولین) بصورت

سازمان بیمه سلامت، سیاست‌های فراسازمانی و مدیریت مصرف بود (جدول ۳).

جدول ۳. مداخلات غیر اختصاصی کنترل هزینه شناسایی شده در داروهای پرهزینه

عنوان دسته	مداخلات
مدیریت تجویز	پروند ای شدن تجویز دارو (نظارت بیشتر بر مصرف داروها) آموزش صحیح تجویز منطقی دارو تجویز کوتاه مدت دارو و نظارت بر تجویز توجه به توان اقتصادی بیمار در تجویز داروهای جدید
نظارت	نظارت بر عملکرد شرکت‌های دارویی کنترل داروهای شیمی درمانی با جلسات شیمی درمانی در خواست ارائه پوکه‌های خالی برخی از داروهای ویژه تزیق دارو در مراکز درمانی و با نظارت ناظر بیمارستانی وجود پزشک معتمد جهت بررسی پرونده بیماران و تأیید دارو بررسی میزان داروهای استفاده شده در بیمارستان
اصلاح سیاست‌های سازمان بیمه سلامت	فرانشیز پلکانی عدم تعهد سازمان در موارد تجویز دارو توسط پزشک غیرطرف قرارداد در تعهد قرارداد حد اقل قیمت دارو بررسی هزینه اثربخشی داروها بازنگری تعهد داروهای روتین با مصرف بالا و ارزان قیمت
سیاست‌های فراسازمانی	مالیات بر مواد مضر اصلاح ترکیب اعضای شورای قیمت‌گذاری دارو
مدیریت مصرف	فرهنگ‌سازی در مصرف دارو (افزایش میزان اطلاعات عمومی جامعه) اصلاح بسته‌بندی داروها مطابق با مصرف
سایر	نگهداری صحیح داروها کاهش قیمت دارو به جای اعطای مجانی دارو توسط شرکت‌های دارویی ساماندهی داروهای بیماران خاص

مداخلات اختصاصی شناسایی شده جهت کنترل هزینه‌ها در مرحله دوم برای داروهای جدول ۲ در جدول پیوست ۱ آمده است. لازم به ذکر است با توجه به ادغام دسته‌بندی مداخلات، برای بعضی از داروها مداخلات اختصاصی شناسایی نشد.

بحث

در مطالعه حاضر داروهای اینترفرون (کاربرد در بیماری MS)، انسولین، هرسپتین (کاربرد در سرطان پستان) و آنتی هموفیلی با اختلاف نسبتاً زیادی در صدر داروهای پرهزینه سازمان بیمه سلامت قرار گرفتند. در مجموع ۲۰ قلم داروی پرهزینه شناسایی شده ۳۵ درصد کل هزینه‌های دارویی سازمان بیمه سلامت را تشکیل داده‌اند. راهکارهای شناسایی شده برای کنترل هزینه‌های دارویی در سازمان بیمه سلامت ایران در عنوان‌های اصلی مدیریت تجویز، نظارت، مدیریت مصرف، اصلاح سیاست‌های سازمان بیمه سلامت و سیاست‌های فراسازمانی دسته‌بندی گردید.

نتایج مطالعه نصری نشان داده است که ۸۰ درصد هزینه‌های دارویی ادارات کل بیمه سلامت کشور در سال‌های ۹۳ و ۹۴ توسط کم‌تر از ۱۰ درصد (از لحاظ تعداد) اقلام دارویی تجویز شده در دفاتر درمانی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت هزینه شده است. همچنین ۳۰ قلم دارو پر هزینه اول تجویز شده در دفاتر درمانی بیمه سلامت کشور جمعاً ۲۹/۷ درصد کل هزینه دارویی بیمه سلامت کشور در سال ۹۳ را به خود اختصاص داده‌اند و این میزان در سال ۹۴ با رشد ۳ درصدی روبرو شده و به ۳۳/۲۶ درصد رسیده است [۳]. در مطالعه حاضر داروهای پر هزینه در مجموع ۳۵ درصد هزینه‌های دارویی سازمان بیمه سلامت را به خود اختصاص داده‌اند که با نتایج مطالعه نصری همسو است.

پایش میزان مصرف و نیز معیارهای کنترل هزینه، اغلب جهت پیشگیری از طریق تجویز بیش از حد و یا احیاناً سو استفاده از داروها مورد نیاز است [۱۱]. در دهه اخیر، معرفی درمان‌های جدید و کشف داروهای جدید، منجر به افزایش هزینه‌های مستقیم ناشی از افزایش در هزینه‌های دارویی شده است؛ به طوری که طبق مطالعات هزینه‌های صورت‌گرفته در جهان، بزرگ‌ترین بخش هزینه‌های مستقیم به ترتیب مربوط به هزینه‌های دارویی، مشاوره و پرستاری بوده است [۴].

همزمان با رشد تنوع داروها و حاکم شدن نظام انحصاری تجارت، استفاده از داروها از مسیر واقعی خود منحرف شده به نحوی که مصالح بیمار کمترین اهمیت را داشته و مصرف غیرعلمی داروها مطرح شد [۱۲]. عوارض تجویز و مصرف غیر منطقی دارو شامل طولانی یا بدتر شدن بیماری، درمان نامؤثر، اضطراب و آسیب به بیمار می‌شود [۶]. مساله تجویز غیر منطقی دارو همواره یکی از مشکلات بزرگ وزارت بهداشت بوده است و در سال‌های اخیر تشدید شده است. یکی از علل تجویز غیرمنطقی دارو، عدم آگاهی تجویزکنندگان مختلف است. بنابراین آموزش این افراد یکی از راه‌های کنترل تجویز خواهد بود. نتایج مطالعه‌ای بر روی دانشجویان نشان داده است که افرادی که آموزش‌های تجویز منطقی دارو را دریافت کرده‌اند نسبت به کسانی که این آموزش‌ها را دریافت نکرده‌اند عملکرد بهتری داشته‌اند [۱۳]. در مطالعه‌ای در زامبیا آموزش مداوم کارکنان مراکز عمومی مراقبت سلامت به کاهش میانگین تجویز دارو از ۲/۳ به ۱/۹ در هر مرکز درمانی منجر گردید. همچنین بهبود قابل ملاحظه‌ای در تشخیص و درمان، آزمایش، گرفتن تاریخچه بیماری و کاهش مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها حاصل شد [۶]. مدل نسخه‌نویسی پزشکان بر اساس مدل بیمارستان‌های آموزشی شکل گرفته که در بخش سرپایی این عمل بسیار غیرمنطقی و متناقض خواهد بود.

برای کسب نتایج مورد انتظار از مصرف داروها، افراد باید دانش کافی درباره منافع و خطرات دارو و زمان مصرف آنها و نیز چگونگی مصرف داشته باشند. فرهنگ‌سازی در مصرف دارو و افزایش آگاهی مردم به‌عنوان یکی از راهکارهای کنترل هزینه‌های دارویی در این مطالعه مطرح گردید. نزدیک به نیمی از جمعیت آمریکا در درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی مشکل داشته‌اند و در نتیجه بیماران داروها را با دستورات اشتباه و نامنظم مصرف می‌کنند [۱۴]. در مطالعه خراسانی، متقاعدنشدن بیمار با توضیحات پزشک و تقاضای تجویز چند دارو در هر نسخه را از دلایل اصلی نقش بیماران در تقاضای القایی دانستند که منجر به مصرف و تجویز غیرمنطقی داروها شده است [۱۵].

با توجه به تفاوت قیمت داروهای مشابه در برندهای مختلف یکی از راه‌های کنترل هزینه، در تعهد قراردادادن حداقل قیمت خواهد بود به شرطی که این راهکار باعث نادیده گرفتن کیفیت و اثربخشی داروها نشود. به‌طور کلی می‌توان انتظار داشت سیاست بررسی هزینه اثربخشی داروها و در تعهد قراردادادن هزینه اثربخشی‌ترین دارو در بلند مدت باعث کنترل هزینه‌های دارویی شده و به پایداری مالی سازمان‌های بیمه کمک خواهد نمود.

نتیجه‌گیری

تأمین هزینه‌های دارویی و کنترل مصرف خصوصاً در سازمان‌های بیمه‌ای امری بسیار ضروری است. در این مطالعه پرهزینه‌ترین خدمات دارویی شناسایی گردید. به‌منظور منطقی نمودن هزینه‌های سازمان بیمه سلامت لازم است سیاست‌های مختلفی توسط سازمان بیمه سلامت در راستای کنترل هزینه‌ها در دستور کار قرار گیرد. مهم‌ترین راهکارهای شناسایی شده شامل تجویز منطقی دارو (که خود استراتژی‌های مختلفی را شامل می‌شود)، نظارت بر مصرف دارو، فرهنگ‌سازی و ارتقاء سواد سلامت و کاربرد ارزیابی‌های اقتصادی در پوشش‌دادن داروها بود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری ارزشمند جناب آقای دکتر حمیدرضا دهقانی و جناب آقای دکتر رحمت الله فتاحپور بابت بازبینی و دسته‌بندی اطلاعات قدردانی و سپاسگزاری نمایند.

References

- Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iran J Pub Health*. 2012;41(9):1.
- Nosratnejad S, Purreza A, Moieni M, Heydari H. Factors Affecting the demand for private health insurance in Tehran. *Hospital*. 2014;13(2):37-44.
- Nasri M, Shojaee A. Investigating the Most Expensive Prescribed Items in the Prescriptions of Treatment Office of the Insured of Health Insurance Organization in 2014 and 2015. *J Ilam Univ Med Sci*. 2017;25(4):1-12. doi: 10.29252/sjimu.25.4.1
- Ghanati E, Hadian M, Daghighi Asli A. Economic Expenditures of Multiple Sclerosis Medications and Feasibility of Providing Health Insurance Policies for Medications. *J Health Manag*. 2012;14(45):37-54.
- Ahmadi B, Arab M, Parivash N, Janani L, Najafpour Z. The pattern of prescribing medication by family physicians and drug per capita in Ahvaz. *Health Manag*. 2013;4(3):25-34.
- Keyvanara M, Safaeian L, Karimi S, Shojaiezhadeh N. Rational use and prescription of drugs: a review on WHO's 12 strategies. *Hakim Health Sys Res*. 2016;18(4):294-305.
- Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaili M. Problems of health insurance systems and the need for implementation of a reform approach. *J Health Admin*. 2011;14(44):71-80.
- Raghfar H, Khezri M, Vaez MZ, Sangari MK. Impact of health insurance inefficiency on poverty among Iranian households. *Hakim Res J*. 2013;16(1):9-19.
- Raghfar H, Zargari N, Sangari MK. Measuring inequality in Households' Health Care Expenditures in Iran. *Hakim Res J*. 2013;16(2):89-97.
- Viyanchi A, Rasekh H, Khani HS, Ghatari AR. Drug insurance coverage in Iran and some selected countries: a comparative study. *J Health Admin*. 2015;18(60):7-23.
- Delgoshaei B, Tourani S, Khalesi N, Dindoust P. Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Iran and Selected Countries: A Comparative Study. *J Health Manag*. 2005;8(22):55-66.
- Somar NA, Mohebbi B, Sadeghi R, Tol A, Yaseri M. The Effect of Educational Intervention Based on Social Cognitive Theory on Self-Care and Self-Management in Rational Use of Antibiotics. *J Nurs Edu*. 2018;7(1):38-47.
- Akici A, Kalaca S, Ugurlu MU, Karaalp A, Cali S, Oktay S. Impact of a short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners. *Br J Clin Pharmacol*. 2004;57(3):310-21. doi: 10.1046/j.1365-2125.2003.02010.x pmid: 14998427
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1999;281(6):552-7. doi: 10.1001/jama.281.6.552
- Khorasani E, Jazi M, Karimi S, Keyvanara M. Experts' perspectives on barriers due to induced demand in health services. *Int J Health Sys Disast Manag*. 2014;2(2). doi: 10.4103/2347-9019.138931

پیوست

جدول پیوست ۱. مداخلات اختصاصی کنترل هزینه شناسایی شده در داروهای پرهزینه

نام دارو	مداخلات اختصاصی
Interferon	<p>۱. داروی اختصاصی بیماران خاص 103 می‌باشد که براساس سهمیه تعریف شده دارو دریافت می‌کنند بهتر است منوط به تشکیل پرونده بستری موقت باشد و پرداخت براساس لیست داروی ثبت شده انجام گردد (سوابق بیمار و کمسیون MS کنترل شود، الزام تأیید کمیته بیماران خاص دانشگاه پس از بررسی مدارک بیماری و سپس تأیید دارو در سازمان‌های بیمه‌گر).</p> <p>۲. داروی زودتر از موعد و یا بیش از تعداد متعارف در هر جلسه تحویل بیمار نگردد.</p> <p>۳. بروزرسانی دستورالعمل‌های بیمه‌ای و تعیین نوع داروی پرمصرف و همچنین نوع بیماری (تدوین دستورالعمل تجویز و تأیید دارو)</p> <p>۴. ایجاد محدودیت در تنوع برندهای مورد تعهد (شناسایی برندهای مؤثر، در بیماران خاص که به یک دارو جواب نمی‌دهند در صورت تغییر دادن دارو پیام نسخه قبلی که تهیه شده است و استفاده نگردیده و هزینه ایجاد گردیده در سامانه پیام داده شود)</p>
Insulin pen	<p>۱. تعیین دوز از توسط پزشک و کارشناس اداره کل به‌طور دقیق انجام شود.</p> <p>۲. برای نشان‌دار کردن بیماران واقعی به یک آزمایشگاه مرجع معرفی گردد (تهیه بانک اطلاعاتی بیماران)</p> <p>۳. اصلاح فرم NPH و رگولار و بیفازیک و افزایش تعداد واحد (بررسی امکان اعمال محدودیت استفاده همزمان از انسولین میکس و لانتوس)</p> <p>۴. کنترل و دریافت قلم‌های انسولین مصرف شده</p> <p>۵. مداخلات لازم جهت به حداقل رساندن نقش بازاربها در انتخاب نوع برند توسط پزشکان معالج</p> <p>۶. شناسایی میزان اثربخشی برندهای مختلف که موجب تغییر نوع برند انسولین تجویزی به صورت مکرر توسط پزشک معالج می‌گردد.</p> <p>۷. بررسی تأثیر در تعهد قرارگرفتن انسولین آپیدرا و ویکتوزا بر هزینه انسولین‌های قلمی</p>
Herceptin (trastuzomab)	<p>۱. لینک شدن به بانک جامع بیمه‌ها</p> <p>۲. تهیه بانک اطلاعاتی از بیماران مبتلا به Breast cancer استان (و نیز بیماران سرپایی) برای تعیین موارد سوء استفاده احتمالی از داروها</p> <p>۳. تزریق دارو در مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت و توجه به مدیریت آماده‌سازی و جلوگیری از هدررفت مازاد دارو</p> <p>۴. جایگزینی ۳ عدد ویال هرستین 150 به جای یک عدد 440 در زمان‌های عدم وجود نوع خارجی هرستین 440 می‌تواند سبب افزایش هزینه‌های این دارو گردد (تأمین داروهای تولید داخل برای بیمه‌شدگان که به‌صرفه‌تر از نوع خارجی می‌باشد. به‌عنوان مثال نوع 440 واحد به نسبت از نوع 150 واحدی که در مجموع سه ویال معادل 440 واحد می‌شود، به‌صرفه‌تر است.</p> <p>۵. دریافت پوکه برای تأیید بعدی</p> <p>۶. در موارد سرطان پستان و معده که مصرف می‌شود پاتولوژی متناسب درخواست گردد.</p> <p>۷. تأیید از یک آزمایشگاه معتبر در استان بر اساس تقسیم‌گیرنده H2</p>
Antihemophilic	<p>۱. تجویز و تزریق این دارو فقط در بیمارستان در مورد مصرف مازاد در زمان‌های ضربه و خونریزی</p> <p>۲. رفع کمبود دوزهای مختلف فاکتورهای انعقادی</p> <p>۳. تفکیک بیماران پرمصرف هموفیلی و مشاوره با فوق تخصص هماتولوژی</p> <p>۴. در صورت مصرف بیشتر از 15 عدد در ماه بایستی اقدامات درمانی دیگر از جمله تزریق سیمان در مفصل و غیره انجام پذیرد.</p> <p>۵. جمع‌آوری و ارائه پوکه‌های خالی توسط بیمه‌شدگان در مواردی که مازاد بر مصرف ماهانه دارند (با کنترل کد اصالت دارو)</p>
Bevacizumab	<p>۱. مدارک پزشکی بیمار اخذ و فرم بیماران صعب‌العلاج توسط پزشک معالج تکمیل شود.</p> <p>۲. تهیه بانک اطلاعاتی از بیماران مبتلا به ovary cancer برای تعیین موارد سوء استفاده احتمالی از داروها</p> <p>۳. در صورت مصرف قبلی در سرطان‌های ریه، کولورکتال، تومور مغز و نخاع و سینه غیر قابل تأیید باشد.</p>
Somatropin pen	<p>۱. کوتاه نمودن دست مافیای دارو در زمینه هورمون رشد با تشکیل مراکز معتمد جهت انجام آزمایشات و رادیوگرافی و نیز تزریق دارو</p> <p>۲. کاهش سهم سازمان دارو برای بیماران دچار کوتاهی قد ایدیوپاتیک از ۷۰٪ به ۵۰٪ (افزایش فرانتیز دارو برای درمان کوتاهی قد)</p>
Cefixime	<p>۱. در صورت امکان با توجه به تجویزهای غیر اصولی پیشنهاد می‌گردد سفکسیم از چرخه پوشش بیمه‌ای خارج گردد (خارج کردن آنتی‌بیوتیک‌های کم‌هزینه از پوشش بیمه جهت امکان پوشش داروهای ضروری‌تر بیماران خاص و صعب‌العلاج)</p> <p>۲. در نظر گرفتن فرانتیز پلکانی برای بیماران به این معنی که بیماری که تمایل به دریافت آنتی‌بیوتیک قوی در سطح اول درمان خود دارد موظف باشد سهم بیشتری را از جیب بپردازد.</p> <p>۳. حذف دارو از پوشش بیماران سرپایی</p>
Erythropoitin	<p>۱. در بیماران غیر دیالیزی و غیر پیوندی منوط به جواب آزمایشات CBC</p> <p>۲. تغییر سهم سازمان برای بیماران غیر خاص و غیر سرطانی از ۹۰٪ به ۷۰٪</p> <p>۳. کنترل هزینه‌های این دارو از طریق یکسان نمودن نحوه پرداخت دارو در بخش سرپایی و بستری</p>
Filgrastim (pegfilgrastim)	<p>۱. در بیماران دریافت‌کننده داروهای شیمی درمانی کنترل WBC قبل و بعد از شیمی درمانی و در صورت کاهش آن تجویز و تأیید گردد.</p> <p>۲. عدم امکان پرداخت همزمان فیلگراستیم و پگ‌فیلگراستیم</p>
Cituximab (erbitux)	<p>۱. مصرف همزمان با بوسیزوماب در سرطان ریه و کولورکتال غیر قابل تأیید باشد و اطلاعات تجویز دارو توسط پزشک ضروریست.</p>
Enoxaparine (celexan)	<p>۱. این دارو در بیماران که جراحی ارتوپدی مخصوصاً شکستگی انجام داده‌اند و در دوران بارداری‌های پرخطر تجویز می‌گردد که می‌توان از داروهای کم‌هزینه‌تر استفاده نمود.</p> <p>۲. مدارک پزشکی و علت مصرف دارو مشخص شود و به‌صورت تعداد محدود تأیید شود (تأیید مدارک ارائه شده، کنترل هزینه‌های این دارو از طریق نظارت میدانی هوشمند از طریق پرونده‌های بیمارستانی و مدارک پزشکی بیمار)</p> <p>۳. اجرای پروتکل تجویز منطقی داروی انوکسپارین در بخش بیمارستانی ارائه‌شده از سوی دانشگاه و نظارت از سوی کارشناسان ناظر بیمارستانی.</p> <p>۴. تدوین و اجرای دستورالعمل بالینی و کسب امتیاز بر اساس چک‌لیست تجویز سلکسان (تعهد بودن دارو براساس استانداردهای علمی و پروتکل‌های درمانی، تدوین گایدلاین با توجه به تجویز در زمان بارداری و بعد از سزارین جهت پیشگیری از آمبولی)</p> <p>۵. تعهد داروهای خوراکی ضد انعقاد مانند ریواروکسابان</p> <p>۶. حتی‌الامکان ترتیبی اتخاذ گردد تا پزشکان با توجه به صلاحدید از سایر داروهای مشابه دیگر استفاده نمایند.</p>

نام دارو	مداخلات اختصاصی
Infeleximab	۱. داشتن گرافی ستون فقرات و سایر آزمایشات مرتبط در صورت تزریق توسط فوق تخصص روماتولوژی
Atorvastatine	۱. می توان از داروهای جایگزین استفاده نمود. اغلب به علت تجویز این دارو در نسخه های شش ماهه و یا حداقل چهار ماهه میزان تقاضا بیشتر به نظر می رسد. ۲. آزمایشات بیماران پرهزینه بررسی شود (با ارائه آزمایش کلسترول بالاتر از ۲۵۰) ۳. کنترل آزمایش کلسترول و قطع دارو پس از درمان با توجه به آسیب های کبدی که در عوارض بیماری مشاهده می گردد، اقدام پیشگیرانه جهت هزینه های بعدی درمان می باشد.
Glatiramer acetate	۱. مدارک مربوط به MS و عدم پاسخگویی به سایر داروها بررسی شود (کنترل دقیق مدارک بیماری و صحت سنجی آن) ۲. مشاوره و حمایت اجتماعی و خانوادگی و روانی برای جلوگیری از عدم پیشرفت بیماری ۳. کاهش تناوب موارد عود بیماران MS بعد از اولین اپیزود بالینی همراه با MRI که MS را تأیید کند.