



شرکت‌های بیمه‌گر

شده توسط پزشکان و داروسازان توسط کارشناسان شرکت‌های بیمه مخدوش اعلام می‌شود و از پرداخت حق‌الزحمه یا هزینه داروی ارایه نگردیده خودداری می‌گردد. البته، اگر این بررسی‌ها به صورت منطقی و مطابق با استاندارد و روال جهانی صورت پذیرد، هیچ گونه جای شکایتی باقی نمی‌گذارد و هرگز نباید به گونه‌ای باشد که شخصیت و اعتبار قشر تحصیل کرده جامعه را به راحتی زیر سؤال برد.

■ ظرف چند سال اخیر، طرحی از سوی شرکت‌های بیمه‌گر به عنوان طرح تجویز منطقی دارو ارایه و پی‌گیری می‌شود که بر اساس آن پزشکان در صورت نوشتن بیش از سه دارو یا آزمایش‌ها باید تشخیص خود را در روی نسخه ذکر کنند.

با توجه به این که شرکت‌های بیمه دستگاهی اجرایی هستند و به عنوان مراکز علمی محسوب نمی‌گردند، ارایه طرح تجویز منطقی دارو از سوی این دستگاه‌ها فراتر از توانایی‌ها و اختیارات آنان می‌باشد و این امر در حالی است که این همه مراکز علمی و تعداد کثیری صاحب نظر و اهل فن در کشور وجود دارد. از سوی دیگر باید گفت که مصرف منطقی دارو

سال‌های سال است که در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، نظام بیمه به مثابه گزینه‌ای از روند توسعه انسانی در جهت رفع بی‌عدالتی اقتصادی، نابرابری اجتماعی و... پذیرفته شده است و تمامی تلاش‌ها در جهت بهینه ساختن نظام بیمه‌ای و خدمات ارایه گردیده صورت می‌پذیرد. پس از انقلاب اسلامی و به خصوص طی سال‌های اخیر در ایران نیز شاهد روند رو به گسترش نظام بیمه‌ای بوده و هستیم اما آنچه در این وادی تعیین کننده است، خدمات شرکت‌های بیمه‌گر می‌باشد. یکی از انواع خدمات شرکت‌های بیمه‌گر، خدمات درمانی است. به عبارت دیگر، شرکت‌های بیمه‌گر با ارایه این نوع خدمات بیمه شونده را از نگرانی می‌رهانند و در حقیقت، نوعی امنیت روانی برای فرد ایجاد می‌کنند تا نگران تامین دارو و سلامت خود یا دیگر افراد خانواده‌اش نباشد. متأسفانه، در ایران خدمات درمانی شرکت‌های بیمه‌گر گاهی نه تنها باعث تامین امنیت روانی نمی‌گردد بلکه سلب کننده این امنیت است.

نگاهی به برخی از معضلات کنونی در عرصه خدمات درمانی می‌تواند این موارد را ملموس‌تر سازد.

■ همه ماهه تعدادی از نسخه‌های ارایه

(Rational drug use) در تمامی دنیا تعریف و اصول استاندارد دارد که هیچ کدام با طرح شرکت‌های بیمه همخوانی ندارند. در طرح ارایه شده توسط شرکت‌های بیمه، نوشتن سه قلم دارو بدون تشخیص مجاز است، حال اگر پزشکی برای بیمار سه قلم داروی اکسپکتورانت، مت‌فورمین و اتوسوکسمید بنویسد، چون سه قلم می‌باشد از نظر شرکت‌های بیمه تجویز منطقی محسوب می‌گردد. نکته مهم‌تر آن که طرح تجویز منطقی دارو نیاز به بسترسازی فرهنگی و کار طولانی مدت دارد. باید به بیماران آموزش داد که دارو غذا نیست و عوارض جانبی متعددی دارد، هرچند اگر حتی فکر شود که دارو غذا می‌باشد باید گفت که از خوردن پرملال خیزد. در نهایت، باید این سؤال را مطرح کرد که چه کسی و چه مرجع علمی قرار است بر تشخیص پزشکان و متخصصان که برخی از آنان اساتید محترم دانشگاه‌ها هستند و بسیاری از ما زیردست آنان تربیت یافته‌ایم نظارت کند؟

■ مطلب دیگر آن که شرکت‌های بیمه در برخی نقاط مثل اسلام آباد تعداد نسخ ماهانه داروخانه را محدود ساخته‌اند (به عنوان مثال، ۵۰۰ نسخه در ماه). آیا بیمارانی که بعد از مثلاً پانصدمین نسخه به داروخانه می‌آیند، حق ندارند از دفترچه بیمه خود و حق بیمه‌ای که می‌پردازند استفاده کنند؟ آیا این امر منجر به آواره کردن بیماران نمی‌شود؟ آیا قرار است این گونه برای بیماران امنیت خاطر آفرید؟

■ سازمان‌های بیمه بر اساس یک دستورالعمل بسیار قدیمی، از یک دارو با نام‌های مختلف، تنها ارزان‌ترین آن را قبول دارند. این دستورالعمل به

هنگام تصویب خود و طی دوران ابتدایی انقلاب شاید مشکلی نمی‌آفرید اما در حال حاضر که در بازار دارویی با داروهای گوناگون و تجارتي روپرو هستیم، باعث می‌شود تا بیمار نتواند هزینه داروی خود را پرداخت کند و این معضل روز به روز در حال افزایش است، زیرا تا چندی پیش داروهای تجارتي فقط به شرکت‌های خارجی و داروهای وارداتی تعلق داشت اما مدتی است که شاهد گرفتن پروانه تولید دارو با نام تجارتي از وزارت بهداشت هستیم. در حال حاضر، سه نوع آلندرونیت در بازار دارویی ایران موجود است که عبارتند از: ۱) آلندرونیت ساخت شرکت مداوا، ۲) اوسیماکس ساخت شرکت شفا و ۳) استئوفوس (داروی وارداتی) و قیمت این سه نوع آلندرونیت با هم متفاوت هستند. اگر پزشکی برای بیمار خود اوسیماکس تجویز و به او توصیه کند که دارو را با همین نام دریافت نماید، بقیه هزینه را باید خود بیمار بپردازد. هزینه یک ماه مصرف داروی استئوفوس ۴۵۰۰۰ ریال، اوسیماکس ۴۵۰۰ ریال و آلندرونیت ۲۴۰۰ ریال است و همان گونه که مشاهده می‌گردد، چنانچه پزشک استئوفوس تجویز کند، بیمار تقریباً باید تمام قیمت دارو را بپردازد. در مورد داروهای وارداتی اغلب هزینه‌های دارو پرداخت نمی‌شود. شاید برخی ادعا کنند که این امر به نفع صنایع داروسازی کشور می‌باشد اما این خیال، بسیار خام است، زیرا اغلب داروسازان شاهد بوده‌اند که بیماران با وضع اقتصادی نامناسب یا از دریافت دارو صرف نظر می‌کنند یا با بی‌اعتمادی و اکراه نوع ارزان دارو یا همان دارویی را که بیمه هزینه آن را می‌پردازد، طلب می‌کنند. از سوی دیگر،

صنایع داروسازی بزرگ جهان که سال‌ها در کوره‌های سخت تجارت آب دیده شده‌اند و منابع مالی متعددی در اختیار دارند، به راحتی حاضر می‌شوند برای مدتی قیمت شکنی نمایند و قیمت‌های خود را تا حد غیر قابل قبولی پایین آورند و پس از یک یا دو سال که صنایع داخلی به دلیل ضرردهی دارو از میدان بدر گردیدند، قیمت‌ها را تا حد سرسام آوری بالا می‌برند.

در اینجا باید به این پرسش اشاره کرد که اگر این داروها از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجوز تولید گرفته‌اند و در فارماکوپه ایران وارد شده‌اند، چرا بیمه از پرداخت هزینه این گونه داروها خودداری می‌کند؟ آیا پزشک و بیمار وی در فرآیند درمان حق انتخاب ندارند؟ و آیا تحمیل هزینه‌های گزاف بر دوش بیمار باعث تامین امنیت خاطر او می‌شود؟ در تمامی دنیا رسم بر این است که نسخه پزشک ملاک بیمه قرار می‌گیرد، به عنوان مثال، اگر پزشک برای بیمار ایندرال نوشته باشد، بیمه هزینه ایندرال را می‌پردازد.

■ شرکت‌های بیمه برای برخی داروها حق بیمه نمی‌پردازند که شامل ویتامین‌ها، پماد آسیکلوویر و... می‌باشد یا در صورتی حق بیمه می‌پردازند که متخصصان آن را بنویسند که از آن جمله می‌توان به ناپروکسن اشاره کرد.

سؤالی که در اینجا به ذهن تبادر می‌کند آن است که اگر فردی مبتلا به آنمی پرنیشوز باشد که احتیاج به ویتامین B12 دارد، آیا نباید هزینه درمان وی را پرداخت؟ گرچه نمی‌توان از مصرف بی‌رویه ویتامین‌ها در سال‌های گذشته چشم‌پوشی کرد.

در این مجمل مجال طرح بسیاری از موارد

مثل هزینه عینک، دندانپزشکی و... نیست و ما هم قصد نداریم که به ایرادات تک تک موارد خدمات درمانی ارایه شده از سوی شرکت‌های بیمه بپردازیم، گرچه در همه این موارد اشکالات متعددی وجود دارد. با این حال، نظام بیمه‌ای و خدمات درمانی ارایه شده از سوی شرکت‌های بیمه‌گر نیاز به بازنگری، بازبینی و رفع مشکلات عدیده دارد. این گونه ارایه خدمات به‌طور حتم و بر اساس آنچه به عین دیده می‌شود، نه تنها باعث امنیت خاطر نمی‌گردد بلکه گاهی منجر به دغدغه خاطر می‌گردد که متناقض با هدف اصلی و بنیادین شرکت‌های بیمه، یعنی تامین آسایش روانی و مالی فرد بیمه شونده است. راه برون رفت از این مشکلات، سخت نیست. بسیاری از کشورهای توسعه یافته این مسیر را پیموده‌اند و تجربیات آنان به ارزانی در اختیار ما می‌باشد، تنها لازم است که تجربیات مناسب آنان را بومی سازیم و استفاده کنیم. یادمان نرود که آزموده را آزمودن خطاست. کشور ما، نه ثروت و نه وقت زیادی برای رسیدن به عرصه پیشرفت دارد و حق نیست که این میزان اندک درآمد را صرف اشتباهات کنیم.

در پایان متذکر می‌گردم که مطالب و نکات مذکور، جهت تنویر افکار به رشته تحریر درآمده و نظرات نگارنده است. بسیار خوشحال خواهیم گشت اگر شرکت‌های بیمه یا شما همکاران گرامی نقطه نظرات خویش را در موارد مذکور و یا حتی فراتر از آن بیان دارند، زیرا این امر منجر به یک گفت‌وگوی دوسویه و روشن شدن اذهان - که یکی از رسالت‌های مهم مطبوعات به شمار می‌آید - می‌گردد.

دکتر مجتبی سرکندی