

به نام خدا

پیام همایش

مدیریت منابع و مصارف

باروگردیدیریت هزینه در نظام سلامت



اصفهان - خرداد ۹۷

همایش مدیریت منابع و مصارف

با رویکرد مدیریت هزینه در نظام سلامت

شورای منطقه ۵ بیمه سلامت کشور با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت برگزار می کند:

بخش جنبی
فرآخوان ایده ها و پیشنهادهای کاربردی در مدیریت هزینه

محور های همایش
راهکارهای مدیریت هزینه مراقبت سلامت (مدیریت عرضه و تقاضا)
خرید راهبردی خدمات مراقبت سلامت در بخش بستری
نقش نظام های مدیریت اطلاعات سلامت در کنترل هزینه ها

مکان: اصفهان - دانشگاه علوم پزشکی
مرکز مطالعات توسعه و آموزش پزشکی (EDC) تالار زمین
زمان: پنجشنبه ۳۱ خرداد ۱۳۹۷ از ساعت ۸ لغایت ۱۸

Sponsored and Indexed by
CIVILICA
We Respect the Science



مدیریت درمان های انجمنی
انسان اصفهان

سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان مرکزی

سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان چهارمحال و بختیاری

سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان

فهرست

پیشگفتار.....	۴
سخن رئیس همایش.....	۵
ارائه راهکارهایی برای مدیریت هزینه در نظام سلامت.....	۶
اقتصاد و سلامت و خرید راهبردی خدمات.....	۹
پانل تخصصی اول: مدیریت عرضه و تقاضا.....	۱۳
مدیریت هزینه های بیمارستانی.....	۱۴
روش پرداخت بودجه آینده نگر: بایسته ها و لغزشگاه ها.....	۱۶
شرح تجربه شورای هماهنگی و سیاستگذاری درمان استان.....	۲۰
تئوری تلنگر (Nudge Theory).....	۲۲
بررسی انطباق انجام آنژیوپلاستی با راهنماهای بالینی: تجربه ممیزی بالینی.....	۲۴
تجربه بازنگری مصرف در امریکا.....	۲۶
بحث آزاد پانل.....	۲۷
پانل تخصصی دوم: خرید راهبردی خدمات و کاربرد نظام مدیریت اطلاعات سلامت.....	۳۳
خرید راهبردی خدمات نظام سلامت.....	۳۴
شرح تجربه کنترل هزینه ها در بیمه نیروهای مسلح.....	۳۶
فرآیند کاوی در بیمارستان جهت کاهش هزینه کیفیت.....	۳۹
بیمارستان بدون کاغذ.....	۴۰
بحث آزاد پانل دوم.....	۴۲

پیشگفتار

به توجه به اینکه در حال حاضر موضوع کنترل و کاهش هزینه های نظام سلامت اصلی ترین دغدغه نظام سلامت ایران است، سازمان بیمه سلامت تصمیم گرفته در این باره از نظرات اندیشمندان و متخصصان نظام سلامت استفاده کند. در همین راستا برگزاری همایش های منطقه ای و نهایتاً برگزاری همایش کشوری کنترل هزینه های نظام سلامت در دستور کار قرار گرفت.

همایش منطقه ای «مدیریت منابع و مصارف با رویکرد کنترل هزینه در نظام سلامت» توسط سازمان بیمه سلامت استان اصفهان با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تاریخ ۳۱ خرداد ماه برگزار گردید. برنامه ریزی همایش از اردیبهشت ماه کلید خورد و کمیته های علمی و اجرایی همایش تشکیل گردید. تصمیم بر این شد که در این همایش علاوه بر دعوت از سخنرانان کلیدی مقالاتی نیز دریافت گردد. علیرغم کمبود زمان در مجموع ۷۰ مقاله دریافت شد که ۵۳ مقاله انتخاب و در سه بخش شامل شرح تجربه عملی (Best practice) کنترل هزینه ها، پیشنهاد های کنترل هزینه و ارایه پوستر در همایش ارایه شد.

دو پانل تخصصی در نوبت صبح و عصر پیش بینی شد. پانل صبح با موضوع مدیریت عرضه و تقاضا و نیز سهمیه بندی در خدمات سلامت شامل ۳ سخنرانی کلیدی و ۳ شرح تجربه و پانل عصر با موضوع خرید راهبردی و نظام های مدیریت اطلاعات سلامت شامل ۲ سخنرانی کلیدی و ۲ شرح تجربه بود. همایش از ساعت ۸ صبح شروع گردید و تا ساعت ۱۷ به طول انجامید. در نهایت به برترین ها جوایزی اهدا گردید.

با توجه به اهمیت مطالب ارایه شده از نظر علمی و عملی مقرر شد «پیام همایش» برای استفاده در همایش کشوری تهیه شود. پیام همایش با کمک دانشجویان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی آقایان کیوان رحمانی، سیدمحمدامین دانشور و عبدالله سلطان تاجیان و خانم ها الهه نجفی، عاطفه نجفی، عسل نیارئیس، فاتره اکبری و قیصریه ها تهیه گردید که از آنها کمال تشکر را دارم. لازم به ذکر است که فایل مطالب ارائه شده در سایت همایش به آدرس زیر قرار دارد:

Seminar.mui.ac.ir/cost

دکتر محمدرضا رضایتمند – دبیر علمی همایش

سخن رئیس همایش

آقای دکتر بانگ (مدیر کل سازمان بیمه سلامت استان اصفهان)

همایش مدیریت منابع و مصارف در نظام سلامت که در منطقه ۱۰ کشوری از مناطق سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان های بیمه سلامت استان های چهارمحال و بختیاری و استان مرکزی برگزار گردید.

این همایش با هدف راهگشایی از مسائل مواجه با سلامت بعنوان یکی از دغدغه های دولت برگزار گردیده است و امید است بتواند تاثیری هرچند ناچیز در بهبود نظام سلامت کشور داشته باشد. نیازمند هستیم که رویکردی علمی و مناسب در برخورد با سلامت افراد و جامعه داشته باشیم.

تشکر از افراد دست اندر کار همایش:

- ۱- ریاست محترم دانشگاه و معاونت درمان و معاونت بهداشتی و قائم مقام معاونت ها
- ۲- مدیران کل بیمه سلامت استان مرکزی و چهارمحال و معاونین و کارشناسان
- ۳- روسای دانشکده های علوم پزشکی اصفهان
- ۴- مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت
- ۵- اعضای هیئت علمی دانشکده مدیریت
- ۶- آقای دکتر رضایتمند (دبیر علمی همایش)
- ۷- سخنرانان محترم شرکت کننده در همایش خصوصا دکتر توفیقی
- ۸- دکتر صفی خانی (قائم مقام وزارت در امور برنامه ریزی)
- ۹- مسئولین محترم EDC
- ۱۰- روسای محترم بیمارستان ها و مدیران بیمارستان ها هم بخش دولتی و هم بخش خصوصی
- ۱۱- اعضای پنل ها
- ۱۲- کلیه کارشناسانی که مقالات رو ارسال کردند
- ۱۳- همکاران اداره کل بیمه سلامت

دکتر طاهره چنگیز ریسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

ارائه راهکارهایی برای مدیریت هزینه در نظام سلامت

فرآیند برخورد با سلامت در دانشگاه های علوم پزشکی و نوع نگاه دانشگاه و نوع تعاملی که دانشگاه با سازمان های بیمه در مقوله سلامت و گردش اقتصادی بین بیمه ها و دانشگاه در طول سال های اخیر و بخصوص پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت با یک **تغییر گفتمان** روبرو بوده است.

تقویت نگاه و گفتمان جدید باعث درک بهتر و همکاری نزدیکتر ارائه دهنده و خریداران خدمات خواهد شد.

موسسه بیمه گر و موسسه ارائه دهنده چه نوع رفتارهایی باهم دارند:

۱- دیدگاه سنتی دوتا شریک رقیب (طناب کشی) - هنوز در ذهن برخی از مدیران رگه هایی از این نوع نگاه وجود دارد و باعث رفتارهای آسیب زایی خواهد شد. باعث رقابت ناسالم می شود.

۲- ارتباط فروشنده و خریدار - خدمتی به صرفه خرید می شود و باید قیمت تمام شده پایین باشد. این دید به دنبال یک خواست مشابه هست و هر طرف به دنبال ارضای نیاز خود است. اشکال این دیدگاه این است که نیاز (هدف) مشترک نداریم و تعارض منافع بوجود می آید. افزایش درآمد بیمارستان مساوی بود با افزایش هزینه سازمان بیمه

۳- دیدگاه همکار - وزیر بهداشت با توجه به زیر مجموعه شدن سازمان بیمه سلامت متمرکز بر کاهش هزینه های سلامت و سازمان های بیمه شده است.

هدف مشترک بازیگران نظام سلامت: بهره مندی آحاد جامعه از خدمات ضروری سلامت با کیفیت قابل قبول بدون تحمیل هزینه کمرشکن به مردم. اگر این هدف را در نظر بگیریم می توانیم سهم و مسئولیت اجزای مختلف را تعیین کنیم.

تعریف مشترک خدمات ضروری سلامت و بازنگری آن (گشودگی تعریف در سطح استان با مشارکت بیمه و دانشگاه، مکانیسم و فرآیند تعریف خدمات نیاز به تفاهم خواهد داشت) - کیفیت قابل قبول و بدون تحمیل هزینه کمرشکن به مردم اجزای هدف مشترک ما هستند.

اولویت های نظام سلامت ما حصول هدف مشترک تعریف شده در بالا- خودگردانی و در نهایت سود بیشتر نظام سلامت است.

- اولین کار شناسایی خدمات گران قیمت خواهد بود. و اینکه کدام خدمات غیر ضروری هستند. بعضی از این خدمات با روش های جایگزین و کم هزینه تر می تواند انجام شود مانند اندازه گیری قندخون با گلوکومتر
- تشکیل تیم های تخصصی برای تایید مداخلات درمانی گران قیمت بعنوان گلوگاه (ممیزی). چه مقدار از هزینه ممیزی را بیمه ها می توانند پرداخت کنند؟ (تصمیم کمیته باید برای نظام پزشکی و پزشکی قانونی پذیرفته شده باشد).
- کمیته تجویز منطقی دارو و تجهیزات گران قیمت
- کارنامه عملکردی برای پزشکان در رابطه با هزینه های ایجاد شده برای نظام سلامت
- ۴۹٪ هزینه های بیمه سلامت صرف بستری می شود. با توجه به محدود بودن فضای بستری، کنترل هزینه در این قسمت می تواند به نتایج چشمگیری منجر شود.
- فرانشیز متغیر برای خدمات و بیمه شدگان مختلف
- پوشش خدمات پیشگیری توسط بیمه سلامت مانند خدمات پیشگیری دندان پزشکی
- یکی از پرهزینه ترین بخش های بیمارستان بخش های ویژه است، باید مراقبت ویژه از تشخیص و درمان پیچیده جدا شود، نقاهتگاه ها و مراکز پرستاری برای این گونه بیماران ایجاد شود و تحت پوشش بیمه قرار بگیرند.
- کاهش عوارض اعمال جراحی
- ایجاد و ارائه Day care در بیمارستان ها و تعامل مناسب در این زمینه با بیمه ها
- فرآیند رسیدگی به اسناد بستری و سرپایی بازبینی شود
- کامل شدن پرونده های الکترونیکی و نظام ارجاع
- ایجاد داشبوردهای هزینه-درآمد و نیروی انسانی و لینک به بیمه
- تهیه نقشه درمان استان شامل حلقه های ارجاع و توزیع رشته های تخصصی و امکانات بین بیمارستان ها
- راهنماهای بالینی
- به رسمیت شناختن فناوری های نوین پزشکی از راه دور به دلیل فاصله جغرافیایی

دکتر شهرام توفیقی

اقتصاد و سلامت و خرید راهبردی خدمات

دوباره به دنبال اختراع چرخ نرویم!

علم اقتصاد برای این به وجود آمد که چطور می‌تونیم با منابع محدودی که داریم، بیشترین و حداکثر استفاده را ببریم. این منابع محدود ما باید به ما کمک کند هر آنچه که نیاز داریم و اولویت دارد با کمترین هزینه ممکن برآورده بشود.

۴ سوال اصلی اقتصاد:

- چه کالایی باید تولید شود؟
- کالای مورد نظر چه مقدار باید تولید شود؟
- با چه فن آوری و چه هزینه‌ای تولید شود؟
- کالای مورد نظر را چه کسانی دریافت می‌کنند؟

وقتی کمیابی منابع مطرح می‌شود، موضوع اولویت‌بندی، انتخاب و هزینه فرصت است. برای ارائه خدمتی که ضروری نیست خدمات‌های ضروری برای چند نفر دیگر را از دست می‌دهیم؟ تحلیل هزینه فرصت در علم اقتصاد بسیار کلیدی است و به ما می‌گوید کدام خدمت را باید در بسته خدمت پایه بگذاریم.

تصمیم‌گیری اقتصادی بر اساس شواهد و قواعد اقتصادی و سیاست‌ها هستند (اقتصاد سیاسی)

هر قدر که از اقتصاد ریاضی، آمار، احتمالات، مطالعات میدانی، تحلیل واقعیت‌های میدان دور شویم، ناگزیر اقتصاد سیاسی حاکم خواهد شد. اگر ما هیچ محاسبه میدانی نکنیم، محاسبه هزینه اثربخشی نکنیم، محاسبه نیاز نکنیم، تنها منبع تصمیم‌گیری سیاست‌مداران خواهند بود و اقتصاد سیاسی حاکم خواهد شد.

در شرایطی که بازار شکست دارد قدرت مداخله‌کننده‌ای که بازار را به نظم می‌آورد در طب ملی وزارت بهداشت و در نظام بیمه‌ای تنظیم‌کننده‌های بیمه‌ای هستند.

در طبابت دید فردی است و در بیمه دید اجتماعی است. همانطور که در بهداشت دید اجتماعی است. بنابراین نمی توان با یک پارادایم فرد گرای کیفیت جو (وزارت بهداشت) مسائل بهداشتی اجتماعی را حل کرد، چراکه دید فردی نه می تواند ساختارش را فراهم کند، نه به آن باور داشته و نه می تواند آن را عملیاتی کند.

در بازار سلامت که شکست بازار دارد قاعدتاً وزارت بهداشت یا نظام بیمه‌ای (تنظیم کننده بیمه سلامت) باید مداخله کنند و ۴ سوال اصلی اقتصاد را جواب دهند.

- آیا تعیین کرده اید چه کالایی برای برآورده کردن نیازهای اصلی جامعه لازم هستند تا حداکثر مطلوبیت را برای جامعه بدست بیاورند؟ کدام خدمات هستند و در کدام مناطق چه بیماری‌هایی هست و چه سرویس‌هایی را باید پوشش بدهید تا حاصل آن حداکثر مطلوبیت برای جامعه باشد؟
- در هر منطقه و هر گروه اجتماعی چقدر از کالایی که تعیین کردید که باید برای رسیدن به حداکثر مطلوبیت جامعه از آن خریداری کرد، چه مقدار باید بخرید؟ چقدر برای این کار سقف گذاشتید؟
- کدام شیوه‌ها، مکانیزم‌ها، روش درمانی، روش تشخیصی را که هزینه اثربخشی آن و هزینه اثر بخشی گسترش یافته آن را محاسبه کردید که باید آن خریداری بشود؟ آیا همه‌ی شیوه‌ها را می‌پسندید؟
- برای همه‌ی مردم برای همه جا شیوه یکسان را می‌پسندید؟ شاید اندکی تفاوت ضرورت داشته باشد هرچند قطعی نیست. و بالاخره برای چه کسی خدمات را می‌خواهید بخرید؟

دیدبان اروپامی گوید: خرید راهبردی رویکردی سیستمی است که هدفش افزایش عملکرد نظام سلامت از طریق تخصیص موثر منابع مالی به ارائه دهندگان با تصمیم‌گیری در موارد زیر است.

- کدام مداخله در پاسخ به کدام نیاز جامعه اولویت ملی در حوزه سلامت، هزینه اثربخشی مستند خریداری کرد؟
- این مداخله‌ها را چگونه باید خرید؟ که شامل مکانیزم‌های قرار داد و نظام‌های پرداخت هم می‌شود.
- از چه کسی باید خرید؟ با در نظر گرفتن کارایی و کیفیتی که ارائه دهنده ارائه می‌دهد.

WHO: مستمراً برای خرید بهترین مداخله‌ها، از بهترین ارائه‌دهندگان خریداری می‌شود و از بهترین مکانیزم‌های پرداخت، بهترین توافقات و ترتیبات امکان پذیر قرارداد استفاده شود تا به بالاترین و عادلانه‌ترین پیامد سلامت ممکن دست یابیم. این نهاد عناصر کلیدی خرید را شامل موارد زیر می‌داند:

- استفاده از سلامت همگانی (Public Health) برای تعیین اولویت‌ها
 - تقویت تولیت
 - مطالعات میدانی
- اولویت‌بندی واحدها در خرید به منظور ارتقای معیار قرار دادهای بلند مدت
- اجتناب از خرده خریداری کردن و خرده مدیریت کردن و تجمیع آن‌ها
- نگاه جامعه نگر داشتن
- ایجاد ظرفیت مناسب سیاستی و حکمرانی (Governance) برای ارتقای مدیریت، انعطاف پذیری منابع مالی
- ارتقای حساب پس دادن (حساب‌دهی) (Accountability) و پیشگیری از پیامدهای منفی اصلاح سلامت

رجوع به عقلانیت اقتصادی راهگشای بسیاری از مشکلات برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های اقتصاد سلامت ما می‌تواند باشد. هدف استفاده بهینه از منابع، بالاترین اثربخشی برای کل جامعه، عادلانه‌ترین محل برای مصرف، حذف نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی با بالاترین هزینه منفعت یا هزینه اثربخشی است. برای دستیابی به این هدف موارد زیر الزامی است:

- بسته خدمت استاندارد
- تجمیع پراکندگی که وجود دارد که قطعاً بر روی خرید اثر می‌گذارد
- مسائل سازمانی را برطرف کنیم.
- تغییر دادن ترتیبات خرید
- انجام اصلاحات به منظور تفکیک خرید کننده از ارائه کننده
- نوآوری در عقد قراردادها (قرارداد را یکپارچه نمی‌توان نوشت. قرارداد هر مرکز خاص همان مرکز است).
- نوآوری در مکانیسم‌های پرداخت
- گذشته نگر و پرداخت صورتحسابها (منفعل)
- خرید سنتی
- بی برنامه
- عمل در یک ردیف بودجه‌ای

- با بهترین مکانیزم ارائه خدمت انجام شده
- عدم توان تاثیر گذاری در خرید

باشه

خرید راهبردی

- بر اساس یک قرار داد خوب تعریف شده، اختصاصی شده و منظم، خریداری شود.
- یعنی حداکثر منافع جامعه را پوشش بدهد

برخی از کشورها خرید راهبردی را با بخشی از اصلاحات در کل نظام سلامت انجام دادند مانند کوسوو، بحرین، نیجریه، بخشی از یک برنامه مشخص برای یک جمعیت مشخص که در اندونزی برای HIV خرید راهبردی را طراحی و اجرایی کردند. بخشی از سلامت را در برخی از منطقه‌های محروم و یا برخی از ویژگی‌هایی که داشتند. بخصوص در هند از این مدل استفاده شد.

چرا ما نتوانستیم اجرا کنیم؟ (تحلیل Kingdon)

- مسیر شناسایی مشکل: (مشکل هنوز به خوبی تعریف نشده، دغدغه ملی نشده. دغدغه تصمیم‌گیران نشده است)

- مسیر راه حل: (ما هنوز نقشه راه حل را تعریف نکردیم)

- مسیر اقدامات سیاسی: طبعاً این هم اتفاق نیافتاده است

راهکار:

- اراده سیاسی و نه اراده نوشتاری
- پشتوانه فرهنگی در سطح بالا (در سطح بالا یعنی روسا سه قوه)
- Regulator ی واحد بیمه سلامت. (شورای عالی بیمه - دبیرخونه - سازمان بیمه سلامت؟)
- نظارت و مدیریت کیفیت توسط بیمه‌ها
- افزایش قدرت نظام بیمه‌ای (هرچقدر فاصله قدرت بین بازیگران سیستم بیشتر باشد، سیستم یک سیستم اجتماعی اقتصادی در سطح نازل‌تر و پایین‌تری از منافع ملی، منافع کل جامعه به تعادل میرسد)
- مردم و مصرف‌کنندگان را توانمند کنیم.

پائل تخصصی اول: مدیریت عرضه و تقاضا

اعضا:

- ۱- سرکار خانم دکتر چنگیز
- ۲- جناب آقای دکتر بانک
- ۳- جناب آقای دکتر رضایتمند
- ۴- جناب آقای دکتر حیدری
- ۵- جناب آقای دکتر اشرفی
- ۶- جناب آقای دکتر اعتصام پور
- ۷- جناب آقای دکتر کلیدری

دکتر علی اشرفی

مدیریت هزینه های بیمارستانی

مشکلات فعلی فقط مختص به صف نبوده و در سطح ستاد نیز مشکلات زیادی وجود دارد که به تبع این مشکلات بالادستی باعث بوجود آمدن و پیچیده شدن مسائل در سطح صف خواهد شد.

چالش هایی که وزارت بهداشت باید مدیریت کند:

- ۱- پرداخت ۲کا به پزشکان آموزشی و درمانی (هزینه فایده هر کدام از این موارد مشخص نیست)
- ۲- اضافه کار پرستاران و قانون بهروری (مراجعه به بخش خصوصی و اضافه کار نکردن در دولتی)
- ۳- بخش های VIP و بیمه های مکمل و سقف پرداخت پلکانی
- ۴- استحقاق سنجی و نقش بیمه ها در آن
- ۵- برنامه قاصدک و چالش های اضافه دریافتی و مشکلات ثبت موارد در آن
- ۶- پرداختهای مقیمی در حین موظفی و پرداخت های خارج از دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده بصورت خارج از شمول با توجه به سقف پرداختی بیمه ها
- ۷- مجوزهای متعدد به بخش خصوصی و دولتی و افزایش تقاضای القائی
- ۸- سهم بخش خصوصی از اعتبارات بیمه ها و تقاضاهای القائی
- ۹- تربیت بیش از حد فلوشیب و فوق تخصصی و ایجاد تقاضاهای خدمات القائی بصورت غیر مستقیم از این

مسیر

- ۱۰- افزایش تکنولوژی های مدرن و فوق مدرن و هزینه های مترتب از آن
- ۱۱- افزایش ورود داروهای تک نسخه ای و گران قیمت و عدم کنترل در مصرف و هزینه های آنها
- ۱۲- عدم الویت بندی و سطح بندی
- ۱۳- توسعه های ناهمگون و ناشی از سیاسی شدن موضوعات
- ۱۴- انباشت نیروهای ناکارآمد در ستادها
- ۱۵- عدم اجرایی شدن گایدلاین ها و بومی سازی آنها
- ۱۶- عدم وجود فارماکوپه و یا اجرای موثر آن (تحول نظام سلامت باعث تشدید این موضوع شده است)
- ۱۷- عدم ارزیابی و HTA در خرید تجهیزات گران قیمت

۱۸- عدم وجود ID Health

۱۹- بازنگری در هزینه های خدمات گلوبال

راهکارهای مدیریت هزینه

۱- مدیریت منابع انسانی (برای کار نیرو بگیرد و نه برای نیرو کار)

۲- ظرفیت های قانونی (نظام ارجاع)

۳- مدیریت خدمات ویژه و خاص (شناسایی خدمات گران قیمت، استحقاق سنجی، فیدبک مناسب به پزشکان)

۴- مدیریت دارو و لوازم مصرفی

۵- مدیریت خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه/ رادیولوژی)

۶- مدیریت کسورات بیمارستانی (تعیین مصادیق کسورات، کار انجام شده پول دریافت نمی کنیم و برای همان خدمات باید به پرسنل از سایر منابع پرداخت کنیم)

۷- مدیریت خریدهها (متمرکز و نیمه متمرکز)

۸- مدیریت نگهداشت منابع فیزیکی و تجهیزات (ضعف در برنامه PM تجهیزات گران قیمت)

۹- آموزش و اطلاع رسانی

۱۰- مدیریت انبارها

۱۱- سایر موارد (مدیریت مصرف انرژی، آب، نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد)

روش پرداخت بودجه آینده نگر: بایسته ها و لغزشگاه ها

اولین سوال این است که جیره بندی خدمات سلامت یک انتخاب است یا یک اضطرار؟ آیا جیره بندی تنها در شرایط اضطرار شدید انجام می شود؟ و آیا در شرایط کنونی نیازمند جیره بندی هستیم؟ کدام راهبرد صحیح است؟ در واقع جیره بندی تنها متعلق به شرایط اضطراری نیست. مثلاً صف دریافت خدمات غیر اورژانسی در تمام بیمارستانهای انگلستان نوعی جیره بندی در عرضه با روش صف است. در حالی که آنها در شرایط اضطراری نیستند. محدود سازی تعداد MRI در یک شهر (جیره بندی در عرضه) - الزام به استفاده از راهنماهای بالینی (جیره بندی در مصرف) و افزایش تعداد افراد در حوزه کاری یک پزشک خانواده (جیره بندی ترقیقی) هم انواعی رایج از جیره بندی هستند. حتی وقتی که مادری به آس مقداری آب اضافه می کند تا به همه برسد هم در حال جیره بندی است. پس جیره بندی از آنچه فکر می کنیم به ما نزدیک تر است!

جیره بندی یا صرفه جویی و افزایش بهره وری؟

راهکارهای بهره وری در گذشته بیشتر توصیه می شد و چندان هم موثر نبوده است. امروزه که با کمبود مواجهیم می توانیم از راهکارهای جیره بندی استفاده می کنیم. جیره بندی نسبت به صرفه جویی راهکار موثرتری است، معمولاً روش دردناکتری است، اجرای ساده تری دارد و البته جسارت سیاسی می خواهد.

هدف جیره بندی

بطور کلی هدف جیره بندی دو چیز است: این که **بهره وری حداکثر** شود و در حالت کمبود **عدالت رعایت** شود. هنر سیاست گذار در اجرای صحیح جیره بندی در دو چیز است: **تصریحی** باشد و تا حد امکان **بی درد** باشد. جیره بندی بی درد وقتی است که خرج های اضافی حذف شوند و دردناک وقتی است که نیازمندان به خدمات از آن محروم شوند. هنر این است که جیره بندی بی درد باشد. سقف گذاشتن جزو جیره بندی دردناک است. برای بی درد کردن آن باید با اندیکاسیون خدمات ارائه شود.

اگر جیره بندی تصریحی نباشد: بالاخره اتفاق میافتد (تلویحی) بدون برنامه و با رانت و فساد بیشتر خواهد بود. اگر به بی دردی سیاستهای جیره بندی توجه نشود جیره بندی دردناک (Painful) اتفاق می افتد. در جیره بندی دردناک افراد نیازمند هم از دریافت خدمات محروم می مانند و بنابر این علایم کاهش اثربخشی خدمات و تبعات سیاسی و اجتماعی آن ظاهر می شود. این در حالی است که در جیره بندی بی درد تبعات معمولاً سیاسی است و به علت کاهش منافع برخی از گروههای خاص بروز می یابد. اقدام دیر هنگام معمولاً باعث از دست رفتن فرصت جیره بندی بی درد و تظاهر جیره بندی به بدترین شکل ممکن می شود.

قدمهای نخستین در جیره بندی تصریحی

- ۱- برآورد دقیق میزان کمبود
- ۲- داشتن تخمینهای خوب از قیمت تمام شده خدمات
- ۳- داشتن آمار دقیق و جزئی هزینه ها و درآمدها

نکات اجرایی در جیره بندی:

- ۱- صداقت در برخورد و آگاه سازی به موقع ذینفعان و جامعه
- ۲- اطلاع رسانی سریع، به موقع و به دور از حاشیه سازی
- ۳- شجاعت و جسارت در تصمیم گیری
- ۴- در اختیار داشتن کنترل روانی بازار
- ۵- توکل به فضل و رحمت الهی و امید به آینده

بودجه کلی آینده نگر چیست؟

تعریف: بودجه آینده نگر از بهترین پیش بینی درآمد و شرایط برای تعیین میزان واجد شرایط بودن و میزان پرداخت کمک استفاده می کند. درآمد جدید یا پایان یافته را که برای یک ماه کامل دریافت نکرده اید، استفاده نکنید. از مقدار پیش بینی شده یا واقعی استفاده کنید.

بودجه کلی آینده نگر نوعی روش پرداخت به سازمانهای ارایه کننده خدمات سلامت نظیر بیمارستانهاست که در آن طی توافقی یک مبلغ ثابت بر اساس تخمین عملکرد برای مدت مشخص پرداخت می شود. در این روش بیمارستان یا یک نهاد بالاتر بر اساس فرمولی مشخص و با توجه به سهم هر یک از اجزای زیرمجموعه در عملکرد

مبلغ ثابت را بین زیرمجموعه خود تقسیم می کند. چنانچه عملکرد بخشی بیشتر از سهم تخصیص یافته شد این موضوع در سهم دوره بعدی پرداخت تاثیرگذار خواهد بود (نه در دوره فعلی). بدین ترتیب بخشهای مختلف برای کسب سهم بیشتر دفعات آتی حاضر به ارایه خدمات بیشتر می شوند.



بودجه آینده نگر طی چند سال متوالی به ثمر خواهد رسید و هزینه ها را کنترل خواهد کرد.

نکته مهم اینکه در این روش ریسک افزایش حجم و قیمت خدمات ارایه شده بطور کامل به ارایه کننده منتقل می شود. البته در اصل روش پرداخت ها باید با واقعیت در شروع هر دوره جدید منطبق شوند. ولی گاهی سقف پرداخت محدود می ماند و تنها سهم ها تغییر می یابند.

بایسته های بودجه کلی آینده نگر

۱- مبنای اولیه توافق مالی منصفانه و بر اساس تخمین های واقعی باشد.

◦ هدف آن تنها انتقال ریسک نباشد.

◦ هر سال بر اساس واقعیت های جاری سقف مالی متناسب سازی شود.

۲- از چند ماه قبل از شروع هماهنگیهای لازم به تدریج شکل گیرد. در غیر این صورت ارایه کننده کاملاً

غافلگیر خواهد شد زیرا تدارکات وسیعی در سمت ارایه کننده لازم است.

۳- هر ماه یک دوازدهم تخصیص بطور مرتب پرداخت شود.

لغزشگاههای بودجه کلی آینده نگر

۱. توافق اولیه منصفانه نباشد.

۲. سازمان (دانشگاه) در تسهیم پول زیر مجموعه بی درد بودن سهمیه بندی را در نظر نگرفته و بطور یکنواخت تسهیم کند. (بدترین کار در جیره بندی همه را با یک چشم نگاه کردن است. اگر عدالت را با مساوات برابر بدانیم در جیره بندی، حتما جیره بندی ما دردناک خواهد بود).
۳. جو زیرمجموعه برای این تغییر مهم در روش پرداخت آماده نباشد.
۴. این سهمیه بندی بطور تلویحی انجام شود.
۵. به پزشکان اطلاعات کامل و شفاف داده نشود.
۶. عوامل غیر فنی مثل چانه زنی در تسهیم ها تاثیر گذار باشند.

دکتر علی اعتصام پور مدیر درمان تامین اجتماعی استان اصفهان

شرح تجربه شورای هماهنگی و سیاستگذاری درمان استان

مدیران نظام سلامت و پزشکان لازم است که با مسائل منابع انسانی آشنا شوند. توسعه الزاما از کارهای بزرگ شروع نمی شود بلکه از پایین و کارهای کوچک شروع خواهد شد. یک الگوی مناسب بر مبنای تمرین توسعه و مشارکت ذینفعان با ایجاد شورای هماهنگی درمان استان و شورای همسویی سازمان های بیمه گر ایجاد شد. مبنای توسعه گفتگو است. گفتگو در همه سطوح به درستی انجام نشده و همچنین خوب شنیدن را هم نمی دانیم.

سه ضلعی نظام سلامت

۱- تولید سلامت، بیمه ها

ممیز، مجری و کارگزار باید متفاوت باشند. نمی شود که یک فرد در ساخت ساختمانی هم آرشیکت هم ناظر و هم پیمانکار باشد. سیاستگذاری با حفظ چارچوب ها یعنی بهداشت و درمان تولید داشته باشد و بیمه ها نظارت جدی تر داشته باشند.

۲- پزشک و نظام پزشکی باید درگیر خدمات شود. انجمن های صنفی مطالبه گر حقوق بیماران هستند.

۳- مردم. حلقه مفقوده هستند و باید توجیه باشند.

مشکلات ما باید به بحران برسند بعد به فکر حل مشکل می افتم. مسئولین باید درک بحران داشته و همت جمعی برای حل آن داشته باشند.

ابتکار با ارزشی که در استان اصفهان انجام شده ایجاد شورای هماهنگی و سیاستگذاری درمان است. این شورا باید دبیرخانه مشترک داشته باشد. جلسات ماهانه داشته باشد. ریاست دانشگاه، معاونت های دانشگاه، رئیس نظام پزشکی، رئیس صنف بیمارستان های خصوصی اعضای این شورا هستند.

تیمهای نظارتی مشترک شده و مشکلات و گذاری به بخش خصوصی در این کمیته ها طرح و بررسی شده است.

کمیته های زیر مجموعه ارتقای خدمات بالینی با اعضای مشترک در ذیل شورای هماهنگی تعریف شده و گامهای موثری در کنترل هزینه ها برداشته اند. از جمله:

۱- کمیته ICD دفیبریلاتور قلبی که در عرض ۶ ماه ۳۵٪ کاهش در پرونده های دریافتی توسط این کمیته را باعث شده است.

۲- MS (میزان IVIG کاهش پیدا کرده است).

۳- شیمی درمانی

۴- هورمون رشد

۵- حوزه های بیمارستانی، داروخانه، پاراکلینیک، نظارت بر تجهیزات پزشکی

از دیگر ابتکارات در مدیریت درمان تامین اجتماعی استان اصفهان اینکه ستاد هدایت مشاوره و توزیع در تامین اجتماعی تشکیل و بیماران به مراکز ترجیحی هدایت می شوند. دفترچه در درمان مستقیم تامین اجتماعی حذف شده و تماما تحت وب است.

خانم دکتر مریم معینی عضو هیئت علمی گروه مدیریت و اقتصاد سلامت اصفهان

تئوری تلنگر (Nudge Theory)

پروفسور تیلور برنده جایزه نوبل اقتصاد ۲۰۱۷ ارائه دهنده این تئوری است.

اصل اولیه اقتصاد بر اصل عقلایی بودن انسان استوار است. انسان عقلایی به صورت سیستماتیک و هدفمند به دنبال این است که بهترین انتخاب را داشته باشد. (هیچ وقت از یک سوراخ دوبار گزیده نمی شود و اشتباهات خود را تکرار نمی کند. هم چنین در ترجیحاتش بین انتخاب های مختلف سازگار عمل می کند.

تیلور استفاده از سیگار و فست فود ها، تجویز داروی برند، عدم تحمل هزینه های چکاپ، مقاومت در برابر نظام ارجاع را کژرفتاری (Misbehaving) می نامند. این رفتارها جرم محسوب نمی شوند.

علم اقتصاد رفتاری عبارت است از استفاده کردن از دانش روانشناختی برای تحلیل بخشی از رفتارهایی که به هیچ وجه توجیه عقلایی ندارند. اقتصاد دانان کلاسیک فرد را به صورت ماشین و ربات میدیدند که همواره به دنبال انتخاب های درست بوده است.

انسان معمولی	انسان اقتصادی
سیستم خودکار	سیستم بازخوردی
در مورد ترجیحاتش مطمئن نیست	ترجیحات قطعی دارد
معمولاً آسانترین روش را انتخاب میکند	تلاش میکند بهترین روش را انتخاب کند
احساسات و قضاوت جامعه در تصمیماتش موثر است	ارزش های اقتصادی مبنای تصمیمات است

پدر سالاری آزادی محور (**Libertarian paternalism**): وقتی که مردم بر اساس صرفه و صلاح خود تصمیم نمی گیرند، سیاستگذار بایستی مردم را به سمت تصمیم های سودمند سوق دهد. انتخاب آزادانه فردی در بازار نباید حتی برای حفظ منفعت عمومی و مصالح افراد، با سیاست های دستوری سلب شود.

معماری انتخاب (**choice architecture**): تیلور بیان داشته است که میتوان بسیاری از رفتارها را بدون استفاده از اجبار، قوانین و مقررات و فشار بیرونی و بدون نصیحت، به سمت رفتار درست سوق بدهیم.

تئوری تلنگر: تلنگرها، تغییرات کوچک در محیط هستند که به آسانی و با هزینه کم قابل پیاده‌سازی‌اند. تلنگرها هیچ گزینه‌ای را ممنوع نمی‌کنند و جریمه یا پاداش نیز ارائه نمی‌دهند. تلنگرها می‌توانند بیشتر از آموزش، توصیه اخلاقی، قوانین و فشار مستقیم مؤثر واقع شوند.

مثال‌هایی از تلنگرها:

تغییر شیوه تجویز دارو: تغییر در دسترسی (دسترسی به داروهای ژنریک)، مقایسه همگروهی (یکی از بهترین تلنگرها مثلاً بگویییم متوسط کلی چقدر است)، پیشنهاد گزینه‌های دیگر هنگام تجویز، لزوم توضیح تجویز آنتی‌بیوتیک در نسخه

غربالگری منظم: مقایسه همگروهی (۸۸ درصد مبتلایان به سرطان سینه قادر به تامین هزینه‌های درمان نیستند. شیمی‌درمانی و پرتودرمانی سرطان جزو گران‌قیمت‌ترین روش‌های درمانی در پزشکی است. هزینه‌های غربالگری سرطان سینه تحت پوشش بیمه قرار دارد. از هر ۱۰۰ زن سفید پوست ۹ نفر در طول عمر خود به سرطان سینه مبتلا می‌شوند. از هر ۱۰۰ زن سفید پوست ۲۲ نفر به صورت مرتب برنامه خودآزمایی و چکاپ دوره‌ای را انجام می‌دهند).

تلنگرهایی برای بیمه‌گران: طرح نیل به سلامت شرکت‌های بیمه، کاهش تعداد طرح‌های بیمه‌مدیکر بخش D انسان‌ها به شکل عقلایی، غیرعقلایی رفتار می‌کنند. تلنگرها قادرند سیستم بازخوردی تصمیم‌گیری را به کار اندازند و روشی کم‌هزینه برای اصلاح رفتار در بخش سلامت هستند.

دکتر مجتبی بکتاشیان

بررسی انطباق انجام آنژیوپلاستی با راهنماهای بالینی: تجربه ممیزی بالینی

ممیزی بالینی به ارزیابی خدمات بالینی در مقایسه با استانداردها و ارتقای کیفیت آنها می پردازد و نوعی مچ گیری و بازرسی نیست. ممیزی یک فرآیند مستمر است.

مراحل ممیزی بالینی (Clinical Audit)

- تعیین و تدوین استانداردها
- بررسی وضعیت موجود
- مقایسه نتایج با استانداردها
- انجام مداخله و تغییر عملکرد
- ممیزی مجدد جهت اطمینان از بهبود عملکرد

تشکیل تیم ممیزی شامل هفت نفر از متخصصین محترم قلب و عروق عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اصفهان (سه نفر کاردیولوژیست و چهار نفر فلوشیپ مداخله ای)

آخرین ویرایش راهنمای بالینی انجمن قلب آمریکا به عنوان استاندارد (وضعیت بالینی Syntax Score) انتخاب شد. همچنین جهت یکسان شدن دیدگاه های تیم بازبینی کننده سه جلسه بازننگری مشترک با رویت سی دی آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی بیماران تشکیل گردید. پرسشنامه ای برای گزارش علایم بالینی بیمار در کنار گزارش آنژیوپلاستی بیمار تهیه گردید. Syntax Score و شرایط بالینی نشان می داد که آنژیوپلاستی مطابق با گایدلاین بوده (Match) یا نبوده است (Miss Match).

نتایج ممیزی نشان داد که ۱۳٪ عدم تطابق با استاندارد وجود داشت. از این مقدار ۶٪ آن براساس نظر تیم ممیزی نیاز به درمان طبی داشته و نیاز به آنژیوپلاستی نداشته است و ۷٪ آن باید CABG انجام می دادند که آنژیوپلاستی شده بودند و دوباره چند هفته بعد باید برای CABG هزینه کنند.

در اوایل کار میزان عدم انطباق ۱۸٪ بود که پس از مدتی بدون هیچ مداخله ای به ۱۳٪ رسید. صرفاً به دلیل اینکه پزشکان متوجه شدند یک ممیزی در حال انجام است میزان عدم انطباق در انتهای فرآیند کاهش یافت که نشان می دهد اگر تنها یک تیم داشته باشیم که فرآیندها را ممیزی کند می توان هزینه ها را کاهش داد.

دکتر طوقانی پور

تجربه بازنگری مصرف در امریکا

به دلیل اینکه نظام بیمه سلامت آمریکا خصوصی است یکی از راه کارهای کاهش هزینه در آن مراقبت های مدیریت شده¹ است. بیمه ی دولتی آمریکا (مدیکیر و مدیکید) برنامه ای به نام Whistle Blower یعنی دمیدن در سوت ایجاد کرد که اگر افرادی می بینند در سازمانشان تخلفی صورت می گیرد به سازمان بیمه گزارش دهند بدون اینکه نام آن ها فاش شود و بسته به مقدار جریمه ی سازمان پولی به فرد پرداخت می شود. با راه اندازی این برنامه تمام بیمه های خصوصی نیز آنرا انجام دادند و افراد را تشویق کردند که اگر اتفاقی افتاد به بیمه اطلاع بدهند و این گونه سیستم ممیزی ایجاد شد.

قانون در آمریکا سبب اجبار سازمان ها و افراد برای درست کار کردن شده است. باید اینقدر آموزش ادامه پیدا کند تا افراد خودشان کار درست را انجام دهند اما در شرایطی که این چنین عمل نمی کنند باید با اجبار آن ها را وادار به انجام کار درست کرد.

بیمه های آمریکا چگونه پولدار شدند:

- **Authorization Code:** قبل از انجام یک CABG هر پزشک باید اجازه ی آنرا از بیمه بگیرد، بیمه یک کد به پزشک و بیمارستان می دهد و طبق آن به بیمارستان پول می دهد. اگر این کد داده نشود اقدام درمانی کنسل می شود مگر اینکه اورژانسی باشد. بیمه این کد را براساس مدارکی می دهد که پزشک در دفترش ایجاد کرده و تمام فرآیندهای درمانی که درست انجام داده، به بیمه فرستاده و آنرا تایید کرده است. کمیته های ICD در بیمارستان های ایران از آمریکا جلوتر هستند زیرا همه ی افراد موجود در آنها متخصص هستند و پرونده ها را بازبینی می کنند در حالی که در آمریکا از پزشک خانواده، پرستار و منشی با تجربه استفاده می شد.
- **Deductible** کف در بیمه: یعنی تا یک سطحی بیمه برای اقدامات درمانی هزینه ای نمی پردازد و بعد از آن تعهدات بیمه شروع می شود. با این راه حل پرداخت و ممیزی بسیار بالا رفت و هیچ کس دیگر در مطبش نمی تواند کاری بدون Authorization Code انجام دهد.

¹ Managed Care Organization (MCO)

بحث آزاد پانل

پس از ارائه مطالب قبل نوبت به بحث آزاد و ایراد مطالب توسط اعضای پانل رسید که صحبت های صاحب نظران در ادامه آمده است:

دکتر حیدری:

- حدود ۵۰٪ هزینه ها مربوط به بستری است که باید آنرا متعادل کنیم و کاهش بدهیم.
- در ۶۵۰ هزار نفر خطر سنجی که در سال گذشته انجام شد در اصفهان ۲۹ هزار دیابتی جدید گزارش شده است و ۷۹ هزار دیابتی قدیمی وجود دارد که روی آن ها هیچ کنترلی صورت نگرفته است. این آمار برای افراد بالای ۳۰ سال است و به افراد با سن پائین تر هم رسیده است.
- ۵۵ هزار نفر فشارخون جدید داشتند که ۱۲۴ هزار نفر نیز از قبل بوده اند.
- در بحث های پیرلیدمی نیز ۴۷ هزار نفر جدید و ۷۶ هزار نفر آمار قدیم بودند که کل اعتبارات برآورد شده برای این افراد در استان، غیر از تسهیلات و نیروی انسانی ۲ میلیارد تومان بود.
- در بحث کولورکتال، ۹۲ هزار نفر غربالگری شدند ۲۸۵ پولیپ پیدا شد که ۳۵ نفر تشخیص قطعی سرطان داشتند و در مرحله ی اول ۱۴۵ نفر درمان شدند.
- سازوکارها در بخش های مختلف بسیار بهم ریخته است و باید بازآرایی و سازماندهی شود. بیمه ها به مراکز مختلف پرداخت دارند. بیمه تامین اجتماعی مراکز خود را دارد و دانشگاه نیز سازوکار خودش را دارد و آرایش و سازماندهی و استانداردهای میان این سازمان ها بایستی بازنگری شود. با تمرکز روی این موضوع و تشکیل کمیته بیماری های غیرواگیر تحت نظارت و مدیریت دانشگاه نشان داده است که ۱۰ سال سن سرطان سینه در یک دهه کاهش یافته است. دکتر خسروی نیز در مرکز پژوهش های قلب اذعان کردند که ۱۰ سال سن سکته های قلبی و عروقی نیز کاهش یافته است که این آمار نگران کننده است و باید حتما به آنها پرداخته شود. در بحث آموزش افراد بسیار ضعیف عمل کرده ایم.
- باید پرونده الکترونیک سلامت بصورت اجباری برای افراد ایجاد شود که سبب می شود اطلاعات پایه ای جمعیت جمع آوری شود و مبتنی بر شواهد بتوانیم هزینه ها و بستری ها را کاهش بدهیم، یعنی تجمیع اطلاعات صورت گیرد.

- در شهر اصفهان ظرفیت خیرین نیز وجود دارد که باید بصورت اجباری آنها را ماموریت محور کنیم. این موارد سبب ذخیره منابع می شود و اگر قبل از ورود به بیمارستان افراد را تحت نظر داشته باشیم بیمارستان ها حجم کارشان کمتر می شود و گرنه با بیماری های غیرواگیر مشکلات بسیار پیچیده می شود.

دکتر بانک:

- خدمات باید مبتنی بر شواهد علمی در زمان مناسب، در مورد فرد مناسب و با کمترین هزینه و مطابق با نیاز جوامع و بدون خطا انجام شود.
- در اداره کل استان اصفهان گروه تعالی خدمات بالینی تشکیل شده است که براساس استانداردهای خدمات بالینی از ضوابط سازمان های بیمه، وزارت بهداشت و گایدلاین های مبتنی بر شواهد علمی ایجاد شده است.
 - پروتکل های درمانی و سنجه های اعتباربخشی را ملاک قرار داده و به مراکز طرف قرارداد اطلاع رسانی شد و قرار بر این بود که ممیزی بالینی، نظارت مستمر در مراکز طرف قرارداد، نظارت بر نحوه ی اجرای دستورالعمل ها بخصوص در واحدهای بستری با بازدیدهای مستمر و بازبینی پرونده های بستری در راستای تعدیل هزینه های درخواستی و عدم رعایت استاندارد ها مدنظر باشد.
 - در راستای اهداف این گروه کارشناسان بیمارستان فراخوان شدند و از نظرات پزشکان موجود در بیمه سلامت، مسئولین درمان دانشگاه علوم پزشکی استفاده شد. جلسات مکرری انجام می شود و هر هفته مطالبی که در جلسات مطرح می شود و به نتیجه می رسد به مراکز درمانی مورد بازدید بازخورد داده می شود. که این کار به نتایج خوبی دست یافته است.

دکتر رضایتمند:

حدود ۱۴ سال پیش در سال ۱۳۸۳ کارگروهی تحت عنوان تعالی خدمات بالینی در ایران ایجاد شد و برای اولین بار مباحث حاکمیت بالینی، مدیریت خطا و ممیزی مطرح گردید. در آن زمان بسیاری از الزامات را نداشتیم که باید می بود مثل: گایدلاین ها، مباحث فرهنگی و الزامات قانونی. جالب است که تمام چیزهایی که در آن زمان نداشتیم را هنوز هم نداریم و مواردی که آن زمان باید می داشتیم هنوز هم باید داشته باشیم!

لازم است که در زمان کنونی کار را از جایی شروع کنیم که سال های دیگر نیز در همین نقطه نباشیم. طبق گفته های دکتر معینی برای ایجاد نظام پزشک خانواده ۳۰ سال زمان لازم است که ما این ۳۰ سال را از سال ۱۳۶۵ که

مباحث پزشکی خانواده کلید خورده است، داشته ایم اما هنوز هم می گوئیم زیرساخت پزشکی خانواده نداریم. همه مشکلات نظام سلامت را می دانیم باید از جایی شروع کرد.

دو راهکار وجود دارد، برای ایجاد تغییر نیاز به سیستم داریم. ما باید براساس سیستم و برنامه حرکت کنیم که در آن می توانیم برحسب نیاز و جوابدهی در سیستم از زور و تئوری تلنگر نیز استفاده کنیم. باید از تجربه ی سایر کشورها استفاده کنیم اما نباید مقهور آنها باشیم و باید آنها را بومی کنیم تا سال های دیگر حداقل یک گام جلوتر باشیم.

دکتر صادقیان:

- به بخش خصوصی و هم چنین انجمن های نظام پزشکی در کنترل منابع توجه شود.
- اگر می خواهیم مدیریت منابع اصولی انجام شود مستلزم این است که به ورودی ها و بخش بهداشت توجه ویژه ای داشته باشیم.
- بهتر است به سمت تبیین قیمت تمام شده خدمات برویم و این را به عنوان یک اصل بپذیریم تا مداخلات درست و کمک کننده انجام دهیم.
- نگاه ما باید از بخش بهداشت و نظام ارجاع به حل مشکلات باشد تا مشکلات کمبود منابع در بخش درمان از بین برود.

دکتر اکبری: در مقدمه ی کتاب قانون بیان شده که وظیفه ی پزشک حفظ سلامت بیمار به وقت صحت و اعاده ی آن به وقت بیماری است. باید از پیشگیری حل مشکلات را شروع کنیم. شورای هماهنگی درمان در استان که در آن رئیس دانشگاه، معاونین او، بیمه ها و بیمه های تکمیلی شرکت دارند باید محوری برای انجام عملیات در استان باشد و اجازه ندهد کسی تئوری ارائه دهد. بحث های جامع باید در این سیستم دیده شود و به آب، غذا، هوا و وضعیت های استرس زا که بیماری زایی می کنند توجه شود. بیمه ها و مکانیزم های پرداخت درست برای آنها دیده شود که نیاز به سیستم جامعی دارد که با کارگروه های خود در بخش بهداشت، درمان و بیمه باید به دنبال راه کار بروند و در استان انجام شود و امید به مرکز و خارج از استان نداشته باشید.

دکتر طباطبایی: بسیاری از منابع سازمان بیمه گر در واگذاری ها از بین می رود. باید برنامه ای وجود داشته باشد تا ما از مراکز، درمانگاه ها و بیمارستان هایی که واگذار شده اند اطلاع داشته باشیم تا بتوانیم منابع را مدیریت کنیم.

دکتر صالحی (رئیس مرکز آموزشی درمانی فیض)

- رسالت و اصالت من در یک مرکز آموزشی درمانی آموزش است.
- در طرح تحول سلامت اکثر خدمات دولتی شده اند (بخش خصوصی با بیمه های تکمیلی قرارداد ندارد، بیماران موظف به پرداخت پول هستند، بیمه سلامت هم موظف کرده که بیماران فقط باید به بخش دولتی مراجعه کنند)
- بسیاری از بیماران مراجعه کننده به این بیمارستان از استان های چهارمحال بختیاری و خوزستان هستند در صورتی که بیماران می توانند همین اعمال را در استان های خود انجام دهند. اما چرا انجام نمی دهند، این باید بررسی شود.
- بین بخش دولتی و بخش خصوصی در خصوص قیمت خدمات ارائه شده اختلاف زیادی وجود دارد.
- بحث بدهی باتلاقی چه می شود؟ ۱۷ میلیارد از بیمه طلبکار هستیم در این صورت جواب پزشک و پرسنل را چه کسی می دهد؟

راهکارها:

- سیستم بیمه باید در بیمارستان باشد
- کارشناسان بیمه باید مرتب در اتاق های عمل حضور پیدا کنند
- برگزاری جلسات مرتب بین مسئولین بیمه و روسای بیمارستان ها

راهکارهای دکتر اعتصام پور:

- پشت فرمان درمان باید پزشک باشد.
- در توزیع اولویت باید پرداخت به پرسنل باشد.

سوال دکتر رستگار از بیمارستان کاشانی:

چگونه می توان هم منابع را افزایش داد و هم از طرفی مصارف را کاهش دهیم؟

- درست است که خدمت باید با حداقل هزینه انجام گیرد (کاهش درخواست های MRI، کاهش آزمایشات و ...) و منابع هم باید به جا مصرف شود (درخواست ها باید به جا باشد). اما برای اصلاح نوع پرداخت و همراهی با بیمه ها باید قانون خودگردانی بیمارستان ها و بحث طرح پرداخت کارانه حتما باید بازبینی شود. باید محدودیت هایی را در ارائه خدمات لحاظ کنیم تا از خزینه های غیرضروری جلوگیری کنیم

آقای دکتر نصر نماینده ی بیمه ی مرکزی و تکمیلی:

- جلسات و سمینارها باید دو بخش شوند: مشکلات و راهکارها
- پیشنهاد می شود کارگروهی متشکل از بیمه ها، دانشگاه، انجمن های علمی تخصصی نظام پزشکی تشکیل شود برای تدوین گایدلاین ها در هر رشته ای تا برای اجرا در بیمه ها استفاده شود.
- همچنین افرادی که اعمال فاقد اندیکاسیون انجام می دهند و بار مالی بیمه ها و مردم و همه سوق داده می شود به طرف این منابع و معمولا هم مبادی آداب نیستند، کارگروهی برای این موضوع تشکیل شود.
- درخواست استمرار چنین نشست هایی را دارند.
- هم چنین این که می گویند طرح تحول سلامت به نفع بیمه های تکمیلی بوده است درست نیست و براساس مستندات می توان اثبات کرد که اتفاقا بار مالی بیمه های تکمیلی افزایش یافته است.

خانم دکتر چنگیز:

- طرح تحول سلامت پرداخت از جیب مردم را کاهش داده است (حداقل برای بخش بستری)
 - هدف مشترک: ما قرار است با همدیگر کمک کنیم که آحاد جامعه به خدمات ضروری با کیفیت قابل قبول بدون تحمیل هزینه های کمرشکن دسترسی داشته باشند.
 - بیمه بودن و نبودن مردم تفاوت دارد و تفاوت هم قابل توجه است.
 - لازم نیست برای هر پروسیجری گایدلاین داشته باشیم (قانون ۸۰-۲۰ یا اصل پارتو: ۸۰٪ هزینه ها صرف ۲۰٪ یا کمتر خدمات می شود پس می توان با کنترل همان ۲۰٪ خدمات، تفاوت در هزینه ها مشاهده شود بدون اینکه خدمات ضروری حذف شوند)
 - در تفاهم نامه ی وزارت بهداشت با بیمه ی سلامت این مباحث اضافه شده است:
- (۱) بیمه ی سلامت به دانشگاه کمک بکند که ما در مورد بعضی پروسیجرها و خدمات گران قیمت که غیراورژانسی است، قبل از انجام خدمت بیمه آنرا تعهد بکند (Authorization Code). آمادگی این وجود دارد که عین همین را با بیمه ی تامین اجتماعی و حتی سایر بیمه ها هم انجام شود.
 - (۲) استحقاق سنجی: بیمارانی که می خواهند از تخفیف های طرح تحول یا سایر تخفیف ها برخوردار شوند، باید استحقاق سنجی شوند (در این زمینه هم خواهان کمک بیمه هستیم).
 - (۳) اگر شفافیت به عنوان یک ارزش در نظر گرفته شود و با عدد و رقم صحبت بکنیم، بسیاری از سوء تفاهم ها برطرف می شود.

خانم دکتر کریمیان:

- با طراحی سیستم و برنامه ریزی باید بتوان یک نگرش مشترک پیدا کنیم و نهایتاً پاسخگویی مشترک در استان داشته باشیم
- هزینه های سرپایی هم چنان بالاست.
- بحث موسسین غیرپزشک، چالش هایی را برای استان ایجاد کرده است.
- همکاری در ممیزی ها به خوبی صورت نمی گیرد و برخی مراکز مخالفت دارند
- بحث Grading و تعرفه گذاری هم باید مورد توجه قرار گیرد (چرا دو آزمایشگاه با خدمات متفاوت باید یک نوع تعرفه را دریافت کنند؟)
- نظارت مشترک که هم وظیفه ی بیمه و هم وظیفه ی وزارتخانه است
- یک یخش خصوصی جدای از بیمه و وزارتخانه باید متولی بحث اعتباربخشی باشد

پانل تخصصی دوم: خرید راهبردی خدمات و کاربرد نظام مدیریت اطلاعات سلامت

اعضا:

- ۱- جناب آقای دکتر توفیقی
- ۲- جناب آقای دکتر جیریایی
- ۳- جناب آقای دکتر فرامرزی
- ۴- جناب آقای دکتر ریاضیات
- ۵- جناب آقای دکتر معمارزاده
- ۶- جناب آقای دکتر اصلانی
- ۷- جناب آقای دکتر فردوسی

دکتر علیرضا جباری عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

خرید راهبردی خدمات نظام سلامت

چالش های بنیادی خرید راهبردی خدمات سلامت: باید به چند سوال پاسخ دهیم:

- برای چه کسی خدمات خریداری شود؟ (جمعیت تعریف شود)
- چه چیز خریداری شود؟
- از چه کسی خریداری شود؟ (بخش دولتی، خصوصی یا ترکیبی)
- به چه قیمتی خریداری شود؟
- شیوه های پرداخت به چه صورت باشد؟

هدف اصلی: هماهنگی لازم بین مداخلاتی که خریدار می خواهد و ارائه دهنده ای که می تواند مداخلات را در چارچوب زمانی مناسب با کیفیت و در پائین ترین قیمت ارائه دهند. خریدار باید بتواند در انتخاب ارائه دهنده دست به انتخاب بزند چیزی که ما برخوردار نیستیم. کشور ایران با توجه به تقسیم بندی بانک جهانی جزو کشورهای با درآمد متوسط به بالا است. ۵ کشور وجود دارند که طبق تقسیم بندی بانک جهانی دارای درآمد متوسط به بالا هستند و در نظام سلامت از نظام خرید راهبردی استفاده می کنند.

ترتیبات خرید راهبردی که در نظام سلامت **ترکیه** استفاده می شود در قسمت سلامت عمومی از مدل انحصار بخش عمومی استفاده می شود ولی در خدمات سرپایی و بستری از روش قراردادی بخش عمومی استفاده می شود. سازمان خریدار خدمت یک سازمان منفرد تحت عنوان موسسه تامین اجتماعی است. تفکیک خریدار از ارائه دهنده هم وجود دارد. یک قسمتی از خدمات سلامت در ترکیه توسط بیمه اجتماعی تامین می شد که بعد از طرح تحول این قسمت موسسات ملکی تامین اجتماعی به وزارت بهداشت واگذار شد و تامین اجتماعی فقط خریدار خدمت شد و هیچ خدمتی ارائه نمی دهد.

کشور **مقدونیه**: از قرارداد بخش عمومی استفاده می کند. سازمان خریدار خدمت یک سازمان بیمه ای است به نام سازمان بیمه سلامت (منفرد). تفکیک ارائه دهنده و خریدار وجود دارد.

کشور **تایلند**: ۸۰٪ از منابع عمومی برای تامین مالی نظام سلامت استفاده می شود و پرداخت از جیب ۱۲٪ است. مدل انحصاری بخش عمومی در ارائه خدمات سلامت و قراردادی بخش عمومی در ارائه خدمات سرپایی و بستری است.

سه سازمان خریدار خدمت وجود دارند: شامل CGD، SSO و NHSO. هم چنین تفکیک بین خریدار و ارائه دهنده وجود دارد.

چین: بیمه خصوصی توسعه پیدا نکرده است. مدل انحصاری بخش عمومی در ارائه خدمات سلامت بخش عمومی و قراردادی بخش عمومی در ارائه خدمات سرپایی و خصوصی. صندوق های متعدد بیمه ای تحت UEBMI, URMBI, NRCMS. تفکیک بین خریدار و ارائه دهنده وجود دارد.

کلمیا: صندوق های متعدد وجود دارد. شهرداری ها برای بخش غیررسمی یا یارانه بگیر و شرکت های ارتقا دهنده سلامت به عنوان خریدار خدمت محسوب می شوند. تفکیک خریدار و ارائه دهنده وجود دارد.

عمده ترین منابع تامین مالی نظام سلامت در کشورهای ذکر شده منابع بخش عمومی بوده است. مرسوم ترین راهبرد برای خدمات سلامت عمومی مدل انحصاری بخش عمومی بود و برای ارائه خدمات بستری و سرپایی مدل قراردادی بخش عمومی استفاده می شود و در تمامی کشورها تفکیک بین خریدار و ارائه دهنده اتفاق افتاده است. در صورتی که در کشور ما کماکان به صورت چالش باقی مانده است.

- دو کشور از مزایای صندوق منفرد استفاده می کنند و سه کشور از مزایای صندوق های متعدد.
- چیزی که ما باید از تجربه کشورها بیاموزیم:

(۱) بین خریدار خدمات سلامت و ارائه دهنده باید تفکیک وجود داشته باشد

(۲) ادغام صندوق های بیمه ای و تشکیل بیمه سلامت

(۳) بیمه تامین اجتماعی در خرید خدمات از سازمان های ارائه دهنده خدمات معمولاً هیچ انتفاعی در بخش عمومی ندارند. باید بتوانند از ابزار و اهرم استفاده کنند.

دکتر محسن اجل لوثیان (مدیر کل بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح)

شرح تجربه کنترل هزینه ها در بیمه نیروهای مسلح

برخی از مهم ترین نقاط ضعف نظام سلامت ایران به شرح زیر است:

- ۱) فقدان نظام سطح بندی در مناطق شهری و نظام ارجاع
- ۲) فقدان دفترچه الکترونیک سلامت - پرونده سلامت
- ۳) تحمیل هزینه های آموزش و پژوهش
- ۴) الزامات خودگردانی مراکز درمانی
- ۵) کادر درمان و اداری بیمارستان در درآمد بیمارستان ها مشارکت داشته باشند (هزینه ها و ضررهای احتمالی)
- ۶) عدم پایبندی و ضعف جدی در استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت
- ۷) تغییر کتاب ارزش گذاری نسبی براساس منافع گروهی است
- ۸) منصفانه نبودن بعضی موارد (اعتباربخشی بیمارستان ها)
- ۹) عدم اطلاعات کافی مناسب کادر درمان و ادعای بیمارستان از وضعیت جاری اعتبارات
- ۱۰) ضوابط، بخشنامه ها و دستورالعمل های جاری برای مدیریت هزینه ها و عملکرد اقتصادی مراکز درمانی نیازمند بازنگری و اصلاح فرایندها است.

راهکارهای پیشنهادی:

- ۱) گایدلاین ها به زودی اجرایی شود.
- ۲) هزینه های آموزشی و پژوهشی بر عهده سازمان بیمه گر قرار نگیرد.
- ۳) در رابطه با ICU ها تخت های Post پیش بینی شود (برای بیمارانی که نیازمند بستری طولانی مدت هستند)
- ۴) کاهش هزینه تخت روز بستری از طریق تعیین محدودیت روزهای بستری به حداقل ممکن به نحوی که نتایج درمان مختل نشود و عارضه ای هم نداشته باشد.
- ۵) محدودیت در تعداد بیماران بستری الکتیو برای پزشکان (% از موارد اورژانس و % از الکتیو)
- ۶) اجرای مصوبه ی هیئت وزیران (حداقل زمان ویزیت برای پزشکان)

۷) تعداد خدمات سرپایی که پزشکان انجام می دهند با تعداد ویزیت همخوانی ندارد: اگر محدودیت ها برقرار شود کمک خواهد کرد.

۸) محدودیت مراجعه بیماران به پزشکان

۹) تعریف و ابلاغ زمان اعتبار برای جواب آزمایش رادیولوژی

۱۰) آنتی بیوتیک ها براساس مدارک و مستندات پاراکلینیک تجویز شوند.

۱۱) بازنگری مشاوره ها

۱۲) الزام کلیه ی پزشکان، پرستاران و کادر درمان به رعایت روش های هزینه اثربخش و هزینه منفعت در انتخاب و درخواست اقدام تشخیصی درمانی: مشروط کردن پرداخت دستمزد براساس رعایت دو مورد ذکر شده

۱۳) رتبه بندی کادر درمانی و بخش های بستری از نظر کیفیت و بازدهی

۱۴) بازنگری در نحوه پوشش دهی بیمه ای خدمات

۱۵) نظارت جدی در رابطه با بخش در رابطه با روابط خارج از عرف بخش پاراکلینیک، تجهیزات که باعث شده هزینه ها بسیار افزایش یابد.

۱۶) نظارت دقیق و جدی سیستم های نظارتی در دست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کمک سازمان بیمه گر در رعایت ضوابط مندرج در کتاب ارزش های نسبی

۱۷) عدم صرف منابع در بخش های غیرضروری درمان

۱۸) منابع خیریه را در خریدهای راهبردی و تجهیزات مورد استفاده قرار دهیم (مستقیم وارد درمان نشوند).

موانع اختصاصی:

۱) عدم آگاهی پزشکان و پرسنل بیمارستان از وضعیت موجود و نیازها

۲) مغایرت بخشنامه ها و دستورالعمل های اجرایی با نیازهای فعلی و جدید

۳) فقدان اولویت بندی نیازها و اقدامات موردنیاز

۴) مطالبات قابل توجه بیمارستان ها و پرسنل و لزوم کاهش ان همزمان با اقدامات تصمیم گیری های آتی

اقدامات انجام شده در سازمان های بیمه نیروهای مسلح که منجر به کاهش هزینه ها گردیده است:

۱) مدیریت تعهدات (کاهش تعهدات غیرضروری)

۲) کای بیهوشی از کای جراحی مجزا باشد

- ۳) در نظر گرفتن سقف تعهدات خدمات در مراکز درمانی
- ۴) نظارت بر هزینه ها (کنترل های سیستمی و نرم افزای)
- ۵) کنترل قراردادها
- ۶) مدیریت تامین منابع مالی
- ۷) سطح بندی مراکز و ارزشیابی آنها و پرداخت بیشتر به مراکز با کیفیت تر (رقابت سالم بین مراکز)
- ۸) ارزشیابی مراکز فیزیوتراپی

فرآیند کاوی در بیمارستان جهت کاهش هزینه کیفیت

فرآیند کاوی سه کاربرد دارد:

- (۱) کشف فرآیند
- (۲) انطباق فرآیند با گایدلاین ها یا مدل
- (۳) ارتقای فرآیند

در فرایند کاوی اطلاعات محیطی به سیستم و اتاق تصمیم گیری آورده می شود. یعنی مسیرهایی که حداکثر سود و حداقل هزینه کیفیت را داشته اند مشخص می کنند. در فرآیند کاوی چند هدف تعیین می کنند و سپس می گویند که کدام مسیر در کشور در حال اجرا است و مناسب و مورد قبول است. در این صورت دیگر نیازی به زور و اجبار برای اجرای آن نیست، زیرا مسیری است که در واقعیت در کشور در حال اجراست. کارکرد سوم فرآیند کاوی بهبود فرآیندهاست که ابتدا باید شاخص های کلیدی عملکرد تعریف شوند و سپس اطلاعات را از فرایند کاوی گرفته و در نهایت مشخص شود که این فرایندها را چگونه باید دستکاری کنند (support, modify, adjust, redesign) و یک جریان روان طراحی کند. حرکت (motion) ارزش افزوده ایجاد نمی کند و باید حذف شود. برای بهینه کردن تصمیمات باید حداقل motion را داشته باشیم.

خصوصیات سیستم اطلاعات بیمارستانی Process Aware

- (۱) باید براساس یک مدل پیشینه ای طراحی شده باشد
 - (۲) ترتیب زمانی برای نرم افزار باید مشخص شده باشد
 - (۳) برخی از کارها را باید به HIS بسپاریم که به صورت اتوماتیک انجام دهد
- برای یک بیمارستان بزرگ یک چنین HIS الزامی است.

اگر قرار است HIS ایران را تغییر دهیم باید به سمت Process Aware HIS برویم. که یک قدم جلوتر از Business Intelligence است. فرایند کاوی تلفیق داده کاوی (Data Mining) با BI است.

دکتر محمد شفیعون (مدیر بیمارستان فیض) و آقای شریعتی (کارشناس بیمارستان فیض):

بیمارستان بدون کاغذ

واحد تحقیق و توسعه ی بیمارستان فیض نرم افزاری طراحی کرده که در دو بخش اپلیکیشن و sharing یا همان نرم افزار تحت ویندوز می باشد. اپلیکیشن دو گروه هدف را مورد بررسی قرار می دهد. یکی بیماران و دیگری کارکنان. نرم افزار هم بیماران بستری و هم بیماران سرپایی را مورد توجه قرار می دهد و نیازهای آموزشی کلیه ی مراجعین را می تواند مرتفع کند.

نظرسنجی از بیمار یکی دیگر از کارهایی است که اپلیکیشن انجام می دهد. زمانی که در بیمارستان از بیماران نظرسنجی می شود به دلیل ترسی که دارند معمولاً نظرات مثبتی می دهند و بهترین زمانی که پیشنهاد می شود ۵-۷ روز بعد از ترخیص است که بتواند در مورد بیمارستان اظهار نظر کند.

در خصوص معرفی بیمارستان، معرفی خدمات بیمارستان، رزومه ی متخصصان و پزشکان همه در این اپلیکیشن موجود است که باعث می شود بیماران بتوانند پزشک خود را آگاهانه انتخاب کنند. در خصوص کارکنان بحث اعتباربخشی که یک فرایند سخت و طاقت فرسا برای کارکنان است به آن توجه شده است. مساله ی بعدی ارزیابی الکترونیکی است که شامل ایمنی بیمار و کنترل عفونت می شود. فرم گزارش دهی خطا و حوادث شغلی و فرم نظرسنجی و رضایتمندی پرسنل.

نرم افزاری که تهیه شد تحت ویندوز بود و قاعدتاً همه ی نیازها را برطرف نمی کرد چرا که پرسنل فقط در بیمارستان به آن دسترسی داشتند. در نتیجه اپلیکیشن قابل استفاده در موبایل و تبلت طراحی شد که پرسنل بتوانند در هر مکانی به آن دسترسی داشته باشند. قسمت اطلاع رسانی شامل معرفی دستورالعمل ها و بخشنامه ها و آئین نامه ها، خط مشی ها و روش های اجرایی، معرفی خدمات بیمارستان، معرفی پزشکان و بسته ها و مستندات آموزشی می باشد.

در بحث ارزیابی های الکترونیک قبلاً پرسنل وقت زیادی صرف می کردند و نیاز به پرسنلی برای تجزیه و تحلیل بود. بازخوردها غالباً در مدت زمان طولانی تری انجام می شد. یعنی هزینه و وقت بیشتری صرف می شد و بازخوردها دیرتر اطلاع رسانی می شدند. در مورد اقدامات اصلاحی نیز مشخص نمی شد که در کدام قسمت

درصد فراوانی خطا بیشتر است. اقدامات اصلاحی نیز در سیستم کاغذی کلی است و به صورت هدفمند شناسایی نمی شوند. با استفاده از این نرم افزار این موارد بر طرف شده است.

با استفاده از این نرم افزار می توان کلیه ی فرم های بیمارستانی را به صورت هوشمند طراحی کرد. توسعه ی FMIS هوشمند به صورتی که بتوان هرگونه انالیز مدیریتی و هر نموداری که موردنیاز است استخراج کرد. بحث آخر مدیریت خطر هوشمند است. با استفاده از این نرم افزار می توان به صورت خودکار فعال سازی برنامه ی بحران و فعالسازی اعضای چارت بحران را داشته باشیم

باید روی محتوای آموزشی هم کار شود و محتوا مطابق سواد سلامت مخاطب تنظیم شود که از این طریق هزینه های سلامت کاهش یابد. زیرا ثابت شده است که هرگاه پزشکان و نظام سلامت به زبان مردم صحبت کنند مردم مسیرشان را در این نظام پیچیده ی سلامت درست تعیین می کنند و هزینه ی اضافی به خودشان و نظام سلامت تحمیل نمی کنند.

بحث آزاد پانل دوم

جمع بندی دکتر فردوسی از چهار ارائه:

دکتر جباری در مورد خدمات راهبردی نظام سلامت صحبت کردند و تجربیاتی را که از کشورهای مختلف جمع آوری شده بود ارائه دادند. نکته ی برجسته اش این بود که حق انتخاب یکی از چیزهایی است که در اکثر کشورها، سازمان های بیمه گر برای خرید راهبردی از آن استفاده می کنند، به این معنا که در واقع تصمیم گیری کنند براساس مجموع آن چهار سوال اصلی که خدمات راهبردی خود را از کجا خریداری کنند.

دکتر اجل لوئیان در یک قسمت پیشنهاداتی ارائه دادند و در قسمت دیگر اقداماتی را که برای کنترل هزینه ی بیمه نیروهای مسلح انجام داده اند تشریح کردند. در قسمتی دیگر در مورد تولید منابعی که روی آن کار کرده بودند و ماحصل آن کاهش تاخیر پرداختی بود توضیح دادند.

دکتر احمد زاده در مورد نسل آینده ی نظام های اطلاعاتی سلامت و مقدمه ای از Lean Management ارائه کردند و با توجه به Lean Management اشاره ای به بحث Process Mining داشتند که بحث جدیدی است و یکی دوتا مثال عملیاتی هم زدند و گفتند که با توجه به مجموعه این صحبت ها اگر که یک HIS خوبی را بخواهیم در نظر بگیریم این HIS باید ما را قادر کند که بهبود کیفیت و Process Aware HIS داشته باشیم یعنی HIS که بر روی فرایندها تسلط داشته باشد و بتواند Event ها را ثبت کند و از آن اطلاعات کاربردی استخراج کند.

دکتر شفیعین و آقای شریعتی یک نمونه از ابتکارات خود را در بیمارستان فیض توضیح دادند. نرم افزاری که در واقع هم در بحث اعتباربخشی و هم در سایر بخش ها توسعه پیدا کرده و تقریبا همه ی کارهای کاغذی را پوشش خواهد داد. در بحث مدیریت خطر، بهبود کیفیت، برنامه ی استراتژیک و غیره در بیمارستان استفاده می شود و توانسته در هزینه ها صرفه جویی کند. با این حساب که هم بتواند تعداد پرسنل را کاهش دهد و هم فاصله ی بین اتفاق تا بازخورد را کاهش دهد و هم اینکه بتواند عملا کارایی را افزایش دهد.

در ادامه حاضران نقطه نظرات خود را در باره مباحث ارائه شده اظهار کردند.

دکتر بهمن زیاری:

به بهانه ی اعتباربخشی هزینه های بیمارستان ها و نظام سلامت افزایش پیدا کرده است. سنجه هایی داریم که اشتباه است ولی اجرا می شود. تک تک موارد اعتباربخشی هزینه های زیادی را تحمیل می کند. آموزش به بیمار هزینه های زیادی دارد در حالی که بیمارستان فقط در زمینه ی مراقبت از بیمار و مراقبت در منزل باید بیمار و همراه را توانمند کند. دفاتر بهبود کیفیت تولید کننده ی چک لیست، فرم و داده هایی هستند که جاهای دیگر ثبت شده اند و مجدداً ثبت می شوند. آموزش به بیمار ابتدا وظیفه ی نظام سلامت است و بعد وظیفه ی بیمارستان. سازمان های بیمه گر باید بیمه شوندگان را توانمند کنند.

پرستاران بیمارستان ها به دلیل حجم کار اضافی که دارند بسیار بی انگیزه اند. در مدیریت بالینی و مدیریت ترالی احیا مقدار زیادی پرت نیروی انسانی و بارکاری اضافی روی دوش پرسنل پرستاری داریم، زیرا در هر شیفت باید ترالی احیا چک شود و داروها و لوازم بررسی شوند. پرستار و مسئول بخش چک نمی کنند ولی تیک می زنند چون دستورالعمل اشتباه است. در تمامی دنیا فقط پلمپ ترالی احیا چک می شود.

موضوع دیگر MIS بیمارستان هاست، داده های زیادی ثبت می شوند ولی مورد استفاده قرار نمی گیرند. این نرم افزارهای متعددی که از دانشگاه می آیند و استفاده نمی شوند تحمیلی هستند. در مورد تریاژ، در هیچ کجای دنیا دیتاهای تمامی بیمارانی که وارد بیمارستان می شوند ثبت نمی شود. حجم کار بسیار بالایی به پرسنل تحمیل می شود. نیازی نیست برای تمامی بیمارانی که وارد بیمارستان می شوند فرم تریاژ پر شود. اگر در این موارد صرفه جویی شود، حجم کار پرستاری کاهش می یابد و هزینه ها بسیار می یابند.

دکتر اصلانی (تجارب کنترل هزینه ها در بخش دارویی بیمارستانها):

- ارزش بازار سلامت جهان در سال ۲۰۱۶ حدود ۸۵۰۰ میلیارد دلار بوده است و ارزش بازار دارو حدود ۱۲۰۰ میلیارد دلار بوده است. ارزش بازار سلامت ایران حدود ۳۳ میلیارد دلار و ارزش بازار دارو حدود ۴ میلیارد دلار است. در سال ۲۰۱۶ کل ارزش سبد دارو در کشور حدود ۱۶ هزار میلیارد تومان بوده است که از این مبلغ حدود ۹۶٪ آن را داخل کشور تولید می کنیم و ۴٪ مابقی را وارد می کنیم. ۹۶٪ تولیدی در کشور ارزش حدود ۶۵٪ مبلغ سبد دارویی است و ۴٪ وارداتی ۳۵٪ ارزش سبد دارویی را تشکیل می دهد.
- برای کنترل هزینه ها بخشی که در سازمان غذا و دارو معاونت های غذا و دارو دانشگاه ها هست این است که در تامین دارو تجهیزات ورود پیدا کنند. وضعیت دارو دوباره به سال ۹۲-۹۱ برمی گردد و این شرایط مناسبی نیست و

مدیران بیمارستان ها و مسئولان بیمه باید به این بحث توجه داشته باشند که بتوانند نقدینگی مورد نیاز صنعت دارو را تامین کنند.

- در بحث تامین دارو و تجهیزات روش های خرید متعددی هست به صورت متمرکز، نیمه متمرکز و غیر متمرکز. برنامه ای که دارند روش خرید نیمه متمرکز است که به این صورت است که قیمت دارو توسط ستاد کشف می شود و در تعامل مستقیم به بیمارستان اعلام می شود که قیمت پیشنهادی چه مقدار است و شرایط پرداخت چگونه است و خود بیمارستان درگیر خرید می شود.

- از ۳۷ بیمارستان دانشگاه، ۱۲ بیمارستان خودگردان هستند، ۴ بیمارستان از طریق داروخانه های آموزشی ساپورت می شوند (دکتر حسن زاده) و ۲۱ بیمارستان نیز برونسپاری شده اند. از نظر کیفیت دارو، هزینه های داروهای داخل کشور ۱۱ برابر کمتر از داروهای خارجی است اما کیفیت آن ها تفاوتی ندارد. هر دارویی که در داخل تولید می شود باید به فارماکوپه های جهانی همخوانی داشته باشد.

- در بخش مصرف و تجویز دارو یک کمیته ی دانشگاهی وجود دارد که از سال ۱۳۷۳ فعال شده و سالانه ۴-۶ میلیون نسخه را بررسی می کنند که این نسخه ها سال قبل نوشته شده اند. قرار است کمیته ی تجویز و مصرف منطقی داروها به داخل بیمارستان ها و شبکه ها برده شود که موارد در همانجا بررسی شوند و به پزشک تذکر داده شود.

- در ارتباط با اجرای گایدلاین ها حدوداً ۲۰۰ گایدلاین به معاونت درمان دانشگاه ابلاغ شده است که دو مورد از آنها در طی دو سال اخیر اجرا شده اند. IVIG و آلبومین در چهار بیمارستان دانشگاه اجرا شده اند و حدود ۲/۵ میلیارد تومان صرفه جویی اتفاق افتاده است. آموزش بیمار نیز نقش به سزایی در مصرف و کنترل هزینه ها خواهد داشت.

- **دکتر فرامرزى (تجارب موفق بیمه سلامت شهر کرد):**

در سال ۱۳۹۵ کمیته ی تحلیل هزینه ها در مدیریت درمان استان چهار محال و بختیاری با همکاری دانشگاه علوم پزشکی راه اندازی شد. ۵۰ عامل پرهزینه که بر دوش بیمه سلامت در استان شناسایی و یک الگوریتم در سه فصل بستری، سرپایی و دارو و تجهیزات طراحی شد. در مقایسه ای که سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۵ انجام شده است با یک اقدام کوچک و نشست های علمی و تخصصی توانستند ۶ میلیارد تومان در عرض شش ماه اول سال ۱۳۹۶ کاهش هزینه داشته باشند.

تجربه ی دوم استان چهارمحال بختیاری، حدود دو سال پیش مرکز رادیوترابی خصوصی پارسیان تقاضای انعقاد قرارداد با بیمه سلامت کرده بود. بیمه سلامت با تعرفه دولتی با مرکز رادیوترابی قرارداد بستند و پرداختی آنها خارج از نوبت صورت می گرفت و همکاری خوبی داشتند. براساس لیست اسامی این مرکز، ۳۵٪ مراجعه کنندگان به این مرکز از اصفهان هستند.

دکتر معمار زاده:

دولت ها برای تداوم به دو چیز احتیاج دارند یکی امنیت و دیگری تامین سلامت مردم. در ماه های آینده با بازگشت تحریم ها، بیمارستان ها یکی از مهم ترین جاهایی هستند که آسیب می بینند و مردم ناراضی می شوند در نتیجه با مدیریت سنتی و روش هایی که تاکنون بیمارستان ها اداره می شدند، در سال آینده محال است که بتوانند به کار خود ادامه دهند.

راه حل هایی که از متون روز دنیا به دست می آیند با ارزش هستند اما در کشوری که قیمت دلار امروز و فردا معلوم نیست و اقتصاد پایدار نیست، ما نیاز به مدیریت بحران و مدیریت لحظه ای داریم. پیشنهاد بعدی این است که یک کمیته ی همسویی مدیران و رؤیسان بیمارستان ها تشکیل شود و به طور هفتگی جلساتی برگزار کنند و همفکری داشته باشند و استراتژی و راه حل های واحد داشته باشند.

پیشنهاد بعدی بحث پزشک خانواده است که نظام ارجاع و ناحیه بندی شهر و کنترل مراجعات یک الزام است. زیرا دسترسی بی قید و شرط بیماران به پزشک متخصص هزینه ی بسیار بالایی را بر دوش بیمه ها گذاشته است و چون بیمه ها توانایی پرداخت ندارند از پرداختی بیمارستان ها کم می گذارند. سطح بندی باید صورت بگیرد و مشخص شود که خدمات در هر بیمارستانی از چه سطحی تا چه سطحی ارائه شود و به صورت مرکزی خدمات قابل ارائه در هر بیمارستان مشخص شود.