



واکسن کودکان نایاب شد

واکسن هایی که در برنامه ملی واکسیناسیون قرار دارند، در کشور نایاب و در بهترین حالت کمیاب شده اند و به گفته نمایندگان، ریشه مشکل به دو شرکت وارد کننده برمی گردد. سلمان اسحاقی، سخنگوی کمیسیون بهداشت مجلس از کمبود واکسن های پنتاوالان، روتاویروس و داروی ضدسل خبر داد و گفت: «این واکسن ها از سال ۱۳۹۳ در برنامه واکسیناسیون ملی قرار گرفته اند، اما دو شرکت «کی بی سی» و «بیوسان» که مسئولیت تأمین آن ها را برعهده دارند، در سال های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ به تعهدات خود عمل نکرده اند.» او ادامه داد: «اگر این روند در سال ۱۴۰۴ ادامه یابد، کمیسیون بهداشت از دادستان کل کشور می خواهد به عنوان مدعی العموم وارد عمل شود و برخورد قضایی با این شرکت ها صورت گیرد.» اسحاقی با اشاره به اهمیت تأمین به موقع واکسن ها هشدار داد: «اگر واکسن هایی مانند پنتاوالان یا ضدسل به موقع وارد نشوند، با افزایش موارد بیماری و حتی مرگ و میر مواجه خواهیم شد.» واکسن پنتاوالان از کودکان در برابر پنج بیماری کشنده (دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هیاتیت B و هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B) محافظت می کند. واکسن روتاویروس نیز مانع از اسهال شدید و کم آبی خطرناک در نوزادان و کودکان می شود. واکسن روتاویروس از روز - ۱۳ آذرماه ۱۴۰۳ به برنامه سراسری ایمن سازی کشور اضافه شد تا کودکان در برابر بیماری اسهال شدید و نیاز به بستری ایمن سازد و البته به گفته معاون بهداشت وزارت بهداشت، سالانه به پنج میلیون دوز واکسن روتاویروس نیاز است. براساس این برنامه و با انجام واکسیناسیون کودکان در برابر روتاویروس، پیش بینی می شد که سالانه حداقل از ۱۰ هزار بیماری اسهال شدید و نیاز به بستری و مرگ و میر کودکان جلوگیری شود. اما در حال حاضر با کمبود آن مواجه هستیم.

سه شنبه ۳۰ اردیبهشت ۱۴۰۴
سال چهارم، شماره ۷۹۰
www.hammihanonline.ir

www.hammihanonline.ir

شده است: «ابتدا که مرضی من تشخیص داده شد و این دارو تجویز شد یک مدل هندی در بازار بود که مدل ارزان تری بود که گرفتم و عوارض شدیدی داشت. در یک داروخانه متوجه شدم مدل اتریشی آن هم وجود دارد که آن را تهیه کردم و داروی بهتری بود. اما مدل اتریشی به راحتی پیدا نمی شود و باید داروخانه های زیادی را بگردم و بسپارم که دارو را بیاورند که قیمت اش دوم برابر نمونه هندی است. این مسئله تأثیر چشمگیری روی وضعیت بیماری ام می گذارد.»
داروی خودایمنی که ثمین مصرف می کند، تحت پوشش بیمه نیست و تنها ۱۰ درصد آن از سوی تأمین اجتماعی پرداخت می شود و این در حالی است که ثمین پیش از افزایش تعرفه جدید، برای هر سه ماه هزینه ای بین دوونیم تا سه میلیون تومان برای داروهایش پرداخت می کرده است. او معتقد است شانس و دسترسی اوسبب شده که در نهایت بتواند با یک برنامه ریزی و ارتباط با داروخانه ها داروهایش را تهیه کند. ثمین توانسته گروه تلگرامی از داروهای کمیاب را پیدا کند و یک ماه پیش از پایان داروهایش، شروع به جست وجو برای تهیه داروی جدید می کند. اما این امتیازی است که عمومیت ندارد و افراد بسیاری برای تأمین داروهای خاص با مشکلات و چالش های پیچیده ای روبه روی شوند.

حمیدرضا ادراکی، مدیرعامل بنیاد بیماری های نادر به «هم میهن» می گوید، بیمه تنها ۲۹۰ نوع بیماری را پوشش می دهد: «این در حالی است که هرچه بیماری نادرتر می شود، دارو ها گران تر و درمان سخت تر می شود. مسئله این است که وزارت بهداشت نمی تواند بودجه را متناسب با تحقیقات ما تخصیص دهد. وزارت بهداشت بودجه مشخصی را برای بیماران نادر در ابتدای سال در نظر می گیرد که تا انتهای سال ثابت است. درحالی که ما در طول سال انواع جدیدی از بیماران نادر را شناسایی می کنیم که نیازمند خدمات درمانی اند اما بودجه ای برای آنها وجود ندارد.» او معتقد است، این بیماران نیازمند بودجه شناور هستند که بتوانند از آن به موازات شناسایی بیماری جدید برای درمان استفاده کنند اما این اتفاق نمی افتد و سبب نارضایتی بیماران نادر شده است: «دارو های این بیماران عموماً از خارج کشور وارد می شود و به دلیل بالا رفتن قیمت ارز، گران تر است. بیماران در مراجعه به کمیسیون، شناسایی می شوند اما هزینه در مانی به آنها تخصیص داده نمی شود و این مسئله موجب نارضایتی شدیدی در بیماران شده است. باید بودجه جدایی برای انواع بیماری جدیدی که در طول سال شناسایی می شوند در نظر گرفته شود که شناور باشد و بتواند هزینه درمان آنها را پوشش دهد.» او مسئولیت این تخصیص بودجه را به عهده مجلس و سازمان برنامه بودجه می داند: «با وجود تعامل های صورت گرفته هنوز به نتیجه نرسیدیم. سازمان برنامه و بودجه باید این تشخیص را بدهد که شرایط این بیماران استثنایی و بحرانی است.»



محمد میر خانی
معاون امور اجتماعی و
پارلمانی سازمان نظام
پزشکی:

نظام بیمه ای ما به وظیفه خودش عمل نمی کند چون ورشکسته است. بیمه های بزرگ وعده کمک کردن در همه چیز را می دهند اما نمی توانند و این درحالی است که خود آنها در تعرفه گذاری دخیل اند. بیمه های یکی از دلایل به وجود آمدن پدیده زشت زیرمیزی هستند و تعرفه های دروغین درست می کنند

اما بخش دیگری هم درباره بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد که علی قنبری مطلق، دبیر انجمن رادیواکتولوژی ایران درباره آن به «هم میهن» می گوید: «حدود ۶۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان در ایران بعد از ابتلا به سرطان دچار هزینه های کاتاستروفیک می شوند که معنی آن این است که بیش از یک سوم هزینه های خانواده صرف تشخیص و درمان این بیماری می شود.» او از کمبود برخی خدمات پزشکی برای بیماران مبتلا به سرطان انتقاد می کند: «شیمی درمانی خوب در کشور توسعه پیدا کرده اما خدمات رادیوتراپی بیماران دسترسی خوبی ندارند. حتی در برخی از مراکز استان ها هم مراکز ارائه دهنده خدمات رادیوتراپی نداریم؛ اگر طبق سند شبکه مراقبت سرطان که چندسال پیش در وزارت بهداشت تدوین کردیم، عمل می شد، الان وضعیت بهتری داشتیم و امیدوارم در دولت فعلی شاخص هایی که در آن سند دیده شده، به آن دست پیدا کنیم.» قنبری مطلق دسترسی به خدمات پزشکی را مسئله ای مهم در درمان بیماران می داند: «اگر در شهرتان این خدمات را داشته باشید، می توانید در بخش دولتی با هزینه خیلی کمتر این خدمات را دریافت کنید. هزینه های رفت و آمد و ماندن در شهر و استان دیگر را هم نمی پردازید.» مسئله دیگری که می تواند موجب افزایش هزینه شود، تأخیر در تشخیص است: «موضوعی که نتیجه سرانجام بیمار را خراب کند، لاجرم هزینه آن را بالا می برد. یعنی اگر درمانی را انجام دهید، اما در زمان مشخص نباشد به این معنی است که در آینده به درمان های بیشتری نیاز خواهید داشت به خصوص سرطان که مشی עודکننده دارد.»

او هم مانند بسیاری دیگر از کارشناسان، تورم کلی موجود در جامعه را عامل افزایش هزینه تعرفه های سلامت می داند و راه حل این مسئله را اختصاص بارانه دولتی می داند: «راه حل این است که دولت به صورت خاص، برای دارو ها و تجهیزات بارانه پرداخت کند. متأسفانه در سال گذشته تجهیزات سرمایه ای و امسال هم تجهیزات مصرفی از شمول ارز دولتی خارج شده اند هر چند قول هایی داده شده که این مابه التفاوت جبران شود ولی بسیار کار سختی است که این جبران به درستی صورت بگیرد. خدمات سلامت به همان دلیلی گران می شود که همه چیز دچار تورم می شود و این اصولاً اجتناب ناپذیر است و اگر بخواهیم این مسیر را اصلاح کنیم، باید سیاست های کلی خود را تغییر دهیم.»

مطلق بر این باور است که افزایش هزینه های سلامت در سال های گذشته غیر از دارو عمدتاً در بخش خصوصی بوده و درباره تأثیر افزایش قیمت دارو بر بیماران مبتلا به سرطان می گوید: «از آنجایی که دارو های ضدسرطان عمدتاً گران هستند، حتی پرداخت ۱۰ یا ۳۰ درصد افزایش هم برای بیماران زیاد است و راه حل آن انتخاب درست دارو های اثربخش، متناسب با شرایط اقتصادی کشور و اعمال دستور العمل های دارویی است که باعث می شوند تجویز درست تری صورت گیرد.» به گفته او، افزایش هزینه های سلامت نه تنها می تواند منجر به رها کردن درمان شود، بلکه مهم تر از آن، تأخیر در تشخیص و درمان سرطان است که باعث می شود بیماران مجبور شوند همان هزینه را انجام دهند اما سودمندی لازم را از آن نبرند: «مهم ترین تأثیر افزایش هزینه سلامت می که توسط دولت جبران نشده، به تأخیر افتادن تشخیص و درمان یا دریافت خدمات با کیفیت نامناسب است.»

شناسایی بدون درمان

سند ملی بیماری های نادر در سال ۱۴۰۲ توسط بنیاد بیماری های نادر نوشته شد و تا پیش از آن، بیماران نادر تحت هیچ پوشش بیمه ای نبودند. بیمه سلامت مجری اجرای این سند است و نقش بیمه تکمیلی را برای این بیماران دارد. ابتدا تنها ۱۷ نوع بیماری نادر شناسایی شده بود اما به تدریج در طول این دو سال این عدد افزایش یافت و اکنون ۴۵۹ نوع بیماری نادر توسط کمیسیون پزشکی بنیاد بیماری های نادر شناسایی شده است. ثمین پنج سالی است که درگیر یک نوعی از بیماری های خودایمنی شده و باید دارویی به نام «موتورکسات» را مصرف کند. دارویی که برای تأمین آن با چالش های بسیاری مواجه

دستگاه دو میلیون دلاری را با تعرفه ریالی سرپا نگه دارید. زیرا زمانی که خراب می شود، تعمیرش به راحتی ممکن نیست و ما مجبوریم این افزایش را در تعرفه بگنجانیم.»
او نبود یک نظام ارزش گذاری درست را مسئله ای می داند که می تواند سلامت جامعه را در خطر قرار دهد: «اگر نظام ارزش گذاری بخواهد خیالی، دروغین و پوپولیستی باشد و هر جور که می تواند خدمت را ارزان نگه دارد، دستگاه ها مدت کوتاهی کار می کنند، سپس مجبورند از دور خارج شوند و این مسئله سلامت مردم را با خطر جدی مواجه می کند. اما زمانی مجبوریم کنترل شده قیمت را بالا ببریم و نظام بیمه ای باید افزایش را پوشش دهد.»
با این حال نظام بیمه ای هم عملکرد درستی ندارد و میر خانی بیمه ها را عامل شکل گرفتن پدیده زیرمیزی می داند: «نظام بیمه ای ما به وظیفه خودش عمل نمی کند چون ورشکسته است. بیمه های بزرگ وعده کمک کردن در همه چیز را می دهند اما نمی توانند و این در حالی است که خود آنها در تعرفه گذاری دخیل اند. بیمه های یکی از دلایل به وجود آمدن پدیده زشت زیرمیزی هستند و تعرفه های دروغین درست می کنند. کمیته بیمه ها قیمت را مشخص می کند و فشاری که به مردم می آید به دلیل عمل نکردن بیمه ها به وظایف خودشان است. اگر بیمه پوشش درستی داشته باشد، نباید چنین فشاری به مردم بیاید.»

پرداخت نشدن به موقع سهم بیمه به پزشکان و بیمارستان ها، موضوعی است که بارها از آن انتقاد شده اما به نظر می رسد همچنان هم به عنوان یکی از بزرگترین مشکلات پزشکان باقی مانده است: «بیمه های بزرگ مانند تأمین اجتماعی ماهانه پول بیمه می گیرند و همه این حق بیمه را سر ماه پرداخت می کنند اما زمانی که می خواهند پول کادر درمان را بدهند، حداقل شش ماه آن را به تعویق می اندازند. زیرا این پول ها گردش مالی و سود برای بیمه ها به همراه دارد. بسیاری از داروخانه ها به دلیل اینکه بیمه پول آنها را نداده، به تعطیلی اجباری کشیده شدند یا به سمت آزادفروشی رفتند. پزشکان تمایلی به کار کردن با بیمه ندارند، حتی اگر بیمه بخواهد اجباری با آنها کار کند؛ زیرا بیمه پول آنها را در زمان مناسب نمی دهد و به همین دلیل مجبورند با بیمار، آزاد حساب کنند و اینجاست که بیمار آسیب می بیند.» او درباره علت این موضوع می گوید: «بیمه های ما به این دلیل که با پولی که باید برای درمان خرج شود وارد صندوق های بازشتستگی می شوند، ورشکسته اند. آنها باید سال های سال پول بازشتستگی بدهند، تورم را کنترل کنند و در بسیاری مواقع محل قرض دادن به دولت ها هستند و همه این موارد آسیب رسان می شوند. زمانی که شما پول ندارید اما می خواهید در هر کاری وارد شوید، همه چیز خراب می شود.» در این میان، رنج بیماران خاص یا نادر بیشتر است: «هر چه چتر بیمه گسترده تر شود، نازک تر می شود و بر خی جاها سوراخ می شود و آنها ای که در اقلیت درمانی هستند، آسیب می بینند. زیرا بیمه باید کثرت گرا باشد و قربانیان اول، همین بیماران خاص هستند.»

راه حل، یارانه ای که نیست

بخشی از هزینه های سلامت در هیچ بخشی دیده نمی شود و آن هزینه هایی است که متأثر از بیماری بر زندگی عادی افراد تحمیل می شود؛ هزینه هایی مانند غیبت از کار، رفت و آمد به مراکز درمانی و ناتوانی هایی که به دلیل بیماری رخ می دهد. از طرف دیگر، دارو های شیمی درمانی و بعضی دارو های خاص بیماران خودایمنی باید از طریق داروخانه های خاص دریافت شود. اگر مرکزی که بیمار در آن بستری است دارو را داشته باشد، آن را تأمین سپس با بیمار حساب می کند و اگر مرکز دولتی باشد، از طریق بیمه هزینه پرداخت می شود. اما بر خی از دارو ها که حتماً باید خارج جی باشد و نمونه داخلی ندارد، متناسب با نرخ دلار و با قیمت آزاد در داروخانه های خاص توزیع می شود. پدر میلاد مبتلا به سرطان است و او برای تأمین دارو های شیمی درمانی پدرش مجبور است به داروخانه های خاص مانند ۱۳ آبان مراجعه کند. او از نبود بانک اطلاعاتی درباره موجودی این داروخانه ها گلایه می کند و به «هم میهن» می گوید: «هیچ بانک اطلاعاتی نیست که قبل از مراجعه به داروخانه بتوانید به آنجا بروید و جویا شوید که دارو در کدام داروخانه موجود است. اگر بانکی وجود داشته باشد هم ناقص است و در لحظه تغییر می کند و راهی جز مراجعه حضوری نیست.»

پروسه تحویل دارو در این داروخانه ها فرسایشی و زمان بر است: «اگر مجبور باشید نسخه آنلاین را در داروخانه های خاص خودتان تهیه کنید، باید در ساعات اولیه صبح بروید. زیرا شلوغ است و سهمیه روز دارو به سرعت تمام می شود. روند اداری برای تحویل دارو بسیار عجیب است. ابتدا باید برای دریافت نسخه در صفی بایستید، پس از آن باید در صف دیگری برای مراجعه به مسئول بیمه مستقر در مرکز پیش دارو منتظر بمانید تا نسخه شما تأیید شود. اگر بیمه نداشته باشید هم باید منتظر بمانید، داروخانه بیمه را تأیید کند و استعلامات آن را از بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی بگیرد که اصالت آن تأیید شود. پس از آن، دارو را به شما تحویل می دهند. تعداد مراکزی که این کار را انجام می دهند محدود است و در بسیاری از شهرستان ها نیست. بیماران برای دریافت دارو باید به تهران یا مراکز استان مراجعه کنند و به همین دلیل این پروسه زمان بر و فرسایشی است.» او برای دریافت یک قلم از دارو های پدرش که در بیمارستان موجود نیست، هر بار بین دو تا چهار ساعت منتظر می ماند: «مسئله این است که پدر من همراه دارد و کسی هست که می تواند کارهایش را انجام دهد اما بسیاری مواقع خود بیماران برای دریافت دارو مراجعه می کنند. آنها باید چندین ساعت با وضعیتیه که حال شان خوب نیست و حوصله ندارند، معطل دارو بایستند. شیمی درمانی