

تعمیر

دستورالعمل مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاه پزشکی ویرایش ۱,۰۰

بر مبنای گزارش مالی بیمه های پایه، حدود ۶۰ درصد از منابع مالی مربوط به تأمین خدمات آزمایشگاهی صرف خرید ۲۰ آزمایش رایج می شود و در بین این آزمایش ها، ۵ آزمایش به تنهایی بیش از ۲۵ درصد منابع را به خود اختصاص می دهند (CBC, HbA1c, Ferritin, TSH) و ویتامین D). انتخاب آزمایش و پیشنهاد روش مدیریتی در دستورالعمل پیوست با عنایت به فهرست آزمایش های پرهزینه، بررسی شواهد در سطح منابع معتبر علمی و کسب نظر مشورتی متخصصین بالینی و آزمایشگاهی منتخب در سطح ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و نیز نظرخواهی از معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی و سازمان های بیمه گر پایه بوده است.

دستورالعمل اجرایی مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاهی مربوط به تجویز تعدادی از آزمایش های پزشکی است که از طریق نظام مند کردن تجویز و یا پیشگیری از تکرار غیرضروری آنها، با کمترین ضرر و زیان به بیماران، صرفه جویی مالی در منابع نظام سلامت حاصل می شود. این اقدام ضمن بهبود بهره وری و پیشگیری از اتلاف منابع محدود مالی، امکان برنامه ریزی برای افزایش پوشش خدمات بیمه های پایه در بخش آزمایشگاهی از محل صرفه جویی را فراهم می کند. الزام درج تشخیص اولیه یا اندیکاسیون تکرار آزمایش در نسخه به طبقه بندی علل تجویز آزمایش به وسیله پزشکان معالج و یا دلیل درخواست تکرار آن کمک می کند. ثبت و بررسی سوابق نه تنها در مواردی مثل بازنگری و روزآمد کردن یا اصلاح مبتنی بر شواهد این قبیل دستورالعمل ها کاربرد دارد، بلکه در صورتی که تجویز تکرار آزمایش به دلیل تناقض نتایج آزمایشگاهی با سوابق و وضعیت بیمار انجام شود، می تواند منجر به طراحی و اجرای اقدامات مداخله ای متناسب، با کمک ذینفعان از جمله انجمنهای علمی و سازمان نظام پزشکی، گردد.

دستورالعملهای مدیریت بهره برداری مشمول بازنگری دوره ای در معاونت درمان بوده و بر مبنای نیاز و بازخوردهای دریافتی، مورد ارتقاء و اصلاح مبتنی بر شواهد قرار می گیرد.

دستورالعمل مدیریت بهره برداری از خدمات آزمایشگاه پزشکی

۱- عدم تجویز تکراری آزمایش الکتروفورز هموگلوبین (کد ۸۰۰۷۰۵) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲- عدم تجویز همزمان آزمایش الکتروفورز هموگلوبین (کد ۸۰۰۷۰۵) با آزمایشهای هموگلوبین جنینی (کد ۸۰۰۷۲۵) و هموگلوبین A2 (کد ۸۰۰۷۳۰)، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۳- عدم تجویز تکراری آزمایش هموگلوبین A2 به روش کروماتورافی ستونی (کد ۸۰۰۷۳۰) به ازاء هر کد ملی به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان اطفال و بالغین و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۴- مشروط شدن تجویز آزمایش الکتروفورزیس پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۵- عدم تجویز آزمایش الکتروفورزیس پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) بیش از چهار بار در سال برای پایش موارد بیماری مرتبط با مغز استخوان (مثل میلوم مالتیپل)، به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و فوق تخصص گوارش و نفرولوژی و روماتولوژی و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۶- عدم تجویز آزمایش الکتروفورزیس لیپوپروتئینهای سرم (کد ۸۰۰۷۵۰) به استثنای بیماری های ارثی و مادرزادی متابولیسم لیپید و مشروط به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۷- عدم تجویز آزمایش الکتروفورزیس آپولیپوپروتئین های سرم (کد ۸۰۰۷۵۵) به استثنای بیماری های ارثی و مادرزادی متابولیسم لیپید و مشروط به درج تشخیص اولیه و اندیکاسیون در نسخه.

۸- عدم تجویز همزمان آزمایش ایمونوالکتروفورزیس /ایمنوفیکساسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و ۸۰۰۷۶۱) با آزمایشهای الکتروفورزیس پروتئینهای سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۳۵ و ۸۰۰۷۴۰) بجز

مواردی که قبلاً با الکتروفورز پروتئین سرم یا ادرار وجود باند مونوکلونال یا وضعیت غیرطبیعی دیگر تشخیص داده شده باشد و به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین با ذکر اندیکاسیون در نسخه.

۹- محدودیت تجویز آزمایش ایمنو الکتروفورز/ایمنوفیکساسیون سرم و ادرار (کدهای ۸۰۰۷۶۰ و ۸۰۰۷۶۱) به حداکثر دو بار در سال و مشروط به درج اندیکاسیون در نسخه.

۱۰- عدم تجویز آزمایش تکراری فریتین سرم (کد ۸۰۱۱۷۰) به فاصله کمتر از چهار ماه از آزمایش قبلی و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۱- مشروط شدن تجویز آزمایش CMV Ag به روش ایمنوفلورسانس (کد ۸۰۳۶۵۰) به درج تشخیص اولیه و عدم تجویز خارج از چارچوب راهنمای پیوند به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین و عفونی.

۱۲- مشروط شدن تجویز آزمایش تعیین بار ویروس CMV به روش PCR (کد ۸۰۵۰۸۳) به درج تشخیص اولیه و عدم تجویز خارج از چارچوب راهنمای پیوند. به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص خون و سرطان بالغین، و عفونی.

۱۳- عدم تجویز آزمایش تکراری TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) به فاصله کمتر از ۱۲ هفته از آزمایش قبلی بجز موارد عدم ثبات عملکرد تیروئیدی در حین دارودرمانی، تیروتوکسیکوز، هیپوتیروئیدی و اندوکرینوپاتی های همزمان با نظر فوق تخصص غدد با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه (در صورت طبیعی شدن سطح TSH، سالانه یکبار تجویز و پذیرش شود).

۱۴- عدم تجویز همزمان آزمایشهای غربالگری عملکرد تیروئیدی بجز "تیروکسین (کد ۸۰۱۴۰۵) و TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) همزمان" یا "TSH (کد ۸۰۱۴۱۵) و تیروکسین آزاد (کد ۸۰۱۴۲۵) همزمان" (غربالگری برای تشخیص کم کاری یا پرکاری تیروئید). به استثنای دستور پزشکان فوق تخصص غدد با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۵- عدم تجویز تکرار آزمایش ویتامین D3 25-Hydroxy Vitamin (کد ۸۰۱۵۱۰) و آزمایش ویتامین ۱،۲۵-Dihydroxy Vitamin D3 (کدهای ۸۰۱۵۱۵) بجز با دستور پزشک فوق تخصص غدد (مثل درمان تهاجمی، عدم پاسخ به درمان، هیپر کلسمی و کاهش فعالیت کلیه، سارکوئیدوز و لنفوم) با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۶- محدودیت تجویز آزمایش PSA (کد ۸۰۱۸۲۰) به مردان بالای ۵۰ سال و یکبار در سال (در مورد کسانی که برادر، پدر و عموی مبتلا به کانسر پروستات دارند این محدودیت ۴۰ سال به بالا است با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه).

۱۷- محدودیت تجویز برای تکرار آزمایش PSA (کد ۸۰۱۸۲۰) به منظور پایش درمان در بیمار مبتلا به سرطان پروستات به تعداد ۴ بار در سال به استثنای دستور پزشک اورولوژیست، انکولوژیست و رادیوتراپیست با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۸- عدم تجویز همزمان آزمایش "آنتی ژن P24 + آنتی بادی HIV (نسل چهارم)" (کد ۸۰۳۱۸۵) همراه با هر یک از آزمایشهای آنتی بادی HIV (نسل سه) (کد ۸۰۳۱۸۶) یا آزمایش آنتی ژن HIV- P24 (کد ۸۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۱۹- عدم تجویز همزمان آزمایش آنتی بادی HIV (نسل سه) (کد ۸۰۳۱۸۶) و آنتی ژن HIV- P24 (کد ۸۰۳۱۹۰) به استثنای دستور پزشک متخصص عفونی و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۰- عدم تجویز همزمان آزمایش HBsAg (کد ۸۰۳۲۰۵) با سایر آزمایشهای سرولوژی تشخیص هیپاتیت B بجز Total Anti-HBc (کد ۸۰۳۲۲۵) به منظور تشخیص اولیه هیپاتیت ویروسی. به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۱- عدم تجویز همزمان آزمایش HBsAb (کد ۸۰۳۲۲۰) با HBsAg (کد ۸۰۳۲۰۵) به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۲- عدم تجویز همزمان آزمایش HBsAb (کد ۸۰۳۲۲۰) در موارد مثبت HBsAg به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش با ذکر اندیکاسیون در نسخه.

۲۳- عدم تجویز آزمایشهای HBeAg (کد ۸۰۳۲۱۰) و HBeAb (کد ۸۰۳۲۱۵) برای افرادی که HBsAg آنها منفی است. به استثنای دستور پزشکان متخصص عفونی و فوق گوارش و با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.

۲۴- عدم تجویز آزمایش اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) برای افراد فاقد سابقه دیابتی.

۲۵- عدم تجویز آزمایش اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) بیش از ۴ بار در سال برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۶- عدم تجویز آزمایش اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله (کد ۸۰۰۸۰۰) به فاصله کمتر از سه ماه از آزمایش قبلی برای پایش درمان افراد دیابتی.

۲۷- عدم تجویز آزمایش های پروفایل لیپید {تری گلیسرید (کد ۸۰۰۴۳۰)، کلسترول توتال (کد ۸۰۰۴۳۵)، کلسترول LDL (کد ۸۰۰۴۴۵)، کلسترول HDL (کد ۸۰۰۴۴۰)} بیش از یک بار در هر پنج سال بجز در برنامه های مراقبت ملی در حوزه بهداشت، موارد تحت درمان که با داروهای پایین آورنده چربی سطح آنالیت مورد اندازه گیری پایدار نشود، واکنش ناسازگاری با دارو (Adverse effect) و یا پانکراتیت. در موارد ذکر شده حداکثر چهار بار در سال با ذکر اندیکاسیون تکرار در نسخه.
