

درمان

عدالت درمانی به معنای پرداخت کمتر از جیب بیمه شدگان

آیا تمام مراکز درمانی کشور موظف به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه هستند؟

مراکز درمانی بخش خصوصی هنوز رغبت چندانی به پذیرش بیمه‌های پایه و به‌خصوص بیمه پایه تأمین اجتماعی ندارند و معمولاً هنگام مراجعه کارگران می‌گویند ما با بیمه تأمین اجتماعی قرارداد نداریم.



دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، ارتش و ارگان‌های مسلح، وزارت نفت و بانک‌های دولتی کشور، موظف به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه هستند. در کل، شبکه درمان متصل به بودجه عمومی، موظف به پذیرش بیمه‌های پایه‌اند و نمی‌توانند بگویند ما بیمه‌های پایه مراجعان درمان را نمی‌پذیریم.

افزود: «مراکز درمانی سراسر کشور که از بودجه عمومی استفاده می‌کنند، به‌طور جدی موظف به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه هستند و در هر شرایطی باید بیمه‌های پایه را بپذیرند، حتی به بهانه عدم پرداخت مطالبات از سوی بیمه‌گرا، نمی‌توانند از این پذیرش سرباز زنند؛ چراکه با آن‌ها برخورد خواهد شد.»

حیدری به نمونه‌هایی در استان‌های اصفهان و مازندران در سال‌های قبل اشاره کرد که برخی مراکز درمانی دولتی در این استان‌ها اعلام کرده بودند چون مطالبات خود را دریافت نکردیم از پذیرش بیمه‌شدگان معذوریم! او تأکید کرد: «با این مراکز برخورد و مجبور شدند بیمه‌شدگان را بپذیرند. در واقع مراکز درمانی متصل به بودجه عمومی، نمی‌توانند به هیچ دلیلی از پذیرش بیمه‌شدگان صندوق‌های مختلف استنکاف ورزند.»

به گفته این کارشناس رفاه، اجرای سفت و سخت قانون در مورد الزام مراکز درمانی غیردولتی به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه، می‌تواند تأثیر زیادی در سطح برخورداری بیمه‌شدگان از خدمات درمانی و تسهیل دسترسی به این خدمات در نقاط مختلف کشور داشته باشد.

حیدری تأکید کرد: «اگر در اجرای این قانون جدیت باشد و تمدید قرارداد مراکز غیردولتی منوط به رعایت این الزام نشود، یک گام بزرگ در جهت افزایش سطح دسترسی بیمه‌شدگان برداشته شده است. در عین حال، افزایش سطح دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات درمانی منجر به بهبود سطح رفاهی جامعه می‌شود.»

حیدری با اشاره به این نکته که بیمه‌شدگان باید بتوانند از نزدیک‌ترین و در دسترس‌ترین مراکز درمانی خدمات بگیرند، گفت: «فرض کنید یک بازنشسته در یک نقطه از شهر ساکن است، اما مرکز درمانی نزدیک این فرد با بیمه پایه قرارداد ندارد. او مجبور است برای بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای به یک مرکز درمانی دور در آن سوی شهر برود. این شرایط نشانه سطح دسترسی پایین به خدمات درمانی و صرف هزینه و وقت برای بازنشسته است و در دسرهای ناشی از بیماری را در تردهای طولانی تشدید می‌کند. بیمه‌شده باید بتواند خدمات درمانی تحت پوشش بیمه را از نزدیک‌ترین مرکز درمانی دریافت کند.»

تأپیش از این، بسیاری از مراکز درمانی غیردولتی به‌ویژه در بخش خصوصی، بیماران بیمه‌شده را پذیرش نمی‌کردند. در مواردی بیمه‌شده به‌رغم پرداخت ماه‌ها و سال‌ها حق بیمه، از آنجایی که در چنگال دردناک بیماری اسیر بود و نمی‌توانست در جست‌وجوی یک مرکز درمانی طرف قرارداد، کیلومترها راهپیمایی کند، تن به پذیرش آزاد در مرکز درمانی می‌داد و مبالغ هنگفتی هزینه صرف می‌کرد. حالا امید است با اجرای جزء «۶» بند «الف» ماده (۶۹) برنامه هفتم توسعه از فروردین‌ماه سال آینده، این شرایط تغییر کند، تمام مراکز درمانی بدون استثنا مجبور به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه شوند و با افزایش سطح دسترسی و بهبود شاخص‌های عدالت درمانی، پرداخت از جیب بیمه‌شدگان به میزان قابل توجهی کاهش یابد.

اختصاص یک بند از برنامه هفتم توسعه به «همکاری مراکز درمانی و بیمه‌های پایه» را باید تأکید موکد بر امری دانست که پیش از آن در قالب قانون بودجه امسال الزام شده بود. با وجود این تأکید به گفته علیرضا حیدری، کارشناس رفاه و تأمین اجتماعی،

جامعه را با تسهیل فرایندهای ثبت‌نام (از قبیل ایجاد ابزارهای الکترونیک جهت صدور بیمه‌نامه) فراهم کند.» ردیف ۵ تأکید دارد: «راائه بسته خدمات پایه برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع در دهک‌های (۱) تا (۳) قرار می‌گیرند به‌صورت رایگان خواهد بود.»

براساس ردیف ۶ بند «ل» تبصره (۱۷) قانون بودجه سال جاری، بیمه‌ها موظف به فراهم آوردن زیرساخت‌های مورد نیاز برای «تسخ الکترونیک» هستند. در واقع همکاری مراکز درمانی کشور با بیمه‌های پایه منوط به الکترونیکی شدن نسخه‌های درمانی است. به‌طوری‌که در این بند گفته شده: «در راستای اجرای بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، کلیه شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان اعم از دولتی و غیردولتی مکلف‌اند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در گاه پرونده الکترونیک بیمار و پزشک را (مبتنی بر نسخ الکترونیک بیمه‌ای) ظرف سه‌ماه از ابلاغ این قانون عملیاتی کرده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت و بیمه‌شدگان قرار دهند.»

الزام به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه در برنامه هفتم توسعه

به این ترتیب، بند «ل» و بند الحاقی «۱» تبصره «۱۷» ماده واحده لایحه بودجه سال ۱۴۰۲، ساختار کلی همکاری بیمه‌های پایه با مراکز درمانی کشور را با جزئیات کامل تعریف کرده، اما الزام مراکز درمانی به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه فقط محدود به قانون بودجه سال جاری نیست. بندی از برنامه هفتم توسعه مصوب مجلس شورای اسلامی نیز به این مهم اختصاص دارد. ۲۵ مهرماه سال جاری، نمایندگان مجلس در جلسه علنی نوبت صبح، در ادامه بررسی جزئیات لایحه برنامه هفتم، جزء «۶» بند «الف» ماده (۶۹) این لایحه را تصویب کردند.

بر اساس این مصوبه: «از سال اول اجرای این قانون کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی حسب درخواست بنابین سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به‌صورت الکترونیکي هستند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف شش‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر راهکار مدیریت شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری و قطعی اینترنت، حمایت‌ها، مشوق‌ها، ترک فعل و سوءاستفاده را تدوین کند و به تصویب هیأت وزیران برساند.»

در همان روز تصویب این بند، بحث‌های بسیاری در صحن مجلس در گرفت؛ آیا همه مراکز درمانی باید ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه باشند یا مراکز خصوصی و یا مثلاً خیریه مستثنی شوند؟ آیا مراکز خاصی و متخلف باید جریمه شوند و به‌جز عدم تمدید قرارداد، خسارت بپردازند و در نهایت اینکه، راهکارهای اجرایی این الزام چگونه باید باشد.

داود منظور، رئیس سازمان برنامه و بودجه در موافقت با این حکم گفت: «این حکم در لایحه آمده بود، اما در کمیسیون تلفیق تغییری داشت. این مسئله برای حل مشکل تأمین بیمه درمان همه مردم بسیار مهم و اثرگذار است. اسماًل در بودجه سال ۱۴۰۲ رقم ۵ هزار میلیارد تومان برای توسعه بیمه درمان پایه اختصاص داده شد. با این وجود در بسیاری از بیمارستان‌های غیردولتی، دفترچه‌های بیمه پایه (تأمین اجتماعی و سلامت) را نمی‌پذیرند. در این جزء آورده‌ایم که همه مراکز درمانی غیردولتی باید با سازمان‌های بیمه‌گر پایه



احمد مقدم طاری

تمام ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کشور ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه هستند؛ به این معنا که عدول یک مرکز درمانی از این الزام، به عدم صدور مجوز آن مرکز می‌انجامد.

«الزام عقد قرارداد مراکز درمانی با سازمان‌های بیمه‌گر پایه» قانونی تلقی می‌شود که در راستای اجرای بند «ل» تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۲، از تاریخ ۴ تیرماه سال ۱۴۰۲ به موجب ابلاغ آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور لازم‌الاجرا شده است.

در این ابلاغیه آمده: «با اجرای بند «ل» تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۲، صدور و تمدید کلیه مجوزهای قانونی صادرشده حرف و مراکز پزشکی منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه شد. به موجب این قانون، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه هستند.» در ادامه ارائه مدارک دال بر عقد قرارداد با بیمه‌های پایه به‌عنوان اسناد لازم برای تمدید مجوز مراکز درمانی کشور دانسته شده: «شایان ذکر است به جهت اجرای صحیح این بخشنامه لازم است عقد قرارداد با بیمه‌های پایه در زمان صدور و تمدید پروانه‌های بهره‌برداری مراکز و مؤسسات پزشکی، مورد توجه گیرندگان و ارائه‌دهندگان این خدمت، به‌عنوان مدرک مثبته در یافت مجوز قرار گیرد.»

مراکز درمانی کشور فارغ از اینکه زیرمجموعه کدام بخش درمان هستند (عمومی، دولتی و یا خصوصی) باید با تمام بیمه‌گرهای پایه قرارداد داشته باشند و نمی‌توانند به هیچ بهانه‌ای از پذیرش بیمه پایه خودداری کنند. هدف از این الزام قانونی، «رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شدگان» عنوان شده است.

الزام به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه در قانون بودجه

در اسفندماه سال ۱۴۰۱، بهارستان نشینان با بند «ل» و بند الحاقی «۱» تبصره (۱۷) ماده واحده لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ موافقت کردند. براساس این بند: «به‌منظور رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شدگان، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی) اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه هستند. کلیه دستگاه‌های مجوزدهنده ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف‌اند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی کنند.»

همچنین طبق این بند قانونی، بیمه‌گراها تکالیفی در قبال مراکز درمانی کشور اعم از داروخانه‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی دارند. در ردیف یک بند «ل» از قانون بودجه سال ۱۴۰۲ آمده: «بیمه‌های درمانی مکلف به پرداخت مطالبات مراکز و حرف طسرف قرارداد حداکثر ظرف یک‌ماه از زمان دریافت اسناد و مدارک هستند.» در واقع اگر بیمه‌ها، مطالبات مراکز درمانی را حداکثر یک ماه بعد از دریافت اسناد و مدارک یا همان صورت حساب‌ها، نپردازند تخلف صورت گرفته است. ردیف ۴ این بند می‌گوید: «سازمان بیمه سلامت موظف است که شرایط لازم جهت اجرای بیمه همگانی برای کلیه افراد



نکته



هوش مصنوعی و تشخیص سرطان

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران با تأکید بر اهمیت استفاده از هوش مصنوعی در تشخیص زودهنگام بیماری‌های مختلف از جمله سرطان‌ها گفت: «با استفاده از هوش مصنوعی می‌توان سرطان‌ها را درحالی که هنوز چندان پیشرفته نشده و درمان آن‌ها در زمان کمتر و با هزینه کمتری انجام می‌شود، کنترل کرد. همان‌طور که در بیمارستان امام خمینی (ره) تصاویر ماموگرافی توسط هوش مصنوعی آنالیز می‌شود.»

حسین قناعتی درباره اقدامات دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه هوش مصنوعی توضیح داد: «هوش مصنوعی تغییرات زیادی را در زندگی بشر ایجاد کرده است. همان‌گونه که در حال حاضر با یک گوشی همراه تمام کارهای خود را انجام می‌دهیم، در آینده نیز هوش مصنوعی در بسیاری از امور نقش آفرینی خواهد کرد. هم‌اکنون کشور ما بر خلاف اینکه در بسیاری زمینه‌ها همچون «نانو» دارای رتبه بالایی است، اما در زمینه هوش مصنوعی در دنیا رتبه زیر ۷۰ و در منطقه رتبه ۱۱ را در اختیار داریم. در این زمینه باید تلاش بیشتری داشته باشیم تا دانشگاه علوم پزشکی تهران با پیاده‌سازی برنامه‌ها بتواند هوش مصنوعی را به کار گیرد.

او با اشاره به اینکه در ایران از هوش مصنوعی در برخی زمینه‌ها استفاده عملیاتی شده، گفت: «در بیمارستان امام خمینی (ره) تصاویر ماموگرافی برای تشخیص سرطان سینه توسط هوش مصنوعی آنالیز می‌شود. سپس رادیولوژیست آن را بررسی می‌کند. این کار موجب شده تا دقت کار و میزان آشکارسازی سرطان و همچنین بهره اقتصادی و اجتماعی افزایش یابد؛ چراکه با شناسایی و آشکارسازی زودهنگام سرطان در یک خانم که بیماری‌اش در مراحل اولیه قرار دارد، می‌توان آن را با هزینه کمتر و به‌صورت دائمی درمان کرد. اما چنانچه این درمان دیرتر پیگیری شود و فرد در مراحل پیشرفته بیماری برای درمان همان مراجعه کند، باید میلیاردها تومان جهت درمان هزینه کرد. از طرفی در چنین شرایطی میزان مؤثر بودن هزینه‌ها چشمگیر نیست و مرگومیرها افزایش می‌یابد. بنابراین استفاده از هوش مصنوعی، یک سرمایه‌گذاری بزرگ محسوب می‌شود.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده از هوش مصنوعی در زمینه‌های دیگر را نیز ممکن دانست و گفت: «هوش مصنوعی در زمینه‌های جمع اطلاعات، کمک به مدیریت، آنالیز داده‌ها، خودمراقبتی بیماران آلزایمری، نگهداری و بررسی رشد کودک و مطالعه، رشد مادر باردار، مراحل مراقبت او... کارپردی و تأثیرگذار است. همچنین هوش مصنوعی می‌تواند در بیمارستان و بخش‌ای سی‌یو در کنار پرستار به‌صورت ۲۴ ساعته از بیماران مراقبت کند و هر نوع بی‌نظمی در ضرابان قلب بیمار را سریع اطلاع دهد. در حالی که پرستار وقتی در آی‌سی‌یو ۱۰ بیمار دارد، رسیدگی هم‌زمان به آن‌ها مشکل است. بنابر این هوش مصنوعی تأثیر مهمی در پزشکی دارد.

او افزود: «هوش مصنوعی در زمینه تحقیقات دارویی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است. احتمال دارد برخی تحقیقات به ۱۰ سال زمان و هزینه‌های بالا نیاز داشته باشند، ولی هوش مصنوعی می‌تواند هم این مسیر را کوتاه کند و هم در صورت وجود خطر، دستور توقف دهد که با این شرایط در زمان و هزینه صرفه‌جویی می‌شود. قناعتی ادامه داد: «دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه هوش مصنوعی برنامه‌ریزی‌های بسیار زیادی داشته و مسئولیت راه‌اندازی آن را به یک گروه در دانشکده‌های فناوری نوین واگذار کرده است. امیدواریم این دانشگاه به یک مرکز جامع هوش مصنوعی در نظام سلامت تبدیل شود و بتواند هوش مصنوعی را در نظام سلامت رهبری و هدایت کند.

او با تأکید دوباره بر کاربرد هوش مصنوعی در زمینه‌های مختلف شناسایی سرطان، گفت: «هوش مصنوعی در کمک به رادیولوژیست، ابتدا با بررسی عکس نقاط مشکوک را مشخص و اندازه‌گیری می‌کند. نقاطی که شاید اصلاً با چشم رادیولوژیست دیده نشود. پس از بررسی حجم ضایعه سرطانی توسط هوش مصنوعی تشخیص داده می‌شود. در واقع این ابزار می‌تواند آنچه انسان انجام می‌دهد را شناسایی و سپس اجرایی کند.