

از صف‌های طولانی تا نوبت‌گیری آنلاین

بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی اکنون می‌توانند بدون مراجعه حضوری، خدمات درمانی و دارویی را در بستر اینترنت دریافت کنند



جغرافیایی، بافت فرهنگی و سن مراجعه‌کننده، متفاوت است؛ به‌نحوی که در برخی مناطق، ۹۰ درصد نوبت‌ها و برخی دیگر کمتر از ۲۰ درصد نوبت‌ها به‌صورت غیرحضوری اخذ می‌شود.

صدور نسخه الکترونیک

پس از مراجعه بیماران به پزشک، نسخه آن‌ها به‌صورت الکترونیک صادر می‌شود. در ادامه این روند، نسخه بیمار به‌صورت الکترونیک به داروخانه ارسال شده و در لیست انتظار قرار می‌گیرد. با مراجعه بیمار به داروخانه در طی فراخواندن او می‌تواند داروهایش را تحویل بگیرد. همین روند در مراکز تشخیصی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی نیز به‌اجرا درمی‌آید و دستورات پزشکی به‌صورت الکترونیک در این مراکز قابل مشاهده است و بیمار با ارائه کد ملی می‌تواند از خدمات تشخیصی بهره‌مند شود.

مزایای نسخه الکترونیک

نسخه الکترونیک از طرح‌های تحول‌آفرین حوزه درمان سازمان به‌شمار می‌رود که اجرای آن بستری یکپارچه‌ای برای ارائه خدمات متمرکز و برخط با کمترین خطا برای جامعه مخاطب ایجاد کرده است. در قالب این طرح امکان بررسی سوابق بیماری افراد و ارائه خدمات درمانی و دارویی وجود دارد. در نتیجه امکان اتخاذ تصمیم‌گیری‌های درمانی برای پزشک معالج فراهم می‌شود و در عین حال ضرورت تکرار خدمات تشخیصی مانند انجام آزمایش و تهیه تصاویر رادیولوژی به‌حداقل می‌رسد. این ویژگی علاوه بر جلوگیری از اتلاف وقت درمان بیماران، نقش مؤثری در صرفه‌جویی مصارف درمانی دارد. خواش آسان نسخه‌های پزشکی و کاهش خطاهای نسخه‌پیچی یکی دیگر از مزایای مهم نسخه الکترونیک به‌شمار می‌رود. همچنین نسخه الکترونیک صرفه‌جویی قابل توجهی در میزان مصرف کاغذ و حفظ محیط زیست به‌همراه داشته است. از طرفی، استقرار این شیوه نسخه‌نویسی گام مهمی در راستای تشکیل پرونده الکترونیک سلامت به‌شمار می‌رود؛ زیرا در قالب نرم‌افزارهای نسخه الکترونیک، امکان ثبت و دسترسی به اطلاعات دارویی و درمانی بیماران فراهم و این ویژگی زیربنای ایجاد و توسعه پرونده الکترونیک محسوب می‌شود. سامانه نسخه الکترونیک طی سال‌های گذشته روند تکمیلی را طی کرده؛ به‌نحوی که مراکز درمانی و پزشکان متقاضی طرف قرارداد می‌توانند به‌صورت غیرحضوری و در قالب خدمات الکترونیک تقاضای خود را اعلام کنند و در فاصله کوتاهی به درخواست آن‌ها رسیدگی شود.

سامانه جامع بیمارستانی

پیش‌زمینه‌ی احداث نسخه الکترونیک به استقرار سامانه HIS (سیستم جامع بیمارستانی) مبتنی بر سیستم عامل ویندوز بازمی‌گردد. این سامانه برای نخستین بار در مهر سال ۱۳۹۲ در بیمارستان فیاض‌بخش به‌عنوان مرکز پایلوت طرح کلید خورد کلید خورد و تا پایان سال ۱۳۹۴ در تمامی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تأمین اجتماعی سراسر کشور، عملیاتی شد. راه‌اندازی این سیستم توانست سبب ایجاد یکپارچگی

در دسترسی به اطلاعات منسجم در زمینه خدمات بالینی و فرایندهای درمانی و نیز نظام‌مندی مسائل مالی بیمارستان‌ها شود. سامانه مذکور، کاربرد وسیعی دارد و تمامی عملکرد حوزه درمان در آن به‌ثبت می‌رسد. نسخه الکترونیک نیز در قالب این سامانه استفاده می‌شود.

خدمات الکترونیک درمان غیرمستقیم

در بخش درمان غیرمستقیم نیز در صورت مراجعه بیماران به مراکز درمانی خارج از مجموعه تأمین اجتماعی، چنانچه مرکز مورد نظر، طرف قرارداد تأمین اجتماعی باشد، پذیرش آن‌ها با زهم در قالب الکترونیک انجام می‌شود. در این مرحله ابتدا بیماران برای برخورداری از پوشش بیمه‌ای از طریق اتصال به پرتال درمان سازمان تأمین اجتماعی به نشانی darman.tamin.ir استحقاق سنجی می‌شوند. سپس خدمات ارائه شده و هزینه‌های درمان از طریق نرم‌افزارهای واسط در پرتال سازمان به‌ثبت می‌رسد. چنانکه مرکز درمانی محل مراجعه بیماران، طرف قرارداد با تأمین اجتماعی نباشد، بیمار پرداخت از جیب کرده و با ارسال مدارک پزشکی به یکی از مراکز «اسناد پزشکی» یا کارگزاری‌ها، روند رسیدگی به مدارک آن‌ها برای پرداخت هزینه‌های درمانی باز هم به شیوه الکترونیک انجام می‌شود و هزینه‌های درمان بدون نیاز به مراجعه بیمار، به‌طور خودکار به حساب او واریز می‌شود. همچنین سامانه همپوشانی درمان مستقیم و غیرمستقیم نیز وجود دارد.

پرونده الکترونیک بیماری‌های مزمن

تشکیل پرونده بیماران مزمن یکی دیگر از اشکال خدمات الکترونیک تأمین اجتماعی است. سازمان تأمین اجتماعی برای پایش سلامت بیمه‌شدگان و بازنشستگان، برای آن دسته از افرادی که به چهار بیماری شامل دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی عروقی و اعصاب‌وروان مبتلا هستند یا در معرض ریسک ابتلا قرار دارند، پرونده بیماری‌های مزمن تشکیل داده است. بیماری‌های مذکور از شایع‌ترین عوامل مرگ‌ومیر در دنیا به‌شمار می‌رود که از این میان، بیماری‌های قلبی عروقی با ۸۰ درصد علت فوتی‌ها در رأس قرار دارد. این‌درحالی است که امکان پیشگیری از وقوع چنین مشکلاتی وجود دارد؛ به‌نحوی که گفته می‌شود ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی عروقی، یک‌سوم بیماری‌های سرطانی و دیابت قابل پیشگیری و کنترل است. هرچند تشکیل پرونده بیماران مزمن از دوران قدیم در سازمان متداول شده بود و سلامت این افراد رصد می‌شد؛ اما آن زمان پرونده بیماران مذکور به‌صورت دستی تشکیل می‌شد و با استقرار سامانه HIS تشکیل پرونده بیماری‌های مزمن نیز الکترونیکی شد. اکنون تمامی بیماران مزمن در مراکز ملکی سازمان دارای پرونده هستند و ضمن برخورداری از ویژگی‌های منظم، داروهای خود را نیز با تجویز دو ماهه دریافت می‌کنند. این شیوه رسیدگی به بیماران امکان پایش سلامت افراد دچار بیماری‌های مزمن را فراهم کرده و از ایجاد مشکلات ثانویه و ثالثیه ناشی از امراض جلوگیری شده است. مصرف منطقی دارو و صرفه‌جویی قابل توجه در

هزینه‌های دارویی از دیگر پیامدهای مثبت اجرای طرح به‌شمار می‌رود.

طرح نظام ارجاع

سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان دومین ارائه‌دهنده خدمات درمانی در کشور، نقش کلیدی در اجرای نظام ارجاع بیماران دارد. این نهاد در راستای تحقق عدالت درمانی نسبت به تقویت مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش خود، آموزش نیروی انسانی و فرهنگ‌سازی در بین بیمه‌شدگان، اقدام کرده است. نظام ارجاع سیستمی است که در آن بیماران ابتدا به اولین سطح ارائه خدمات سلامت (مانند پزشکان خانواده یا مراکز بهداشتی درمانی محلی) مراجعه می‌کنند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر، توسط این مراکز به سطوح بالاتر (مانند بیمارستان‌ها یا متخصصان) ارجاع داده می‌شوند. این نظام نه‌تنها از بار مراجعات غیرضروری به مراکز تخصصی می‌کاهد، بلکه سبب توزیع عادلانه‌تر منابع و خدمات سلامت در سطح جامعه می‌شود. اجرای این طرح از ۲۱ مرداد سال ۱۳۹۳ در سازمان کلید خورد؛ اما آن زمان تشکیل پرونده‌ها به‌صورت دستی بود. از این‌رو ارجاع بیماران در قالب خدمات الکترونیک در فاز دوم طرح با استقرار سامانه HIS در مراکز ملکی، مورد توجه قرار گرفت و پس از طی شدن مراحل پایلوت از اردیبهشت سال ۱۳۹۵ در سراسر مراکز ملکی ارجاع الکترونیک بیماران در تمامی مراکز درمانی تأمین اجتماعی امکان‌پذیر شد. طی سالیان اخیر تلاش برای فراگیر شدن طرح در مراکز طرف قرارداد از طریق نسخه الکترونیک ادامه یافت و طرح نظم ارجاع از بیست و نهم بهمن سال ۱۴۰۲ در سامانه نسخه الکترونیک در کل کشور عملیاتی شد. مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی نیز با توجه به اهمیت اجرای نظام ارجاع، عملیاتی شدن این نظام را به‌عنوان یک راهبرد مدیریتی در دستور کار حوزه درمان سازمان قرار داده است. بر همین اساس، دکتر شهرام غفاری، معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی طی روزهای گذشته از اجرای طرح نظام ارجاع به‌صورت پایلوت در استان‌های تهران و البرز به‌منظور تکمیل فرایند ارجاع بیماران خبر داد. طرح مذکور که به‌عنوان یکی از طرح‌های بیست‌گانه سازمان تعریف شده با هدف ساماندهی نظام ارجاع، عملیاتی شده است. مطابق با این طرح، بیماران در فاز اول ارجاع بیماران به‌ترتیب در همان مرکز درمانی، مراکز درمانی ملکی شهرستان، مراکز ملکی سایر شهرستان‌ها/ استان همجوار براساس فاصله استان، مراکز منتخب منطقه و بیمارستان میلاد انجام می‌شود. بنا به اعلام معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی در فاز نخست این طرح، ۴۳۰ مرکز درمانی سازمان شامل ۸۰ بیمارستان و سایر مراکز درمانی هدف‌گذاری شده‌اند تا امور درمانی بیماران را در زنجیره‌ای منظم بپذیرد و تکمیل کنند. در مراحل بعدی نیز با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیماران می‌توانند از طریق ارجاع از مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی بهره‌مند شوند و در نهایت سایر مراکز بیمارستانی و تخصصی طرف قرارداد مشمول این نظام خواهند شد.

ارسال برخط مدارک بیمه تکمیلی

ارسال نسخه الکترونیک دارو و خدمات تشخیصی و دارویی بیمه‌شدگان دارای بیمه تکمیلی از دیگر امکاناتی است که سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌دهد. بنابر اعلام دامون خدابخنده، رئیس مرکز فناوری اطلاعات، آمار و محاسبات سازمان تأمین اجتماعی، به‌مهر ماه سال گذشته، فرایند تسویه حساب برخط دارو برای ارائه خدمات بیمه تکمیلی، فرایندی چند وجهی بین سازمان تأمین اجتماعی، بیمه مرکزی، بیمه‌های خصوصی و افراد تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی است که بر اساس همکاری صورت گرفته، این فرایند از سوی تأمین اجتماعی به‌طور کامل تکمیل شده و ارسال اطلاعات نسخه‌نویسی و اطلاعات نسخه‌پیچی به بیمه‌های تکمیلی از طریق سازمان به‌طور کامل به‌اجرا درآمده است. در پی این اقدام، امکان تسویه حساب دارو برای دارندگان بیمه‌های تکمیلی به‌صورت برخط (آنلاین) وجود دارد.

کمسیون‌های پزشکی

یکی دیگر از خدمات غیرحضوری حوزه درمان تأمین اجتماعی مربوط به کمسیون‌های پزشکی است. مدارک متقاضیان توسط شعب بیمه‌ای و کارگزاری‌ها جهت بررسی در سیستم تخصصی کمسیون‌ها و شوراهای پزشکی در فضای دیجیتال ارسال می‌شود و آرای نهایی نیز برای برقراری حقوق بیمه‌شدگان به‌صورت مجازی به شعب و کارگزاری‌ها فرستاده می‌شود.

درمان



A T I Y E N O

ت ن کته
P 0 1 N T

غرامت دستمزد و آرامش خاطر بیمه‌شدگان

سازمان تأمین اجتماعی، به‌عنوان بزرگ‌ترین نهاد بیمه‌ای کشور، نقشی بنیادین در صیانت از معیشت و آرامش خاطر بیمه‌شدگان ایفا می‌کند و یکی از جلوه‌های مهم این نقش، پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری است. این حمایت، زمانی به یاری بیمه‌شدگان می‌آید که بیماری توان ادامه فعالیت شغلی را از آنان سلب کرده و ضرورت استراحت و درمان را پیش رو نهاده است. در چنین روزهایی که فشار مالی می‌تواند بار مضاعفی بر رنج بیماری بیفزاید، این نهاد با پرداخت بخشی از درآمد از دست‌رفته، پشتیبانی مؤثری فراهم می‌سازد تا بیمه‌شده با دغدغه‌ای کمتر مسیر بهبودی را طی کند. مدت زمان بیماری، نخستین عامل تعیین‌کننده در نحوه بهره‌مندی از این حمایت است. چنانچه مرخصی استعلاجی سه روز یا کمتر باشد، پرداخت دستمزد معمولاً بر عهده کارفرماست؛ مگر آنکه بیمار در این مدت در مراکز درمانی بستری شود. در چنین شرایطی، با تأیید مرخصی استعلاجی توسط سازمان تأمین اجتماعی، روزهای بیماری به‌عنوان سابقه بیمه ثبت شده و غرامت دستمزد مستقیماً از سوی سازمان پرداخت می‌شود. افزون‌بر این، کارفرما همچنان ملزم است مزایایی چون سنوات، عیدی، پاداش، حق اولاد و سایر حقوق غیرمشمول بیمه را به کارگر بپردازد. اما هنگامی که مدت مرخصی از سه روز فراتر رود، مسئولیت پرداخت غرامت به‌طور کامل به سازمان تأمین اجتماعی منتقل می‌شود و بیمه‌شده می‌بایست درخواست خود را از طریق سامانه خدمات غیرحضوری این سازمان به ثبت رساند. فرایند ثبت درخواست، اگرچه ساده و شفاف است، اما بر پایه رعایت ضوابط مشخص بنا شده است. بیمه‌شده پس از ورود یا ثبت‌نام در سامانه eservices.tamin.ir، در بخش «حمایت‌های کوتاه‌مدت» گزینه «درخواست غرامت دستمزد بیماری» را برمی‌گزیند و مدارک لازم از جمله گواهی پزشکی را بارگذاری می‌کند. بسته به طول مدت استراحت، مراتب تأیید متفاوت خواهد بود: مرخصی تا هفت روز در هر نوبت یا مجموعاً پانزده روز در سال، تنها به تأیید پزشک معالج نیاز دارد؛ مرخصی بیش از پانزده روز و کمتر از شصت روز در سال، مشروط به تأیید پزشک معتمد سازمان است و استراحتی که از شصت روز فراتر رود، الزاماً باید به تصویب شورای پزشکی سازمان برسد.

این سلسله‌مراتب نظارتی، تضمینی برای صیانت از منابع و جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی است. میزان غرامت پرداختی نیز به وضعیت تأهل و تعداد افراد تحت تکفل بیمه‌شده وابسته است. بیمه‌شدگان متأهل یا دارای افراد تحت تکفل، معادل سه‌چهارم آخرین مزد یا حقوق روزانه خود را دریافت می‌کنند. در مقابل، بیمه‌شدگان مجرد و فاقد افراد تحت تکفل که درمان خود را به‌صورت سرپایی و خارج از مراکز درمانی سازمان انجام داده‌اند، دوسوم میانگین دستمزدشان را دریافت خواهند کرد و در صورت بهره‌مندی از خدمات درمانی سازمان با بستری شدن، این میزان به نصف کاهش می‌یابد. این ساختار پرداخت، تعادلی میان حمایت مالی از بیمه‌شدگان و مدیریت هزینه‌های بیمه‌ای برقرار می‌کند و در عین حال، اولویت را به کسانی می‌دهد که بار مسئولیت خانوادگی بر دوش دارند. غرامت دستمزد ایام بیماری، با جبران درآمد و ایجاد امنیت روانی، نقش حمایتی سازمان تأمین اجتماعی را در پشتیبانی از نیروی کار ایفا می‌کند.