

خرید راهبردی خدمات درمانی از سوی سازمان تأمین اجتماعی

این نسخه برای کاهش رنج بیمار است!

گزارش

سازمان تأمین اجتماعی طی سالیان گذشته همواره تلاش کرده همانند چتری از جنس آرامش بر سر بیمه‌شدگان، آسایش و امنیت آنها را در دوره اشتغال و پس از بازنشستگی تضمین کند. از جمله تعهداتی که این سازمان موظف است تا به بیمه‌شدگان ارائه دهد، خدمات درمانی است. خرید راهبردی خدمات در نظام سلامت سال‌هاست که با اهدافی چون دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی کردن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات، افزایش کارایی منابع درمان و پاسخگویی مناسب به جمعیت تحت پوشش دنبال می‌شود.



۴۹ هزار مرکز در بخش سرپایی و ۹۰۰ مرکز در بخش بستری قرار دارند. این مراکز شامل ۹۰۰ بیمارستان، ۳ هزار پلی‌کلینیک و درمانگاه، ۱۲۰ دی‌کلینیک و ۲ هزار و ۵۰۰ مرکز بهداشتی درمانی است. همچنین ۹۰۰ پزشک عمومی، ۹۰ هزار و ۵۰۰ پزشک متخصص و فوق تخصص و ۲ هزار دندانپزشک که در مجموع ۲۰ هزار پزشک و دندانپزشک را شامل می‌شود، با سازمان طرف قرارداد هستند. علاوه بر این در بخش داروخانه و پاراکلینیک نیز با ۱۳ هزار داروخانه، ۱۰ هزار مرکز تشخیصی تصویربرداری و درمانی مستقل شامل ۲ هزار و ۳۰۰ آزمایشگاه، ۲ هزار و ۳۰۰ مرکز رادیولوژی، ۵۰۰ مرکز سی‌تی‌اسکن، ۲۷۰ مرکز ام‌آر‌آی و ۲ هزار و ۹۰۰ مرکز فیزیوتراپی قرارداد منعقد شده است. شهرام غفاری، مدیر کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی، مبنای این اقدام را مصوبات شورایعالی بیمه سلامت می‌داند و می‌گوید: «تعرفه‌های درمان سالانه از سوی دبیرخانه این شورا تعیین شده و پس از تصویب هیأت‌وزیران ابلاغ می‌شود. همچنین کتابی نیز با عنوان «کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران» وجود دارد که خدمات بستری و سرپایی به صورت کدبندی و ارزش‌گذاری شده‌ا و ارائه می‌کند.» وی می‌افزاید: «چندین سال است

(۸۹) برنامه ششم توسعه اشاره کرد که طبق آن «سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای ژنریک ایران شده‌اند.» در ایران خریداران اصلی خدمات درمان در بخش سرپایی و بستری بخش دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه از جمله بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح هستند. فارغ از چالش‌ها و محدودیت‌های خرید راهبردی خدمات درمانی در نظام سلامت اعم از ضعف در کنترل تقاضاهای بالقایی، اختلال در عملکرد نظارتی و عدم وجود رویه یکپارچه و منظم در مراکز و بیمه‌گرهای مختلف، سازمان تأمین اجتماعی توانسته به عنوان بزرگ‌ترین خریدار خدمات درمانی در کشور مطرح و در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان در مراکز طرف قرارداد موفق عمل کند.

خرید خدمات درمانی به روایت آمار

اداره کل درمان غیرمستقیم معاونت درمان، تویلی‌گری خرید خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی از مؤسسات طرف قرارداد در سازمان تأمین اجتماعی را برعهده دارد و برای این منظور با ۵۰ هزار و ۶۸۵ مرکز تشخیصی، درمانی و توانبخشی قرارداد منعقد کرده است. از این میزان،

بر اساس ماده (۵۵) قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه سال ۱۳۵۴، خدمات درمانی موضوع این قانون به دو صورت انجام می‌گیرد، نخست روش مستقیم برای بیمه‌شدگانی که از پزشک، درمانگاه، بیمارستان‌ها و سایر امکانات درمانی متعلق به این سازمان به طور رایگان استفاده می‌کنند و دوم روش غیرمستقیم برای بیمه‌شدگانی که در انتخاب پزشک درمانگاه و بیمارستان، آزادی عمل دارند و سازمان تعهدات درمانی خود را از طریق خرید خدمات درمانی انجام می‌دهد.

خرید راهبردی خدمات درمانی

خرید راهبردی خدمات در بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران اینگونه تعریف شده است: «جست‌وجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقاء عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌کننده خدمات، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات، تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.» در این میان سازمان‌های بیمه‌گر بر اساس قوانین مصوب، مکلف به خرید خدمات سلامت شده‌اند که از جمله آنها می‌توان به بند (و) ماده

گزارش

کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان در حوزه درمان از جمله اهداف مهمی است که در سازمان تأمین اجتماعی دنبال می‌شود؛ به‌ویژه در سنوات اخیر اقدامات خوبی در این زمینه طراحی و عملیاتی شده است. کمالاتکه مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی یکی از اولویت‌های این سازمان را خرید راهبردی خدمات درمانی و کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان در مراکز درمانی طرف قرارداد عنوان می‌کند. میرهاشم موسوی می‌گوید: «علاوه بر ارتقاء خرید راهبردی خدمات، در بخش درمان مستقیم و مراکزملکی تأمین اجتماعی نیز کیفی‌سازی خدمات‌مورد توجه است و تلاش می‌کنیم در هر دو عرصه از ظرفیت‌ها و امکاناتی که در اختیار داریم به بهترین وجه برای خدمت به جامعه تحت پوشش استفاده کنیم.» از جمله اقدامات انجام‌شده در این زمینه می‌توان به طرح کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بابت خدمات درمانی سرپایی اشاره کرد. سازمان تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت در سال گذشته به منظور ارائه درمان رایگان به بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی تفاهمنامه‌ای امضا کردند که بر اساس آن، خدمات بستری تحت پوشش تأمین اجتماعی برای تمام بیمه‌شدگان در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی

یادداشت



حمید حاج اسماعیلی

کارشناس بازار کار

ایجاد بانک اطلاعاتی کارگاه‌ها و کارگران شاغل ضروری است

ایجاد بانک اطلاعاتی جامع و به روز تعداد کارگاه‌ها و کارگران شاغل ابزار مفیدی به منظور شناسایی وضعیت هر کارگاه و کارگران مشغول به فعالیت به شمار می‌آید. بانک اطلاعاتی کارگاه‌ها نه تنها امکان رصد مداوم نوع فعالیت، تولیدات تعداد کارگران و... را فراهم می‌کند بلکه مسئولان نظارتی و بازرسی می‌توانند با بهره‌گیری از آن در یافتن کارگران هر کارگاهی در چه شرایطی مشغول فعالیت هستند و ضمن بررسی میزان سختی و شرایط وضعیت بازار کار در هر کارگاه، از بروز بسیاری تخلفات کاری و یا احقاق حقوق کارگران جلوگیری به عمل آید. ایجاد بانک و سامانه‌های اطلاعاتی کارگاه‌ها می‌تواند تأثیری مستقیم بر کاهش لیست مشاغل سخت و زیان‌آور داشته باشد. اگر بانک جامع اطلاعاتی دقیق ایجاد شود می‌توان به موازات آن سامانه‌های تخصصی لازم به منظور تسهیل فرایند نظارت ایجاد کرد.

امروزه قریب به یک چهارم مشاغل ایران در زمره مشاغل سخت و زیان‌آور قرار دارد و این کاملاً غیرمنطقی است. راهاندازی سامانه‌های ویژه مشاغل خاص، کارفرمایان را به رفع نواقص در کارگاه‌ها وادار می‌کند و زمینه خروج بسیاری از مشاغل از لیست مشاغل سخت و زیان‌آور هموارتر می‌شود و در نهایت تلفات جانی و مالی در سطح کارگاه‌ها به طور چشمگیری کاهش خواهد یافت. اگر چه «اول ایمنی بعد کار» پیام تلنگرآمیزی است، اما به دلایلی این مفهوم در کشور در حد شعار باقی مانده است. در جوامع بین‌المللی و سال‌های اخیر نیز در ایران (به‌خصوص در کارگاه‌های عمران شهری و شهرداری‌ها) این پیام مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما متأسفانه اقدامی در این زمینه صورت نگرفته و در حد تبلیغات باقی مانده است. الزامات قانونی در این حوزه باید وجود داشته باشد؛ چرا که اگر الزام قانونی برای رعایت ایمنی بهداشت همراه با آموزش نباشد قطعاً فرهنگ ایمنی در بازار کار کشور ایجاد نمی‌شود. ایجاد مکانیسم‌های قانونی و اجرا و تضمین آنها از الزاماتی است که می‌تواند به نهاده‌ها شدن فرهنگ ایمنی و حفاظت بهداشت کار کمک کند. ماده (۸۵) قانون کار بر صیانت از نیروی انسانی و منابع مادی کشور تأکید دارد، بنابراین به منظور ایجاد فرهنگ ایمنی در کشور باید در هر دو بخش مدنظر اقداماتی صورت گیرد که ثمره آن به رونق تولید و شکوفایی بازار کار بینجامد. باید تلاش شود مکانیسم‌های نظارتی با بهره‌گیری از تجربیات کشورهای دیگر و چهار دهه داخل کشور مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرد که چرا با وجود داشتن مقررات و دستورالعمل‌های متعدد در ایران آمار بروز خسارات نیروی انسانی و سرمایه‌های مادی بر اثر حوادث بالاست. اگر به این مهم توجه و اهتمام ویژه شود، امید آن می‌رود که در آینده نزدیک با تثبیت فرهنگ ایمنی کار و کاهش خسارات ناشی از حوادث، شاهد رونق تولید و ارتقاء سطح کیفی بازار کار در کشور باشیم.

• یکشنبه ۹ مرداد ۱۴۰۱ • شماره ۳۴۴

که در کنار بیمه‌های پایه، سازمان‌های بیمه تکمیلی نیز مشغول فعالیت هستند و هزینه‌های درمان را مازاد بر آنچه بیمه پایه ارائه می‌دهد، بر اساس مفاد قرارداد با بیمارستان‌ها، مراکز تشخیصی و درمانی یا به صورت بازپرداخت هزینه‌ها تا سقف معینی به بیمه‌شدگان پرداخت می‌کنند.» پریسا بینش کارشناس اداره کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی نیز پیش از این و در گفت‌وگویی با «آتی‌نوو»، آماری از وضعیت مراکز طرف قرارداد در استان‌ها اعلام کرده که بر اساس آن استان‌های تهران، خراسان رضوی و اصفهان رادارای بیشترین مراکز درمانی طرف قرارداد هستند. با توجه به جمعیت پایتخت در شهر تهران حدود ۸ هزار مرکز طرف قرارداد به بیش از ۱۰ میلیون نفر بیمه‌شده ارائه خدمت می‌کنند و از این نظر جایگاه نخست کشوری را به خود اختصاص داده است. استان خراسان رضوی نیز با ۴ هزار و ۶۰۰ مرکز درمانی طرف قرارداد به بیش از ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار بیمه‌شده خدمات درمانی ارائه می‌کند و جایگاه دوم کشوری را به خود اختصاص داده است. همچنین استان اصفهان با ۴ هزار و ۲۰۰ مرکز درمانی طرف قرارداد بود. بیش از ۳ میلیون بیمه‌شده خدمات درمانی خود را از این مراکز دریافت می‌کنند و به این ترتیب، دارای جایگاه سوم کشوری است. از دیگر استان‌ها با بیشترین تعداد مراکز طرف قرارداد می‌توان به استان‌های فارس، مازندران و خوزستان اشاره کرد. معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ماهانه ۲ هزار میلیارد تومان هزینه جهت پرداخت اسناد پزشکی مراکز طرف قرارداد صرف می‌کند. مجموع هزینه پزشکان طرف قرارداد سرپایی کمی بیش از چهار درصد کل هزینه‌های پرداخت مطالبات را تشکیل می‌دهد. ۲۶ درصد هزینه‌ها سهم داروخانه‌های طرف قرارداد و حدود ۱۱ درصد سهم مؤسسه‌های پاراکلینیک و تصویربرداری، ۱۰ درصد سهم درمانگاه‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی سرپایی، ۳۵ درصد سهم بیمارستان‌های دانشگاهی شامل بخش‌های بستری و سرپایی، ۱۱ درصد سهم بیمارستان‌های غیردانشگاهی، سه درصد سهم بیمارستان‌های هیأت‌مدیره‌ای سازمان است. در مجموع می‌توان گفت ۵۵ درصد هزینه‌های درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی مربوط به بخش سرپایی و ۴۵ درصد به بخش بستری اختصاص می‌یابد. سالانه به طور متوسط ۵ میلیون نفر از خدمات بستری استفاده می‌کنند. با این وجود برخی بیمه‌شدگان به بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد مراجعه که با ارائه مدارک خویش به کارگزاری‌های رسمی سازمان و ارسال آن به مدیریت درمان استان‌ها، بخشی از هزینه را دریافت می‌کنند. ملاک پرداخت هزینه در واحد خسارت متفرقه، تعرفه مصوب هیأت‌وزیران در بخش دولتی است و نزدیک به ۸۰۰ میلیارد تومان صرف چنین پرداخت‌هایی می‌شود. به گفته مدیر کل درمان غیرمستقیم این سازمان، در دو ماه اول امسال فروردین و اردیبهشت‌ماه ۹۰٫۲ درصد نسخه‌نویسی پزشکان به صورت الکترونیک بوده است. همچنین ۸۶٫۲ درصد نسخ در کشور از سوی مراکز ملی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها یا مراکز به صورت الکترونیک پیچیده می‌شود که با توجه به الکترونیک شدن صدور و پیچیدن نسخ الکترونیک، پرداخت مطالبات الکترونیک به‌روز شده و تا پایان ماه بعد انجام می‌شود.

از پوشش درمان ناباروری تا حذف فرانشیز بستری سالمندان

راهکارهایی برای کاهش پرداخت از جیب بیماران

فاقد مرکز ملکی حذف شد.» وی می‌افزاید: «یکی دیگر از مصوبات این طرح، حذف فرانشیز بستری برای بیمه‌شدگان ۶۵ سال و بالاتر در تمام بیمارستان‌های دولتی -دانشگاهی است. بار مالی اجرای این طرح با توجه به جمعیت ۲ میلیونی بیمه‌شدگان سالمند، سالیانه ۲۰۰ میلیارد تومان پیش‌بینی شده و طی شش ماهه اول سال گذشته بیش از ۱۲۰ هزار پرونده بستری مشمول طرح، رسیدگی شد که مبلغ ۴۷ میلیارد تومان هزینه مزاد داشته است.» پوشش بیمه درمان ناباروری از دیگر خدمات ارزنده و حائز اهمیت سازمان تأمین اجتماعی در حمایت از بیمه‌شدگان به شمار می‌رود. طرح «پوشش بیمه‌های پایه برای خدمات نازایی و ناباروری» ۲۴ مردادماه سال ۱۴۰۰ در هیأت‌وزیران به تصویب رسید و در روز دوم شهریورماه سال گذشته از سوی محمد مخبر، معاون اول رئیس‌جمهور ابلاغ شد و به این ترتیب خدمات نازایی و ناباروری تحت پوشش بیمه‌های پایه قرار گرفت. مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی نیز در روز ششم دی‌ماه سال گذشته اعلام کرد خدمات ناباروری اعم از (ICSI)، (FET)، (IUI)، (IVF) بر اساس مصوبه هیأت‌وزیران از دوم شهریورماه سال ۱۴۰۰ بر مبنای دستورالعمل خرید راهبردی مربوطه در تعهد سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفته است. آن‌طور که مدیر کل درمان غیرمستقیم

مستقر در شهرستان‌هایی که این سازمان فاقد بیمارستان ملکی است. همچنین برای تمام بیمه‌شدگان دارای بیش از ۶۵ سال سن در تمام بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی طرف قرارداد به صورت رایگان قابل ارائه شد. حفاظت مالی از بیمه‌شدگان و مستمری‌گیران تأمین اجتماعی در راستای اصل صیانت از کرامت گروه‌های آسیب‌پذیر در مواجهه با بیماری، دسترسی عادلانه به خدمات تشخیصی و درمانی در کل کشور برای بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت، پرداخت به موقع تعهدات سازمان تأمین اجتماعی به بیمارستان‌های مجری طرح، استفاده از تمامی ظرفیت‌های کشور در حوزه درمان، توسعه پوشش و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی از جمله اهداف مورد نظر در این طرح است که اجرای آن از سال گذشته آغاز شده است. بینش، کارشناس اداره کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در این باره می‌گوید: «سازمان به منظور کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، ایجاد رضایتمندی، تسهیل دسترسی عادلانه به خدمات تشخیصی و درمانی و رفاه حال بیمه‌شدگان و مستمری‌گیران، طرح حفاظت مالی را از اسفندماه سال ۱۳۹۹ اجرا کرد که بر اساس آن فرانشیز خدمات بستری ارائه‌شده به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در بیمارستان‌های منتخب دولتی -دانشگاهی در شهرهای

سازمان تأمین اجتماعی گفته مطابق با آمار سال ۱۴۰۰ تعداد ۴ هزار و ۲۲۳ پرونده زوج نابارور تشکیل و بالغ بر ۸۱ میلیارد ریال هزینه برای پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری از سوی تأمین اجتماعی به مراکز طرف قرارداد داده و یاد در واحدهای خسارت‌های متفرقه بازپرداخت شده است. همچنین در مجموع، پرونده‌هایی که برای زوج‌های نابارور تشکیل شده در مجموع ۷ هزار و ۲۲۲ پرونده است که برای برخی مراحل پرداخت هنوز طی نشده است. اما در خاتمه می‌توان به رویه مدیریت درمان استان‌ها در انعقاد قرارداد با مراکز درمانی بخش‌های دولتی و خصوصی متقاضی اشاره کرد. مدیریت درمان استان‌ها، بر اساس نیاز و پس از انجام بررسی‌های لازم، منطبق با ضوابط بیمه‌ای نسبت به انعقاد قرارداد با مراکز مذکور اقدام می‌کنند. این مراکز هر چند آمادگی لازم را برای پذیرش بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی دارا هستند، اما به منظور رفاه حال بیمه‌شدگان، ارزیابی نحوه ارائه و رعایت ضوابط و مقررات به صورت دوره‌ای مورد پایش قرار می‌گیرند. در این بین، گسترش خدمات الکترونیک در تأمین اجتماعی سبب ایجاد سهولت در جذب همکاری مراکز طرف قرارداد بوده و فرایند عقد قرارداد پس از بازدید اولیه و تکمیل مدارک در سامانه مربوط، طبق ضوابط و در کوتاه‌ترین زمان ممکن انجام می‌شود.