

## گسترش پوشش بیمه‌ای دارو؛ کاهش دغدغه بیماران

دارو به عنوان تکمیل‌کننده زنجیره درمان، نقش حیاتی در تأمین سلامت بیماران دارد و سازمان تأمین اجتماعی به عنوان نهادی که بیش از نیمی از جمعیت کشور را زیر چتر حمایت خود قرار داده، برای رفاه بیمه‌شدگان بار هزینه‌های دارویی را بر دوش گرفته است؛ به نحوی که این سازمان در بخش درمان مستقیم و مراکز ملکی در کنار ارائه رایگان خدمات درمانی، داروهای مورد نیاز بیماران را نیز به‌طور رایگان در اختیارشان قرار می‌دهد. این سازمان در بخش درمان غیرمستقیم نیز با پوشش حدود ۷۰ درصدی هزینه‌های اقلام دارویی تحت پوشش، امکان دسترسی بیمه‌شدگان را به داروهای تجویزی فراهم کرده است. اهمیت پوشش بیمه‌ای هزینه‌های دارو به‌ویژه در سال‌های اخیر با گران شدن قیمت‌ها، پررنگ‌تر شده و تأمین اجتماعی برای پاسخگویی مناسب به بیمه‌شدگان دامنه پوشش داروها را گسترش داده است. باید توجه داشت، بر خوردار ی داروها از پوشش بیمه‌ای روندی است که در شورایعالی بیمه به تصویب می‌رسد. ورود دارو به لیست تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر بر اساس مصوبت کمیته تخصصی مرتبط در دبیرخانه شورایعالی بیمه با حضور متخصصان سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت، انجمن‌های علمی حوزه دارویی و سازمان نظام پزشکی تشکیل و بررسی و همچنین به عنوان طرح در شورایعالی بیمه مطرح و در نهایت تأیید هیأت وزیران اجرایی می‌شود. سازمان تأمین اجتماعی نیز در شورای تدوین تعهدات دارویی، شرکت فعال و مستمر دارد؛ به گونه‌ای که در سال‌های قبل دستورالعمل چگونگی بررسی و تحت پوشش قرار دادن دارو با در نظر گرفتن موارد اثرگذار، مانند موارد علمی، درمانی، اقتصادی، اجتماعی و... برای اولین بار از سوی این سازمان به شورایعالی بیمه ارائه و به تصویب رسید. تاکنون نیز بررسی‌های دارویی بر همان منوال البته با کمی دخل و تصرف، انجام می‌شود.

پوشش بیمه‌ای داروها، نیازمند مطالعه و بررسی‌های لازم است که بر اساس دستورالعمل‌های مصوب در شورای تدوین تعهدات دارویی کشور انجام می‌شود. از سال ۱۴۰۰ تاکنون داروهای متعددی تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر قرار گرفته که از جمله آن می‌توان به دارویی «اکرلیزوماب» و «آلمتوزوماب» در درمان بیماران مبتلا به ام اس، «پسوکوئول» در درمان قارچ سیاه بیماران مبتلا به کرونا، «سانی‌تینیب» در درمان بیماران سرطانی، «اورولیموس ۰،۲۵ و ۰،۵» و «تاکرولیموس آهسته رهش ۰،۵ میلی گرم» برای جلوگیری از رد پیوند اعضا اشاره کرد. می‌توان گفت بیش از ۷۰۰ قلم شکل -دو‌های جدید دارو که برای درمان انواع بیماری‌ها مانند پر فشاری خون به کار می‌رود و نیز اسپری‌های تنفسی، قطره‌های چشمی و... به لیست تعهدات دارویی سازمان افزوده شده است.

همچنین طرح دارو یار که از تیرماه امسال برای ساماندهی نظام دارویی کشور برنامه‌ریزی شد، برای اجرا نیازمند همکاری سازمان‌های بیمه‌ای بود و تأمین اجتماعی که همواره صیانت مالی از بیمه‌شدگان را اولویت برنامه‌های خود قرار داده، در تحقق این طرح همسو با نظام سلامت کشور در حرکت است.

بر اساس این طرح که در راستای انجام اصلاحات کلان اقتصادی دولت واقعی شدن قیمت خدمات انجام شد، یارانه دارو که بر مبنای ارز ترجیحی به واردکننده و تولیدکننده دارو و تجهیزات پزشکی تعلق می‌گرفت، حذف شد، اما برای کاهش پرداخت از جیب مردم، معادل ریالی افزایش قیمت دارو از سوی سازمان برنامه و بودجه در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد.

در قالب این طرح، مقرر شد برخی از داروها که در حال حاضر از پوشش بیمه‌ای برخوردار نیستند از طریق سیستم بیمه‌ای در اختیار بیماران قرار گرفته و هزینه آن نیز از محل منابع عمومی دولت و توسط سازمان برنامه و بودجه تأمین شود.

بر این، هزار و ۴۵۰ قلم داروی مورد تعهد سازمان تأمین اجتماعی مشمول طرح دارو یار شده و علاوه بر آن ۳۸۰ قلم داروی خارج از تعهد بیمه‌ای نیز مشمول طرح دارو یار قرار گرفته که به بیماران ارائه می‌شود.



درصد هزینه‌های بیمه‌شدگان در بخش بستری در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی را تقبل و پرداخت می‌کند. بنابراین از آنجا که ۷۰ تا ۸۰ درصد خرید خدمات در بخش بستری‌ها در مراکز دانشگاهی دولتی بوده و بیمه‌شدگان زمان مراجعه به مراکز دانشگاهی طرف قرارداد فقط ۱۰ درصد هزینه را پرداخت می‌کنند، به موجب این طرح ۱۰ درصد فرانشیز اعلامی برای سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به صفر رسیده و افراد مذکور هنگام مراجعه به بیمارستان‌های دولتی همانند مراکز ملکی از پرداخت هزینه درمان معاف هستند.

گفته می‌شود این طرح سالانه ۴۰۰ میلیارد تومان هزینه بر دوش سازمان تأمین اجتماعی می‌گذارد، اما در مقابل رضایت‌مندی جامعه مستمری بگیری و باز نشسته را به همراه داشته و گامی در راستای دسترسی برابر و عادلانه به خدمات درمانی محسوب می‌شود.

از بیماران در صورت مراجعه به مراکز دانشگاهی و دولتی از پرداخت فرانشیز معاف هستند. او همچنین ذکر این نکته را ضروری دانست که «سازمان تأمین اجتماعی در بسیاری شهرها دارای مراکز ملکی است که به بیمه‌شدگان خدمات رایگان ارائه می‌کند. در شهرهایی که سازمان فاقد مراکز درمانی ملکی است، بیمه‌شدگان از این امتیاز بهره‌مند نبودند. از آنجایی که محدودیت منابع مالی اجازه ساخت مراکز درمانی جدید را به میزان مورد نیاز نمی‌دهد و از طرفی شاید توسعه مراکز درمانی ملکی اصولاً راهبردی درستی برای سازمان نباشد، سازمان می‌تواند از طریق خرید خدمات درمانی، نیاز بیمه‌شدگان را تأمین کند.»

اما مزایای این طرح چیست و معافیت مشمولان از پرداخت هزینه‌های درمانی چه اندازه خواهد بود؟ حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور، متعلق به بخش خصوصی و مابقی در اختیار بیمارستان‌های دانشگاهی و دولتی است. سازمان تأمین اجتماعی ۹۰

## سطح‌بندی مراکز ملکی؛ معیار دسترسی بیمه‌شدگان به درمان

خانواده تحت پوشش خود در روزهای سخت بیماری است و بیمه‌شدگان می‌توانند در وانفسای گرانی هزینه‌های درمانی و دارویی به صورت رایگان از خدمات درمانی مراکز ملکی تأمین اجتماعی بهره‌مند شوند.



هیأت مدیره سازمان صادر شود.

### وضعیت کنونی

در حال حاضر در ۹۳ درصد شهرستان‌های کشور دسترسی به درمان مستقیم تأمین اجتماعی وجود دارد؛ یعنی سازمان در این شهرستان‌ها دارای یک درمانگاه، دی کلینیک یا بیمارستان است و تنها هفت درصد از شهرستان‌های کشور فاقد مراکز ملکی است. لازم به ذکر است از میان هفت درصد باقی‌مانده، حدود ۳،۶ درصد شهرستان‌ها، یک مرکز ملکی در حال ساخت یا طراحی است، بنابراین می‌توان گفت؛ سازمان در ارائه خدمات درمانی در بخش درمان مستقیم به عدد صد نزدیک است.

نکته مهم اینکه سازمان علاوه بر درمان مستقیم از طریق درمان غیرمستقیم نیز پاسخگوی نیازهای درمانی بیمه‌شدگان است؛ زیرا منطبق با قانون «الزام» ارائه خدمات این نهاد بر اساس یک نظام ترکیبی درمان مستقیم و خرید خدمت انجام می‌شود و با توجه به بزرگی نیازهای درمانی، سازمان مابه‌التفاوت خدمات

عمر پربرکت انقلاب اسلامی به ۴۴ سال رسید؛ طی بیش از چهار دهه گذشته سازمان تأمین اجتماعی همپای دیگر نهادهای کشور رشد کرد، بالنده شد و ریشه‌هایش تا دورترین نقاط کشور گسترده شده است. امروز این سازمان تولی گری پوشش بیمه‌ای ۴۵ میلیون تن از هموطنان را بر عهده دارد؛ به گونه‌ای که ۱۵ میلیون و ۱۳۰ هزار بیمه‌شده اصلی به انضمام افراد تبعی و ۴ میلیون مستمری بگیری و باز نشسته جامعه کارگری از خدمات بیمه‌ای و درمانی تأمین اجتماعی بهره‌مند می‌شوند.

### گزارش

مصوبات هیأت وزیران موظف به پرداخت ۷۰ درصد هزینه خدمات سرپایی و ۹۰ درصد هزینه خدمات بستری بر مبنای تعرفه‌های بخش دولتی هستند. گزارش‌های مربوط به حساب‌های ملی سلامت که توسط مرکز آمار ایران تهیه می‌شود، نشان می‌دهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه حدود ۳۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت کشور را تقبل می‌کنند. اما با توجه به اینکه بیش از ۵۰ درصد مراجعه بیمه‌شدگان به مراکز درمانی در بخش خصوصی (عمدتاً سرپایی) اتفاق می‌افتد، این موضوع را شاهدیم که شاخص پرداخت از جیب خانوارها در طول سال‌های گذشته حتی به ۶۰ درصد هم رسیده است.

### حفاظت مالی از بیمه‌شدگان

به موجب اجرای برنامه حفاظت مالی از بیمه‌شدگان در حوزه درمان، دو سالی است که ارائه خدمات درمانی در بخش درمان غیرمستقیم، همانند درمان مستقیم برای برخی گروه‌های بیمه‌شدگان رایگان شده است. با اجرای این طرح که از سال ۱۳۹۹ آغاز شد، ارائه خدمات درمانی به افراد بالای ۶۵ سال در تمامی مراکز بستری طرف قرارداد رایگان شده و پرداخت از جیب یا فرانشیز خدمات درمانی بستری برای بیمه‌شدگان شهرها و مناطق فاقد مرکز ملکی، حذف شده است.

به گفته شهرام غفاری، مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی، «سالمندان در تمام کشورها از حمایت‌های ویژه‌ای برخوردارند. سازمان تأمین اجتماعی نیز در راستای تسهیل دسترسی این گروه از جمعیت تحت پوشش به خدمات درمانی مورد نیاز، تفاهنامه‌ای با وزارت بهداشت امضاء کرد که به موجب آن این دسته

خدمات درمانی در تأمین اجتماعی در دو قالب مستقیم (درمان صددرد رایگان در مراکز ملکی) و غیرمستقیم (خرید خدمات درمانی از مراکز طرف قرارداد) ارائه می‌شود. شبکه ارائه خدمات درمان مستقیم در ۸۰ بیمارستان ملکی و ۳۹۲ بیمارستان و مرکز درمانی و درمانگاهی تخصصی و فوق تخصصی با حدود ۱۱ هزار تخت بیمارستانی گسترده شده است.

همچنین در بخش درمان غیرمستقیم عقد قرارداد با ۱۲ هزار و ۷۵۴ داروخانه، ۴ هزار و ۴۴۹ آزمایشگاه، ۲ هزار و ۲۲۰ سونوگرافی، ۲ هزار و ۵۲۵ رادیولوژی، ۳۴۴ مرکز ام آر آی، ۶۰۰ مرکز دیالیز، ۳ هزار فیزیوتراپ انجام و تلاش شده تا سطح مطلوبی از دسترسی به خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مورد نیاز را با حداقل مشارکت مالی مستقیم، برای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی فراهم شود. آن گونه که سلیمه رحیمی‌مقدم، رییس اداره پزشکیان، دارو و پاراکلینیک اداره کل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی اعلام کرده، طبق آمارهای موجود از ابتدای سال جاری تا پایان مهرماه، مجموع نسخ صادره به ۸۰ میلیون و ۸۶۷ هزار و ۳۸۵ نسخه رسیده و ۶۸ میلیون و ۳۷۵ هزار و ۵۲۶ نسخه دارویی و ۲۸ میلیون و ۲۳۰ هزار و ۲۱۲ نسخه پاراکلینیک نیز صادر شده است.

### تحقق کاهش پرداخت از جیب مردم

طبق اعلام فرهاد کوهی، رییس اداره اقتصاد درمان و محاسبات معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظفند هزینه صورتحساب‌های تشخیصی و درمانی را بر مبنای تعرفه‌های دولتی محاسبه و پرداخت کنند. بر این اساس، این سازمان‌ها منطبق با

### گزارش

مراکز درمانی تأمین اجتماعی در بیش از ۹۳ درصد شهرهای کشور گسترده شده و امکان دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات درمانی فراهم است. سازمان تأمین اجتماعی با برخورداری از ۴۰۰ مرکز درمانی ملکی بستری و سرپایی به عنوان دومین عرضه‌کننده درمان، پشتیبان

ارتقاء کیفیت خدمات درمانی؛ به‌ویژه در سال‌های اخیر با اجرای طرح هتلینگ بیمارستانی و خرید تجهیزات «های‌تک» در کنار خدمات صفر تا صد رایگان، سبب استقبال روزافزون از این مراکز شد و دسترسی به درمان را در مدار توجه قرار داد. بی‌شک احداث مراکز ملکی به‌ویژه بیمارستان‌ها در تمامی شهرها و مناطق کشور میسر نیست؛ اما بعضاً مشاهده می‌شود در یک شهر و استان تعداد مراکز ملکی بیش از سایر استان‌ها وجود دارد و چرایی آن به عنوان یک سؤال در ذهن نقش می‌بندد. باید گفت؛ استقرار مراکز ملکی در شهرها و استان‌های کشور بر اساس معیار سطح‌بندی انجام می‌شود. این معیار که منطبق بر ارزیابی تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در یک شهر و منطقه است، می‌تواند نتایج منطقی را برای ایجاد مراکز عاید کند. اما در سال‌های اخیر با مطرح شدن ارائه خدمات درمانی در مناطق محروم، توجه به مسأله سطح‌بندی در تأمین اجتماعی ابعاد وسیعی به خود گرفت.

### نقشه راه سطح‌بندی

سطح‌بندی درمان تأمین اجتماعی با تبعیت از سطح‌بندی وزارت بهداشت انجام می‌شود. نظام سطح‌بندی این وزارتخانه بر مبنای تقسیمات کشوری و جمعیت هر شهرستان طراحی شده است. تأمین اجتماعی با بومی‌سازی این سطح‌بندی و با بهره‌مندی از اطلاعات سازمان در این حوزه از سال ۷۶ تاکنون برنامه‌های آینده احداث و توسعه مراکز را تدوین کرده است.

### محورهای سطح‌بندی

سطح‌بندی خدمات درمانی در سه محور سرپایی، بستری و تجهیزات پزشکی اجرا می‌شود. در سطح‌بندی مراکز سرپایی شناسایی مناطق حائز شرایط برای احداث مرکز درمانی اهمیت دارد. این شناسایی کمک می‌کند