

گزارش

پوشش بیمه‌ای تأمین اجتماعی برای بیماران خاص

بیماران خاص همواره در اولویت ارائه خدمات درمانی کشور قرار دارند و رفع نیازهای درمانی این گروه از بیماران در سیاست‌های کلان کشوری مورد توجه قرار می‌گیرد. در این راستا، سازمان‌های بیمه‌گر نیز نقشی محوری برای برطرف کردن مشکلات بیماران برعهده دارند. بیماری‌های خاص شامل هموفیلی، تالاسمی، دیالیز، ام‌اس و پیوندی و نیز بیماری‌های صعب‌العلاج مانند انواع بیماری‌های سرطان از حمایت بیمه‌ای برخوردارند. سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۸۰ به منظور ایجاد تسهیلات کامل‌تر درمانی برای سه دسته از بیماران خاص (مبتلایان به هموفیلی، تالاسمی و نارسایی مزمن کلیه) خدماتی را در نظر گرفته که بر اساس آن صدورصد هزینه‌های درمانی اولیه و ثانویه این بیماران فارغ از اینکه به تبت با بیماری زمینه‌ای باشد یا خیر، دارای پوشش بیمه است. این سازمان به منظور کاهش پرداخت از جیب بیمار نسبت به حذف فرانشیز خدمات درمانی و دارویی بیماران خاص و صعب‌العلاج اقدام کرده است. به این ترتیب، بیماران خاص در بخش سرپایی و دریافت خدماتی مانند دارو، آزمایشگاه، تصویربرداری و بخش بستری بر اساس تعرفه دولتی از بیمه تأمین اجتماعی برخوردار می‌شوند. همچنین سازمان با اجرایی کردن بسته خدمتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی خدمات مورد نیاز این بیماران را به صورت رایگان ارائه می‌دهد. در سال‌های اخیر دامنه پوشش حمایت از این بیماران در قالب بسته‌موصوف، گسترش یافته و خدمات درمانی و تشخیصی و نیز درمان‌های تکمیلی مانند رادیوتراپی به نحو مناسب در اختیار آنها قرار می‌گیرد. این اقدام با توجه به هزینه‌های سنگین درمان در کاهش پرداخت از جیب بیماران و ایجاد رضایتمندی نقش بسزایی دارد. بر اساس بند «ن» تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج برای اولین بار تشکیل شد و مطابق با آن اساسنامه تشکیل صندوق در ۲۷ شهریورماه سال ۱۴۰۱ به تصویب هیأت دولت رسید.

بر این اساس، بسته خدمات شامل دارو، تجهیزات پزشکی، کالا و خدمات سلامت‌محور مرتبط با بیماران خاص و صعب‌العلاج مشتمل بر خدمات تشخیصی-درمانی که به تأیید مراجع ذی‌صلاح رسیده در سازمان بیمه سلامت تشکیل شد که در حال پیاده‌سازی است و بیماران خاص و صعب‌العلاج تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی نیز از مزایای آن بهره‌مند می‌شوند. در حال حاضر در مرحله اول ۲۷ گروه از بیماری‌ها (یک گروه شامل خدمات دندان پزشکی است که به همه گروه بیماری‌ها تعلق دارد) توسط وزارت بهداشت اعلام شده و قرار است تعداد بیماری‌های تحت پوشش این صندوق به مرور زمان به ۴۴ مورد نیز برسد.

گروه بیماری‌های تحت پوشش صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج شامل موارد زیر است: بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی، ام‌اس، دیالیز صفایی، دیالیز خونی، بیماری‌های موکولیلی ساکاریدوز، بیماری بال پروانه‌ای، اس‌ام‌ای تیپ ۱)، ۲) و ۳)، بیماری سی‌اف، اوتیسم، گروه سرطان‌ها با تمام طیف‌ها، بیماری‌های قلبی و عروقی، پیوند سلول‌های بنیادی و خون‌ساز، پیوند کلیه، پیوند کبد، پیوند قلب و پانکراس، پیوند روده و پیوند ریه، بیماری‌های مزمن روانی، صرع مقاوم به درمان، پارکینسون و آسیب‌های شنوایی شدید.

برای هر کدام از این بیماری‌ها یک بسته خدمتی تعریف شده که شامل خدمات ویزیت، دارو، پاراکلینیک و توانبخشی است. این خدمات به تدریج، هم در بخش‌های دولتی و هم در سایر مالکیت‌ها مانند بخش‌های خصوصی ارائه می‌شود.

تعهدات صندوق، مازاد بر تعهدات بیمه‌های پایه و تکمیلی است؛ زیرا بیمه‌های پایه در بخش بستری تا ۹۰ درصد هزینه‌های درمان بیماران را پوشش می‌دهند، اما هزینه ۱۰ درصد باقی‌مانده هم قابل توجه است که از طریق صندوق حمایت می‌شود.

گزارش

سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یکی از سه سازمان بیمه‌گر پایه در کشور، در کنار ایفای تعهدات جاری در زمینه خرید خدمات درمانی در مراکز طرف قرارداد، طی دوسه سال اخیر طرح‌هایی در بخش درمان غیرمستقیم تصویب و به مرحله اجرا در آورده است که مناطق محروم، شهرهای فاقد مراکز درمانی ملکی و جامعه سالمندان را هدف قرار داده و تلاش می‌کند میزان پرداختی از جیب بیمه‌شدگان در حوزه درمان را کاهش دهد تا بیمه‌شدگان که عمدتاً از جامعه کارگری و قشر ضعیف جامعه هستند متحمل پرداخت هزینه‌های بیشتری در این بخش نشوند.

کاهش پرداخت ذی نفعان

سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظف هستند هزینه صورتحساب‌های تشخیصی و درمانی را بر مبنای تعرفه‌های دولتی محاسبه و پرداخت کنند. بر این اساس، این سازمان‌ها منطبق با مصوبات هیئت‌وزیران 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 مراجع بیمه‌شدگان به مراکز درمانی در بخش خصوصی (عمدتاً سرپایی) اتفاق می‌افتد، شاهدیم که شاخص پرداخت از جیب خانوارها در طول سال‌های گذشته حتی به ۶۰ درصد هم رسیده است. همان‌طور که در بالا گفته شد، در راستای تحقق اهداف دولت سیزدهم و همچنین سند استراتژیک سازمان تأمین اجتماعی، در سال ۱۴۰۰ برنامه‌هایی با رویکرد تحول‌محور، ازجمله طرح کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بابت خدمات درمانی سرپایی و طرح راهاندازی کلینیک دیابت و فشارخون تصویب و به اجرا رسید تا زمینه دسترسی عادلانه به خدمات درمان در تمام مناطق کشور فراهم شود.

تأمین اجتماعی در مسیر حفاظت مالی

به‌موجب اجرای برنامه حفاظت مالی از بیمه‌شدگان در حوزه درمان، دوسالی است که برخی 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 شده، ارائه خدمات درمانی به افراد بالای ۶۵ سال در تمامی مراکز بستری طرف قرارداد رایگان شده و پرداخت از جیب یا فرانشیز خدمات درمانی

تحقق شعار کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان



مقابل رضایتمندی جامعه مستمری بگیر و بازنشسته را به همراه داشته و گامی در راستای دسترسی برابر و عادلانه به خدمات درمانی محسوب می‌شود.

اجرای طرح دارو یاری

در کنار طرح مهم و محوری حفاظت مالی از بیمه‌شدگان می‌توان به اقدامات مهم دیگری چون پوشش خدمات درمان ناباور، برخی خدمات دارویی و درمانی بیماران صعب‌العلاج و مشارکت مؤثر در اجرای طرح دارو یاری اشاره کرد که همگی در کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان مؤثر بودند. در همین راستا، چندی پیش، میرهاشم موسوی، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی با اشاره به اینکه باوجود تمامی محدودیت‌ها، اقدامات قابل توجهی در مسیر تحقق راهبرد درمان همگانی در این دولت انجام شده است می‌گوید: «کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش سلامت، یکی از اولویت‌های اصلی دولت سیزدهم در بخش درمان است. با توجه به هزینه بالای دارو، طرح دارو یار در این دولت اجرایی شده که در این طرح تعداد جدیدی از داروها تحت پوشش بیمه‌ها قرار گرفت و تأمین اجتماعی هم در این طرح در کنار وزارت بهداشت و درمان بوده است.»

تأمین اجتماعی ۹۰ 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

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 برخوردار هستند. سازمان تأمین اجتماعی نیز در راستای تسهیل دسترسی این گروه از جمعیت تحت پوشش به خدمات درمانی مورد نیاز، تفاهم‌نامه‌ای با وزارت بهداشت امضاء کرد که به‌موجب آن این دسته از بیماران در صورت مراجعه به مراکز دانشگاهی و دولتی از پرداخت فرانشیز معاف هستند.»

وی همچنین ذکر این نکته را ضروری دانسته است که «سازمان تأمین اجتماعی در بسیاری شهرها دارای مرکز ملکی است که به بیمه‌شدگان خدمات رایگان ارائه می‌کند. در شهرهایی که سازمان فاقد مرکز درمانی ملکی است، بیمه‌شدگان از این امتیاز بهره‌مند نبودند. از آنجایی که محدودیت منابع مالی اجازه ساخت مراکز درمانی جدید



با اجرای برنامه حفاظت مالی از بیمه‌شدگان در حوزه درمان، دوسالی است که برخی خدمات درمانی در بخش درمان غیرمستقیم، همانند درمان مستقیم برای برخی گروه‌های بیمه‌شدگان رایگان شده است

را به میزان مورد نیاز نمی‌دهد و از طرفی شاید توسعه مراکز درمانی ملکی اصولاً راهبرد 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

دولتی بوده و بیمه‌شدگان زمان مراجعه به مراکز دانشگاهی طرف قرارداد فقط ۱۰ درصد هزینه را پرداخت می‌کنند، به‌موجب 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

تشکیل ۲۶ هزار پرونده ناباور و افزایش مرخصی زایمان

کرده است. با توجه به وجود ۳ میلیون زوج ناباور در کشور و سیاست‌های کلان ترویج فرزندآوری و حمایت از کانون خانواده، اکنون زوجین ناباور برای دریافت خدمات ناباور و تحت پوشش بیمه قرار گرفته و می‌توانند از مزایای آن بهره‌مند شوند.

ماده (۱۷) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، بار مالی اجرای این ماده قانونی در ردیف خاصی در بودجه سنواتی پیش‌بینی و به تأمین اجتماعی و سایر صندوق‌های بازتستستی تخصیص داده می‌شود.

تأمین بار مالی

محمد بایندر یان، معاون نظارت و تعهدات کوتاه‌مدت اداره کل امور بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی درباره تأمین بار مالی مرخصی زایمان به آتی‌نو گفت: «بار مالی مربوط به افزایش مرخصی زایمان در لوایح بودجه سنواتی یاد ر قالب دیون دولت در حساب‌های مالی تأمین اجتماعی منظور می‌شود.» او همچنین افزود: «بر این مبنا مبلغ ۱۲ هزار میلیارد تومان برای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در قانون بودجه سال جاری پیش‌بینی شد.» بایندر یان اضافه کرد: «طبق محاسبات انجام شده بار مالی ناشی از اجرای این قانون در سازمان در سال گذشته ۴۶۴ میلیارد تومان و برای سال جاری هزار و ۴۳۴ میلیارد تومان و در سال آینده هزار و ۸۶۵ میلیارد تومان برآورد شده است.» او ادامه داد: «بر اساس این قانون و مصوبه اردیبهشت‌ماه هیأت وزیران، موضوع افزایش مرخصی زایمان از ۶ ماه به ۹ ماه توسط سازمان عملیاتی شد.» معاون نظارت و تعهدات کوتاه‌مدت اداره کل امور بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی گفت: «موضوع امکان بهره‌مندی بانوان از مرخصی دو ماه قبل از تاریخ زایمان نیز به واحدهای اجرایی ابلاغ شده است.» او در ادامه افزود: «در زمینه پرداخت‌های مرخصی زایمان، سال گذشته به بیش از ۲۳۴ هزار نفر از مشمولان این نوع مرخصی ۹۲۵ میلیارد تومان پرداخت شد. همچنین در ۹ ماهه سال جاری، مبلغ هزار و ۵۵ میلیارد تومان به حساب بیش از ۲۳۲ هزار نفر زن بیمه‌شده واجد شرایط واریز شده است.»



خدمات بر اساس تعرفه عمومی غیردولتی محاسبه می‌شود.

قوانین مرخصی زایمان

تغییر برخی قوانین مرخصی زایمان نسبت به گذشته، بهبود شرایط بیمه‌شدگان مشمول این مقررات و تشویق به فرزندآوری از سیاست‌های تأمین اجتماعی در راستای تحقق سیاست‌های جوانی جمعیت و فرزندآوری محسوب می‌شود. بر این اساس، به موجب بند «الف» ماده (۱۷) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مدت مرخصی زایمان با پرداخت تمام حقوق و فوق‌العاده‌های مرتبط به ۹ ماه تمام افزایش یافت.

بر اساس مصوبه مورخ ۱۲ اردیبهشت‌ماه سال ۱۴۰۰ هیأت‌وزیران، مشکلات قانونی تأمین منابع مالی جهت پرداخت مرخصی زایمان ۹ ماهه رفع شد؛ بنابراین از