

حفاظت مالی از بیمه‌شدگان با کاهش پرداخت هزینه‌های درمانی

پوشش بیمه‌ای هزینه‌های ناباروری را گسترش داده است. براین اساس در سال ۱۴۰۱ به تعداد ۴۷ هزار و ۴۷۲ پرونده اسناد پزشکی درمان‌های ناباروری رسیدگی و مبلغ ۱۲۵ میلیارد تومان به مراکز طرف قرارداد و بیمه‌شدگان در قالب خسارت متفرقه پرداخت شد. همچنین مبلغ ۱۴۰ میلیارد تومان بابت داروهای نازایی، جمعاً به مبلغ ۲۶۵ میلیارد تومان از سوی این سازمان هزینه شده است. در مجموع از ابتدای اجرای طرح در سال ۱۴۰۰ تاکنون ۹۵ هزار پرونده برای زوجین نابارور تشکیل شده که بیش از ۶۵۶ میلیارد تومان هزینه دربر داشته است.

سطح‌بندی مراکز درمانی

یکی دیگر از مهم‌ترین برنامه‌های عملیاتی سازمان تأمین اجتماعی برای دسترسی عادلانه بیمه‌شدگان به خدمات درمانی و کاهش پرداخت از جیب، انجام سطح‌بندی مراکز ملکی این نهاد است. این کار با هدف تخصیص و توزیع عادلانه منابع در اختیار سازمان برای بیمه‌شدگان انجام شده که شامل مواردی مانند احداث درمانگاه‌های سرپایی، گسترش خدمات بستری و نیز تهیه تجهیزات پیشرفته پزشکی است. بر این اساس سطح‌بندی مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۹۹ با تبعیت از نقشه راه سلامت ۱۴۰۴ وزارت بهداشت تدوین شد و اجرای آن در دوره جدید مدیریت سازمان قوت گرفت. با انجام سطح‌بندی، ۷۰ شهر و شهرستان فاقد مرکز درمانی سرپایی، اولویت‌بندی شدند و راه‌اندازی مرکز درمانی برای ۶۱ شهرستان که عمدتاً از مناطق کمتر برخوردار بودند، در برنامه‌های اجرایی سال ۱۴۰۰ تأمین اجتماعی قرار گرفت.

مشارکت در طرح دارویار

مشارکت تأمین اجتماعی در اجرای طرح دارویار موجب عدم افزایش پرداخت از جیب مردم شده است. در این طرح تعداد داروهای تحت پوشش بیمه افزایش یافت و در روزهای نخست اجرای طرح، صد قلم داروی پرمصرف از پوشش بیمه برخوردار شد. همچنین ۳۶۶ قلم داروی ضروری پرمصرف بیماری‌های مزمن از جمله بیماری دیابت و بیماری قلبی عروقی از بیمه برخوردار شد.

پوشش بیمه‌ای بیماران خاص

همراهی سازمان تأمین اجتماعی در اجرای بسته حمایتی بیماران خاص و صعب‌العلاج به‌عنوان یک طرح کلان وزارت بهداشت، از دیگر اقدامات مهمی است که در راستای رایگان شدن هزینه‌های درمان این بیماران انجام می‌شود. بیست‌وهفتمین شهر یورماه سال ۱۴۰۱ اساسنامه صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج تصویب و از سوی وزارت بهداشت ابلاغ شد. این بسته‌ها ویزیت، دارو، خدمات پزشکی، خدمات توانبخشی، آزمایش، پرتوی پزشکی، بستری، تجهیزات پزشکی و... را دربر می‌گیرد. در حال حاضر ۱۰۷ بیماری تحت پوشش صندوق بیماری‌های خاص قرار گرفته است. سازمان در همراهی با این طرح اعلام کرد که بیماران خاص و صعب‌العلاج می‌توانند به‌منظور بهره‌مندی از این طرح با درخواست از پزشک به‌منظور نشان‌دار کردن این خدمات، با مراجعه به معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی تأمین اجتماعی نسبت به تشکیل پرونده اقدام کنند. این افراد می‌توانند برای کسب اطلاعات بیشتر به سایت معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی به نشانی (darman.tamin.ir) مراجعه کنند. در حال حاضر ۳۶۳۲ خدمت اعم از ویزیت، دارو، خدمات پاراکلینیکی، کاردرمانی و... ویژه بیماران خاص، تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج قرار دارد.

هم‌اکنون در تأمین اجتماعی طبق مصوبه شورای عالی بیمه، صد درصد تعرفه دولتی و ۸۰ درصد تعرفه بخش خصوصی بیماران خاص از طریق صندوق این بیماران پرداخت می‌شود. به‌گواه آمار در نه‌ماه امسال بیش از ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار خدمت با هزینه‌ای بیش از ۴۴۵ میلیارد تومان برای حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج صرف شده است.

پوشش بیمه‌ای خدمات ناباروری

سازمان تأمین اجتماعی هم‌گام با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و نیز اجرای برنامه‌های وزارت بهداشت، برای کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان،



سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان پر مخاطب‌ترین نهاد بیمه‌ای کشور، پوشش ریسک‌های زندگی بیمه‌شدگان از جمله بیماری‌ها را برعهده دارد. این نهاد همواره برنامه‌های متعددی در راستای افزایش کیفیت و کمیت حوزه درمان طراحی و عملیاتی می‌کند تا پرداخت از جیب افراد تحت پوشش در بخش درمان غیرمستقیم کاهش یابد. در بخش درمان مستقیم نیز این خدمات رایگان عرضه می‌شود.

طرح «حفاظت مالی از بیمه‌شدگان» یک اقدام مهم تأمین اجتماعی به‌منظور کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان به‌شمار می‌رود. براساس قانون تأمین اجتماعی پرداخت از جیب باید حداکثر ۳۰ درصد هزینه‌های درمان باشد و ۷۰ درصد باقی‌مانده را دولت و سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کنند. برای این کار طی سال‌های اخیر سازمان موفق به انعقاد چند تفاهم‌نامه با وزارت بهداشت در حوزه درمان شده که یکی از موارد آن خرید خدمت از مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جهت حذف فرانشیز سهم بیمه‌شده‌هاست. با اجرای این طرح فرانشیز بستری برای بیمه‌شدگان ساکن در ۳۷۰ شهرستان فاقد مرکز ملکی، رایگان شد.

رایگان شدن بستری سالمندان

یکی دیگر از طرح‌های سازمان تأمین اجتماعی که در قالب حفاظت مالی از بیمه‌شدگان در سال ۱۴۰۰ به اجرا درآمد، رایگان شدن هزینه‌های بستری سالمندان بود. براساس این طرح، بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران اصلی و تبعی تحت پوشش سازمان که در زمان پذیرش بستری دارای ۶۵ سال سن و بالاتر باشند، از پرداخت فرانشیز ۱۰ درصد سهم بیمه‌شده «خدمات بستری در تعهد» براساس تعرفه دولتی در تمامی بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، نفت و نیروهای مسلح طرف قرارداد، معاف هستند و پرداخت این هزینه‌ها برعهده سازمان تأمین اجتماعی قرار دارد.

مطابق با این طرح، تمامی بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران اصلی و تبعی تأمین اجتماعی که در شهرهای فاقد بیمارستان ملکی زندگی می‌کنند، در صورت مراجعه به بیمارستان‌های منتخب دولتی - دانشگاهی وابسته به وزارت بهداشت، نفت و نیروهای مسلح طرف قرارداد، از پرداخت فرانشیز ۱۰ درصد خدمات بستری براساس