

## مدیرکل درمان غیرمستقیم در گفت‌وگو با آتیه‌نوم طرح کرد

**اسناد پزشکی مراکز ملکی زیر ذره بین تأمین اجتماعی**

در بخش درمان غیرمستقیم، از طریق انعقاد قرارداد با مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی در بخش‌های بستری و سرپایی، درمان‌گران و بسیاری از مراکز پاراکلینیک مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و داروخانه‌های سراسر کشور، به نیازهای درمانی افراد تحت پوشش خود پاسخ می‌دهد. در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت کشور عضو خانواده تأمین اجتماعی هستند و رسیدگی به اسناد پزشکی آن‌ها در مراکز طرف قرارداد، حجم وسیعی از خدماتی است که از سوی اداره کل درمان غیرمستقیم ارائه می‌شود. اخیراً رسیدگی به اسناد پزشکی ملکی نیز زیر نظر این اداره کل قرار گرفته است.

مربوط به پایان بهمن به سازمان هدفمندی‌سازی یارانه‌ها ارجاع شده است. مطالبات سایر مراکز خصوصی را نیز تا پایان شهریورماه سال ۱۴۰۳ تسویه کرده‌ایم و باقی را در دستور پرداخت داریم که با تأمین منابع تأدیه خواهد شد.

● اساساً چرا پرداخت مطالبات طرف‌های قرارداد سازمان‌ها با چالش مواجه شده بود؟

به هر روی ما در پرداخت‌ها کمی تأخیر داشتیم. علت این بود که مطالبات تأمین اجتماعی از دولت وصول نشده بود، اما با دریافت آن در اواخر سال گذشته توانستیم بدهی به دانشگاه‌ها، داروخانه‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد را تسویه کنیم. در سال جاری با نیز با دریافت سهم دولت که قرار است به‌صورت منظم انجام شود، تأدیه مطالبات طرف‌های قرارداد ما طی برنامه‌ریزی انجام شده و تأکیدات مدیرعامل سازمان، منظم خواهد شد.

● **آمار خدمات درمان غیرمستقیم در سال گذشته**  
چگونه بود و در مقایسه با سال های قبل از آن چه تغییراتی را در بر داشت؟

سال گذشته در حوزه خدمات بستری حدود پنج میلیون مراجع به بیمارستان ها به ثبت رسیده که نسبت به سال ۱۴۰۲ حدود دصد درصد داشته است. همچنین سال گذشته شاهد رشد چهار درصدی مراجع به مراکز درمانی سرپای بودیم.

**چيست؟**  
امسال در نظر داريم تا نظارت بر مؤسسات درمانی طرف قرارداد را تقویت کنیم. این اقدام را از طریق سیستم‌های مانیتورینگ و بازدهی مالی‌دی و دوره‌ای انجام می‌دهیم. مکانیزه شدن رسیدگی به اسناد و صورت حساب‌های بستی و سرپایی را نیز در دستور کار قرار داده‌ایم. پذیرش و رسیدگی مالی اسناد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سرپایی ملکی یکی از وظایف دیگر از وظایف جدید ما را تشکیل می‌دهد. همچنین برای پیاده‌سازی برنده الکترونیک سلامت، هم‌گام با سیاست‌های وزارت بهداشت پیش می‌رویم و نقش فعالی در ششورای عالی بیمه سلامت و ششوراهای هماهنگ سازان‌های بیمه‌گر بایه داریم.

● اشاره کردید به پذیرش و رسیدگی مالی اسناد درمانی مراکز ملکی به عنوان یکی از وظایف جدید درمان غیرمستقیم؛ این طرح چیست؟

اخیراً مسئولیت رسیدگی به اسناد درمانی مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی به اداره کل درمان غیرمستقیم واگذار شده است. با اجرای این طرح، ۲۵ درصد به حجم فعالیت معاونت‌های خرید راهبردی ما افزوده شده که سالانه بررسی یک میلیون پرونده بستری و ۴۰۰ میلیون خدمات سرپایی را تشکیل می‌دهد. باید توجه داشت که به دلیل افزایش امید به زندگی، با بیماری‌های مزمن

و ضرورت بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی هر سال حداقل ۱۰ درصد بیشتر می‌شود. در نتیجه برای ارائه این حجم از خدمات نیازمند تقویت نیروی انسانی هستیم، به‌ویژه اینکه طی سال‌های اخیر تعدادی از همکاران ما بازنشسته شده‌اند. امیدواریم از طریق آزمون استخدام آینده سازمان جذب نیروهای ۴۴ ساعته، به کمیت نیروها رسیدگی شود.

**هدف از اجرای این طرح چیست؟**  
 ببینید، اساساً هدف این است که بدانیم عملکرد مراکز درمانی تا چه حد با هزینه‌های آن‌ها منطبق است. پیش از این بودجه درمان مراکز ملکی به صورت کلی اختصاص می‌یافت، اما اکنون بودجه عملکردی مبنای پرداخت‌ها شده است. این اساس با بررسی اسناد پزشکی مراکز ملکی می‌توان دریافت که عملکرد اسناد چه میزان با هزینه‌های آن‌ها هجدر بوده است. این شیوه ضمن ایجاد امکان صرفه‌جویی در منابع و مصارف سازمان، زمینه ایجاد فضای رقابتی بین مراکز را برای انضاط عملکرد با هزینه‌ها فراهم می‌کند. علاوه بر آن مراکز موفق در ارائه خدمات مطابق با بودجه یا فراتر از بودجه، تشویق می‌شوند و این یک تغییر اساسی از نظام بودجه‌ریزی سنتی به نظام عملکردی به شمار می‌رود.

**برای مدیریت این حجم از خدمات درمان غیرمستقیم، به اقداماتی انجام می‌دهید؟**  
 رویکرد ما تقویت طرح رسیدگی مکانیزه به اسناد

بستری مؤسسات طرف قرارداد و ملکی، و طریق سامانه رستاست. اجرای این طرح تحول مهمی را در حوزه بررسی اسناد مراکز طرف قرارداد به وجود می آورد و امکان انجام نظارت های دقیق، نظام مند و مبتنی بر قواعد بیمه ای را فراهم می کند.

نایاد فروش کرد که اجرای طرح مذکور مبتنی بر سیاست های وزارت بهداشت است و تکلیف قانونی است؛ زیرا این مسیر به استقرار پرونده الکترونیک سلامت منتهی می شود. با تکمیل پازل های مانند نسخه الکترونیک، اسناد بستری، سرپایی و خدمات پاراکلینیک مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و خدمات دارویی امکان جمعیت اطلاعات درمانی افراد تحت کد ملی آن ها میسر شده و پرونده الکترونیک سلامت (EHR) برای آحاد مردم اجرایی می شود. بر این اساس همه درمانگران از طریق کد ملی بیمار می توانند از سوابق درمانی، دارویی، تخصصی و حتی واکسیناسیون آن ها آگاه شوند بهره مندی از این شیوه علاوه بر ایجاد سهولت در اتخاذ تصمیم های پزشکی، در صرفه جویی هزینه های مالی نظام سلامت و بیمار، نقش بسزیا دارد.

● اکنون بین سامانه‌های تأمین اجتماعی و سپاس ارتباط وجود دارد؟

بله، در حال حاضر این ارتباط برقرار است و پرونده‌های پزشکی بیمه‌شدگان در مراکز درمانی دولتی از طریق سامانه سپاس به رسامنتقل می‌شود. اجرای این طرح

ابتدا در مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت پایلوت آغاز شد. با گذشت چندین ماه در نظر است تا تعداد بیشتری از بیمارستان‌های دانشگاهی طی شش ماه نخست امسال به طرح مذکور افزوده شود. انتظار می‌رود تا مهرماه رسیدگی به اسناد پزشکی در بخش‌های بستری و سرپایی به صورت الکترونیک انجام بخشد. به‌ویژه اینکه مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی بر توسعه و تکمیل خدمات الکترونیک تأکید دارد.

● نسبت به تقویت نظارت بر مؤسسات درمانی طرف قرارداد نیز تأکید کردید؛ در این راستا چه برنامه‌ای را پیش رو دارید؟

همان طور که اشاره کردم، در نظر داریم تا برپرسی  
فرایند امور معاونت های خرید را هبدری را توسعه  
دهیم. برای این منظور، طبق برنامه زمان بندی  
شده در تمامی استان ها بازدیدهای  
میدانی و دوره ای انجام می شود. هدف  
از این طرح، صحت سنجی انجام  
امور مطابق با دستورالعمل های  
ابلاغی و انتقال تجارب ستادی به  
استان ها است. همچنین اصلاح  
فرایندها و آموزش به همکاران در  
این بازدیدها مستمر است.

● برای توسعه انعقاد قرارداد با مراکز درمانی چه برنامه‌هایی را در پیش دارید؟

برای همکاری مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان درمان با تأمین اجتماعی هیچ محدودیتی وجود ندارد و هر درمانگر و مؤسسه‌ای در صورت دارا بودن شرایط لازم می‌تواند با سازمان قرارداد همکاری منعقد کند. چنانکه طی دو سال و نیم گذشته سه هزار داروخانه به مراکز طرف قرارداد ما اضافه شده‌اند و در این زمینه هیچ پشت‌صفی وجود ندارد.

● سازمان تأمین اجتماعی در زمینه پوشش خدمات درمانی و دارویی بیماران خاص و صعب‌العلاج چه خدماتی را ارائه می‌دهد؟

خدمات تخصصی بیماران خاص و صعب‌العلاج شامل هموفیلی، تالسمی، دیالیز، ام‌اس، پیوند و سرطانی براساس آخرین بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه به‌طور رایگان ارائه می‌شود. همچنین بیماران هموفیلی، تالسمی و دیالیز می‌توانند سایر خدمات مورد نیاز خود را براساس تبصره‌های بوجه سازمان تأمین اجتماعی بدون اخذ فرانشیز (تعوفه دولتی) دریافت کنند. هزینه خدمات مندرج در صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج هم‌زمان با ارائه بسته خدمتی تحت پوشش قرار می‌گیرد، به‌نحوی که هنگام ارائه دارو و داروخانه‌ها و خدمات بستری، هزینه‌های مرتبط با صندوق بیماری‌های خاص محاسبه می‌شود.

دکتر داریوش پناهی‌زاده، مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی در گفت‌وگو با آتیه‌نو، هدف از اجرای این برنامه را هم‌سویی با تغییر نظام بودجه‌ریزی سازمان از سنتی به نظام عملکردی دانست که بر این اساس امکان ارزیابی عملکرد مراکز درمانی، منطقاً باید وجود آن می‌میسر می‌شود. بررسی الکترونیک اسناد پزشکی و تقویت ارتباط سامانه رای تأمین اجتماعی با سامانه سیاست وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی منسجم برای بازبندی‌های میدانی از معاونت‌های راهبردی، تأمین اجتماعی استان‌ها و عملکردی و چشم‌انداز برنامه‌ها، مهم‌ترین مباحثی بود که در گفت‌وگو با مدیرکل درمان غیرمستقیم مطرح شد.

● تعداد مراکز طرف قرارداد و بودجه درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی چقدر است و موارد مذکور در مقایسه با سال های قبل چه روندی دارد؟

در سال ۱۴۰۲ تعداد ۵۷ هزار و ۶۴۹ مرکز با ما طرف قرارداد بودند. این میزان در سال ۱۴۰۳ با حدود یک درصد رشد به ۵۸ هزار و ۲۲۲ مرکز افزایش یافت. بودجه عملکردی درمان غیرمستقیم در سال ۱۴۰۳ با مبلغ ۷۸ هزار میلیارد تومان بود که پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۱۴۰۴ با توجه به افزایش تعرفه‌های درمان به ۱۲۵ هزار میلیارد تومان برسد.

● دومین بند از طرح‌های بیست‌گانه سازمان تأمین اجتماعی مربوط به «طرح پذیرش، رسیدگی و پرداخت الکترونیک اسناد پزشکی (رسا)» با تمرکز بر راهنماهای بالینی و قواعد بیمه‌گری است.» در حال حاضر سامانه رسا تا چه حد با سامانه‌های وزارت بهداشت لینک شده و برنامه‌آتی آن اداره کل برای سامانه‌دهی در یافت اسناد پزشکی مراجعه‌کننده‌ها به مراکز درمانی غیرتأمین اجتماعی چیست؟

در حال حاضر سامانه «رسا» سازمان تأمین اجتماعی چهار گروه سند بستری، بستری موقت، اورژانس تخت نظر و گلوبال (مجموع خدمات پزشکی تحت یک کد درمانی واحد) را از سامانه «سیاس» وزارت بهداشت دریافت می‌کند. همچنین سامانه رسا با سایر سامانه‌های وزارت بهداشت از جمله «صالت‌سنجی» و «غذا و دارو»، سامانه IRC دارو (کد استعمال ایران)، سامانه برخط بیمه‌شدگان کشور (استحقاق و رفع همپوشانی)، سامانه نشان (بیماران صعب‌العلاج)، سامانه سیام (سامانه جامع مدیریتی وزارت بهداشت) و سایر سامانه‌ها به‌طور کامل تبادل اطلاعات می‌کند. اکنون وزارت بهداشت درصد است تا ارسال اسناد تمامی مراکز درمانی حتی غیرطرف قرارداد به سامانه پاپاس میسر شود. به این ترتیب، سامانه رسا می‌تواند اسناد خسارت متفرقه را نیز دریافت کند. باید توجه داشت که تبادل اطلاعات مراکز به‌صورت الکترونیک یک الزام قانونی است و براساس اسناد بالادستی از جمله برنامه هفتم توسعه تا پایان سال ۱۴۰۴ باید امکان تبادل الکترونیک اسناد با تمامی مراکز سطح کشور فراهم شود.

● عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در حوزه پرداخت مطالبات چگونه بوده و چه تمهیداتی برای پرداخت به موقع مطالبات اندیشیده شده است؟

مطالبات مراکز طرف قرارداد دانشگاهی را تا پایان آذرماه سال ۱۴۰۳ و بخشی از مطالبات دیماه آن را تسویه کرده‌ایم. لازم است یادآور شوم که ارسال اسناد دانشگاهی به دفاتر اسناد پزشکی ما با تأخیر انجام می‌شود. از طرفی رسیدگی و پرداخت اسناد سه تا چهار ماه به طول می‌انجامد. در نتیجه اسناد بیمه و اسفند مراکز در حال ارسال و رسیدگی است و در یک ماه و زمانی سه‌ماهه در سال ۱۴۰۴ پرداخت خواهد شد. در زمینه وضعیت مطالبات مراکز طرف قرارداد غیردانشگاهی نیز باید بگویم؛ مطالبات پزشکان ا تا پایان آبان ماه و بخشی از آذرماه سال ۱۴۰۳ تسویه کرده‌ایم و الباقی نیز پس از تأمین منابع در دستور کار قرار می‌گیرد. مطالبات پزشکان خانواده نیز در دو استان فارس و مازندران در سال ۱۴۰۳ به‌طور کامل پرداخت شده است. همچنین داروخانه‌های بخش خصوصی تا پایان آذرماه سال ۱۴۰۳ مطالبات خود را تأمین اجتماعی دریافت کرده‌اند و به‌زودی مبلغ اسناد سه‌ماهه آن‌ها را می‌پردازیم. همچنین اسناد داروپایه‌ای تا پایان آبان ماه ۱۴۰۳ تسویه شده و پرداختی