

گزارشی از توسعه خدمات درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی:

## افزایش ۱۲ درصدی تعداد مراکز طرف قرارداد درمان تأمین اجتماعی نسبت به سال ۱۴۰۰

تعداد مؤسسات و مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور که خدمات درمانی به بیمه‌شدگان این سازمان ارائه می‌کنند

به گزارش سایت خبری پرسون، در سال جاری با ۱۲ درصد رشد نسبت به سال ۱۴۰۰ به ۵۷ هزار و ۱۱۴ مؤسسه و مرکز شامل ۱۱۰۶ بیمارستان و مرکز جراحی محدود، ۲۱ هزار و ۷۷۳ مطب پزشکان و دندانپزشکان مستقل، ۱۴ هزار و ۶۳۱ داروخانه، ۱۵ هزار و ۹۸۸ مرکز پاراکلینیکی و ۳۶۱۶ درمانگاه رسیده است که این افزایش عمدتاً ناشی از فراهم شدن امکان درخواست عقد قرارداد غیرحضوری به صورت مکانیزه و نیز الزام قانونی همکاری تمام ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی و درمانی با سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

افزایش تعداد مراکز طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی موجب تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت و افزایش رضایتمندی بیماران و نیز ارائه‌کنندگان خدمات شده است.

دکتر شهرام غفاری مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی به مناسبت ایام الله دهه مبارک فجر و چهل‌وپنجمین سالروز پیروزی انقلاب اسلامی، با اشاره به این‌که خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در دو بخش درمان مستقیم در مراکز درمانی ملکی این سازمان و درمان غیرمستقیم در قالب خرید خدمات از مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، تأمین و ارائه می‌شود، از توسعه امکانات و ظرفیت‌ها و تعهدات حوزه درمان غیرمستقیم در سال‌های اخیر خبر داد و گفت: در سال ۱۴۰۱ بیش از ۳ میلیون و ۹۰۰ هزار بیمار بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد این سازمان، خدمات بستری دریافت کرده‌اند که در مقایسه با سال قبل از آن در حدود ۴.۸ درصد رشد داشته است. همچنین در سال ۱۴۰۱ بیش از ۳۶۳ میلیون مراجعه به مراکز سرپایی طرف قرارداد صورت گرفته است که در مقایسه با سال ۱۴۰۰ در حدود ۱۵ درصد رشد را تجربه کرده است. آمار و ارقام مؤید آن است که در سال جاری نیز به طور متوسط ماهانه ۳۸۰ هزار بیمار بستری و ۳۲ میلیون بیمار سرپایی به مراکز طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی مراجعه و از خدمات تشخیصی و درمانی بهره‌مند شده‌اند.

وی اجرای طرح ملی نسخه الکترونیک را از مهم‌ترین طرح‌های توسعه‌ای در بخش سلامت در سالیان اخیر معرفی کرد و گفت: از جمله اقدامات ماندگار نظام سلامت در چند سال اخیر اجرای نسخه الکترونیک است که خوشبختانه با حمایت دولت سیزدهم، برخی نواقص اولیه آن رفع و در حال حاضر تقریباً به‌طور کشوری در حال اجرا است و قریب به اتفاق پزشکان طرف قرارداد به نسخه‌نویسی الکترونیک روی آورده‌اند و حتی برخی از پزشکان غیرطرف قرارداد بیمه‌ها هم تجویز نسخ بیماران را به صورت الکترونیکی انجام می‌دهند. سامانه‌های نسخه الکترونیک اکنون به یک ثبات و پایداری مناسب رسیده و زمینه را برای تشکیل پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان فراهم کرده و بستر مناسبی برای نظارت و کنترل هزینه‌ها ایجاد شده است.

مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی افزود: از جمله اقدامات مهم پیگیری شده در حوزه درمان سازمان انجام می‌توان به مکانیزه کردن فرآیند تبادل پرونده‌های بستری اشاره کرد. با مکانیزه و الکترونیکی شدن تبادل اسناد بستری بیماران بین بیمارستان‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی طرف قرارداد و سازمان تأمین اجتماعی، یک گام دیگر به تشکیل و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان نزدیک تر خواهیم شد.

وی با اشاره به حمایت دولت سیزدهم از بیماران مزمن و صعب‌العلاج و تقبل بخش عمده‌ای از هزینه‌های بیماران مذکور از محل صندوق بیماران صعب‌العلاج که نقش مهمی در پیشگیری از هزینه‌های کمرشکن برای بیماران و خانواده‌های آنان دارد، گفت: حمایت از زوجین نابارور نیز یکی از اقدامات مهم حوزه سلامت در دولت مردمی سیزدهم است که سازمان تأمین اجتماعی نیز همگام با سایر سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این مهم توجه کرده و از ابتدای اجرای طرح در سال ۱۴۰۰ تاکنون ۹۵ هزار پرونده برای زوجین نابارور تشکیل شده و بیش از ۶۵۶ میلیارد تومان برای درمان این گروه از بیمه‌شدگان هزینه شده است.

دکتر غفاری افزود: اقدام مهم دیگری که در کشور و حوزه سلامت انجام شده است، پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کاردرمانی و روان‌درمانی) ویژه بیماران اوتیسم است. سازمان تأمین اجتماعی در تعامل با انجمن اوتیسم کشور اقدام به عقد قرارداد با مراکز ارائه خدمات درمانی و توانبخشی کرده و در حال حاضر تمامی مراکز ارائه‌کننده خدمات توانبخشی به بیماران اوتیسم که درخواست همکاری با سازمان داشته‌اند، موفق به عقد قرارداد همکاری شده‌اند.

وی با اشاره به خدمات ویژه در نظر گرفته شده برای بیماران خاص شامل تالاسمی، هموفیلی، پیوند کلیه، بیماران MS و بیماران مبتلا به سرطان در سازمان تأمین اجتماعی با هدف کاهش هزینه و بار مالی پرداخت از جیب این بیماران، گفت: در سال ۱۴۰۲ بسته خدمتی ویژه این گروه از بیماران بازنگاری و توسعه پیدا کرد. بسته خدمات درمانی پیوند کلیه و کبد (از ابتدای سال ۱۴۰۳)، دیابت، اسکیزوفرنی، سرطان سینه و MS مورد بازبینی مجدد قرار گرفته و سازمان تأمین اجتماعی منطبق با آخرین دستورالعمل‌های پزشکی، خدمات دارویی و درمانی ویژه برای بیماران فوق‌الذکر در نظر گرفته است. همچنین با نشان‌دار کردن بیماران خاص و صعب‌العلاج، امکان بهره‌مندی بیماران خاص تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی از اعتبارات و حمایت‌های صندوق بیماران خاص فراهم شده که موجب کاهش هزینه‌های بیش از ۹۰۰ هزار بیمار نشان‌دار شده از طریق مشارکت در اجرای صندوق حمایتی بیماران خاص و صعب‌العلاج بر اساس حمایت‌های موجود شده است.

دکتر غفاری کاهش پرداخت از جیب بیماران را از جمله دغدغه‌ها و برنامه‌های جدی سازمان تأمین اجتماعی توصیف کرد و در مورد اقداماتی که در این زمینه انجام شده است، گفت: از جمله طرح‌هایی که با هدف کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان اجرا شده، می‌توان به طرح حفاظت مالی سازمان تأمین اجتماعی اشاره نمود که با اجرای این طرح فرانشیز خدمات برای کلیه بیمه‌شدگان با سن بیش از ۶۵ سال به‌هنگام دریافت خدمات بستری در تمامی بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی کشور و تمامی بیمه‌شدگان ساکن در شهرهای فاقد مراکز درمانی ملکی صفر شده است و کل هزینه درمان آنان در این بیمارستان‌ها از سوی سازمان تأمین اجتماعی تقبل شده است. همچنین بیش از ۱۳۰ قلم داروی جدید طی سال‌های اخیر مورد تعهد سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفته است و با مشارکت مؤثر در اجرای طرح دارویار نیز ۳۸۸ داروی خارج از تعهد از طریق بیمه به بیماران عرضه می‌شود که کمک بزرگی به کاهش پرداخت از جیب بیماران است. علاوه بر اینها ۱۰۰ درصد هزینه لوازم مصرفی پزشکی و آندوپروتزها تا سقف قیمت مندرج در سایت IMED نیز تحت پوشش سازمان قرار دارد.

مدیرکل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی با اعلام این‌که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با کمک انجمن‌های تخصصی و استفاده از منابع به‌روز علم پزشکی اقدام به تدوین محصولات دانشی از جمله شناسنامه و استاندارد خدمات سلامت، راهنماهای تجویز دارو و طبابت بالینی و... را تدوین و برای اجرا به تمامی ذینفعان این حوزه از جمله دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی جهت مدیریت بهینه اعتبارات و استانداردسازی خرید راهبردی ابلاغ می‌کند، افزود: در سال ۱۴۰۲ تاکنون ۳۹ شناسنامه و استاندارد خدمت سلامت، ۱۲ راهنمای طبابت بالینی و ۳۳ راهنمای تجویز دارو به مدیریت‌های درمان تأمین اجتماعی استان‌ها ابلاغ شده که قریب به اتفاق راهنماها و استانداردهای ابلاغی، قابلیت اجرا داشته و توسط کارشناسان در بررسی اسناد پزشکی سرپایی یا بستری مورد استفاده قرار می‌گیرند.

همچنین در جهت اجرای نقش نظارتی در حوزه درمان اقداماتی چون اجرای طرح نسخه‌نویسی الکترونیک با ثبت کد رهگیری، انجام خدمات پاراکلینیک منوط به ارائه کد رهگیری توسط بیمار، پیاده‌سازی کد انحصاری جهت ثبت و تأیید داروهای گران‌قیمت، راه‌اندازی سامانه کشف تخلف و تقلب در راستای نظارت و بازرسی مکانیزه، پیاده‌سازی بستر عقد قرارداد به‌صورت مکانیزه در پرتال معاونت درمان، فراهم آمدن امکان ثبت نام و عقد قرارداد با کارشناسان مامایی و تجویز و ثبت خدمات توسط ایشان، امکان ثبت نام کارشناسان پروانه‌دار بینایی‌سنجی و شنوایی‌سنجی در سامانه نسخه الکترونیک، ارسال برخط اطلاعات به سامانه بیمه تکمیلی، به‌روزرسانی لیست قیمتی تجهیزات پزشکی فاقد قیمت در سامانه IMED و یکسان‌سازی کدینگ دارو و خدمات پاراکلینیک بر اساس مصوبات ابلاغی وزارت بهداشت و درمان اشاره کرد.