

ایران

ویژه نامه هفته ملی بیمه سلامت | آبان ۱۴۰۴

اولویت سلامت مردم است

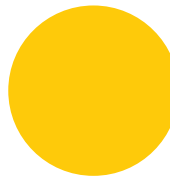
روایت یک مأموریت حیاتی
در ۳۱ سالگی بیمه همگانی سلامت



بیمه سلامت
وفاق مده برای
ایران سالمتر



سازمان بیمه سلامت ایران

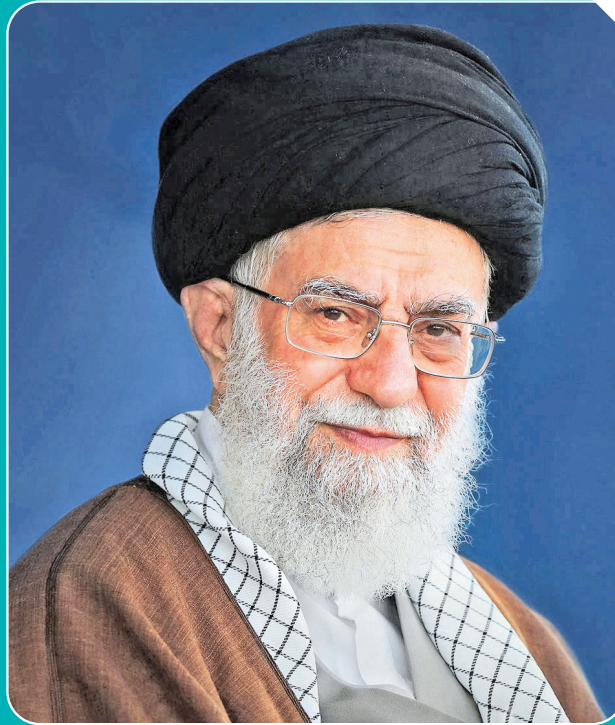


۵	مقدمه « بیمه سلامت در دیدگاه مسئولین
۱۱	فصل اول « بیمه سلامت در آیینۀ نمایندگان خانه ملت
۱۹	فصل دوم « بیمه سلامت در نگاه مدیران سابق سازمان
۳۷	فصل سوم « بیمه سلامت در برنامه های هفتگانه توسعه
۴۲	فصل چهارم « چالش ها و موانع پیش روی بیمه سلامت
۴۵	فصل پنجم « دستاوردها و عملکرد سازمان بیمه سلامت
۶۰	فصل ششم « تجارب بیمه سلامت در جهان
۶۹	فصل هفتم « گفت و گو با صاحب نظران
۸۲	فصل هشتم « طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۸۵	فصل نهم « حمایت از بیماران خاص و صعب العلاج
۹۱	فصل دهم « حمایت از فرزندآوری
۹۸	فصل یازدهم « سخن پایانی

H T T P S : / / N E W S . M O E . G O V . I R /

مدیرعامل: علی متقیان
معاون اجرایی: امین شاجانی
مدیر هنری: لیلا صانعی
تصحیح: حمیدرضا کاشی‌ها - فرمهر صدقی - بهرام موسی سروش
مدیر چاپ و چاپخانه: بابک اسکندرنیا
رئیس لیتوگرافی: محمد آقارضا
لیتوگرافی و چاپ: مؤسسه فرهنگی مطبوعاتی ایران ۷- ۸۴۷۱۱۵۰۵
نشانی روزنامه ایران: تهران، خیابان خرمشهر، شماره ۲۰۸
تلفن: ۸۸۷۶۱۷۲۰ - ۸۸۷۶۱۲۴۵
تلفن سازمان آگهی‌های روزنامه ایران: ۴-۸۸۵۰۰۶۰۱ - ۱۸۷۷

صاحب امتیاز: خبرگزاری جمهوری اسلامی
مدیرمسئول: صادق حسین جابری انصاری
سردبیر: هادی خسرو شاهین
معاون بازرگانی و امور استان‌ها: محمد بابایی
ناظر ویژه نامه: امیر پروسنان
دبیر ویژه نامه: امین محمودی
خبرنگاران: کوثر کریمی - شیدا جعفری خانقاه - ناهید پروری
کامران زارعی - زینب صفری - امیر محمدی
نرگس جلیلیان - مهدیه محبوبی زاده - الناز صدری
فرزانه فکور - فاطمه شیخ زاده - فاطمه کریمی

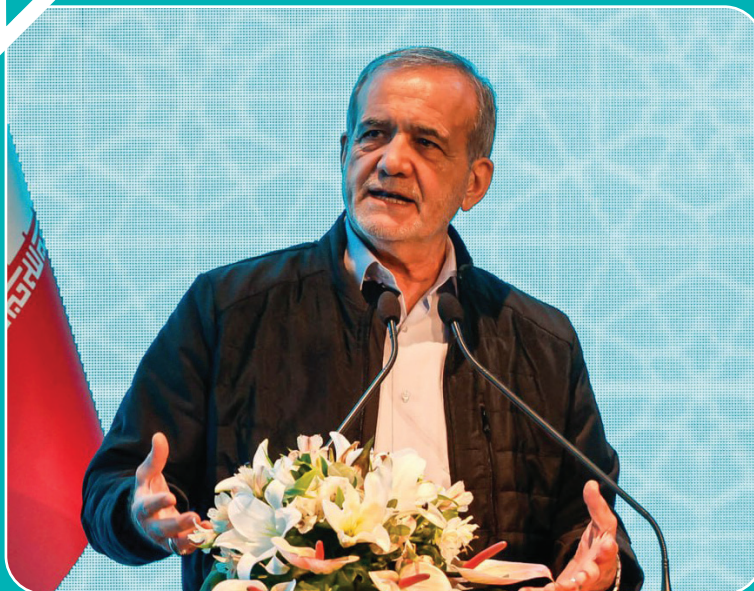


رهبر معظم انقلاب:

دریغه شاخص ما شاخص خوبی است

تأکید عرض می‌کنم، این کارها باید مرتبط بشود به زندگی مردم، باید منتهی بشود به گشایش در زندگی مردم.» «ما می‌خواهیم اگر کسی در یک خانواده مریض شد، بیش از رنج مریض داری، رنج دیگری نداشته باشد»

«بعضی از شاخصهای اقتصادی رشد داشت؛ دریغه شاخص ما شاخص خوبی است. در سازندگی، در بخش‌های آب، گاز، راه، محیط زیست، در این زمینه‌ها کارهای خوبی انجام گرفت. البته همینطور که اشاره کردم، حالا با



رئیس جمهور:

بیمه سلامت بزرگترین گام تحقق عدالت در نظام درمانی کشور

جانشان به خطر می افتد. در بخش بهداشت و درمان رویکرد مادر اجرای عدالت طرح پزشک خانواده و ارجاع ساختار عادلانه ای است که باید محقق شود. اگر این ساختار اجرایی شود، همه از سیستان و بلوچستان تا کردستان و خوزستان، همان خدمتی را دریافت خواهند کرد که فردی در شمال تهران دریافت می کند و اگر این کار را انجام بدهیم، عدالت مورد نظر در بهداشت و درمان را اجرا خواهیم کرد. شفاف سازی بودجه های مربوط به نظام سلامت ضروری است، ما می خواهیم با اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع کاری کنیم که حداقل همه افراد بازنشسته به صورت رایگان خدمات درمانی استاندارد دریافت کنند.

باید کاری کنیم که بیمار ناراضی از مطب و بیمارستان خارج نشود، چرا که اگر از خدمات ناراضی باشد، علاوه بر بیماری جسمی، روح و روانش نیز آسیب خواهد دید و اگر شما به درد بیمار رسیدگی نکنید، چه کسی می تواند مشکل او را حل کند به همین دلیل معتقدم بیمه سلامت بزرگترین گام برای تحقق عدالت در نظام درمانی کشور است. تامین سلامت و ارتقای خدمات درمانی به مردم از اولویت های اصلی دولت چهاردهم است؛ ما با مردم عهد بستیم که صدای بی صدایان و کمک حال فقرا و دور افتادگان باشیم که به اعتقاد من گام اول برای تحقق این عهد تأمین سلامت کسانی است که در صورت بیماری، به دلیل فقر و ناتوانی در پرداخت هزینه های درمان



رئیس مجلس شورای اسلامی:

نباید هیچ ایرانی برای درمان دغدغه بیمه داشته باشد

برای بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر در سازمان بیمه سلامت صندوقی تعیین شد تا برخی از بیماران با ضوابط تعیین شده از سوی دولت از خدمات این صندوق استفاده کنند تا فشار از روی خانواده‌های این بیماران برداشته شود.

نباید هیچ ایرانی برای درمان دغدغه بیمه داشته باشد، بیمه سلامت باید آرامش خانواده را تضمین کند. مجلس شورای اسلامی این افتخار را داشت که از بیماران خاص، صعب‌العلاج و نادر به صورت صد درصدی حمایت کرد.



گسترش خدمات بهینه به بیمه شدگان دور از دسترس نیست؛

همراستایی سازمان بیمه سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



نظام سلامت کشور برای ارائه خدمات بهینه به بیماران در سطوح استانی و ملی، علاوه بر تأمین زیرساخت‌های درمانی، برخورداری از کادر درمان توانمند، تجهیز به امکانات و فن آوری روز پزشکی و... نیازمند پوشش بیمه‌ای گسترده‌آحاد جامعه است تا به این ترتیب بتواند آنطور که شایسته است به بیماران، خدمات ارائه کرده و با کاهش هزینه‌های درمانی باری از دوش آنها بردارد.

براین اساس، باید گفت نظام سلامت زنجیره‌ای از زیرساخت‌ها و تجهیزات پزشکی، کادر درمان و همینطور خدمات بیمه‌ای است که می‌توانند با همپوشانی یکدیگر، بهترین و کیفی‌ترین خدمات را در سطوح عالی به بیماران و مراجعان ارائه دهند.

در این میان، سازمان بیمه سلامت که اکنون ۳۰ سال از تصویب آن در کشور می‌گذرد و توانسته علیرغم مشکلاتی همچون ناترازی منابع و مصارف، نیمی از جمعیت کشور (افراد فاقد هرگونه خدمات بیمه‌ای) را زیرپوشش قرار دهد، نقش مهمی در ارتقای شاخص‌های سلامت کشور دارد.

سازمانی حمایتی که اگرچه، بخش اعظمی از عملکرد آن متأثر از سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است اما همچون یاری در کنار عالیترین متولی سلامت کشور با ارائه خدمات گسترده بیمه‌ای، چتر حمایت خود را بر سر افراد محروم از هرگونه خدمات بیمه‌ای، گسترانده است.

ناگفته نماند که ارتباط دوسویه و اثرگذار میان سازمان بیمه سلامت و وزارت بهداشت، به سال ۹۵ بازمی‌گردد، آن زمان که با تصویب نمایندگان مجلس شورای اسلامی، سازمان بیمه سلامت از ذیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به وزارت بهداشت منتقل شد، در آن زمان و براساس مصوبه مجلس، تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز شد و اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی،

عملکردهای اصلی نظام‌های سلامت است که می‌تواند با بهبود پوشش خدمات و حفاظت مالی مؤثر، پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت را ممکن کند، پرواضح است که امروزه میلیون‌ها نفر به دلیل هزینه‌های سنگین مراقبت‌های سلامت یا به خدمات سلامت مورد نیازشان دسترسی نداشته و یا برای دریافت کوچکترین خدمات، متحمل هزینه‌های هنگفت می‌شوند.

بسیاری دیگر، حتی زمانی که هزینه خدمات سلامت مورد نیاز را به شکل پرداخت از جیب می‌پردازند، گاهی، خدمات با کیفیت دریافت نمی‌کنند. بنابراین گسترش چتر بیمه سلامت همگانی، برای عدالت در ارائه خدمات سلامت، اهمیتی مضاعف دارد. اما تحقق این مهم

از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی، موظف شدند از خط مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات، تبعیت کنند. همین مصوبه کافی بود تا مسیر خدمات بیمه سلامت به عنوان حامی افراد کم‌برخوردار کشور، هموارتر و البته شفاف‌تر شود.

به نظر می‌رسد، با انتقال بیمه سلامت به وزارت بهداشت علاوه بر افزایش امکان تجمیع بیمه‌ها، بهینه‌تر شدن تخصیص اعتبارات درمانی نیز امکان پذیر شد.

ناگفته نماند که تأمین مالی نظام سلامت، از

تابعی از حمایت نظام سلامت از سازمان های بیمه ای به ویژه سازمان بیمه سلامت است که بیشترین گستره حمایتی را از آن خود کرده است.

بیراه نیست، اگر بگوییم، طراحی مناسب و اجرای دقیق سیاست های تأمین مالی سلامت، همچون چگونگی انعقاد قراردادها و ترتیبات پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت، می تواند هماهنگی و بهبود کیفیت خدمات و مراقبت های سلامت را تضمین کند؛ پرداخت به موقع و کافی وجوه به ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز نکته مهم دیگری است که نمی توان از آن اثرگذاری آن در ارائه خدمات کیفی بیمه سلامت غافل شد.

مجموعه عواملی که می تواند در آینده ای نه چندان شاخص رشد سلامت کشور را ارتقا دهد؛ موضوع مهمی که در اولویت راهبردی دولت چهاردهم قرار گرفته است چرا که دولت معتقد است، حوزه سلامت نقش پیشران پیشرفت، عدالت و توسعه پایدار جامعه را بر عهده دارد و نمی توان نسبت به این حوزه و اهمیت آن، بی اعتنا و بی توجه بود. از این رو، دولت تلاش کرده است با برنامه ریزی های صورت گرفته، قدم های بزرگی در مسیر خدمات دهی بهتر به آحاد جامعه در حوزه سلامت بردارد.

دکتر محمدرضا ظفرقندی وزیر بهداشت دولت چهاردهم در نشست با مدیران بیمه سلامت با تأکید بر نقش سازمان های بیمه ای از جمله سازمان بیمه سلامت در ارتقای شاخص های سلامت کشور، گفت: ارزیابی نقش کلیدی بیمه سلامت در تنظیم سلامت، ارتقای نظام سلامت و پیشگیری از بیماری ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

وی با بیان اینکه در حوزه بیمه سلامت، اقدام های ارزشمندی در گذشته انجام شده است و این تلاش ها پایه ای محکم برای گام های آینده در مسیر ارتقای سلامت جامعه خواهد بود، اضافه کرد: اکنون در بیمه سلامت حدود ۴۵ میلیون نفر زیر پوشش قرار دارند که ۹۰ درصد از آنها به صورت رایگان بیمه شده اند و تنها

درصد کمی سهم پرداخت دارند، روستاییان، عشایرو اقشار محروم نیز از جمله گروه هایی هستند که مشمول خدمات این بیمه می شوند.

وزیر بهداشت با بیان اینکه بیمه سلامت یکی از خدمات بزرگی است که دولت با حمایت گسترده خود، هزینه های درمانی این اقشار را تأمین می کند، تصریح کرد: حتی افرادی که تحت پوشش هیچ بیمه ای نیستند، در صورت بستری شدن در مراکز درمانی دولتی، هزینه های درمانی آن ها توسط بیمه سلامت پرداخت می شود همچنین پنج دهک پایین کشور از نظر درآمدی، به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند.

وی درباره برنامه های آینده بیمه سلامت در دولت چهاردهم نیز تصریح کرد: نخست، اصلاح و تکمیل طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع از جمله اولویتهایی است که برای بیمه سلامت در نظر گرفته شده است. دوم، ساماندهی پرونده الکترونیک سلامت برای هر ایرانی که به واسطه آن بتوانیم نظام درمان و تنظیم گری حوزه سلامت را به صورت دقیق تر پایش کنیم؛ این امر اهمیت ویژه ای دارد زیرا تجویز دارو باید روندی منطقی داشته باشد؛ از منظر علمی و اقتصادی، ضروری است که مصرف دارو در چارچوبی اصولی و هدفمند دنبال



بیمه سلامت براساس اینکه بخشی از نظام سلامت است، تأمین کننده مالی و یکی از قسمت های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. از این جهت سیاست های ما منطبق است بر سیاست گذاری هایی که در کشور در حوزه سلامت می شود. سلامت ابعاد مختلف دارد، یک بخش مهم آن بحث پیشگیری و بهداشت است که در کشور به این مقوله توجه زیادی شده است ولی بیمه های پایه به این سمت و سو نرفته اند



شود. ظفرقندی ادامه داد: در کشور ما، متوسط تجویز دارو در هر نسخه حدود چهار قلم است، در حالی که این عدد در دنیا بین ۱.۵ تا حداکثر ۲ قلم است. این آمار نشان دهنده آن است که تجویز دارو در کشور منطقی نیست و نیاز به بازنگری و اصلاح دارد. در این زمینه، آموزش عمومی می تواند نقش بسیار مهمی ایفا کند. وزیر بهداشت با اشاره به بیماری های نوظهور نیز افزود: جهت گیری نظارتی در راستای بهبود بیمه سلامت و تکمیل پرونده الکترونیک از جمله اولویتهای اساسی است که باید به آن توجه ویژه شود تا فرآیند درمان و مراقبت های بهداشتی به شکلی منظم و کارآمد پیش رود.

عضو کابینه دولت چهاردهم، درباره تأمین منابع برای بیمارستان ها و دانشگاه های علوم پزشکی کشور گفت: این موضوع از دو جنبه اهمیت دارد؛ نخست اینکه بیمارستان ها و دانشگاه ها باید بتوانند پرداخت های به موقع به داروخانه ها و شرکت های دارویی انجام دهند و دوم اینکه داروخانه ها و شرکت ها باید قادر باشند اقلام و مواد اولیه را به موقع تأمین کنند همچنین، پرداختی های کارکنان نیز باید به موقع صورت گیرد تا هیچ خللی در روند خدمات بهداشتی و درمانی ایجاد نشود.

وزیر بهداشت با تأکید بر اینکه بیمه ها (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) باید بتوانند پرداخت ها را به روز و به موقع انجام دهند، اظهار داشت: بیمه سلامت از این نظر شرایط بهتری دارد اما در مورد بیمه تأمین اجتماعی پرداخت ها عقب افتاده اند که در حال پیگیری هستیم. در این زمینه جلساتی با وزارت رفاه و بیمه تأمین اجتماعی برگزار شده و دولت نیز کمک هایی در نظر گرفته است تا پرداخت ها به روز تر شود، به ویژه پرداخت های پرسنلی و شرکت های دارویی. در هر حال با رویکرد دولت چهاردهم امید به ارتقای شاخص های سلامت که بخش از آن منوط به گسترش چتر بیمه سلامت همگانی است، افزایش یافته و چشم انداز روشنی برای سلامت کشور متصور است.

کاهش رنج مردم با تحول در بیمه سلامت

علی ربیعی
دستیار اجتماعی رئیس جمهور



نظام بیمه سلامت به مثابه یکی از بنیادین ترین سازوکارهای حمایتی و زیربنای عدالت اجتماعی در هر کشور، فراتر از یک ابزار صرفاً مالی، تجلی مسئولیت حاکمیت در قبال سلامت آحاد جامعه است.

این نظام با هدف تضمین دسترسی عادلانه و فراگیر به خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیرانه طراحی شده تا از بروز فقر ناشی از مواجهه با بیماری‌ها و هزینه‌های کمرشکن درمان جلوگیری نماید و به طور مستقیم بر سرمایه انسانی و بهره‌وری ملی تأثیر بگذارد.

مزیت اصلی و انکارناپذیر بیمه سلامت، در بعد حمایتی آن نهفته است؛ بدین معنا که با ایجاد یک پوشش حمایتی گسترده، به ویژه برای دهک‌های کم‌درآمد و اقشار آسیب‌پذیر، بار مالی سنگین بیماری‌های مزمن، صعب‌العلاج و حوادث ناگهانی را از دوش خانواده‌ها برمی‌دارد. این پوشش مالی شامل خدمات گسترده‌ای نظیر هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی، خدمات سرپایی و پاراکلینیکی (آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی)، و تأمین بخش عمده‌ای از بهای دارو می‌گردد.

برای مثال، پوشش درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج با تأمین خدمات و داروهای گران‌قیمت آن‌ها به صورت تقریباً رایگان، نه تنها از فروپاشی اقتصادی خانواده‌ها ممانعت می‌کند، بلکه امید به زندگی و کیفیت آن را در میان این گروه‌ها به شکل چشمگیری افزایش می‌دهد.

علاوه بر این، بیمه سلامت در ابعاد کلان، با تمرکز بر اجرای برنامه‌هایی چون نظام ارجاع و پزشکی خانواده، در پی ساماندهی به فرآیند ارائه خدمات، کاهش

مراجعات غیر ضروری و هدایت هدفمند بیماران به سطوح مناسب درمانی است که این خود منجر به افزایش اثربخشی منابع و کاهش هزینه‌های القایی می‌شود. ارتقاء سواد سلامت جامعه و توانمندسازی افراد برای خودمراقبتی و پیشگیری نیز از دیگر پیامدهای مثبت تقویت نظام بیمه پایه است که منجر به کاهش بار بیماری و ارتقاء شاخص‌های سلامت در بلندمدت می‌گردد.

همچنین، بادیجهتالی شدن فرآیندها نظیر نسخه‌نویسی الکترونیک، شفافیت وردیابی خدمات و کنترل هزینه‌ها بهبود یافته و از هدررفت منابع جلوگیری می‌شود.

بیمه سلامت در برنامه‌ریزی مناسب از طریق آی. تی و نظام اطلاعات موفقیت‌هایی بدست آورده است و اطلاعاتی که جمع‌آوری می‌شود برای برنامه‌ریزی اجتماعی و کنترل هزینه بسیار کاربردی و حائز اهمیت است.

با این وجود، نظام بیمه سلامت با چالش‌های ساختاری، مالی و اجرایی متعددی روبرو است که تداوم اثربخشی آن را به طور جدی تهدید می‌کند.

بزرگ‌ترین چالش، به تأمین مالی پایدار مربوط می‌شود؛ عدم تناسب منابع تخصیص یافته با رشد فزاینده هزینه‌های درمان (ناشی از تورم عمومی، توسعه فناوری‌های پزشکی نوین و افزایش قیمت دارو و تجهیزات) باعث انباشت مطالبات مراکز درمانی و داروخانه‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر شده است.

این بدهی‌های معوق، به نوبه خود، چرخه ارائه خدمات را مختل کرده و رضایتمندی ارائه‌دهندگان را کاهش می‌دهد که در نهایت، ممکن است به کاهش کیفیت خدمات دریافتی توسط بیمه‌شدگان منجر شود.

چالش دیگر، محدودیت‌های پوششی است؛ هرچند بیمه پایه، خدمات ضروری را پوشش می‌دهد، اما در بسیاری از بخش‌ها نظیر دندانپزشکی تخصصی، خدمات توانبخشی خاص، و برخی داروهای برند و خارج از فهرست، پوشش بیمه‌ای کافی وجود ندارد که این امر، موجب افزایش سهم "پرداخت از جیب" مردم و نقض هدف اصلی بیمه در کاهش بار مالی می‌شود.

همچنین، عدم موفقیت کامل در اجرای طرح نظام ارجاع و فقدان نظارت کافی بر رعایت پروتکل‌های درمانی، منجر به تجویزها و مداخلات غیر ضروری، مصرف بی‌رویه دارو و هدررفت منابع می‌گردد. در نهایت، موضوع تداخل و تشتت در مدیریت منابع سلامت، با وجود تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و نهادهای تصمیم‌گیر، هماهنگی و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و اجرای طرح‌های کلان را دشوار ساخته و بهیچ‌مصرف منابع را با اختلال مواجه می‌کند.

بنابراین، اصلاح نظام پرداخت، تضمین منابع پایدار دولتی و تقویت سازوکارهای نظارتی، گام‌های حیاتی برای تضمین آینده این رکن اساسی سلامت عمومی محسوب می‌شوند.

با همه این اوصاف معتمد با وجود اینکه بیمه سلامت يك اقدام ارزشمند برای مردم بود اما در اجرا با مشکلاتی مواجه شد که باید برای رفع آن تلاش کنیم.

موفقیت در بحث بیمه سلامت، رنج مردم را در بخش درمان کاهش می‌دهد، درصددیم منابع و مصارف را همسان کنیم، طرح تحول بیمه سلامت نباید به سمتی برود که نتوان ادامه داد.



نبود منابع پایدار برای بیمه‌ها

مرضیه وحید دستجردی

دبیر ستاد ملی جمعیت و وزیر سابق بهداشت

دستور کار متولیان قرار گیرد. این طرح نباید صرفاً یک اقدام بهداشتی تقلیل‌گرا تلقی شود، بلکه باید به عنوان "تحولی اساسی و ساختاری" در نظر گرفته شود که بر سلامت محوری خدمات، کنترل مؤثر ورودی بیمارستان‌ها و در نهایت، کاهش چشمگیر سهم پرداخت از جیب مردم تأکید دارد. با این حال، شرط اصلی و حیاتی موفقیت این اصلاحات، تخصیص کامل، به موقع و بدون کسری اعتبارات لازم به سازمان‌های بیمه‌گراست؛ به ویژه، تأمین منابع مالی پایدار از محل درآمد‌های هدفمندی یارانه‌ها برای پوشش فراگیر طرح پزشک خانواده در سراسر کشور، امری حیاتی است. در مجموع می‌توان گفت که حل معضلات نظام سلامت مستلزم یک رویکرد جامع است که شامل تقویت اقتدار وزارت بهداشت، رفع موانع و تأمین مالی پایدار برای بیمه‌ها و تحقق عدالت درمانی از طریق یک نظام ارجاع کارآمد باشد تا بتوان توازن را به نظام درمان بازگرداند و سهم پرداخت مستقیم مردم را به حد استاندارد کاهش داد.

فقر مطلق سقوط می‌دهد و دستاوردهای معیشتی سالیان آن‌ها را یک شبه محو می‌کند. رد پای بودجه ناپایدار بیمه‌ها و کمبود نقدینگی، مستقیماً در کیفیت خدمات رسانی مراکز درمانی نیز قابل جستجو است. تأخیرات طولانی مدت و چند ماهه در پرداخت مطالبات مراکز درمانی دولتی (بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها)، این نهادها را با مشکلات جدی و چندوجهی مواجه کرده است؛ از یک سو، در خرید به موقع و کافی داروهای ضروری و تجهیزات پزشکی دچار مشکل می‌شوند که مستقیماً بر روند درمان بیماران تأثیر منفی می‌گذارد، و از سوی دیگر، پرداخت حقوق و کارانه‌ی معوقه پزشکان، پرستاران و کارکنان درمانی با اختلال مواجه می‌شود، که این مسئله موجب کاهش انگیزه، فرسایش نیروی کار و احتمال مهاجرت متخصصین می‌شود.

برای ساماندهی این وضعیت بحرانی و حرکت به سمت عدالت درمانی، طرح توسعه و اجرای کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید در اولویت

نظام بیمه سلامت در کشور با مجموعه‌ای از چالش‌های گوناگون و ریشه‌ای دست و پنجه نرم می‌کند که رفع فوری آن‌ها نه تنها یک ضرورت اداری، بلکه یک مطالبه‌ی حیاتی برای حفظ کرامت شهروندان است. هدف اصلی این اصلاحات، کاهش سهم پرداختی مردم از هزینه‌های درمانی است، به گونه‌ای که مطابق با اسناد و برنامه‌های بالادستی، سهم پرداخت مستقیم بیماران (از جیب) به حداکثر ۳۰ درصد کل هزینه‌ها محدود شود.

متأسفانه، در حال حاضر این هدف حیاتی محقق نشده است و فقدان منابع مالی پایدار و کافی برای سازمان‌های بیمه‌گر، وضعیت بیمه سلامت را به شدت متزلزل کرده است. نتیجه‌ی مستقیم این ناپایداری، تحمیل هزینه‌های درمانی سنگین و کمرشکن بر دوش خانواده‌هاست. این فشار مالی به ویژه در موارد بیماری‌های صعب‌العلاج و مزمن که نیاز به درمان‌های طولانی و پرهزینه دارند، به وضوح مشاهده می‌شود، به طوری که بخش قابل توجهی از مردم را به زیر خط



به طور جدی در پی کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقای کیفیت خدمات است. اما با گذشت زمان، به تدریج فاصله‌ای میان اهداف اعلام شده دولتی و احساس درک شده مردمی شکل گرفت. وقتی در نظام سلامت صف‌های طولانی، هزینه‌های غیرشفاف یا برخوردهای نابرابر ادامه می‌یابد، حس بی‌عدالتی بازمی‌گردد، حتی اگر شاخص‌های رسمی نشانگر موفقیت طرح‌ها باشد. به نظر می‌رسد سیاست‌گذاری این طرح باید از زبان مردم دوباره بازخوانی شود. این بازخوانی می‌تواند حتی محور بازسازی اعتماد عمومی قرار گیرد، اعتماد به سیستمی که انسان را نه به عنوان بیمار، بلکه به عنوان شهروندی و صاحب حق در حکمرانی ببیند.

از منظر سیاست‌گذارانه، چالش‌های طرح تحول سلامت را باید صرفاً مالی و مدیریتی دانست یا باید آن را نشانه‌ای از بحران در الگوی حکمرانی سلامت دانست؟

به نظر من، بخش زیادی از چالش‌های طرح تحول سلامت از همان جایی شروع شد که گمان کردیم می‌توانیم نظام سلامت را صرفاً با تزریق منابع مالی اصلاح کنیم. در حالی که تجربه نشان داده حتی بزرگ‌ترین طرح‌ها اگر بدون اصلاح سازوکارهای اجرا و بدون مشارکت واقعی بدنه حرفه‌ای نظام سلامت پیش بروند، در ادامه دچار ناپایداری می‌شوند. بحران امروز نظام سلامت، قبل از آن که بحران پول باشد، بحران هم‌افزایی سیاستی و نهادی است. یعنی بخش‌های مختلف کشور در یک جهت حرکت نمی‌کنند. آموزش پزشکی، بیمه، بیمارستان‌ها، و حتی رسانه‌ها، هر کدام تصویر و منطق خاص خود را برای نقش آفرینی در حوزه سلامت دارند و این باعث اتلاف منابع و انرژی می‌شود. به جای بازتعریف ساختار کل نظام سلامت که در عمل امکان‌پذیر نیست، باید سطوح همکاری بین دستگاهی را واقعی‌تر و کارا تر کرد. به باور من، الگوی فعلی ما سلامت را به عنوان خدمت تعریف کرده، نه توسعه‌گری زیست بوم. یعنی به جای اینکه سلامت را جزئی از زیست بوم زندگی سالم و با نشاط بدانیم، آن

در گفت‌وگو با مدیر مؤسسه ایران آینده و عضو هیأت علمی دانشکده حکمرانی دانشگاه تهران مطرح شد

بازسازی زبان حکمرانی سلامت؛ از درمان فروشی تا نهاد اعتماد ساز ملی

سلامت؛ ستون اصلی امنیت روانی و زیربنای توسعه‌ی هر جامعه‌ای است. این حوزه، جایی است که تجربه‌ی زیسته‌ی هر شهروند به طور مستقیم با سیاست‌های کلان دولت گره می‌خورد و کوچک‌ترین نارسایی در آن می‌تواند، سرمایه‌ی اجتماعی و اعتماد عمومی به حاکمیت را تحت الشعاع قرار دهد. در طول دهه‌ی گذشته، شاید هیچ طرح دولتی به اندازه‌ی «طرح تحول سلامت» نتوانست موجی از امید و آرامش در میان مردم ایران ایجاد کند. طرحی که با شعار کاهش پرداخت از جیب مردم و ارتقای دسترسی به خدمات آغاز شد، اما دیری نپایید که چالش‌های ساختاری و مدیریتی، آن امید اولیه را تحت الشعاع قرار داد. امروز، جامعه‌ی ما با یک پارادوکس بزرگ مواجه است: در حالی که شاخص‌های رسمی از حجم بالای خدمات ارائه شده سخن می‌گویند، احساس عدالت، کرامت و اعتماد عمومی در مواجهه با نظام سلامت، همچنان آسیب‌پذیر است. برای واکاوی این شکاف عمیق، و برای عبور از نگاه صرفاً مالی و مدیریتی به یک الگوی جامع و انسان‌محور برای حکمرانی سلامت، به سراغ یکی از صاحب‌نظران برجسته‌ی حوزه‌ی سیاست‌گذاری سلامت، دکتر مصطفی زمانیان، مدیر مؤسسه ایران آینده و عضو هیأت علمی دانشکده حکمرانی دانشگاه تهران رفته‌ایم. دیدگاه دکتر زمانیان بر این

محور استوار است که «بحران سلامت، پیش از آنکه بحران پول باشد، بحران حکمرانی و هم‌افزایی سیاستی است. در این گفت‌وگوی چالشی و آینده‌محور، ما بحث را از ارزیابی دستاوردهای طرح تحول، نه از منظر بودجه، بلکه از نگاه تجربه‌ی درک شده‌ی شهروندان آغاز می‌کنیم. سپس به این پرسش کلیدی می‌پردازیم که چگونه می‌توان سلامت را از یک خدمت به یک زیست‌بوم توسعه‌گرا تبدیل کرد. دکتر زمانیان در ادامه، مسیر تحول را در مفاهیم بنیادی مانند «پزشک خانواده» - به عنوان یک نظام اعتماد ساز اجتماعی - و «بیمه» - نه یک حساب ذخیره‌ی بانکی، بلکه یک سرمایه اجتماعی - ترسیم خواهند کرد. در نهایت، با بررسی ظرفیت‌های «پرونده الکترونیک سلامت» و ترسیم تصویر بیمه سلامت در برنامه هفتم توسعه، تلاش خواهیم کرد تا الگویی کارآمد و آینده‌نگر برای حکمرانی سلامت پیشنهاد دهیم؛ الگویی که در آن، سلامت نه در انزوا، بلکه به عنوان موتور تحول اقتصادی و اجتماعی جامعه ایرانی دیده شود. سلامت؛ ستون اصلی امنیت روانی و زیربنای توسعه‌ی هر جامعه‌ای است. این حوزه، جایی است که تجربه‌ی زیسته‌ی هر شهروند به طور مستقیم با سیاست‌های کلان دولت گره می‌خورد و کوچک‌ترین نارسایی در آن می‌تواند، سرمایه‌ی اجتماعی و اعتماد عمومی به حاکمیت را تحت الشعاع قرار دهد.

بوده‌ای باید به تجربه زیسته مردم نگاه کرد. آنچه در نهایت نظام سلامت را معنا می‌کند، احساس عدالت و کرامت در ذهن مردم است. طرح تحول سلامت در ابتدا توانست نوعی آرامش و امید اجتماعی ایجاد کند؛ چون شهروندان برای نخستین بار احساس کردند دولت

به عنوان سؤال نخست با تاملی بر تجربه زیسته مردم در نظام سلامت، دستاوردهای طرح تحول از منظر احساس عدالت، کرامت و اعتماد عمومی به نظام سلامت چگونه قابل تحلیل است؟

در هر سیاست عمومی، فراتر از شاخص‌های فنی و

را صرفاً یک مقوله اجرایی و ارائه مجموعه‌ای از خدمات می‌بینیم. ما همین خطای شناختی را در حوزه آموزش و پرورش هم داریم. توسعه زیست بوم تعلیم و تربیت با مدرسه داری و عرضه خدمات آموزشی تفاوت دارد. از سوی دیگر باید بپذیریم که راه تحول سلامت، از مسیر واقع‌بینی و مدیریت تدریجی تغییر می‌گذرد، نه از طرح‌های بزرگ مقیاس و پرهزینه. تحول، یعنی بهبود پیوسته در مقیاس کوچک اما ماندگار؛ چیزی که در سیاستگذاری عمومی از آن با عنوان اصلاح تدریجی نهادی یاد می‌شود.

مفهوم پزشک خانواده و نظام ارجاع تا چه حد می‌تواند به بازتعریف رابطه «شهروندان و نظام سلامت» کمک کند؟

پزشک خانواده اگر درست فهم شود، می‌تواند به واقع نقطه‌ای آغاز تحول به سمت الگوی مطلوب حکمرانی سلامت باشد. این طرح صرفاً یک مکانیسم ارجاع یا کنترل هزینه نیست، بلکه نوعی نظام اعتماد ساز اجتماعی است. بر مبنای فلسفه بنیادین این طرح، پزشک خانواده رابط میان انسان و نظام سلامت و همسفر او در مسیر سلامتی و به زیستی است. کسی که بیمار را می‌شناسد، با او گفت‌وگو می‌کند و به جای واکنش به بیماری، از بروز آن پیشگیری می‌کند. در ایران، اجرای این طرح می‌تواند نظام سلامت را از رویکرد پاسخ‌گویی به بحران به رویکرد تعالی در به‌زیستی تبدیل کند. یعنی پزشک خانواده صرفاً نسخه‌نویس نباشد، بلکه ناظر و راهبر تحولات سلامت در سلول‌های اجتماعی جامعه باشد. طبعاً تحقق این هدف مستلزم بازنگری در الگوی آموزش پزشکی، نظام پرداخت و حتی در الگوی گفت‌وگوی میان مردم و پزشکان است.

بیمه پایه و بیمه تکمیلی معمولاً به عنوان ابزار مالی تعریف می‌شوند. اما از منظر عدالت اجتماعی، این دو چگونه می‌توانند به امنیت روانی و سرمایه اجتماعی منجر شوند؟

بیمه سلامت فقط یک سازوکار مالی نیست؛ ستون اصلی احساس امنیت روانی در جامعه است. وقتی شهروند می‌داند در سخت‌ترین لحظات تنها نخواهد ماند، احساس تعلق و اعتماد به حاکمیت تقویت می‌شود. اما امروز بیمه‌ها بیش از حد مالی محور شده‌اند و کمتر به نقش فرهنگی و اجتماعی خود توجه دارند. بنظر می‌رسد در ترسیمی از آینده، بازطراحی بیمه‌ها باید با نگاه چندلایه انجام شود: اولاً بیمه باید به جای پرداخت‌کننده هزینه، نقش حامی زندگی را برای خود برگزیند. ثانیاً از مدل‌های مشارکتی بهره‌بردار؛ یعنی مردم در طراحی و پایش بیمه‌ها نقش داشته باشند. ثالثاً

سازوکارهای بیمه‌ای باید سهم خود را در درمان محوری به سمت پیشگیری و ارتقای سلامت بازتعریف کند. چنین بازطراحی‌ای، بیمه را از یک حساب ذخیره بانکی به یک سرمایه اجتماعی تبدیل می‌کند، نهادی که اعتماد می‌آفریند، نه فقط جبران خسارت می‌کند.

الگوی کارآمد حکمرانی سلامت از منظر آینده‌محور چه ویژگی‌هایی دارد؟

نظام حکمرانی سلامت آینده‌محور، نظامی است که بتواند بر مبنای دو مؤلفه داده‌محوری و هوشمندسازی بازآفرینی شده و مستمرا پیام‌رسان و تغییرکننده. یعنی سیستمی که با داده‌های واقعی و زنده از زندگی مردم تنظیم شود.

این نظام باید یادگیرنده باشد؛ یعنی خطاها را مرتباً با تقاطع‌گیری از داده‌های به‌روز شناسایی و از طریق الگوریتم‌های هوشمند تحلیل و اصلاح کند. باید ساختاری شبکه‌ای داشته باشد، نه ساختاری سلسله‌مراتبی و بالا به پایین، زیرا ماهیت نظام سلامت شبکه‌ای است که حاصل تنوعی از کنش‌های جمعی فرهنگی و رفتاری و اجتماعی است، نه دستوری و ابلاغی. زبان چنین الگوی حکمرانی باید از کنترل به توانمندسازی تغییر کند.

سازمان‌های سلامت آینده، نهادهای فرهنگی خواهند بود که به مردم یاد می‌دهند چگونه سالم زندگی کنند و اساساً به شهروندان پیام‌رسانند که نفع‌تو در سالم زندگی کردن است. اگر این گونه شد اقتصاد سلامت هم سودش را در سلامت افزایشی جستجو خواهد کرد نه در درمان‌گری و درمان‌فروشی.

درباره‌ی پایداری مالی بیمه‌ها، چگونه می‌توان در کنار پایداری اقتصادی، پایداری اعتماد و سرمایه اجتماعی را هم تضمین کرد؟

پایداری مالی، بدون پایداری اعتماد، امکان تحقق نخواهد داشت. هر نظام بیمه‌ای زمانی پایدار می‌ماند که شهروندان احساس کنند این سیستم در لحظه نیازکنار من است. این اعتماد فقط با پرداخت به موقع شکل نمی‌گیرد؛ بلکه با شفافیت، پاسخگویی و رفتار انسانی نهاد بیمه شکل می‌گیرد.

پیشنهاد من این است که شاخص‌های جدیدی برای ارزیابی بیمه‌ها تدوین شود؛ مثلاً شاخص وفاداری نهادی، رضایت از ارتباط انسانی، یا احساس عدالت. این شاخص‌ها می‌توانند به اندازه بودجه و هزینه‌ها مهم باشند. اگر بیمه سلامت به یک رابطه انسانی و نه صرفاً اقتصادی تبدیل شود، هم منابع مالی پایدار می‌ماند و هم سرمایه اجتماعی نظام تقویت می‌شود. باید تضمین و ارتقای سرمایه اجتماعی را به عنوان بخشی از مأموریت نهاد بیمه تعریف کرد.

پرونده الکترونیک سلامت چه ظرفیت‌هایی را برای آینده سیاست‌گذاری سلامت دارد؟

پرونده الکترونیک سلامت اگر درست طراحی شود، می‌تواند قلب تحول سیاست‌گذاری سلامت باشد. این پرونده در اصل یک ابزار جمع‌آوری داده نیست؛ بلکه می‌تواند به زبان شناخت جامعه تبدیل شود. یعنی این امکان را فراهم می‌کند تا در بستر تغییرات زمانی بفهمیم مردم چگونه زندگی می‌کنند، در چه مناطقی بیشترین آسیب وجود دارد، و چه تغییراتی در سبک زندگی در حال وقوع است. در آینده، اگر این داده‌ها در خدمت شفافیت، پژوهش و تصمیم‌سازی عمومی قرار گیرند، می‌توانند شکاف میان نظام سلامت و زندگی مردم را نه صرفاً در حوزه خدمات درمانی و سلامت پر کنند، بلکه مدیریت تغییر سبک زندگی اجتماعی را برای حاکمیت ممکن می‌سازد. اما اگر فقط به کنترل اداری یا انباشت داده محدود شوند، ارزش خود را از دست خواهند داد و عملاً امکان تحلیل پویایی‌های اجتماعی را از ما خواهند گرفت.

در برنامه هفتم توسعه، بیمه سلامت چگونه تصویر شده است؟ آیا زبان برنامه آینده‌نگر است یا هنوز در مدار گذشته می‌چرخد؟

برنامه هفتم توسعه از نظر اهداف کلی، گامی رو به جلوست، اما هنوز زبان آن درگیر منطق گذشته است. در این برنامه، سلامت همچنان در قالب هزینه دیده می‌شود و نظام سلامت نظامی خدمت محور تلقی شده است. برای ترسیم آینده، باید ابتدا زبان سیاستگذاری سلامت را تغییر داد. سلامت، صرفاً یک خدمت در کنار سایر خدماتی که دولت مکلف به تأمین آن است نیست. سلامت می‌تواند محور و موتور تحول اقتصادی و اجتماعی جامعه ایرانی در افق آینده باشد. قدرتی که بخش سلامت می‌تواند در خلق آینده‌ای باورپذیر و امیدبخش برای آحاد جامعه خلق کند در کمتر حوزه‌ای قابل جستجو است. ظرفیتی که بخش سلامت برای توسعه تعاملات منطقه‌ای و مقابله با تصویر غلط انزوای بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران می‌تواند ارائه دهد در هیچ حوزه‌ای قابل تصور نیست. گزافه نیست اگر ادعا کنیم بخش سلامت به تنهایی قدرت خلق یک چشم‌انداز ملی را برای کشور دارد. به باور من، بخش سلامت کشور به ویژه حوزه بیمه سلامت که هم ابعاد اقتصادی و هم ابعاد اجتماعی گسترده‌ای را در لایه تعامل با مردم دارد، باید به سمت ترسیم تصویری امیدآفرین و قدرت بخش از آینده گام بردارد. تصویری از مأموریتی جدید که سازمان بیمه سلامت را از نهادی صرفاً مالی و حمایتی به نهادی اجتماعی بازتعریف کند و در کنار شاخص‌های بودجه‌ای، افزایش رفاه، ارتقای امید و اعتماد عمومی و افزایش تاب‌آوری مردم را شاخص اصلی موفقیت خود قرار دهد.

بودجه صندوق بیماران خاص کافی نیست

حسینعلی شهریاری

رئیس کمیسیون بهداشت و درمان
مجلس شورای اسلامی



مجلس شورای اسلامی برای تجمیع بیمه‌های پایه بسیار تلاش کرد، اما خیلی‌ها در این زمینه زیر بار نرفتند و در واقع این موضوع به عزم جدی نیاز دارد. کشور ما همیشه در حوزه پزشکی پیش‌تاز بوده، اما در حال حاضر بیمارستان‌ها برای تهیه تجهیزات پزشکی روز دنیا، دچار مشکلات مالی شده‌اند. باید چاره اساسی اندیشید تا مشکلات حوزه سلامت را برطرف کرد. اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع و خرید راهبردی خدمات در حوزه سلامت بسیار مهم و البته بسیار دشوار است. امیدواریم در بودجه سال ۱۴۰۵ اتفاقات مناسبی رخ بدهد و با کمک مجلس و دولت، مشکلات حوزه سلامت برطرف شود.

ایجاد صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج در سازمان بیمه سلامت ایران اقدام مناسبی بود، اما بودجه آن کافی نیست. در قانون تصویب شده که تمامی مراکز دولتی و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت موظف به انعقاد قرارداد با بیمه‌ها هستند. حضور دکتر پزشکیان به عنوان رئیس جمهوری این امیدواری را برای مردم ایجاد کرده که وضعیت بیماران در حوزه سلامت بهتر می‌شود. برنامه ریزی شده تا مجلس اجرای قانون برنامه هفتم توسعه را بررسی کند که در همین راستا، وضعیت اجرای مواد این قانون که مربوط به حوزه سلامت است نیز در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

کنترل منطقی تجویزها و اجرای نظام ارجاع در دستور کار قرار گیرد

سلمان اسحاقی

سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان
مجلس شورای اسلامی



بهداشت و درمان انجام شد راه اندازی صندوق بیماران خاص، صعب‌العلاج و نادر برای حمایت از این بیماران بود و با این اقدام بخشی از مشکلات و هزینه‌های درمانی این بیماران کاهش یافت. اجرای صد درصدی برنامه نسخه الکترونیک در سراسر کشور، توسعه قرارداد با مراکز ارائه خدمت، اجرای برنامه پیشگیری هزار روز طلایی برای سلامت مادر و کودک، پوشش ۹۰ درصدی هزینه‌های درمان ناباروری در مراکز دولتی، پوشش ۲۰ خدمت دندان پزشکی، حمایت از توانخواهان تحت پوشش سازمان بهزیستی و پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناسی بخشی از اقدامات سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر برشمرد.

ضروری است کنترل منطقی تجویزها، آموزش پزشکان و اجرای دقیق نظام ارجاع در دستور کار قرار گیرد تا نظام سلامت کشور بتواند به پایداری مالی و کارآمدی واقعی دست یابد. سازمان بیمه سلامت ایران بزرگترین بیمه درمانی پایه کشور است که بیش از ۴۵ میلیون نفر را در ۴ صندوق تحت پوشش بیمه دارد و در حال حاضر ۵ دهک اول جامعه بدون پرداخت حق بیمه و به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و سایر دهک‌های درآمدی نیز با تخفیف‌های پلکانی در حق بیمه، تحت پوشش صندوق بیمه همگانی قرار دارند. یکی از مهمترین اقدامات سازمان بیمه سلامت در سال‌های اخیر که با حمایت مجلس و کمیسیون

لزوم حمایت همه جانبه از بیمه سلامت در مسیر تحقق اهداف نظام سلامت

سید محمد پاکمهر

نایب رییس اول کمیسیون بهداشت و درمان مجلس



خدمات درمانی به طور کامل محقق شود. پایداری منابع مالی بیمه ها اهمیت زیادی دارد، یکی از ضرورت های مهم در حوزه سلامت، تقویت منابع پایدار مالی بیمه ها و هماهنگی میان سازمان های بیمه گر است تا امکان استمرار خدمات و اجرای برنامه های تحولی در نظام سلامت فراهم گردد. کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی از تمامی برنامه های بیمه سلامت در مسیر توسعه خدمات، شفافیت هزینه ها و ارتقای کیفیت درمانی حمایت می کند و آماده همکاری مستمر برای تحقق اهداف کلان نظام سلامت کشور است.

سازمان بیمه سلامت ایران از نهادهای کلیدی در اجرای سیاست های عدالت محور حوزه سلامت است و اهداف قانون اساسی در زمینه تحقق نظام سلامت را دنبال می کند و بر اساس اصول قانون اساسی، دولت موظف است خدمات بهداشتی و درمانی را برای همه آحاد جامعه تأمین کند و بیمه سلامت نقش محوری در تحقق این مأموریت دارد. بیمه سلامت با گسترش پوشش بیمه ای در اقشار مختلف، به ویژه اقشار کم درآمد، نقش مؤثری در کاهش هزینه های درمانی و حمایت مالی از بیماران ایفا کرده و این رویکرد باید با همکاری سایر نهادها و دستگاه ها تداوم یابد تا عدالت در دسترسی به

رویکرد بیمه ها باید به سمت پیشگیری حرکت کند

احمد آریایی نژاد

دبیر دوم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس



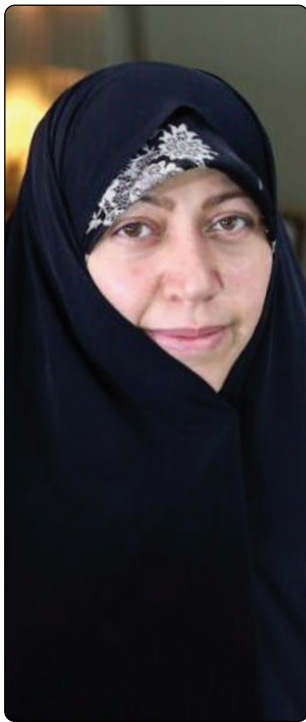
و کافی بدهند. ورشکسته می شوند و مجبورند از خدمات تحت پوشش کم کنند. بحث ما بیشتر پزشک خانواده است که امیدواریم به زودی در جاهای دیگر کشور تعمیم پیدا کند. به نظر من علت شکست طرح تحول، خوب نبودن تأمین بودجه برای بهورز، پزشک و دارو بود. چون مسیر را اشتباه رفتیم و بر درمان تمرکز کردیم، فعلاً توان کشور باید باز یابی شود و بر قسمت پیشگیری، سیستم ارجاع و حفظ سلامت مردم متمرکز شود تا طرح پزشک خانواده به خوبی اجرا شود؛ در غیر این صورت، ادامه طرح های قبلی به شکست منجر خواهد شد.

اگر نتوانیم بیماری را کاهش دهیم، سال به سال این مشکل بیشتر خواهد شد، شک نکنید. اقتصاد کشور شاید جابگوی این همه بیمار نباشد. راهش اصلاح روش زندگی و کاهش تدریجی نیازمندان به درمان است. این مسائل باید در کمیسیون مطرح شود، تشکیلات مقتضی گرفته شود و تدابیر لازم اندیشیده شود. امیدواریم بودجه کشور طوری باشد که بتواند با این معضل بزرگ مبارزه کند. در بحث بیمه ها نیز مشکل داریم. بعضی بیمه ها قادر نیستند پرداخت ها را مدیریت کنند که افزایش آورده داشته باشند یا حداقل به سربه سر برسند تا بتوانند خدمات به موقع

توجه مجلس به حمایت بیمه سلامت از زوجین نابارور

فاطمه محمدبیگی

عضو کمیسیون بهداشت مجلس



را نشان دار کرده است، البته هنوز مراکز و مؤسسات خصوصی و نیمه دولتی حمایت‌های جدی از این قانون نداشتند، حدود ۷ میلیون نفر زوج نابارور در کشور زندگی می‌کنند که با حمایت‌های بیمه‌ای امیدواریم بتوانند بیماری خود را درمان کنند.

اجرای قانون نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک نیز خوشبختانه با حمایت‌های مجلس در تأسیس کمیته سلامت الکترونیک و همکاری‌های ویژه بیمه سلامت و شورای عالی بیمه سلامت کشور منجر به استقرار بالای ۹۰ درصدی این قانون در سراسر کشور شده و به دنبال یکپارچه سازی سامانه‌های داده‌های سلامت و قواعد بیمه‌ای هستیم. البته برخی تکالیف قانونی برای این مساله در برنامه هفتم مورد توجه قرار نگرفته که امیدواریم تدابیر لازم برای آن اتخاذ شود.

یکی از بهترین مصوبات مجلس در عرصه عدالت ورزی و کاهش رنج مریض داری به ویژه برای بیماران خاص، تأسیس صندوق حمایت از بیماری‌های خاص، صعب العلاج و نادر بود، این صندوق طی سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ خدماتی را به بیماران ارائه داد که با توجه به اختصاص سالانه ۷ هزار میلیارد تومان بودجه به دنبال آن هستیم که منابع آن را افزایش دهیم. سازمان بیمه سلامت عملکرد قابل قبولی در ارائه خدمات به بیماران صعب العلاج داشته و اقدامات این سازمان قابل تقدیر است، خدمات بیمه سلامت به بیماران صعب العلاج مورد حمایت دولت و مجلس بود و و امسال نیز در تلاش هستیم بودجه این صندوق را افزایش دهیم. سازمان بیمه سلامت در بحث اجرای قانون جوانی جمعیت نیز با ارائه خدمات به زوجین نابارور در قالب پرداخت ۹۰ درصد هزینه‌ها بیش از ۵۷ هزار زوج نابارور

لزوم ارتقای بهره‌وری در بیمه سلامت

رضا جباری

عضو هیات رئیسه مجلس شورای اسلامی



کنند، در این ساختار اگر قرار باشد هزینه‌ها مدیریت شود تا به طور پیوسته بیمه‌ها دچار کسری بودجه و بدهی انباشته نباشند باید به نحوی محاسبات عددی خدمات ارائه شده شکل عملیاتی بگیرد و هزینه‌های دولت برای هر فرد بر اساس سرانه‌ی خدمت پزشکی و از پیش مشخص شود.

بر اساس گزارشات تقدیمی ۷۰ درصد منابع بیمه‌ها صرف دارو و تجهیزات می‌شود و با خرید راهبردی بر اساس برآوردهای دقیق این هزینه‌ها تا سطح زیادی کاهش پیدا می‌کند همچنین باید این موضوع را نیز مورد توجه قرار داد که بیمه‌ها خدمات پزشکی را گران می‌خرند و در حالی که تنها ۱۵ درصد از بیمه‌شدگان به سمت خدمات خصوصی حرکت می‌کنند اگر نظام ارجاع تخصص محور شود بسیاری از مشکلات مرتفع خواهد شد.

نیمی از حدود ۱۵۰۰ همتی که به نظام سلامت اختصاص دارد می‌توان با بهره‌وری صرفه جویی شده و در مسیر توسعه و پیشرفت سطح درمان مردم استفاده شود.

در نظام سلامت مانگاه دولتی حاکم است و این نگاه باعث شده روزمرگی بر حوزه سلامت غلبه داشته باشد و بسیاری از قوانین بالادستی در این مسیر مغفول مانده است اما با اجرای برخی طرح‌ها نظیر خرید راهبردی توسط دستگاه‌های خدمات رسان و بیمه‌ها، تجمیع منابع بیمه‌ها و محاسبه عملیاتی قیمت تمام شده خدمات حوزه درمان در سطوح مختلف می‌توان این چالش را مرتفع کرد همچنین مدل‌های موفق اجرایی در دنیا و در کشورهای مختلف نیز الگویی عملیاتی و قابل مطالعه در این مسیر برای کشور ما است. بیمه سلامت ۴۵ درصد جامعه خدمت دریافت می‌

در گفت و گو با مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران مطرح شد

چرا بیمه سلامت باید به پیشگیری توجه کند؟



چرا با وجود افزایش چشمگیر در تأسیس مراکز درمانی و تشخیصی جدید، آمار بیماری‌های شایع مانند دیابت و فشار خون در کشور همچنان رو به افزایش است؟

از این رو، ما ایده‌ای را که دارای پایه علمی است و بر اساس مستندات علمی در برخی کشورها نیز به مرحله اجرا درآمده، در سازمان بیمه سلامت، که یک سازمان بزرگ کشوری در حوزه سلامت است، پیشنهاد کرده‌ایم. ما ساختار تشکیلاتی خود را با تأکید بر ایجاد یک معاونت پیشگیری تغییر داده‌ایم. قطعاً این معاونت در آینده ممکن است در ساختار ما به معاونت سلامت و بیمه تبدیل شود تا هر دو بخش را در کنار هم داشته باشیم، اما برای شروع کار، لازم دانستیم که حتی معاونت را جداگانه و مستقل تعریف کنیم و معاونت، تشکیلات مجزایی داشته باشد تا هم‌زمان با راه‌اندازی نظام ارجاع و پزشکی خانواده، بتوانند هم‌گام با یکدیگر پیش بروند تا این کار بزرگ ملی محقق شود. بدون شک، در حوزه سلامت مردم، پیشگیری باید در اولویت قرار گیرد. ما علاوه بر سطوح مرسوم پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه، دو سطح دیگر نیز داریم: پیشگیری نخستین یا ابتدایی و پیشگیری سطح چهار. این دو سطح ارتباط مستقیمی با سازمان‌های بیمه‌گردارند؛ به عبارت دیگر، بیمه‌ها می‌توانند در این زمینه‌ها مداخله نمایند.

به "محرك فعال ارتقا سلامت" دگرگون می‌سازد. بیمه سلامت نقشی اساسی در تأمین منابع حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سنگین حوزه درمان ایفا می‌کند و این روند موجود در حوزه درمان که متأسفانه به منزله یک چاه ویل است، اگر اقدامی برای تأمین سلامت افراد صورت نگیرد و این مسیر ادامه یابد، نتایج حاصله روز به روز نامطلوب‌تر و در مقابل، غیرقابل دفاع خواهند بود. مؤسسات درمانی و تشخیصی بسیار زیادی در سال‌های اخیر راه‌اندازی شده، در حالی که به‌طور مثال بیماری دیابت در کشور یکی از بیماری‌های شایع افزایش یافته یا بیماری فشار خون افزایش یافته و بسیاری از عواملی که سلامتی افراد را تهدید می‌کند، در جامعه کنترل نشده است.

برای بررسی بیشتر موضوع به سرانجام دکتر محمد مهدی ناصحی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران آمده‌ایم تا در این خصوص از وی جویا شویم.

در نظام‌های سلامت در سراسر جهان، بیمه‌های درمانی به‌عنوان یکی از ارکان اصلی تأمین مالی خدمات سلامت شناخته می‌شوند. با وجود پیشرفت‌های پزشکی، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن (مانند بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت) ناشی از تغییر سبک زندگی و همچنین گران شدن خدمات درمانی، هزینه‌های حوزه درمان به‌طور فزاینده‌ای افزایش یافته است و بیمه‌ها را با چالش‌های مالی جدی روبه‌رو ساخته است. در چنین شرایطی، تغییر رویکرد از درمان محوری صرف به پیشگیری محوری، نه تنها یک ضرورت اخلاقی برای ارتقا سلامت جامعه است، بلکه یک استراتژی هوشمندانه و حیاتی از منظر اقتصاد سلامت برای سازمان‌های بیمه‌گر به شمار می‌آید.

توجه بیمه سلامت به پیشگیری، به معنای سرمایه‌گذاری امروز برای جلوگیری از بروز هزینه‌های سنگین‌تر و پیچیده‌تر در آینده است. این نگاه پیشرو، نقش بیمه را از یک "خریدار منفعل خدمات درمان"

آیا تعریف معاونت پیشگیری به صورت مستقل برای شروع کار، نشان دهنده اولویت‌بندی کوتاه مدت بر مدیریت بیماری‌ها به جای پوشش مالی صرف نیست؟

در سطح اول، باید برای سلامت فردی که در آستانه ورود به زندگی است، به‌ویژه در هزار روز اول، برنامه‌ریزی شود. ما برنامه‌هایی برای مادر باردار، نوزاد و شیرخوار تدوین کرده‌ایم و به‌طور خاص، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مادر و کودک را در این طرح مدنظر قرار داده‌ایم. این طرح به‌صورت آزمایشی در چندین نقطه کشور اجرا شده و نتایج آن حتی در کوتاه مدت

نیز رضایت‌بخش بوده است و قطعاً در بلندمدت نیز مؤثر خواهد بود. پیشگیری سطح چهار نیز نکته‌ای بسیار مهم و در عین حال مغفول است که به مداخلات غیرضروری و زیان‌آوری می‌پردازد که سلامت فرد را در حوزه‌های پزشکی و درمانی تهدید می‌کند. این مداخلات شامل مواردی نظیر مصرف غیرضروری دارو است که در کشور ما، مصرف آن شاید بیش از دو برابر میانگین استاندارد جهانی باشد و در هر نسخه بیش از چهار قلم دارو تجویز می‌شود. همچنین اقدام‌ها پاراکلینیکی پرهزینه‌ای وجود دارد که در صورت استقرار صحیح نظام ارجاع در کشور به‌ویژه تدوین

در معرض برخی بیماری‌ها نظیر دیابت هستند، تأثیر به‌سزایی در کنترل قند خون، فشار خون و مؤلفه‌های روانی دارد که باید در جامعه مورد توجه قرار گیرند. سلامت روان و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و در سطح بین‌المللی نیز مورد توجه هستند. ما در کشور دارای یک شبکه قوی هستیم و در صورت تقویت، ساماندهی بیشتر و به‌روزرسانی شبکه بهداشت و درمان که دارای سطوح مختلف است و با امکانات مناسب خدمات ارائه می‌دهد، نظام سلامت ما به نتایج بهتری دست خواهد یافت.

تقویت نقش نظارتی، استفاده از هوش مصنوعی و مؤلفه‌هایی که می‌توانند دسترسی‌ها را افزایش داده و کیفیت خدمات را ارتقا بخشند، ضروری است. به‌خصوص وقتی صحبت از به‌کارگیری هوش مصنوعی در ارائه خدمات می‌شود، می‌توان از این ابزار برای تحت نظر گرفتن سلامت فرد، ارسال هشدارهای به‌موقع و اطلاع‌رسانی استفاده کرد. اکنون که سیستم‌های هوشمند (مانند موبایل) در دسترس همه افراد قرار دارد، این امر تسهیل شده است. بسیاری از روش‌های سنتی که در ۴۰ سال گذشته مورد استفاده قرار می‌گرفتند، ممکن است امروز دیگر پاسخگو نباشند و تداوم مدل‌های قدیمی منطقی به نظر نمی‌رسد. هدف غایی، سلامت افراد است، اما مدل‌های ارائه خدمت باید با توجه به ذائقه نسل جدید تغییر کند.

توجه ویژه‌تری نیز باید به سالمندان صورت گیرد که در این زمینه فاصله داریم. متأسفانه حتی در تدوین قوانین (مانند برنامه هفتم توسعه) نیز به این موضوع جز در چند سطر کوتاه توجه

فرد در تهران به ۱۵ قلم می‌رسد، نشان‌دهنده نبود هیچ‌گونه حساب و کتاب در تجویز آزمایشات است. اگر تشخیص بیماری خاصی مطرح باشد، باید صرفاً اقلام مرتبط با آن تجویز شود، نه اینکه یک برگه از ابتدا تا انتها پر شود یا یک نسخه الکترونیکی ۱۵ قلمی صرفاً برای ارزیابی فرد نوشته شود. قطعاً این اقدام‌ها از نظر علمی پذیرفته شده نیست و نیازمند اصلاح جدی است. واضح است که سازمان بیمه سلامت به‌تنهایی قادر به تحقق اهداف نیست.

لذا، ارتقای سواد سلامت و آگاهی عمومی مردم در درجه اول اهمیت قرار دارد. همچنین، همکاری سازمان نظام پزشکی و پزشکان، انجمن‌های تخصصی مربوطه، وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی در کنار سازمان‌های بیمه‌گر ضروری است تا پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی تدوین و در کشور اجرا شوند. بهترین رویکرد این است که مدل نظام ارجاع و پزشکی خانواده به شیوه صحیح در کشور عملیاتی شود و تمام این موارد در دل شبکه بهداشتی و درمانی و نظام ارجاع شکل گرفته، جای گیرند. قطعاً این اقدام‌ها به نفع مردم خواهد بود، علاوه بر اینکه می‌توانیم منابع و هزینه‌های سلامت را مدیریت کرده و مسیرها را به سمت صحیح هدایت نماییم.

مهمترین چالش‌های عملیاتی در استقرار مدل نظام ارجاع و پزشکی خانواده در ایران چیست که مانع از تحقق اهداف مدیریت منابع و کنترل نیازهای القایی شده است؟

تغییر در شیوه زندگی، به ویژه برای افرادی که

راهنماهای بالینی (که باید توسط معاونت درمان وزارتخانه تکمیل شود و در نظام ارائه خدمات ما قرار گیرد)، قابل کنترل خواهد بود. در وضعیت فعلی، ما سازوکار مشخصی برای کنترل سلامت مردم و مدیریت هزینه‌های خود نداریم.

هر نوع دارویی که وارد می‌شود و هر مؤسسه تشخیصی جدیدی که تأسیس می‌گردد، با ریسک‌هایی روبرو نظام سلامت تکمیل کرده و هزینه‌هایی غیرقابل تأمین ایجاد می‌کند. در سطح جهانی، براساس سطوح ارائه خدمات، برای تعداد مؤسسات درمانی حساب و کتابی وجود دارد. اکنون، شاید تعداد مؤسسات تصویربرداری در استان یا شهر تهران از یک کشور اروپایی بیشتر باشد. این امر قطعاً منجر به ایجاد نیاز القایی می‌شود؛ زیرا آن مؤسسات نیاز به فعالیت دارند.

پیشگیری سطح چهار (کنترل مداخلات غیر ضروری و زیان‌آور) چگونه می‌تواند در شرایط فعلی که "نیاز القایی" به دلیل حضور سرمایه‌گذاران غیر پزشک در این حوزه به وضوح دیده می‌شود، به طور مؤثر اجرا شود؟

برخی افراد که حرفه پزشکی ندارند، صرفاً به‌عنوان سهامدار، مؤسس یا سرمایه‌گذار وارد این بازار شده‌اند و قطعاً فردی که با نگاه کسب سود وارد می‌شود، ممکن است منجر به ایجاد چنین نیازی گردد. ردپای این موارد را در نظام ارائه خدمات درمانی خود به وضوح مشاهده می‌کنیم؛ مواردی نظیر آنژیوگرافی‌های بی‌مورد، ام‌آر‌آی‌های غیرضروری و آزمایشاتی که لزومی به انجام آن‌ها نیست. وقتی میانگین تعداد اقلام آزمایش برای هر





بیمه سلامت است. با این حال، راهکار اجرایی برای بیمه کردن هر فرد ایرانی و نحوه پرداخت حق بیمه (چه توسط دولت و چه توسط فرد) به طور کامل روشن نیست.

با توجه به عدم تخصیص کامل منابع دولتی برای دهک‌های پایین و عدم اجبار برای بیمه شدن دهک‌های غیر رایگان، سازمان بیمه سلامت چگونه می‌تواند به هدف پوشش ۱۰۰٪ و پایداری مالی برسد؟

دولت متعهد شده است که منابع مورد نیاز برای پنج دهک درآمدی پایین‌تر را تأمین کند، اما متأسفانه شاید تنها یک سوم این منابع به ما تخصیص داده می‌شود و مابقی پرداخت نمی‌گردد که این خود معضلی ایجاد کرده است. در مجموع، این روند در این مدت مناسب نبوده است. به این معنا که افرادی که جزو دهک‌های رایگان نیستند (که دولت باید هزینه‌شان را بپردازد)، اجباری برای بیمه شدن ندارند. همچنین، مشخص نیست حق بیمه این افراد باید از چه منبع و محلی دریافت شود تا بیمه‌ها بتوانند براساس حق بیمه‌های دریافتی، خدمات لازم را به مردم ارائه دهند.

به همین دلیل، دهک‌هایی که جزو دهک‌های رایگان ما نیستند، علی‌رغم تخفیف‌های مناسبی که دولت برای بیمه شدن آن‌ها در نظر گرفته، متأسفانه به دلایل شناخته شده یا ناشناخته، خود را بیمه نمی‌کنند و جزو ۸ تا ۹ میلیون نفر بیمه نشده کشور محسوب می‌شوند. گاهی اوقات ممکن است هم پوشانی بیمه‌ای وجود داشته باشد (مانند کارگران فصلی که مدتی تحت پوشش تأمین اجتماعی هستند و مجدداً به بیمه سلامت باز می‌گردند). اما افرادی که باید شخصاً سرانه‌ای یا حق بیمه‌ای را پرداخت کنند، معمولاً تا زمانی که حادثه یا مشکل درمانی جدی برایشان پیش نیاید و نیازمند مراجعه به بیمارستان یا مرکز درمانی نشوند، اقدام به بیمه شدن نمی‌کنند. در نهایت، باید ابزاری برای الزام وجود داشته باشد. آیین‌نامه‌هایی در این خصوص در حال تدوین هستند و امیدواریم نهایی شوند تا حداقل بتوانیم آمار درستی از افراد جامعه داشته باشیم و اطمینان یابیم که عمده آن‌ها از حداقل پوشش بیمه‌ای در حوزه سلامت برخوردار هستند.

ممکن است کیفیت خدمات کاهش یابد یا اگر نظارت و مراقبت کافی صورت نگیرد، از نظر کیفی خدمات دچار افت شوند. البته مزایای متعددی نیز دارد که قطعاً باید در یک جلسه تخصصی به تفصیل مورد بحث قرار گیرد. حوزه‌های دیگری مانند Global Budget وجود دارند که در آن‌ها، ما به صورت کلی و جهانی اقدام به خرید خدمات می‌کنیم. این روش یک گام فراتر از شیوه‌های فعلی است، یا می‌توان به سمت مدل DRG رفت و خرید خدمات را براساس این مدل‌ها انجام داد.

انتخاب هریک از این روش‌ها باید بر مبنای نیازهای کشور و توانایی مدیریتی مؤسسات ما صورت پذیرد. گاهی اوقات، وقتی پیشنهاد اجرای برخی روش‌ها در بیمارستان یا مؤسسه‌ای مطرح می‌شود، می‌دانیم که توان مدیریتی لازم برای اجرای آن در مجموعه‌ها، دانشگاه‌ها یا بیمارستان‌ها وجود ندارد. با این حال، اجتناب ناپذیر است که به سمت این مدل‌ها حرکت کنیم. روش‌های فعلی نظیر کارانه، روش‌هایی منسوخ هستند که پاسخگو نیستند و باید اصلاح گردند. این روش‌ها باید قطعاً تغییر کنند تا رفتار خدمت‌گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت نیز اصلاح شود. منابع کشور ما آنقدر نامحدود نیست که بتوانیم با دست‌باز به ریخت و پاش بپردازیم. قطعاً نظام «فی فور سرویس» (پرداخت در برابر خدمت) و کارانه‌ای، مشکلات جدی در حوزه هزینه‌ها ایجاد می‌کند که غیرقابل کنترل هستند. در قانون به صراحت اشاره شده است که هر ایرانی باید یک بیمه پایه سلامت داشته باشد و تأکید شده که هر ایرانی تحت پوشش

نمی‌شود. این نشان‌دهنده آن است که در برخی مسیرها اشتباه عمل می‌کنیم که ان شاء الله باید مورد توجه قانون‌گذار و مجریان قانون قرار گیرد. در حال حاضر، ۸۵ تا ۹۰ درصد ورودی‌های نظام سلامت کشور به سطح سوم خدمات (بیمارستان و درمان) هدایت می‌شوند. اگر بتوانیم این روند را در سطح یک ساماندهی کرده و ورودی‌ها را کنترل نماییم، در این حالت، نظام ارجاع و پزشک خانواده به مثابه «مدیر منابع» در حوزه بیمه سلامت عمل خواهند کرد که این امر نیز به کنترل هزینه‌ها کمک می‌کند. یکی از اهداف بیمه سلامت، کنترل هزینه‌ها است، اما این کنترل باید توأمان با تأمین سلامت مردم باشد.

هدف این نیست که با عدم ارائه خدمات، ادعا کنیم هزینه‌ها کنترل شده است؛ بلکه باید هزینه‌ها کنترل شود و در کنار آن، سلامت مردم با کیفیت مناسب تأمین گردد. قطعاً نظام پرداخت، رفتار ساز است و می‌تواند رفتار ارائه‌دهنده خدمت و خدمت‌گیرنده را تنظیم نماید. در صورتی که نظام پرداخت بر مبنای «کارانه» یا «فی فور سرویس» (پرداخت در برابر خدمت) باشد، ممکن است دسترسی به خدمت آسان‌تر گردد، فرد هر زمان که بخواهد مراجعه می‌کند و ارائه‌دهنده خدمت نیز انگیزه دارد که به سرعت خدمت را ارائه دهد، زیرا کارانه دریافت می‌کند.

اما این روش با ایجاد نیاز القایی زیاد همراه است که منجر به افزایش هزینه‌ها و عدم کنترل پذیری آن‌ها می‌شود؛ به ویژه در شرایط بحرانی یا اپیدمی، مدیریت این هزینه‌ها دشوار خواهد بود.

چگونه هوش مصنوعی می‌تواند به طور مؤثر به کنترل ورودی‌های سطح سوم خدمات درمانی (بیمارستان‌ها) کمک کرده و مانع از هدر رفت منابع در شرایط فعلی شود؟

در مقابل، نظام پرداخت سرانه وجود دارد که دارای سازوکار خاص خود است. در کشور ما، هر دو مدل در حال اجرا هستند. مدل فی فور سرویس در مؤسسات خصوصی و بخش درمان (اعم از دولتی و خصوصی) اجرا می‌شود و مدل پرکپیال نیز در طرح پزشک خانواده روستایی و دواستان پالیوت پزشک خانواده شهری در حال اجرا است. هریک از این مدل‌ها مزایا و معایبی دارند. در روش پرکپیال،

معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان بیمه سلامت ایران تأکید کرد

اولویت بندی خدمات، کلید برون رفت بیمه سلامت از بحران مالی



در مقایسه با برخی کشورهای اروپایی نظیر آلمان، که این سهم حدود پانزده درصد (۱۵٪) است، تفاوت دارد. این مبالغ، منابع اصلی تأمین کننده مالی سازمان های بیمه گرا تشکیل می دهند. از سوی دیگر، در بخش هایی که دولت ها به دلیل اهمیت و اولویت سلامت، در تأمین هزینه های بیمه ای مشارکت دارند (که این امر در کشور ما نیز مصداق دارد)، کمک ها در قالب بارانه های تخصیص یافته ارائه می گردد تا از طریق سازمان های بیمه گر محقق شود. به طور میانگین، اکنون در کشور ما، به ویژه با توجه به موضوع تعدیل ارزهای ترجیحی، هزینه های مربوطه نیز از طریق سازمان های بیمه گر پوشش داده می شود. این موارد در مجموع، به تأمین مالی سازمان های بیمه گرا اختصاص دارند که در کشور ما به شیوه فوق انجام می پذیرد.

در خصوص این سازمان های بیمه گر بفرمایید؟

سازمان های بیمه گر اصلی در کشور ما عبارتند از:

۱. سازمان تأمین اجتماعی

۲. سازمان بیمه سلامت ایران

۳. سازمان بیمه نیروهای مسلح

هریک از این سازمان ها دارای تفاوت های ساختاری و اجرایی خاص خود هستند.

در سازمان بیمه سلامت، عمده افراد تحت پوشش (حدود ۸۴ تا ۸۵ درصد از بیمه شدگان) شهروندانی هستند که حق بیمه آن ها توسط دولت تعهد شده است. از این رو، سازمان به شدت تحت تأثیر نوسانات منابع دولتی قرار می گیرد.

دلیل این تأثیرپذیری آن است که پرداخت این حق بیمه ها بر عهده دولت است و به واسطه مشکلات ایجاد شده در حوزه منابع دولت، تحقق کامل منابع سازمان بیمه سلامت دچار چالش می شود. این امر

در افزایش صرف منابع، بلکه در مدیریت هوشمندانه و مؤثر منابع موجود نهفته است. اولویت بندی خدمات سلامت به معنای تعریف شفاف و مبتنی بر شواهد علمی از بسته پایه خدمات، مهمترین ابزار برای دستیابی به این هدف است.

این فرآیند، بیمه سلامت را قادر می سازد تا با تمرکز بر خدمات بیشترین اثربخشی بالینی و حفاظت مالی از بیمه شدگان در مقابل بیماری های پرهزینه، از هدررفت منابع برای خدمات کم اثر یا غیر ضروری جلوگیری کند.

به عبارت دیگر، با اولویت بندی، می توان مطمئن شد که منابع اندک، در جایی به کار گرفته می شوند که حداکثر ارزش را برای سلامت جامعه ایجاد کنند و در نهایت، پایداری مالی سازمان های بیمه گر را تضمین نمایند. از این رو برای بررسی بیشتر این موضوع به سراغ دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه و مدیریت منابع سازمان بیمه سلامت ایران آمده ایم تا از وی جویا شویم.

نظام سلامت هر کشور، ستون فقرات سرمایه اجتماعی و توسعه پایدار آن محسوب می شود و سازمان های بیمه سلامت به عنوان خریدار اصلی خدمات، نقش حیاتی در تحقق هدف پوشش همگانی سلامت (UHC) و حفاظت مالی از مردم در برابر هزینه های کمر شکن درمان ایفا می کنند. با این حال، سازمان های بیمه گر در بسیاری از نقاط جهان و به ویژه در ایران، با چالش های جدی و روبه رشد در حوزه تأمین مالی پایدار مواجه هستند. افزایش مستمر و فزاینده هزینه های درمانی (ناشی از عوامل متعدد مانند تغییرات جمعیتی، پیشرفت فن آوری های پرهزینه، افزایش شیوع بیماری های مزمن و تجویز القایی خدمات)، در کنار محدودیت منابع عمومی، بحران مالی عمیقی را در نظام بیمه سلامت ایجاد کرده است.

در چنین شرایطی که منابع مالی محدود و تقاضای خدمات نامحدود است، دیگر صرفاً افزایش بودجه راهگشا نیست. راهکار اساسی و کلیدی برون رفت از این بحران، نه

جناب دکتر در ابتدا بفرمایید که منابع بیمه ها

عمدتاً از چه طریق تأمین می شود؟

بله همینطور است در ابتدا آنچه مهم بوده، این است که بدانیم به راستی منابعی که در اختیار بیمه هاست، از کجا تأمین می شود؟ یا این که به این سؤال پاسخ دهیم که منشأ ناترازی ها در بیمه سلامت به چه اموری برمی گردد؟

با این حال بد نیست بدانیم بخش اعظمی از منابع بیمه ها از مشارکت مردم و پرداخت حق بیمه آنها تأمین می شود و بخش دیگری از آن از سوی کارفرماها به دست می آید و این دو توانمان با هم دیگر است.

بخش دوم منابع مالی بیمه ای، از طریق منابع عمومی و دولت ها یا به عبارت یارانه های دولتی تأمین می گردد.

در واقع، این موارد به عنوان آورده های اصلی منابع سازمان های بیمه گر محسوب می شوند.

با توجه به اولویت ها و میزان توجهی که کشورها به امور سلامت مبذول می دارند (که معمولاً متناسب با درجه توسعه یافتگی هر کشور، اولویت سلامت افزایش می یابد)، این منابع رشد کرده و میزان قابل توجهی از بخش هزینه های مربوط به آن کشور را به خود اختصاص می دهند. این سهم قابل توجه، شامل سهم دولت و سهم کارکنان (یا همان حق بیمه ها) به صورت هم زمان است.

به عنوان مثال، در حال حاضر در کشور ما، هفت درصد (۷٪) از حقوق دریافتی به عنوان سهم مشارکت بیمه شدگان (شامل فرد بیمه شده، کارفرمایان و دولت) تحت عنوان حق بیمه پرداخت می شود. این رقم

بدین معناست که هر ساله، در بهترین شرایط، تنها حدود ۵۰ درصد از حق بیمه‌های مذکور که ورودی اصلی منابع مالی سازمان به شمار می‌روند، محقق می‌گردد. تلاش شد تا در قانون برنامه هفتم توسعه از طریق مجلس، قانونی تدوین شود که براساس آن:

۱. حق بیمه‌ها به صورت دقیق و کامل محاسبه شود.
 ۲. صد درصد (۱۰۰٪) مبلغ محاسبه شده به سازمان بیمه تخصیص یابد.
- البته در اولین سال اجرای برنامه، این تحقق به طور کامل صورت نگرفت. به عنوان مثال، در سال گذشته (سال ۱۴۰۳) براساس حق بیمه محاسبه شده، می‌بایست ۱۳۶ هزار میلیارد تومان (همت) به این سازمان اختصاص می‌یافت؛ اما متأسفانه تنها حدود ۷۰ هزار میلیارد تومان (همت) آن در قانون بودجه ۱۴۰۴ لحاظ و محقق شد. این تفاوت قابل توجه تقریباً در طی سال‌های گذشته نیز مشاهده شده است و بزرگترین آسیب و نترازی را در تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایجاد می‌کند. بر همین اساس، سازمان در انجام تعهدات خود با مشکلاتی مواجه شده و در حال حاضر نیز این چالش‌ها ادامه دارد.

سازمان‌های بیمه‌گر با چه چالش‌های دیگری روبه‌رو هستند؟

علاوه بر مشکلاتی که در تأمین منابع در ابتدای سال یا فرآیند بودجه‌بندی با آن‌ها مواجه هستیم، چالش مهم دیگری که سازمان‌های بیمه‌گر با آن روبه‌رو هستند، مدیریت هزینه‌ها در حوزه سلامت است.

هزینه‌های سلامت در سطح جهانی دارای روند افزایشی هستند و این قاعده در کشور ما نیز حاکم است. به منظور کنترل این هزینه‌ها، معمولاً تدابیری اتخاذ می‌شود که مهمترین آن‌ها شامل موارد زیر است:

۱. مدیریت هزینه‌ها و تقاضاها: اتخاذ راهکارهایی برای مدیریت هزینه‌ها که بتواند از تقاضاهای القایی جلوگیری کند.
 ۲. اولویت‌بندی خدمات: در صورت وجود تقاضاهای واقعی، این تقاضاها به لیست انتظار هدایت شوند تا خدمات متناسب با منابع موجود سازمان‌های بیمه‌گر و با یک اولویت‌بندی مشخص، به مردم ارائه گردد.
- متأسفانه، نظام ارائه خدمت در کشور ما فاقد چنین ویژگی‌هایی است. بدین معنا که:
- ما فاقد مکانیزمی جهت مدیریت تقاضاها هستیم.
 - هیچ‌گونه سطح‌بندی در ارائه خدمات وجود ندارد.
 - ورودی به خدمات به صورت کاملاً آزاد است.

در زمینه پوشش بیمه‌ای با چه مشکلاتی روبه‌رو هستیم؟

در بحث پوشش بیمه‌ای، ما با فرازونشیب‌هایی در تعداد افرادی که تحت پوشش قرار می‌گیرند یا از آن خارج می‌شوند، مواجه هستیم که منجر به تغییر آمارها

می‌گردد. علت اصلی این نوسان آن است که جمعیت شاغلین رسمی، به هر شکلی که تعریف شوند، دارای پوشش بیمه‌ای بوده و مشکلی از این بابت وجود ندارد. اما براساس آمارهای موجود، دو گروه عمده از جمعیت کشور دچار چالش هستند:

۱. شاغلین غیررسمی شهری

براساس آخرین آمار احصاء شده، حدود ۱۸ میلیون نفر در سطح شهرها فعالیت می‌کنند که به عنوان شاغلین غیررسمی تلقی می‌شوند. این جمعیت، جمعیتی سیال هستند که معمولاً در زمان اشتغال، برای برخورداری از مزایای بازنشستگی و درمان، به پوشش بیمه تأمین اجتماعی مراجعه می‌کنند و در زمان فقدان شغل، مجدداً به پوشش بیمه سلامت باز می‌گردند که این امر باعث تغییرپذیری مستمر آمار جمعیت تحت پوشش می‌شود.

۲. روستاییان و مشاغل غیررسمی روستایی

بخش دیگر، روستاییان هستند که فعالیت‌های آن‌ها نیز جزو مشاغل غیررسمی تلقی می‌شود و ممکن است فاقد پوشش بیمه‌ای باشند. در این بخش، دولت با تعهد به پرداخت حق بیمه تمامی روستاییان، تکلیف را تا حد زیادی مشخص کرده است و حدود ۲۰ میلیون نفر تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند.

حدود ۱۸ میلیون نفر در سطح شهرها فعالیت می‌کنند که به عنوان شاغلین غیررسمی تلقی می‌شوند. این جمعیت، جمعیتی سیال هستند که معمولاً در زمان اشتغال، برای برخورداری از مزایای بازنشستگی و درمان، به پوشش بیمه تأمین اجتماعی مراجعه می‌کنند و در زمان فقدان شغل، مجدداً به پوشش بیمه سلامت باز می‌گردند که این امر باعث تغییرپذیری مستمر آمار جمعیت تحت پوشش می‌شود



به عبارت دیگر، عمده جمعیتی که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند یا پوشش آن‌ها نوسان دارد، همان ۱۸ میلیون نفر شاغل غیررسمی شهری می‌باشند که پوشش بیمه‌ای آن‌ها، بنا به تصمیمات و سیاست‌های اتخاذ شده در سطح کشور یا دولت‌ها، گاه برقرار و گاه غیربرقرار است. این پوشش تنها با تحقق منابع مالی برقرار می‌شود، لذا، می‌توان نتیجه گرفت که مشکل اصلی و چالش پایدار در این زمینه، مربوط به جمعیت شاغلین غیررسمی شهری است.

استفاده از هوش مصنوعی در صنعت بیمه سلامت در چه مرحله است؟

سازمان بیمه سلامت بدون تردید در بحث استفاده از هوش مصنوعی، به ویژه در حوزه‌های تحلیل داده‌ها و کنترل هزینه‌ها، پیشرفت‌های قابل توجهی داشته و در مرحله تکاملی خود قرار دارد.

با این حال، در زمینه ارائه خدمات، که هوش مصنوعی در سطح جهانی نقش کمک‌کننده و مؤثری ایفا می‌کند، این سازمان به عنوان خریدار خدمت، نیازمند ایجاد آمادگی‌های لازم است. به طور مثال، در بخش‌هایی مانند پزشکی از راه دور (تله‌مدیسن)، آمادگی‌های لازم در سطح سازمان بیمه‌گر وجود دارد.

نکته کلیدی آن است که سیستم‌های رگولاتوری در سطح وزارت بهداشت باید قوانین مربوطه را به گونه‌ای تنظیم نمایند که امکان ارائه خدمت برای عموم مردم فراهم شود، زیرا سازمان بیمه براساس قواعد مصوب وزارت بهداشت اقدام به خرید خدمت می‌نماید.

سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل مزایای زیر، به شدت مشتاق استفاده از این فن‌آوری‌ها هستند:

- تسهیل دسترسی: آسان‌سازی دسترسی مردم به خدمات درمانی.
 - جبران کمبودها: جبران کمبودهایی که به ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته در زمینه دسترسی به متخصصین وجود دارد.
 - تصمیم‌گیری قطعی در خصوص حرکت به سمت توسعه پوشش خدمات یا تعمیق خدمات فعلی دشوار به نظر می‌رسد. با این حال، اعتقاد بر این است که:
۱. اولویت‌بندی خدمات: حتی با منابع موجود، در صورت حرکت به سمت اولویت‌بندی خدمات، می‌توان رضایتمندی بیشتری را تأمین نمود.
 ۲. چابک‌سازی و دیجیتال‌سازی: سازمان‌های بیمه‌گر با چابک‌سازی سازمانی و اجرای موفق تحول دیجیتال، می‌توانند همگام با متولیان نظام سلامت، نتایج مثبتی را رقم بزنند که محصول نهایی آن، افزایش رضایتمندی مردم در حوزه سلامت با همین منابع موجود خواهد بود.
- امید است که این تحول به وقوع بپیوندد.

بیمه سلامت از ابتدا تا امروز

هروری بر خط سیر بیمه سلامت در ایران

از ۱۳۱۰ تا ۱۳۹۷



سیر تحول بیمه سلامت کشور:

از پراکندگی تا آرمان پوشش همگانی

تولد بیمه همگانی و گسترش پوشش (قانون ۱۳۷۳)

نقطه عطف تاریخی و تحول بنیادین در نظام بیمه سلامت، تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در تاریخ سوم خرداد ۱۳۷۳ بود. این قانون، با نگاهی مترقی و عدالت محور، دولت را موظف کرد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه متقاضی بیمه خدمات درمانی را در مدت حداکثر پنج سال فراهم کند. تمرکز این قانون بر اقصای محروم و آسیب پذیر بود و پوشش بیمه را برای گروه‌های جدیدی مانند روستاییان و عشایر، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و نیازمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی فراهم آورد. اجرای این قانون، سبب شد تا سازمان بیمه خدمات درمانی در مهرماه ۱۳۷۴ با ماهیتی مستقل تراز پیش، مسئولیت بیمه‌گری پایه بخش عمده‌ای از جامعه (به جز مشمولان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و...) را بر عهده بگیرد.

تأسیس سازمان‌ها و نوسانات پس از انقلاب (دهه ۱۳۵۰ تا اوایل ۱۳۷۰)

در سال ۱۳۵۲، «سازمان بیمه خدمات درمانی» به منظور متمرکز کردن بخش‌هایی از فعالیت‌های بیمه درمان ایجاد شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، نظام سلامت و تأمین اجتماعی دچار تحولات مهمی شد. اگرچه سازمان تأمین اجتماعی برای مدتی در وزارت بهداشت ادغام شد، اما در سال ۱۳۵۹ مجدداً به صورت مستقل درآمد و «سازمان خدمات درمانی» (که بعدها به سازمان بیمه خدمات درمانی تبدیل شد) در بدنه وزارت بهداشت (سپس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به فعالیت خود ادامه داد. این سال‌ها، به دلیل جنگ تحمیلی و بازسازی ساختارهای دولتی، دوره‌ای از تثبیت و گسترش نسبی خدمات به جمعیت‌های تحت پوشش موجود بود، اما همچنان هدف پوشش همگانی سلامت محقق نشده بود.

نظام بیمه سلامت، به عنوان یکی از مهمترین ارکان عدالت اجتماعی و رفاه عمومی، در طول تاریخ معاصر ایران دستخوش دگرگونی‌های ساختاری و قانونی فراوانی شده است. ضرورت حمایت مالی از اتحاد جامعه در برابر هزینه‌های سنگین درمانی، انگیزه‌ای اصلی برای شکل‌گیری و توسعه این نظام بوده است. ریشه‌های اولیه بیمه در ایران، اگرچه به تأسیس اولین شرکت‌های بیمه در دهه ۱۳۱۰ بازمی‌گردد، اما بیمه درمان به شکل نظام مند، از دهه ۱۳۲۰ شمسی و با تمرکز بر کارکنان دولتی و کارخانجات بزرگ آغاز شد. تأسیس سازمان‌هایی مانند «سازمان بیمه کارکنان دولت» در سال ۱۳۲۸، اولین ساختار رسمی برای تأمین بخشی از هزینه‌های درمانی این قشر را فراهم کرد. این دوره تا پیش از انقلاب، با تکثیر و پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای همراه بود که هر کدام قشر خاصی (نظیر کارمندان دولت، کارگران تأمین اجتماعی، شرکت نفت و...) را تحت پوشش داشتند و فاقد انسجام ملی و پوشش همگانی بودند.



صعب‌العلاج در سال‌های اخیر، نشان دهنده تمرکز بر حمایت مالی از آسیب‌پذیرترین بیماران در برابر بیماری‌های پرهزینه است.

در حال حاضر نیز بیمه سلامت کشور با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در پوشش کمی جمعیت (رسیدن به پوشش بیمه‌ای برای بیش از ۹۰ درصد جمعیت)، با چالش‌های از جمله ناپایداری منابع مالی روبه‌روست.

با همه این اوصاف در پایان باید گفت سیر تحول بیمه سلامت در ایران، روندی خطی و روبه‌رشد در جهت تحقق آرمان پوشش همگانی سلامت بوده است. از تأسیسات پراکنده برای اقبال خاص در پیش از انقلاب، تا الزام قانونی بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ و نهایتاً تشکیل سازمان بیمه سلامت و اجرای طرح‌های حمایتی بزرگ در دهه ۱۳۹۰، دولت‌ها همواره تلاش کرده‌اند تا حمایت مالی از مردم در برابر بیماری را افزایش دهند.

با این حال، تحقق کامل عدالت در سلامت، به اصلاحات ساختاری عمیق‌تر، از جمله تجمیع کامل منابع و صندوق‌ها، اجرای سخت‌گیرانه نظام ارجاع، مدیریت منطقی تعرفه‌ها و کنترل هزینه‌های القایی، برای رسیدن به یک نظام مالی پایدار و کارآمد، نیاز دارد.

اختصاصی دیگر به‌طور کامل در آن ادغام نشدند، با این حال، سازمان بیمه سلامت ایران، توانست یک مدیریت متمرکز را بر صندوق‌های کارکنان دولت، بیمه ایرانیان (اختیاری)، روستاییان و سایر گروه‌های خاص اعمال کند.

اجرای طرح تحول نظام سلامت و پوشش رایگان (دهه ۱۳۹۰)

مهم‌ترین تحول پس از تشکیل سازمان بیمه سلامت، آغاز طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت ۱۳۹۳ بود. یکی از ارکان کلیدی این طرح، گسترش چتر پوشش بیمه سلامت بود.

این طرح با تخصیص منابع قابل توجه، اقدام به پوشش بیمه سلامت رایگان برای حدود ۱۱ میلیون نفر از افراد فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای نمود (که در ابتدا هدف ۵ میلیون نفر بود). هدف اصلی این اقدام، از بین بردن پدیده‌ای به نام "هزینه‌های کمرشکن سلامت" بود که منجر به فقر می‌شد.

طرح تحول با کاهش سهم پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی به زیر ۱۰ درصد، موفق شد برای مدتی رضایت عمومی را به شدت افزایش دهد. همچنین، راه‌اندازی صندوق بیماران خاص و

پوشش بیمه روستاییان، به ویژه، یک دستاورد بزرگ در راستای عدالت محوری بود که خدمات پایه سلامت را به رایگان (یا با حداقل حق بیمه) برای این جمعیت گسترده فراهم کرد و گامی اساسی در جهت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی شد.

با وجود گسترش کمی پوشش بیمه، در دهه ۱۳۸۰ چالش‌هایی نظیر: ۱. تعدد و پراکندگی صندوق‌های بیمه‌گر (همپوشانی بیمه‌ای)، ۲. عدم تجمیع منابع مالی سلامت، ۳. یکسان نبودن بسته خدمات پایه و ۴. ضعف در اجرای کامل نظام ارجاع، نظام سلامت را رنج می‌داد.

بر همین اساس، در راستای اجرای ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، در سال ۱۳۹۱، سازمان بیمه سلامت ایران با هدف یکپارچه‌سازی امور بیمه سلامت و تجمیع منابع مالی بیمه‌های دولتی و عمومی تشکیل شد.

این سازمان، با تأموریت تبدیل شدن به تنها سازمان سیاست‌گذار، برنامه‌ریز و خریدار خدمت در حوزه بیمه پایه سلامت، جایگزین سازمان بیمه خدمات درمانی شد. اگرچه هدف قانون‌گذار، ادغام تمام صندوق‌های بیمه‌ای بود، اما به دلیل مقاومت‌ها و چالش‌های قانونی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های



مرتفع سازد و هنوز پس از گذشت سال‌ها، پتانسیل لازم برای تحقق اهداف اولیه خود را حفظ کرده است. در زمان تدوین و تصویب این قانون، با وجود عدم حضور مستقیم در فرآیند نگارش آن و اشتغال در مسؤولیت‌های دانشگاهی در دانشگاه مازندران و دانشگاه علوم پزشکی بابل، اینجانب در جریان تلاش‌های گسترده و اقدام‌های وزارت بهداشت برای تهیه، تصویب دولت و نهایتاً طرح آن در مجلس بوده‌ام."

"فلسفه اصلی تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی در ایران (که اکنون سازمان بیمه سلامت ایران نام دارد) چه بوده است؟ آیا هدف اولیه آن، صرفاً تأمین پوشش بیمه‌ای برای کارکنان دولت بود، یا از ابتدا با رویکرد نگاه تأمین "بیمه همگانی" برای آحاد جامعه پایه‌گذاری شد؟"

شایان ذکر است که کارکنان دولت پیش‌تر تحت پوشش بیمه قرار داشتند. به این معنی که اسناد پزشکی و نوعی پوشش بیمه‌ای برای پرسنل وزارت بهداشت وجود داشت و بیمه همگانی نیز عموماً برای کلیه کارکنان دولت برقرار بود؛ بیمه‌ای که مستقیماً توسط وزارت بهداشت اداره می‌شد. با این حال، هدف غایی از تصویب "قانون بیمه همگانی کشور" فراهم نمودن پوشش بیمه‌ای درمانی برای تمامی اتباع مقیم کشور بود.

در آن مقطع زمانی، گروه‌های مختلفی از جمعیت تحت پوشش‌های بیمه‌ای مجزا قرار داشتند؛ از جمله کارگران که تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی بودند، نیروهای مسلح که از پوشش خاص خود برخوردار بودند و کارکنان دولت که تحت پوشش بیمه‌ای مورد اشاره وزارت بهداشت قرار داشتند. اما بخش‌های قابل توجهی از جامعه نظیر نیروهای خویش فرما، اقشار محروم و به ویژه جمعیت روستایی کشور، فاقد پوشش بیمه‌ای بودند.

بر اساس قوانین پیشین، سازمان تأمین اجتماعی مسؤولیت بیمه روستاییان را بر عهده داشت. اما

در گفت‌وگو با اولین مدیرعامل بیمه سلامت ایران مطرح شد



بیمه سلامت ایران؛ روایت یک تولد زیربنایی

سازمان‌های بیمه‌گر درمانی در سال ۱۳۹۱ تجمیع شده و سازمان بیمه سلامت ایران با هدف یکپارچه‌سازی مدیریت منابع و ارائه خدمات پایه به تمامی آحاد جامعه رسماً فعالیت خود را آغاز نمود، برای بررسی بیشتر این موضوع به سراغ دکتر احمد خالق نژاد طبری، اولین مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران، فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری و تناسلی کودکان (اورولوژی کودکان) و فوق تخصص جراحی کودکان، متخصص جراحی عمومی آمده ایم.

تاریخچه بیمه سلامت در ایران ریشه در تلاش‌های تدریجی برای کاهش پرداخت مستقیم هزینه‌های درمان توسط مردم دارد. در حالی که نخستین طرح‌های حمایتی درمانی به کارکنان دولت و سازمان‌های خاص در میانه قرن سیزدهم هجری شمسی برمی‌گردد، نقطه عطف قانونی آن تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ بود که منجر به تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی گردید. سرانجام، در راستای تحقق عدالت و پوشش همگانی سلامت،

سلامت، قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ را نقطه عطفی در نظام سلامت ایران می‌دانید؛ در آن دوران شما چگونه این قانون را در ساختار اجرایی کشور معنا کردید؟

"در خصوص تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، لازم است از تلاش‌ها و پیگیری‌های جناب آقای دکتر رضا ملک‌زاده، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وقت در دولت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی (رئیس جمهور محترم وقت)، به طور ویژه قدر دانی و یادآوری شود.

ایشان، به همراه کارشناسان حوزه اقتصاد سلامت که در آن دوره در وزارت بهداشت حضور داشتند، نقش محوری و زیربنایی در تهیه پیش‌نویس و پیگیری روند تصویب این قانون ایفا نمودند. اراده و علاقه رئیس جمهور محترم وقت، جناب آقای هاشمی رفسنجانی، برای حل معضلات درمانی مردم، محرک اصلی جهت ارائه این لایحه به مجلس شورای اسلامی بود که در نهایت با رأی بالا به تصویب رسید. (قانون مذکور در سال ۱۳۷۳ به تصویب رسیده است.)

همانگونه که اشاره فرمودید، این قانون به عنوان یک سند زیربنایی و حائز اهمیت در حوزه سلامت کشور محسوب می‌شود. اعتقاد بر این است که اجرای صحیح و کامل تمامی بندهای این قانون می‌تواند به صورت مؤثر، مشکلات درمانی و دسترسی مردم به خدمات درمانی را

چه عواملی (اقتصادی و اجتماعی) در زمان تصویب قانون بیمه همگانی (۱۳۷۳) باعث شد تا ضرورت تأسیس یک سازمان جدید بیمه‌گر احساس شود؟

در گذشته، کشور فاقد بیمه‌های زیرساخت درمانی به اصطلاح فعلی بود. اصولاً بیمه‌ها در دنیا نیز یکسان نیستند. در آن زمان یک صندوق وجود داشت؛ صندوق بیمه خدمات درمانی، سازمان نیروهای مسلح و سازمان تأمین اجتماعی. اما در نهایت ادغام صندوق‌های هم‌سیر نشد، زیرا سازمان تأمین اجتماعی نیز پذیرفت. تأمین اجتماعی کارگران را پوشش می‌دهد و با سازمان نیروهای مسلح زیر بار این تجمیع نرفتند. بیمه‌های خصوصی نیز که جای خود دارند. یکی از دلایلی که در گذشته به مسؤولین بالادستی پیشنهاد می‌کردیم این بود که این بیمه باید اجباری شود. ولی موقعی گفته شد که بسیاری از جاهای پذیرفتند. اظهار داشتیم که تمام افراد باید برای سلامتی خود پس‌انداز سلامت داشته باشند. این پس‌انداز سلامت می‌توانست در قالب بیمه باشد. ولی مثلاً، خیر، سازمان‌ها را نتوانستیم به این کار وادار کنیم.

مخالفت سازمان‌هایی مانند تأمین اجتماعی با ادغام، چه تأثیری بر ساختار و عملکرد سازمان بیمه سلامت در سال‌های بعد گذاشت؟ شما به عنوان اولین رئیس سازمان بیمه

این سازمان، چه به دلیل وجود مشکلات ساختاری و چه به دلیل عدم تمایل به پذیرش این مسؤولیت سنگین، اجرای این امر را به طور مؤثر محقق نساخت. لازم به ذکر است که سازمان تأمین اجتماعی مکلف به ارائه بیمه جامع روستاییان، شامل پوشش های درمانی، از کار افتادگی و بازنشستگی بود. با این حال، بنده مستحضر هستم که در همان سال ها (بر اساس تماس با مدیر عامل وقت سازمان تأمین اجتماعی)، اظهار می شد که اجرای این طرح بسیار دشوار است و اهتمام جدی برای یافتن راهکارهای عملیاتی برای آن وجود نداشت.

چرا پوشش بیمه ای روستاییان و خویش فرمایان محروم، مهمترین دغدغه و هدف اولیه قانون بیمه همگانی بوده است؟

لذا، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در وهله اول با هدف پوشش درمانی سراسری کشور به تصویب رسید. در آن زمان، افراد فاقد بیمه (نظیر روستاییان یا خویش فرمایان محروم، زیرا تمامی خویش فرماها توانمند نبودند) هنگام مراجعه به مراکز درمانی، غالباً مراکز دولتی، به درستی در سیستم شناسایی نمی شدند. این افراد فاقد هرگونه پوشش بودند و ارائه خدمات به آنان عمدتاً به صورت موردی، با تخفیف یا بدون تخفیف صورت می گرفت. در نتیجه، آن ها مجبور بودند برای تأمین هزینه های درمان، از دارایی ها و امکانات معیشتی خود صرف نظر نمایند.

شایان ذکر است که پیش از انقلاب، مراکز درمانی دولتی و هلال احمر غالباً خدمات را به صورت رایگان یا با دریافت های بسیار محدود ارائه می دادند. بر اساس تجربه شخصی نگارنده در آن دوران (به عنوان پزشک در بیمارستانی در سردشت استان آذربایجان غربی)، بیماران هیچ پرداختی نداشتند و این وضعیت در مورد مراکز بهداشتی-درمانی نیز صادق بود. اما پس از انقلاب، تغییراتی ایجاد شد که مستلزم پرداخت بخشی از هزینه ها توسط مردم گردید.

بنابراین، قانون بیمه همگانی اقدامی بسیار ارزشمند و ضروری بود و به اعتقاد اینجانب، اجرای کامل و صحیح آن می تواند آرامش خاطر گسترده ای را برای مردم به ارمغان آورد.

هنگام تصویب قانون، زیرساخت های ضروری برای اجرای آن به هیچ وجه مهیا نبود. در واقع، این قانون در شرایطی به تصویب رسید که محدودیت های اجرایی متعددی وجود داشت. پس از تصویب و همزمان با تغییر وزیر وقت (جناب آقای دکتر ملک زاده) و انتصاب جناب آقای دکتر مرندي به این سمت، جلسه ای برگزار شد.

در آن مقطع، از بنده دعوت شد تا به منظور آغاز اجرای

قانون به تهران عزیمت نمایم. اینجانب برای اولین بار در آن جلسه با مفاد قانون مزبور آشنا شدم و پس از مطالعه، آمادگی خود را جهت همکاری اعلام کردم. با حضور در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اتاقی به همراه یک منشی در اختیار بنده قرار گرفت. همچنین، یک راننده نیز برای انجام مأموریت ها اختصاص داده شد و وظیفه اجرای قانون به اینجانب محول گردید.

بررسی قانون نشان می داد که طبق ضوابط، هیأت مدیره و مجمع سازمان بیمه خدمات درمانی باید تشکیل می شدند. پس از تلاش و رایزنی های گسترده، با جناب آقای دکتر بدخش (که در آن زمان از همکاران وزارت بهداشت بودند و سوابقی چون ریاست دانشگاه ایلام و مدیر عاملی سازمان بهداری ایلام را در کارنامه داشتند و متأسفانه دو سال قبل بر اثر بیماری درگذشتند) و همچنین جناب آقای یارمند (از کارشناسان ارشد سازمان برنامه و بودجه) مذاکره صورت گرفت.

در نهایت، پس از طرح موضوع با رئیس مجمع (وزیر وقت، جناب آقای دکتر مرندي)، موافقت ایشان برای صدور حکم این سه نفر به عنوان اعضای هیأت مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی حاصل شد.

پیش از آن، جناب آقای دکتر مرندي به عنوان رئیس مجمع، طی حکمی، مسؤولیت راه اندازی سازمان را به اینجانب تفویض کرده بودند. لذا، ما عملاً فعالیت راه اندازی سازمان را در همان یک اتاق در ساختمان وزارت بهداشت آغاز نمودیم.

اولین درخواستی که از وزارت بهداشت مطرح شد، انتقال کارکنان بخش اسناد پزشکی وزارت بهداشت به سازمان جدید بود. زیرا در ساختار سازمان های منطقه ای وزارت بهداشت قبل از تشکیل وزارتخانه، بخشی تحت عنوان اسناد پزشکی وظیفه صدور دفترچه، رسیدگی به اسناد و انجام پرداخت ها را بر عهده داشت.

فرآیند پرداخت ها در آن زمان بدین صورت بود که وجوه مذکور به حساب استان ها و مدیران عامل استان ها واریز می شد و نه صرفاً برای پرداخت به بیمارستان ها، بلکه به عنوان بودجه مازاد بر بودجه مصوب دولت و وزارت بهداشت، در اختیار رؤسای دانشگاه ها یا مدیران عامل سازمان های بهداری برای مصارف و هزینه های مختلف سازمان قرار می گرفت.

در نهایت، وزارت بهداشت با درخواست مامبني بران انتقال تمامی کارکنان، اماکن و تجهیزات بخش اسناد پزشکی به سازمان بیمه خدمات درمانی موافقت نمود. بدین ترتیب، اولین تشکیلات و نیروی انسانی سازمان جدید، همکاران منتقل شده از وزارت بهداشت بودند.

در مرحله بعد، تدوین آیین نامه های اجرایی، که برای قانون خام موجود ضروری بود، در دستور کار قرار گرفت. اقدام هایی شامل تدوین اساسنامه سازمان، طراحی ساختار تشکیلاتی و درخواست بودجه راه اندازی از طریق مجمع و سازمان برنامه و بودجه انجام شد. لازم به ذکر است که در برخی استان ها (مانند تهران، دفتر فاطمی که قبلاً اداره کل استان تهران بود)، بخش اسناد پزشکی دارای مکان



درمان وقت آذربایجان شرقی.

پس از استقرار افراد در تمامی استان ها، نمودار سازمانی (چارت) تعیین گردید. راه اندازی کامل سازمان و آغاز ارائه خدمات حدود دو سال به طول انجامید.

یکی از چالش های اصلی، پوشش بیمه ای گروه های غیرمتشکل مانند خویش فرمایان بود. برای این منظور، اقدام های فرهنگی و تبلیغاتی گسترده ای آغاز شد. با اعتقاد راسخ به این اصل که بیمه، راه حل کلیدی مشکلات درمانی کشور است، این تلاش ها پیگیری شد.

لازم به ذکر است که حدود ۸۰ درصد خدمات بستری در کشور توسط بیمارستان های دولتی ارائه می شود، در حالی که ۲۰ درصد خدمات سرپایی توسط مراکز دولتی و ۸۰ درصد خدمات سرپایی (مانند آزمایشگاه، رادیولوژی، و داروخانه) توسط بخش های غیردولتی ارائه می گردد.

ارکان سه گانه بیمه شامل بیمه شده، سازمان بیمه گر (مانند بیمه گذار) و مؤسسات طرف قرارداد می باشند. در نظام بیمه، لحاظ کردن منافع و تعهدات هر سه رکن حیاتی است. عدم پرداخت به موقع مطالبات مراکز درمانی، چه دولتی و چه غیردولتی (مانند داروخانه)، مشکلاتی را ایجاد می نماید.

در دورانی که مسئولیت دانشگاه را بر عهده داشتیم، و اسناد پزشکی زیر نظر بهداری و تأمین اجتماعی بود، به دلیل عدم پرداخت مطالبات، ناچار به صدور دستور دریافت هزینه از بیماران تحت پوشش این سازمان ها و ارائه فاکتور جهت دریافت هزینه ها از بیمه ها شدم، زیرا بیمارستان های دولتی برای ادامه فعالیت نیازمند درآمد بودند. در حال حاضر نیز سازمان های بیمه گر در پرداخت مطالبات مراکز درمانی، از جمله تأمین اجتماعی، تأخیر دارند.

این امر ناشی از عدم تخصیص به موقع منابع به صندوق بیمه است. مطابق قانون، سرانه بیمه و به تبع آن تعرفه ها باید واقعی شوند. با این حال، سرانه بیمه کنونی به نظر واقعی نیست. دولت نیز در پرداخت سهم خود (بخش دولتی سرانه) تأخیر داشته و این سهم نیز واقعی نیست، که این امر یکی از علل اصلی تأخیرها و مشکلات مالی در صندوق های بیمه (اعم از عمومی و تکمیلی) محسوب می شود.

اهمیت بیمه عمومی: پیگیری و حل مشکل بیمه عمومی توسط دولت، یک رکن اساسی در رفاه اجتماعی را مرتفع خواهد ساخت. در صورت پرداخت منظم و کامل تعهدات بیمه ها (از جمله تعهد ۱۰۰ درصدی برای خدمات رایگان زیر ۷ سال)، بهترین خدمات در بیمارستان های دولتی مانند بیمارستان مفید ارائه خواهد شد، به طوری که شاهد اشغال تخت

یک مشاور ساختمانی استخدام شد. هزینه ای معادل قیمت خرید ساختمان به مشاور و پیمانکار پرداخت شد تا مجموعه به فضای اداری تبدیل گردد و ستاد در آن جا مستقر شود.

مراحل اولیه راه اندازی سازمان (از اتاق وزارت بهداشت تا خرید ساختمان شهرزاد) نشان دهنده چه نوع چالش های اجرایی و مالی در بدو تأسیس بود؟

هم زمان، برای سایر استان ها برنامه ریزی صورت گرفت تا در مراکز استان ها، ادارات کل و در برخی شهرستان ها (با توجه به تعریف جمعیتی) ادارات تأسیس گردند. در این فرآیند، وزارت بهداشت و تمامی دانشگاه های علوم پزشکی همکاری شایانی داشتند. با بهره گیری از این همکاری، رؤسای اسناد پزشکی همان دانشگاه ها به عنوان مدیران کل استانی منصوب شدند و در برخی موارد، معاونت های دانشگاهی برای تصدی پست مدیرکل به سازمان منتقل شدند تا سازمان در سطح استان ها آغاز به کار نماید.

با وجود چالش های فراوان، طراحی دفترچه بیمه و نشان سازمانی (آرم) هم زمان انجام شد. مدیران عامل اولیه استان ها عبارت بودند از: آقای دکتر حسین شیرینی (تهران)، آقای دکتر معادی (مازندران)، آقای دکتر بانک (اصفهان)، آقای دکتر کردان (کرمان)، آقای دکتر فروردین (شیراز) و آقای دکتر زمانی (اهواز)، آقای دکتر صفدری (سیستان و بلوچستان)، آقای دکتر قاسمی (مشهد) و معاون

مستقل بود و این اماکن به سازمان منتقل شدند؛ اما در بسیاری از نقاط کشور، این واحدها فاقد فضای مستقل بوده و صرفاً شامل چند اتاق و کارمند در داخل مجموعه ادارات کل بهداری بودند.

در مراحل اولیه، سازمان فاقد فضای مستقل و تعداد مشخصی از اتاق ها و کارکنان بود. بر این اساس، در ستاد مرکزی اقدام به تدوین آیین نامه و اساسنامه سازمان، آیین نامه مالی و معاملاتی و آیین نامه اداری و استخدامی نمودیم. همچنین، آیین نامه رسیدگی به اسناد، که سابقاً وجود داشت، با همکاری همکاران وقت در بخش اسناد پزشکی، مورد بازنگری قرار گرفت. متعاقباً، بررسی بودجه ای به منظور تعیین مکان ستاد مرکزی سازمان صورت پذیرفت. در این راستا، اگرچه مکان های متعددی در وزارت بهداشت پیشنهاد شد، اما هیچ یک از آن ها مناسب تشخیص داده نشد. درخواست هایی جهت کسب کمک و راهنمایی از سایر سازمان ها مطرح گردید.

در نهایت، مبلغی بالغ بر سه میلیارد تومان جهت تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی اختصاص یافت. با انجام ریزنی های مؤثر، موفق شدیم ساختمان شهرزاد را از شهرداری، که به دلیل بدهی آن را به سازمان تأمین اجتماعی واگذار کرده بود، خریداری نماییم. به خاطر دارم که این ملک شامل ۵۴ آپارتمان بود که به مبلغ ۵۰۰ میلیون تومان از سازمان تأمین اجتماعی خریداری گردید.

از آن جا که ساختار ۵۴ آپارتمان با ۵۴ آشپزخانه و سرویس های مجزا برای کاربری اداری مناسب نبود،



تعاونی روستایی، معلمین و وزارت بهداشت از انجام این امر سرباز زده بودند. برای حل کسری بودجه، پس از برآورد درآمد-هزینه، با سازمان برنامه و بودجه توافق شد که سازمان برنامه و بودجه از دریافت سهم ۳۰ درصدی سرانه چشم پوشی کند (بیمه رایگان) و در مقابل، فرانشیز روستاییان از ۱۰ درصد به ۲۵ درصد افزایش یابد. در حالی که مشکل آمار دقیق روستاییان، حتی با مرکز آمار ایران، پابرجا بود، قرارداد با بسیج منعقد شد تا بهورزان به تمامی روستاییان مراجعه کرده و کارت بیمه را تحویل دهند، البته وظیفه بسیج صرفاً توزیع کارت بود و نه جمع آوری وجه. در گذشته، تخصیص منابع مالی به بیمارستان ها به صورت بودجه ای / گلوبال صورت می گرفت. بدین ترتیب، مبلغ مشخصی به عنوان بودجه جامع در اختیار بیمارستان ها قرار می گرفت تا صرف تأمین دارو، ساخت و ساز، تجهیزات و سایر هزینه ها شود؛ بدون آنکه ملاک دریافت وجه، عملکرد مستند دستگاه های ارائه دهنده خدمت باشد.

با تصویب قانون بیمه سلامت همگانی (یا قانون مورد نظر)، این رویه تغییر یافت و کلیه مراکز درمانی، اعم از دولتی و خصوصی، موظف شدند تا اسناد عملکرد خود را ارائه و براساس آن مطالبات خود را دریافت نمایند. اجرای این قانون در ابتدا با مقاومت های جدی مواجه شد. بسیاری از رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی که پیش از این از بودجه گلوبال برخوردار بودند و از انعطاف بیشتری در هزینه کرد برخوردار بودند، نسبت به الزامی شدن ارائه سند برای دریافت منابع معترض شدند.

هدف این تغییر، ساماندهی مالی و ایجاد شفافیت در بودجه درمان کشور بود. در حال حاضر، کوچک ترین مراکز درمانی نیز موظفند کلیه خدمات ارائه شده (از جمله دارو، تجهیزات پزشکی و مواد مصرفی) را مستند سازی کرده و براساس آن، وجه مربوطه را دریافت نمایند. این اقدام، گام بسیار مهمی در جهت ساماندهی بودجه ریزی و نظارت بر هزینه ها محسوب می شود. مزایای قانون و اهمیت اجرای صحیح آن: این قانون همچنان دارای مزایای قابل توجهی است، مشروط بر آنکه به درستی اجرا شود. مهمترین بند این قانون، لزوم محاسبه و تعیین قیمت تمام شده واقعی خدمات درمانی در هر دو بخش خصوصی و دولتی است تا براساس آن، سرانه ی واقعی و متناسب با هزینه ها تعیین و دریافت شود.

عدم تعیین قیمت تمام شده واقعی خدمات و سرانه ناکافی بیمه، چه تأثیر مستقیمی بر کیفیت خدمات درمانی ارائه شده توسط بیمارستان های دولتی دارد؟

ضرورت اصلاح سرانه بیمه و تقویت صندوق؛ در حال حاضر، حق بیمه ی کسر شده از برخی اقشار، از جمله اساتید تمام با سوابق طولانی، نسبت به حقوق دریافتی و هزینه های واقعی خدمات، ناکافی به نظر می رسد. به عنوان مثال، در شرایط

۱۰۰ درصدی خواهیم بود. اعتقاد بر این است که دولت باید با ارتقا کیفیت خدمات در بخش دولتی، مردم را به استفاده از این مراکز تشویق نماید، نه اینکه لزوماً با بخش خصوصی برخورد داشته باشد. فراهم نمودن بالاترین کیفیت خدمات در بخش دولتی، مستلزم اجرای صحیح قانون بیمه است.

تغییر نام سازمان از "بیمه خدمات درمانی" به "بیمه سلامت": این تغییر که در دوران ریاست جمهوری وقت انجام گرفت، در راستای تفکر یکسان سازی صندوق های بیمه کشور بود، اگرچه به دلیل استقلال برخی نهادها نظیر تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح، این هدف به طور کامل محقق نشد. در آن مقطع، سه یا چهار صندوق شامل کارکنان دولت، روستاییان و خویش فرمایان وجود داشت. اجباری شدن بیمه خویش فرمایان: تلاش هایی جهت اجباری کردن بیمه برای تمامی خویش فرمایان صورت گرفت. اگرچه برخی این اجبار را مغایر با آزادی و قوانین

مدنی می دانستند، اما طرفداران اجباری شدن

معتقد بودند که در صورت پرداخت اجباری

سرانه توسط کارمند و کارگر، دلیلی برای

عدم پرداخت دیگران وجود ندارد.

پیشنهادی مبنی بر الزام ارائه

کارت بیمه سلامت برای انجام

امور اداری در ثبت احوال یا

ثبت اسناد مطرح شد، اما

مقاومت در برابر کسرحق

بیمه از خویش فرمایان

به عنوان مانع اصلی

باقی ماند. دیدگاه

اولیه براساس نظرات

منسوب به مسؤولین

وقت، بر تبلیغی بودن

بیمه و تشویق مردم به

استفاده از آن استوار بود

و شعار بیمه بر پایه تعاون

(تعاونوا علی البر والتقوی) بود؛

به این معنا که فرد سالم برای کمک

به فرد بیمار در صندوق مشارکت می کند.

سازمان برنامه و بودجه نیز در ابتدا با اجباری

شدن بیمه موافق نبود.

چالش بیمه روستایی: جلسات متعددی با وزارت جهاد و سازمان

تعاونی روستایی برگزار شد. براساس قانون، سالانه ردیف بودجه مشخصی (حدود سی میلیارد تومان) برای بیمه روستایی در نظر گرفته می شد که در صورت عدم استفاده سازمان بیمه، به وزارت بهداشت تعلق می گرفت. مشکل اصلی، عدم شناسایی هویت روستاییان در بیمارستان ها بود. سرانه روستایی از سرانه شهری کمتر بود و روستاییان موظف به پرداخت ۳۰ درصد آن بودند. جمع آوری این سهم ۳۰ درصدی، به دلیل هزینه بالای استخدام کارمند در مقایسه با کل بودجه، با چالش روبه رو بود.

در نهایت، مقرر شد بهورزان به دلیل دسترسی به آمار دقیق روستاییان، این مبالغ را جمع آوری کرده و حق الزحمه دریافت کنند. اما وزارت بهداشت با این توجیه که بهورزان نباید وظایف غیر مرتبط با حوزه سلامت داشته باشند، مخالفت نمود. گمانه زنی هایی مبنی بر عدم تمایل وزارت بهداشت به اجرای بیمه روستایی مطرح شد.

برای توزیع کارت بیمه روستایی، از بسیج مستضعفین استفاده شد، چرا که سازمان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نباید در پی طرح‌های جدید باشد، بلکه باید به اصلاح و مدرن‌سازی ساختارهای موجود بپردازد. مراکز قدیمی همچون خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت درمانی روستایی باید با تأمین نیروی انسانی کامل، استقرار پزشک (شامل بیتوته و خانه پزشک) و تجهیزات دارویی و پاراکلینیکی به‌روز شوند تا مردم روستا بتوانند کلیه خدمات مورد نیاز خود را در همان محل دریافت نمایند.

مطالعات پیشین نشان داده است که عمده‌ترین علت عدم استفاده روستاییان از شبکه اولیه، نه نبود ساختار، بلکه نقص عملیاتی در ارائه خدمات بوده است. به عنوان مثال، در یک بررسی، مشخص شد کمتر از سی درصد مراجعین به مراکز درمانی شهری، پیش از آن از شبکه روستایی استفاده کرده بودند. دلایل این امر عمدتاً شامل عدم حضور پزشک در ساعات ضروری و نبود داروخانه یا امکانات تشخیصی نظیر رادیولوژی در مراکز روستایی بوده است. این نقص عملکردی، اعتبار شبکه را تضعیف نموده و موجب مهاجرت بیمار به شهر و تحمیل بار سنگین بر سیستم‌های تخصصی ترمی گرد.

لذا، پیشنهاد می‌شود با توجه به وجود شبکه منسجم فعلی، وزارت بهداشت و کارشناسان ذی‌ربط با همکاری مسؤولین و تصمیم‌گیران کشور، به‌ویژه در شرایط کنونی که فرصت مغتنمی است، در جهت پربار کردن این مسیر گام بردارند. این اقدام‌ها شامل تضمین حضور بیست و چهار ساعته پزشک، تأمین کامل داروها و فراهم‌سازی خدمات تصویربرداری و سونوگرافی در این مراکز است تا شهروندان به‌ویژه در مناطق روستایی، نیازی به مهاجرت درمانی به شهرها نداشته باشند.

در حوزه شهری نیز، مشکل اصلی ارجاع است. زیرساخت‌ها در این بخش نیز باید تقویت شده و سیستم ارجاع با متقاعدسازی مردم به ثبت نام و رجیستر کردن خود نزدیک پزشک یا مرکز معین سلامت و ارجاع ایشان از طریق این مراکز به متخصصین، به صورت جدی اجرا شود. آماده‌سازی زیرساخت‌های مالی این طرح، که در مقایسه با سایر هزینه‌های ملی به اعتبارات هنگفتی نیاز ندارد، نیازمند همت و اراده سیاسی جهت به سرانجام رساندن آن و تحقق عدالت در سلامت است.

به عنوان اولین مدیرعامل سازمان بیمه سلامت

چه پیامی به مدیران جدید این سازمان می‌دهید؟

پیام اصلی ما این است که شما در سازمانی کار می‌کنید که در واقع دارد یکی از مهمترین ارکان رفاه اجتماعی مردم را در کشور تأمین می‌کند.

و متخصصین داخلی از بخش دولتی و خصوصی به عنوان پزشک خانواده در نظر گرفته شدند و سقف بیماران هر مرکز نیز مشخص شده بود.

جمهوری اسلامی ایران از زیرساخت‌های منسجم و مناسبی در حوزه سلامت برخوردار است که شامل شبکه گسترده خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشت درمانی روستایی و شهری، بیمارستان‌های شهرستانی و مراکز تخصصی دانشگاهی می‌باشد. در کنار این ساختار، نظام بیمه سلامت، با وجود کاستی‌های موجود، نسبت به بسیاری از کشورهای جهان از وضعیت بهتری برخوردار است. لذا، راهبرد اصلی در این بخش باید بر تقویت و روزآمدسازی همین سیستم و شبکه موجود متمرکز گردد و از ایجاد ساختارهای موازی جدید پرهیز شود.

یکی از ضرورت‌های بنیادین، اصلاح نظام تأمین مالی در حوزه بیمه است. کارآمدی بیمه مستلزم اصلاح جریان ورودی و خروجی منابع و اعتبارسنجی ارکان سه‌گانه آن است؛ یعنی تعادل میان بیمه‌گزار، بیمه‌شده و مؤسسات طرف قرارداد باید حفظ گردد. بیمه‌گزار موظف است با پرداخت به موقع و کافی به مراکز ارائه‌دهنده خدمات، کیفیت ارائه سرویس به بیمه‌شدگان را تضمین نماید، چرا که تأخیر در پرداخت‌ها مستقیماً به کاهش کیفیت خدمات می‌انجامد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نباید در پی طرح‌های جدید باشد، بلکه باید به اصلاح و مدرن‌سازی ساختارهای موجود بپردازد.

مراکز قدیمی همچون خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت درمانی روستایی باید با تأمین نیروی انسانی کامل، استقرار پزشک (شامل بیتوته و خانه پزشک) و تجهیزات دارویی و پاراکلینیکی به‌روز شوند تا مردم روستا بتوانند کلیه خدمات مورد نیاز خود را در همان محل دریافت نمایند



فعالی، حق بیمه‌ای که کسر می‌شود، تناسبی با میزان خدمات و تعهدات بیمه ندارد و نیازمند بازنگری و افزایش است. در صورت تعیین سرانه‌ی واقعی و پربار شدن صندوق‌های بیمه، اجرای صحیح ماده قانونی مبنی بر پرداخت درصد مطالبات مراکز درمانی به صورت عندالوصول و تسویه درصد مابقی پس از رسیدگی، بدون ایجاد هرگونه مشکل مالی محقق خواهد شد. همچنین، دولت نیز باید سهم قانونی خود در قبال بیمه‌شدگان حمایتی (محرومین، کمیته امداد، کارکنان دولت و روستاییان) را به موقع پرداخت نماید.

انتقاد از تغییر شیوه پوشش درمانی روستاییان (از کارت به دفترچه): به عنوان فردی مطلع در سیستم بهداشت و درمان، با تغییر پوشش روستاییان از «کارت مخصوص» به «دفترچه بیمه عمومی» مخالف بودم. پیش از این، تأمین هزینه‌های خدمات سطح اول (پزشک، دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی) در روستاها بر عهده وزارت بهداشت بود. کارت روستاییان، صرفاً برای مراجعه به بیمارستان‌های شهری و دریافت پوشش سطح دوم صادر شده بود و باعث نشان دار شدن این جمعیت در مراکز می‌شد. با این تمایز، مبلغی که در نهایت توسط وزارت بهداشت هزینه نمی‌شد، به سمت خدمات روستاییان هدایت می‌گردید. در صورت حفظ نظام کارتی، امکان ارتقای سطح پوشش و فرانشیز فراهم بود. اما با صدور دفترچه، امکان مراجعه آزادانه روستاییان به هر مرکز درمانی فراهم شد که این امر، تضعیف نظام ارجاع را در پی داشته است.

چالش نظام ارجاع و ضرورت اجرای آن: یکی از مشکلات ساختاری عظیم در کشور، آزادی عمل بیماران در مراجعه به هر پزشک و در هر زمان (حتی مراجعه به پزشک و دریافت نسخه در یک روز) است که بار مالی سنگینی را بر سیستم تحمیل می‌کند. حذف دفترچه‌های فیزیکی و جایگزینی آن با کد ملی / سامانه الکترونیک، بدون کنترل بر نظام ارجاع، تأثیر مثبتی در مدیریت مراجعه نداشته است.

تضعیف نظام ارجاع چگونه به افزایش "بار مالی سنگین" بر سیستم سلامت منجر می‌شود؟

طرح پایلوت نظام ارجاع (پزشک خانواده) و چالش‌های اجرا: در سازمان بیمه (در سه سال اول فعالیت)، طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده طراحی شد. این طرح شامل ایجاد پرونده سلامت و تعیین پزشک خانواده برای بیمه‌شدگان بود که امکان جابه‌جایی پزشک هر شش ماه یک بار برای بیمه‌شده پیش‌بینی شده بود. جهت اجرای پایلوت، استان‌های کرمان و آذربایجان شرقی انتخاب شدند.

در این طرح، پزشکان عمومی، متخصصین اطفال

انتظار ما این است که ان شاء الله با تلاش کارکنان سعی کنید این مجموعه پربار و کامل باشد و تلاششان را برای برطرف کردن نقص های اجرای قانون بکنند. مطمئناً هم منافع این کار به مردم می رسد، هم ثواب این کار به خودشان می رسد و هم کار خودشان باعث رضایتمندی شان می شود. توجه کنید که الان واقعاً مردم وقتی مراجعه می کنند، اگر جواب های منفی بشنوند یا آنچه را که رضایت آن ها را جلب کند به دست نیاورند، شاید از کارکنان ما ناراحت شوند. لذا، ما فکری کنیم باید همه تلاش ها و همه انرژی در اجرای درست قانون بیمه سلامت همگانی باشد.

سازمان بیمه سلامت برای منابع پایدار چه فکری کرده است؟

باید توجه داشت که سازمان ها، کارشناسان بیمه، مدیرعامل و وزارت بهداشت، که متولی امر سلامت است، در این رابطه باید نقش آفرینی کنند. مادر بسیاری موارد منابعی برای تقویت صندوق های بیمه داریم. در هر حوزه ای که سلامت عمومی جامعه را تهدید می کند،

این امکان وجود دارد که اقدام های قانونی لازم برای اخذ عوارض و تأمین منابع مالی صورت پذیرد. به طور مثال، آلودگی هوا، مصرف دخانیات، نوشابه ها، محصولات مثل پفک و سایر اقلامی که مضراتی برای سلامت عمومی دارند و در عین حال درآمدزایی قابل توجهی دارند، می توانند به عنوان منابع مالی جدید مد نظر قرار گیرند. وزارت بهداشت می تواند در این راستا تلاش نماید. زیرا دولت نمی تواند به طور مستمر تنها به منابع نفتی متکی باشد. در گذشته، در طرح تحول سلامت که توسط آقای هاشمی پایه گذاری شد، پرداخت از جیب مردم کاهش یافت که اقدام بسیار مثبتی بود.

در آن دوره، در بیمارستان ها، ما مجاز نبودیم که بیماران را برای تهیه دارو، تجهیزات یا سایر اقلام مورد نیاز به خارج از مرکز درمانی ارجاع دهیم و همه اقلام فراهم شد.

من در جلسه ای که در سال اول اجرای طرح برگزار شد و به دلیل موفقیت های طرح به ایشان تقدیرنامه ای اهدا شد، به ایشان عرض کردم که هر خدمت دارای چند

ویژگی اساسی است: اول، دسترسی پذیری که در حال حاضر در مورد بیمه های درمانی نیز صادق است؛ دوم، کیفیت مطلوب؛ سوم، عدالت (ارائه خدمات به صورت مساوی به تمامی شهروندان) و چهارم، پایداری (Sustainability). تأکید کردم که پایداری این طرح به تداوم منابع مالی آن وابسته است. اجرای این طرح با منابع موقتی و کمکی امکان پذیر نیست.

به عبارت دیگر، باید یک تعریف مشخص و یک ورودی مستمر و قانونی برای این صندوق ها وجود داشته باشد. مشابه آنچه که در خصوص اختصاص دو درصد از بودجه دستگاه ها برای امور تحقیقاتی مصوب شده است، باید برای تأمین مالی بخش سلامت نیز این منابع به صورت دائمی در قانون تثبیت گردند.

پس از تصویب قانون، سازمان های متولی سلامت (شامل بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و سایر بیمه های درمانی) می توانند براساس قانون، این منابع را مطالبه نمایند.

در صورت عدم تداوم در تأمین این منابع درآمدی، اجرای طرح با مشکل مواجه خواهد شد.





مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران:

پایداری منابع برای بیمه‌ها از نان شب واجب‌تر است



پایداری، نظام بیمه سلامت نیازمند تحولی استراتژیک و پایدار است. اتکا به روش‌های سنتی تأمین مالی (مانند سهم حق بیمه محدود یا کمک‌های مستقیم دولتی در بودجه‌های سالانه) دیگر پاسخگو نیست.

راهکارهای جهانی و بومی شده مانند تجمیع کارکردی صندوق‌های بیمه پایه، تخصیص منابع مالی پایدار و هدفمند (مانند مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت)، خرید راهبردی خدمات، و هدایت منابع به سمت پیشگیری و خدمات پایه سلامت، از جمله محورهای اصلی برای اصلاح و تقویت این پایداری محسوب می‌شوند. پایداری منابع بیمه پایه سلامت، نه فقط تأمین بودجه، بلکه تضمین‌کننده تحقق آرمان بزرگ پوشش همگانی سلامت (UHC) و عدالت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است و موفقیت در این امر، شاخص اصلی بلوغ و کارآمدی هر نظام اجتماعی در قبال سلامت شهروندان خواهد بود. از این رو برای بررسی موضوع پایداری منابع بیمه‌های سلامت به سراغ دکتر محمد جواد کبیر، مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران آمده‌ایم تا در این خصوص از وی جویا شویم.

و پزشکان)، و در نهایت، تحمیل سهم بالایی از هزینه‌ها به مردم (پرداخت از جیب) منجر شود. این امر نه تنها با اصول عدالت اجتماعی و سیاست‌های کلی سلامت در تضاد است، بلکه می‌تواند موجب بازگشت مجدد افراد به چرخه فقر ناشی از بیماری شود.

در بسیاری از نظام‌های سلامت، از جمله در ایران، تأمین مالی بیمه‌های پایه با چالش‌های ساختاری متعددی روبه‌رو است. این چالش‌ها شامل ناترازی مزمن بین منابع و مصارف، ناکارآمدی در تجمیع و مدیریت منابع، سهم بالای هزینه‌های القایی و غیرضروری، عدم کارایی در نظام خرید خدمات، و وابستگی بیش از حد به منابع ناپایدار یا دولتی است. علاوه بر این، عوامل نظیر تورم در بخش سلامت، عدم تعیین واقعی و بهنگام تعرفه‌های خدمات پزشکی، و عدم اجرای کامل سیاست‌های کلیدی مانند نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت که می‌توانند به کنترل هزینه‌ها کمک کنند، بر ناپایداری مالی می‌افزاید.

بزرگترین دغدغه سازمان‌های بیمه‌گر پایه، در واقع همین عدم همخوانی میان منابع و تعهدات است. برای فائق آمدن بر این چالش‌ها و دستیابی به

حوزه سلامت، به‌عنوان یکی از حیاتی‌ترین بخش‌های هر نظام اجتماعی، نقشی تعیین‌کننده در توسعه پایدار و ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه ایفا می‌کند. در این میان، بیمه‌های پایه سلامت به مثابه ستون فقرات نظام تأمین مالی سلامت، با هدف اصلی حفاظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن درمان و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات ضروری، تعریف شده‌اند.

از این رو، پایداری منابع این بیمه‌ها نه یک دغدغه صرفاً اقتصادی، بلکه یک ضرورت اجتماعی، سیاسی و اخلاقی محسوب می‌شود. نظام بیمه پایه سلامت، بدون منابع مالی پایدار، در ایفای رسالت خود که پوشش همگانی و کافی خدمات است، دچار نارسایی می‌شود. در شرایطی که نیازهای سلامت جامعه به دلیل عواملی چون افزایش جمعیت، سالمندی، شیوع بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، و پیشرفت پر هزینه تکنولوژی‌های پزشکی، دائماً روبه افزایش است، ناتوانی در تأمین منابع مالی مستمر و مطمئن می‌تواند به تضعیف پوشش بیمه‌ای، کاهش کیفیت خدمات، تأخیر در پرداخت مطالبات ارائه‌دهندگان خدمت (مانند بیمارستان‌ها



به عنوان سؤال نخست جناب دکتر اساساً چطور منابع بیمه‌های پایه سلامت، به خصوص بیمه سلامت، می‌تواند پایدار باشد و سپس در خصوص ابزارهای مدیریت تقاضا، مثل پزشک خانواده و سطح بندی صحبت کنید؟

در حوزه بیمه‌ی سلامت، ما نیاز به یک رویکرد و یک در واقع ضابطه و مقررات برای مدیریت اجرایی داریم، و همچنین نیاز به یک سری اعتقاد و باور داریم که مدیران اجرایی به عنوان ارزش به آن‌ها پایبند باشند. در رویکرد، این است که ما ابتدا باید مفهوم بیمه را بیان کنیم. بیمه در واقع عقد قراردادی است برای جبران خسارت و پُر کردن شکافی که ممکن است در مسیر زندگی یا سلامتی یا کار یک فرد یا خانواده یا گروه پیش بیاید. در واقع، ما در بیمه تلاش داریم که بتوانیم با کاهش ریسک، قدرت جبران خسارت را افزایش دهیم. کاهش ریسک یعنی چه؟ تلاش‌هایی انجام دهیم که اقدام‌هایی که سبب بالا رفتن بروز شیوع بیماری‌ها می‌شود را کنترل کنیم، کاهش دهیم و از موارد مخالف آن‌ها حمایت کنیم.

قدرت مداخله‌ی ما منوط به این است که منابعی که در اختیار داریم را بر اساس بند ۷ و ۲ سیاست‌های کلی سلامت، شناسایی، جمع‌بندی و بر اساس سیاست‌ها و خط‌مشی‌های حوزه‌ی تولید، آن‌ها را مدیریت هزینه نماییم. خوب، در ارتباط با این بخش پایانی، مشکلی که ما در حال حاضر داریم، این است که منابع قابل تخصیص به بیمه در شرایط فعلی، زیر ۱۸ درصد است؛ ۱۶ تا ۱۷ درصد، تا ۱۸ درصد کل منابع سلامت. در صورتی که در سطح جهانی، وقتی نگاه می‌کنیم، این عدد به حدود ۵۲ تا ۵۳ درصد می‌رسد و ما در برنامه‌ی تحول سلامت، این عدد را به ۳۴ تا ۳۵ درصد رساندیم. اما این عدد در حال حاضر کاهش پیدا کرده است. از طرفی، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی به شدت کاهش یافته است.

یعنی ما در دوره‌ای که برنامه‌ی تحول سلامت بود، این عدد به حدود ۸.۵ تا ۹.۵ درصد، و گاهی اوقات در روایت‌های مختلف با احتساب دارو و تجهیزات، تا ۱۰ تا ۱۱ درصد هم مطرح می‌شد. اما اکنون این عدد به ۳.۷ درصد تا ۴.۲ درصد رسیده است. هم تولید ناخالص داخلی ما کاهش پیدا کرده و هم سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کاهش یافته است.

امروز حضور جناب آقای دکتر پزشکیان به عنوان رئیس جمهور محترم، یک فرصت بسیار بسیار ارزشمند برای حوزه‌ی اجتماعی، رفاه و خصوصاً حوزه‌ی سلامت است. ایشان اعتقاد عمیق دارند و در زمانی که در مجلس بودند، همواره می‌گفتند که ما باید به قانون عمل کنیم؛ اگر قانون را شما پیاده‌سازی نکنید، مشکل مملکت حل است. ما هم اکنون می‌گوییم بله آقای

دکتر پزشکیان، ما امروز باید به قانون عمل کنیم. مجریان قانون امروز از مفاد قانون تمکین نمی‌کنند. یعنی اینکه ما در صندوق بیمه باید سرانه‌ی منابع را برای خرید خدمات بر اساس ضوابط و مقررات پیاده کنیم تا بتوانیم یک تناسبی بین منابع و مصارفمان داشته باشیم، باید یک بالانس و تعادلی برقرار باشد. همین الان ما بر اساس صندوق کارکنان دولت، ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد را باید برای بیمه‌شده در ماه داشته باشیم. این ۷ درصد تقریباً سه قسمت آن را سازمان برنامه باید پرداخت کند، دو قسمت را دستگاه اجرایی باید بدهد و دو قسمت را هم خود بیمه‌شده باید بپردازد که تقریباً آن بیمه‌شده پولش را دارد پرداخت می‌کند و هر ماه از حقوقش کسر می‌شود. اما آن بخشی که دستگاه اجرایی باید پرداخت بکند و آن بخشی که سازمان برنامه باید پرداخت بکند، متأسفانه دچار نقصان‌هایی است و پرداختی سازمان برنامه متأسفانه بسیار ناکافی است. از طرفی، وقتی که ما نگاه می‌کنیم، می‌بینیم که اگر ما صندوق کارکنان دولت را به عنوان استاندارد اصلی مان در برآورد و تأمین منابع قرار دهیم، متأسفانه صندوق‌های حمایتی ما، مانند صندوق روستاییان و بیمه‌ی همگانی، ۴۰ تا ۴۵ درصد منابعشان، یعنی سهم و سرانه‌ی آن‌ها، ۴۰ تا ۴۵ درصد صندوق کارکنان دولت است. این بدان معناست که ما به اندازه‌ی کارکنان دولت، در واقع قیمت خدماتمان، پوشش خدماتمان، هزینه‌هایمان و مسائل مختلفمان دارد اتفاق می‌افتد، اما در تأمین منابع دچار مشکل هستیم.

از طرفی، برخی از سیاست‌های نادرست متأسفانه

در دولت قبلی و دولت ماقبل آن، یعنی از دولت آقای روحانی و دولت آقای رئیسی، در کشور به وقوع پیوسته است که ما شاهد مخالفت‌ها و ممانعت‌هایی از سوی تولید سلامت در جهت جمع‌بندی و انباشت منابع در نظام بیمه بوده‌ایم. این نشان می‌دهد که متولیان حوزه‌ی سلامت، درک درستی از مدیریت منابع با سازوکار بیمه‌ای متأسفانه ندارند و تازمانی که این اتفاق نیفتد، ما نمی‌توانیم موفقیتی در نظام سلامت داشته باشیم. تقریباً بدون استثنا، من بیش از ۱۳۰-۱۴۰ کشور دنیا را که بررسی کرده‌ام، کشورهایی که نظام سلامتشان موفق بوده، موفقیتشان در گرو نظام بیمه‌ای کارآمد بوده است.

حالا دوستان در وزارت بهداشت می‌گویند بیمه‌ی ما ناکارآمد است یا مشکل دارد و ایراد دارد؛ خوب، باید برای اصلاح بیمه و رفع مشکلات آن اقدام کنیم. اما سؤال این است که آیا وزارت بهداشت در حال حاضر کارآمد است؟ آیا وزارت بهداشت واقعاً اکنون عملکرد مطلوبی دارد که بیمه ناکارآمد باشد؟ به نظر من، کارآمدی فعلی بیمه اگر بالاتر از وزارت بهداشت نباشد، پایین تر نیست. از طرفی، وقتی می‌گوییم منابع ما باید در نظام سلامت به حساب جمع‌بندی در بیمه واریز شود، یعنی ما به منابع واقعی نیاز داریم. منابع واقعی ما بر اساس سرانه‌ی واقعی است. همین الان به روایت مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت، که حدود ۸۰ تا ۹۰ هزار میلیارد تومان بودجه‌ی مصوب دارند، خودشان اذعان دارند که در سال ۱۴۰۴ می‌بایست.

حدود ۱۴۰ تا ۱۵۰ هزار میلیارد تومان اعتبار دریافت می‌کردند، در صورتی که اگر بخواهیم واقع بینانه تر نگاه

یعنی در واقع، اکنون نظام رگولاتوری ما، نظام ایفای نقش براساس ضوابط، مقررات و چارچوب‌هایی که برایش تعریف کرده‌اند را به درستی ایفا نمی‌کند و ما این حق را از بیمه سلب کرده‌ایم. اگر چنانچه بیمه این نقش را نداشته باشد، بهتر است فوراً آن را منحل کنیم و منابعش را در اختیار وزارت بهداشت قرار دهیم تا به صورت یک دستگاه خودپرداز (ATM) عمل کند. بیمه‌ای که بخواهد به صورت یک دستگاه خودپرداز عمل کند، ترجیحاً بهتر است وجود نداشته باشد. ما به بیمه به عنوان یک نهاد اجتماعی، یک نهاد حمایتی، و یک نظام می‌نگریم، و اگر بیمه نتواند اصطلاحاً حفاظت اجتماعی (Social Protection) خود را داشته باشد، خوب نیست. بیمه نیست. بیمه صرفاً یک نظام پرداخت‌کننده‌ی خودپرداز نیست.

از طرفی ما در ارتباط با بخش رگولاتوری باز با این موضوع مواجه هستیم که وزارت بهداشت مدعی است پروتکل‌های زیادی را تهیه کرده است. خوب، فرآیند اجرایی این پروتکل‌ها (پروتکل‌های حاصل از راهنمای بالینی) که ابلاغ کرده‌اند تا بتواند انضباط و مصرف منطقی خدمات را ایجاد کند، در کجای این فرآیند قرار دارند؟ ما بالاخره باید فکری به حال این کنیم که این‌ها چگونه باید پیاده‌سازی شوند.

دیتابیسی که برای ثبت داده‌های ما اکنون در نظام سلامت به عنوان پرونده‌ی سلامت انتخاب شده است، آیا در برگرداندن سرفصل‌های ورودی داده‌های مورد نیاز هست که ما بتوانیم از این بهینه‌ترین استفاده را ببریم؟

خیر به نظر من باید به این نتیجه برسیم که نظام سلامت به یک رابطه‌ی تنگاتنگ بین تولید و بیمه نیاز دارد، و اگر نظام سلامت نتواند این رابطه‌ی تنگاتنگ را برقرار کند، موفق نمی‌شود. از طرفی هم بخش‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمت ما باید به عنوان شریک‌های (Partners) نظام سلامت و نظام بیمه وارد شوند.

ما نباید به خصوص جامعه‌ی پزشکی و کلیه‌ی ارائه‌دهندگان خدمت را به عنوان یک جبهه‌ی مقابل خودمان نگاه کنیم، بلکه این‌ها می‌توانند همراهان و یا اصطلاحاً هم‌قطاران نظام ارائه‌ی خدمات، و هم‌قطاران نظام سلامت کشور باشند.

در این خصوص یکی از چالش‌های مهمی که با آن مواجه هستیم این است که اگر چنانچه ما شفاف‌سازی کنیم، تعرفه‌ها را در مسیر درست خودشان قرار دهیم، به نحوی که بتوانیم نیاز واقعی، مراجعه‌ی واقعی مردم برای نیاز واقعی مردم و خدمت واقعی و تجویز و مصرف منطقی، منطقی واقعی خدمات را با پول واقعی هم‌راستا کنیم، آن وقت می‌توانیم اصلاح نظام پرداخت را داشته باشیم.

در این خصوص چه اقدام‌هایی لازم است صورت گیرد؟

شاید یکی از اقدام‌ها، تقویت شورای عالی بیمه باشد. ما باید شورای عالی بیمه را به عنوان بخش رگولاتوری نظام سلامت تقویت کنیم. متأسفانه مشاهده می‌شود که وزارت بهداشت اهتمام لازم را برای اصلاح ساختار این شورا و تقویت و به رسمیت شناختن آن تاکنون نداشته است. و تا زمانی که شورای عالی بیمه قوی نداشته باشیم و این شورا نتواند کارکردهای سیاستی حوزه‌های بیمه را تدوین و تبیین کند و مصوبات آن متابعت لازم را داشته باشند، نمی‌توانیم انتظار یک بیمه‌ی کارآمد را از آن داشته باشیم.

در واقع پیشنهاد من این است که ما باید یک چرخه‌ی سه ضلعی بین وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت، نظام بیمه و سازمان برنامه و بودجه داشته باشیم. وزارت بهداشت باید سرفصل‌ها و سیاست‌های خود را مشخص کند. سازمان برنامه و بودجه تعهدات خود را مشخص کند و بیمه نیز متولی‌گری اجرایی خود را داشته باشد. این امر باعث می‌شود که منابع بیمه در قالب یک موافقت‌نامه‌ی سه جانبه‌ی کلان منابع سلامت و از وزارت بهداشت جدا شده و در سرجمع منابع سازمان بیمه سلامت ایران قرار گیرد و موافقت‌نامه مبادله شود.

علتی که من تأکید می‌کنم موافقت‌نامه در سازمان بیمه سلامت ایران باشد، این است که بالاخره اگر در قانون به این سمت رفتیم که منابع بیمه‌ی ما تجمیع شود، باید در واقع بیمه سلامت به عنوان متولی بخش بیمه‌گری حوزه‌ی تولید ما، بتواند نقش هماهنگ‌کننده و هدایت‌گری را داشته باشد. شاید ما در اینجا نیاز داشته باشیم که در حوزه‌ی بیمه سلامت نیز یک نظام رگولاتوری بیمه را تقویت کنیم.

کنیم، این عدد شاید به ۲۰۰ هزار میلیارد تومان برسد و در سال ۱۴۰۵، با توجه به وضعیت منابع دارو و نرخ ارز و همچنین بحث مربوط به تجهیزات و موارد دیگر، عدد پیش‌بینی شده شاید به بالای ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار میلیارد تومان برسد.

خب، اکنون وقتی نگاه می‌کنیم، یکی از اشکالاتی که در دولت گذشته و دولت ماقبل آن اتفاق افتاد، این بود که ما متأسفانه هزینه‌های دارو را متناسب با ضریب افزایش آن و همچنین آزادسازی نرخ ارز (به ۲۸ هزار تومان و بعضاً به ۷۰ هزار تومان) در سرفصل منابع سازمان بیمه سلامت لحاظ نکردیم. این اشتباه تاریخی بود که سازمان برنامه و بودجه انجام داد و این منابع را به دلیل اینکه نظارت در بیمه ناکافی بود یا نظارت درستی در بیمه انجام ندادند، در سرجمع یک ردیف خاص در سازمان برنامه و بودجه قرار دادند و سپس به سازمان هدفمندی اختصاص دادند.

در واقع، ارائه‌کننده‌ی که دارد خدمتی که ارائه می‌کند، متولی مشخصی ندارد و از این جهت باعث شده است که اکنون بسیاری از داروخانه‌های ما، هزینه‌های نسخه‌هایی که گران‌تر از یک عددی هستند، مثلاً یک میلیون تومان یا دو میلیون تومان، را به صورت آزاد به پای بیمه شده حساب کنند.

در این زمینه شاهد هستیم که سهم پرداخت از جیب مردم (Out-of-Pocket) به‌ویژه در بحث دارو و تجهیزات، به بالای ۸۰ درصد رسیده است و این از نظر عقل و انصاف درست نیست. و اینجا است که پزشکان باید با توجه به عدم تمکین متولیان حوزه‌ی نظام تأمین منابع، نظام سلامت و نظام حوزه‌ی اقتصادی به قوانین و مقررات در حمایت و حفاظت مالی از مردم، مداخله‌ی جدی و مؤثری داشته باشند.



اصلاح نظام پرداخت ما این است که ما باید اولاً شأن و شأن جایگاه ارائه خدمات را حفظ کنیم، دوم کرامت ارائه دهندگان خدمت را حفظ کنیم، سوم کرامت دریافت کنندگان خدمت را حفظ کنیم، و چهارم باید تعهد بدیم یا تعهد داشته باشیم که نظام ارائه خدمات باید پایدار در گرو تأمین منابع پایدار است. بله، ما نمی‌توانیم با نظام منابع ناپایدار، نظام ارائه خدمات پایدار را تضمین کنیم. چنین چیزی در نظام سلامت ساده‌اندیشی است.

شاید یکی از رسالت‌های اصلی بیمه این است که بتواند با انباشت منابع، ریسک خطر را به حداقل برساند و لازمی آن خرید هوشمند خدمات یا همان خرید راهبردی است.

این که ما چه خدمتی را بر اساس چه شواهدی، از چه کسی، برای چه جمعیتی، با چه قیمتی، با چه نظام ثبت و گزارش دهی، با چه نظام پرداخت و چه نظام تأمین منابعی بتوانیم خرید کنیم، برای ما بسیار بسیار مهم است. و اگر چنانچه این اتفاق نیفتد، به نظر من راه به جایی نخواهیم برد.

کشورهایی که در واقع موفق بوده‌اند در اطراف ما، مانند ترکیه که ۴۰۰ صندوق داشته و آن را به ۳ صندوق کاهش داده است. در تایلند نیز به همین صورت، در کره جنوبی به همین صورت، و در بسیاری از کشورهای مختلف، همه‌ی آن‌ها تجربه‌ی خود را به ما نشان داده‌اند که می‌توانیم در این زمینه پیشرو باشیم و با روش موفق‌تری عمل کنیم.

ما کشوری هستیم که تجربیات خوبی داریم، اما این تجربیات خوب ما متأسفانه گاهی باعث شده که در مسیر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی دچار اختلال شویم. شاید یکی از مشکلات ما این باشد که متخصصان بالینی (کلینیسین‌ها) متولیان سیاست‌گذاری کشور شده‌اند. و کلینیسین‌هایی (پزشک‌های متخصص) که متولی سیاست‌گذاری کشور شده‌اند، افراد بسیار شریف و محترمی هستند. اما این‌ها متخصص بالینی هستند و دانش لازم و مهارت لازم را در حوزه‌ی مدیریت و اقتصاد سلامت ندارند. الفبای سیاست‌گذاری سلامت را هم واقعاً نمی‌دانند.

ولی همین افراد، هرکدام که در بیمارستان و در جایگاه آموزشی و بالینی خود قرار می‌گیرند، انسان‌های بسیار شریف و محترم و قابل احترامی هستند. و طبیعی است که وقتی تجربیات کشورهای مختلف را نگاه می‌کنیم، نشان می‌دهد که اگر چنانچه موفقیتی ایجاد شده، از افراد متخصص استفاده کرده‌اند. افرادی که کاملاً نظام سلامت را می‌شناسند، دانش و مهارت لازم

را در حوزه‌ی مدیریت، سیاست‌گذاری، اقتصاد سلامت می‌دانند، در حوزه‌ی اپیدمیولوژی مسلط هستند و می‌توانند در واقع با منابع موجود، ارزیابی مقایسه‌ای (Benchmark) لازم را انجام دهند. و کارایی و کارآمدی نظام سلامت را ارتقا ببخشند.

متأسفانه ما اکنون یکی از مشکلاتی که داریم، این است که در حال حاضر، در برنامه‌ی هفتم و برنامه‌ی ششم توسعه، وقتی نگاه می‌کنیم، می‌بینیم هنوز از برنامه‌ی هفتم بسیار عقب هستیم. برنامه‌ی ششم به درستی اجرا نشد.

چرا این اتفاق در حوزه سلامت صورت نگرفت؟



چون عزم و اراده و اهتمامی در بدنه و مدیریت وزارت بهداشت در گذشته و امروز نبوده که ما برنامه‌هایی را که نوشته‌ایم، عملیاتی کنیم. و ما تا زمانی که به سمت برنامه‌محوری نرویم، منابعمان نیز ناپایدار است. منابعمان از کارآمدی لازم در مدیریت اجرایی برخوردار نیست. همین الان شما نگاه کنید، یک درصد مالیات بر ارزش افزوده، ۳۰ هزار میلیارد تومان اعتبار برای سال ۱۴۰۴ در نظر گرفته‌اند.

سؤال این است: آیا این ۳۰ هزار میلیارد تومان تخصیص یافته یا نیافته است؟ اگر تخصیص یافته، کجا رفته است؟ اگر تخصیص نیافته، چرا تخصیص نیافته است؟ آیا اعلام نمی‌کنند که به رئیس جمهور صراحتاً بگویند آقا پول نیست؟ چرا ما داریم به رئیس جمهور می‌گوییم ما پول داریم، امکانات داریم، ولی باید برنامه بدهند. خب اگر وزارت بهداشت برنامه نداده است، به آن‌ها بگویند چرا برنامه ندادید؟ اگر واقعاً وزارت بهداشت نمی‌تواند این کار را انجام دهد، خب افراد توانمند را در آن جا بگذارند تا بتوانند این کار را انجام دهند. یعنی ما اکنون می‌خواهیم هم نظام برنامه‌ریزی کشور را ناکارآمد کنیم، هم منابع موجود را از بین ببریم، و هم نتوانیم یک گزارش شفاف را به سمع و نظر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزانمان برسانیم. از این جهت، نگاه من این است که در این زمینه اگر ما سیاست‌های کلی سلامت را نصب‌العین خود قرار دهیم، اهداف برنامه‌ی هفتم توسعه را در دستور کار قرار دهیم، باید برنامه‌های اجرایی مان را بر اساس آن‌ها تدوین کنیم. در آن صورت است که بیمه نقش مؤثری پیدا می‌کند. اما اگر بخواهیم با نظرات شخصی خودم یا سلاقی فردی خودم حرکت کنیم، طبیعتاً در سلاقی فردی و نظرات شخصی من نقص‌ها و نقاط ضعفی وجود دارد که نمی‌تواند پاسخگوی لازم به نیازهای مردم باشد و از این جهت ما در رسیدن به آن اهدافی که پیش‌بینی کرده‌ایم، توفیق نخواهیم داشت.

جناب دکتر در خصوص سطح‌بندی خدمات صحبت بکنیم. این ابزارها (پزشکی خانواده، سطح‌بندی خدمات) توسط بیمه‌ها نمی‌تواند تعریف یا اجرا شود. آیا این‌ها باید از طرف تولید سلامت، یعنی همان وزارت بهداشت، اجرا شوند؟

یکی از استراتژی‌های مهم ما برای فائق آمدن بر مشکلات پیش‌رو، اصلاح نظام ارائه خدمات یا معماری نظام ارائه خدمات است.

مهمترین تکلیفی که ما در اهداف برنامه و در سیاست‌های کلی سلامت داریم، در آن ۱۴ بند، تقویت نظام شبکه و حرکت به سمت نظام شبکه‌ی خدمات و مراقبت‌های جامع و همگانی سلامت



است. این به معنای این است که ما از ظرفیت بخش دولتی به حد وفور و به حد اعلی و از ظرفیت بخش غیردولتی و خصوصی در حد نیاز و ضرورت، به صورت هدفمند در ساختار این شبکه استفاده کنیم. ما راهی نداریم جز اینکه در این ساختار نظام شبکه، برنامه‌ی پزشکی خانواده و نظام ارجاع را بازآرایی بکنیم. و این به معنای این است که ما در سطح اولیه نظام ارائه‌ی خدمت، تیم سلامت را تعریف درستی برایش داشته باشیم.

ترکیب تیم سلامت چیست؟ پزشک، مراقب، و چه کسانی باید باشند؟ این افرادی که می‌خواهند در آنجا ایفای نقش بکنند، چه وظایفی را از آن‌ها انتظار داریم و قرار است این‌ها در نظام مراقبت جامع و فعال چه اقدام‌هایی را در دستور کار خود قرار دهند؟

و این دستور کار نیازمند به چه برنامه‌های اجرایی و فعالیت‌هایی است که باید این‌ها داشته باشند و این فعالیت‌های اجرایی چه وظایفی دارد و این وظایف نیازمند به چه مهارت‌هایی است و این مهارت‌ها نیازمند چه حیطه‌ی دانشی است و این حیطه‌ی دانشی چگونه باید فراهم شود؟ آیا سرفصل‌های موجود کفایت این کار را دارند یا خیر؟

ما باید در ارتباط با این موضوع سازوکاری را فراهم کنیم که دانشکده‌های پزشکی، بهداشت، پرستاری و دیگر بخش‌های پیرایشکی، با اصلاح آموزش‌های عملی (Practical)، اعضای تیم سلامت را مهارت‌آموزی بکنند و روزآمدسازی بکنند که این‌ها بتوانند ایفای نقش مؤثر در انجام وظایف و فعالیت‌های محوله داشته باشند. در این خصوص، شاید تصور اینکه ما فکر کنیم بیمه بتواند به تنهایی این کار را انجام دهد، تصویری واهی است. ما در ارتباط با این مسئله باید آن نقش بند ۷ و

۲ سیاست‌ها را داشته باشیم؛ یعنی منابعمان را در اختیار بیمه قرار دهیم. بیمه باید با منابع انباشت شده بتواند براساس یک نظام تأمین مالی پایدار، نظام پرداخت درست را داشته باشد و قدرت انتخاب را داشته باشد. برای این منظور، شاید نیاز داشته باشیم که ما در اصلاح نظام ارائه‌ی خدمتمان در چارچوب شبکه، طرف مقابلمان در خرید خدمات را، بیمه‌ها قرار دهیم. وقتی منابع در بیمه تجمیع و انباشت شود، بیمه می‌تواند از شبکه‌ها خرید خدمت بکند و بیمه باید نظارت درست داشته باشد.

خب، در اینجا ما به این نیاز داریم که معاونین محترم درمان و آموزشی و همچنین سازمان نظام پزشکی، به میدان کار برای پیاده‌سازی پروتکل‌های حاصل از راهنمای بالینی بیایند.

چرا؟ ما نیاز داریم که استانداردهای خدمات‌مان به درستی رعایت شود. در تجویز و مصرف منطقی دارو، حتماً پروتکل‌های حاصل از راهنمای بالینی مدنظر قرار گیرد. ما همین امروز بین ۳۵ درصد تا ۶۰ درصد اتلاف منابع را در تجویز نادرست دارو و سایر مصارف پاراکلینیکمان داریم. خب ما چقدر می‌گوییم منابع برای سلامت داریم که اینقدر اتلاف داشته باشیم؟ در تصویربرداری (Imaging) ما مشکل داریم، در خدمات پاراکلینیک ما مشکل داریم، در دارو مشکل داریم. از آن طرف، وقتی یک گواهی تولید خوب (GMP) را سازمان غذا و دارو دارد به شرکت‌های داروسازی می‌دهد، چرا سازمان غذا و دارو نباید بروی این‌ها نظارت کنترل کیفی داشته باشد؟ و چرا باید پزشکان ما در هنگام تجویز نگران این باشند که اگر این دارو ساخت داخل است، کیفیت لازم را ندارد و باید برویم از ساخت خارجی آن استفاده کنیم؟ مشکل کجاست؟ آیا واقعاً

فرمولاسیون مشکل دارد؟ آیا مواد اولیه مشکل دارد؟ آیا فرآیند تولید مشکل دارد؟ بالاخره یک جایی کار ایراد دارد. نمی‌شود که ما داریم پولی را برای خرید مواد اولیه می‌دهیم، در فرآیند تولید آن هزینه می‌کنیم، ولی بگوییم محصولی که تولید می‌کنیم کیفیت لازم را ندارد. خب، این یعنی پول را به سطل آشغال ریختن، یعنی پول را دور ریختن.

و از این جهت متأسفم که ما در این ۲۰ سال گذشته، ۱۵ سال گذشته نتوانستیم در بحث تجویز و مصرف منطقی دارو اقدام‌های علاج‌بندی انجام دهیم. یک زمانی بیمه می‌گفت من سازوکار الکترونیک را ندارم، الان که بیمه سازوکار الکترونیک را دارد... جایگاه کی کجاست؟ آیا سازمان بیمه، سازمان، عرضم به حضور شما معاونت غذا و دارو و معاونت درمان، در ارتباط با تشکیل کارگروه یا کمیته‌ی تجویز و مصرف منطقی دارو الان برقرار است؟ و این کمیته‌ها در سطح ملی، در سطح استانی و در سطح شهرستان چه کار کرد و چه فرآیند ارتباطی بینشان برقرار است؟

نمی‌شود که ما با یک مسیر نادرست، با یک فرآیند ناکارآمد، بتوانیم نتیجه‌ی مطلوب را داشته باشیم. وقتی می‌گوییم پول، پول است و فرقی نمی‌کند. پول ما ناکارآمد نیست، پول ما به اندازه‌ای که داریم می‌دهیم هست.

اما ما در فرآیند مدیریتی‌اش ناکارآمد هستیم. یا مسئله را خوب ندیده‌ایم، یا منابع را درست اولویت‌گذاری نکرده‌ایم، یا در هنگام مصرف منابع اولویت‌گذاری شده، استانداردهایمان را نادیده می‌گیریم. وقتی استانداردها را نادیده گرفتیم، منابع صرف مصارف هدفمند نخواهد شد و ما را با چالش و مشکل مواجه می‌کند.

تاریخ شروع: ۱۳۹۸/۱/۱
تاریخ پایان: همچنان جاری و ساری است

محل اجرای برنامه:

واحدهای ستادی و استانی

اهداف:

- ۱- ارتقاء بهره‌وری
- ۲- کاهش هزینه‌ها
- ۳- بهینه‌سازی فرآیندهای داخلی

دستاوردهای اجرای برنامه:

- ۱- کاهش خطا و دوباره کاری
- ۲- کاهش هزینه‌ها
- ۳- ارتقاء بهره‌وری

مجری/مسئول:

سیدعلی توابع قوامی

وضعیت پیشرفت:

در حال ارتقاء است

طراحی و استقرار سامانه نظام یکپارچه مدیریتی

مرکز روابط عمومی و امور مشتریان سازمان بیمه سلامت
<https://thio.gov.ir>

ذینفعان اجرای برنامه:

حوزه‌های ستاد مرکزی، ادارات کل بیمه سلامت استان‌ها و دفاتر پیشخوان

با توجه به استقرار نظام مدیریت کیفیت در سطح سازمان، سامانه نظام یکپارچه مدیریتی در سازمان بیمه سلامت ایران برای پوشش کلیه فرایندهای سیستمی نظام مدیریت کیفیت از سال ۱۳۹۸ به صورت الکترونیکی در ستاد مرکزی و ۱۳۱ اداره کل استانی اجرا و پیاده سازی گردید.

چند نفر از مزایای اجرای برنامه بهره‌مند شده‌اند:

حدود ۵۴۰۰ نفر از پرسنل سازمان و دفاتر پیشخوان

آمار و اطلاعات:

- ۵- بیش از ۱۱۵۰۰ پیشنهاد در سامانه نظام یکپارچه مدیریتی (سنیم) ثبت شده است.
- ۶- در سامانه نظام یکپارچه مدیریتی (سنیم) ۱۸۱ شاخص فرایندی و بهره‌وری شناسایی و ثبت گردید.
- ۷- تعداد ۸۴۰ سوال در خصوص چک لیست ممیزی فرایندها در سامانه نظام یکپارچه مدیریتی (سنیم) طراحی و ثبت گردید.
- ۲- بیش از ۶۲۰ بار ممیزی داخلی در سطح ستاد مرکزی و ادارات کل بیمه سلامت استان‌ها انجام شده است.
- ۳- بیش از ۲۲۰۰ ریسک ثبت شده است.
- ۴- در حدود ۲۶۰۰ اقدام اصلاحی ثبت شده است.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران اظهار کرد:

مسیر پرفراز و نشیب بیمه سلامت ایران



یارانه‌ها و کاهش سهم پوشش بیمه به نفع سهم پرداختی مردم بود. به همین دلیل، طرح تحول سلامت در دولت روحانی با هدف حیاتی کاهش سهم پرداختی مردم به ۱۰ درصد اجرا شد. با وجود این دستاوردها، چالش‌های ساختاری و اقتصادی اخیر، به‌ویژه حذف ارز ترجیحی دارو و تجهیزات، منجر به افزایش شدید هزینه‌ها، تحمیل بار مالی سنگین به بیمه‌ها و تعویق شدید پرداخت مطالبات مراکز درمانی شده است. این شرایط، ضرورت بازنگری در سیاست‌ها و اجرای فوری خرید راهبردی برای مدیریت بهینه‌ی هزینه‌ها و تضمین کیفیت خدمات را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

سرمایه‌داری، روبه‌رو بوده است که تلاش‌های گسترده برای پوشش اقشار مختلف، از روستاییان و خویش‌فرمایان گرفته تا کارکنان دولت، را تحت تأثیر قرار داده است. در دهه‌های اخیر، پوشش بیمه‌ای در کشور با نوسانات متعددی همراه بوده است، از گام‌های بزرگی چون پوشش ۹۸ درصدی جمعیت در سال ۱۳۷۸ و تأمین بیمه سرپایی روستاییان در سال ۱۳۸۴ (طرح پزشک خانواده)، تا عقب‌گردهایی نظیر تبدیل بیمه اجباری به اختیاری که منجر به خروج میلیون‌ها نفر از پوشش شد. اوج این نوسانات، درگیری نظام سلامت با افزایش شدید هزینه‌ها در پی قانون هدفمندی

بیمه همگانی سلامت به عنوان یکی از مهمترین دستاوردهای نظام سلامت پس از انقلاب اسلامی ایران شناخته می‌شود که هدف کلیدی آن، قطع وابستگی مالی مستقیم میان پزشک و بیمار و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات درمانی بوده است. تاریخچه‌ی پرفراز و نشیب این نهاد از زمان تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ و تلاش‌های اولیه برای اجرای طرح‌هایی چون "طب ملی" آغاز شد. با این حال، اجرای این اندیشه‌ی کلیدی از همان ابتدا با چالش‌های جدی، از جمله عجین شدن با مفهوم خصوصی‌سازی بیمارستان‌های دولتی و تفکرات

بیمه همگانی، دستاورد کلیدی نظام سلامت پس از انقلاب

در همین خصوص محمدرضا واعظ مهدوی، مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با تبریک هفته بیمه سلامت اظهار کرد: یقیناً یکی از دستاوردهای مهم نظام سلامت و شاید دستاوردهای مهم کشور بعد از پیروزی انقلاب گسترش و تعمیم بیمه همگانی بوده است؛ این تحولات بیمه یک تاریخچه ای دارد، در سال ۱۳۷۴ قانون بیمه همگانی به تصویب مجلس رسید. او بیان کرد: از قبل انقلاب مفهومی که مورد توجه فعالان سلامت و انقلابیون این حوزه قرار داشت، قطع رابطه مالی پزشک و بیمار قطع بود؛ اینکه بیماران به پزشک مراجعه، مجبور به پرداخت پول به پزشک نبوده و مسائل مالی در نحوه رسیدگی پزشکان به بیماران تأثیر نگذارد.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با اشاره به اینکه اولین وزیر بهداشتی بعد از انقلاب «مرحوم دکتر سامی» طرح طب ملی را ارائه کرد، افزود: چون اوایل انقلاب بود، این طرح از پختگی و غنای کارشناسی لازم شاید برخوردار نبود؛ ولی در این راستا تلاش های زیادی صورت گرفت. واعظ مهدوی عنوان کرد: تصویب قانون بیمه همگانی تبلور این اندیشه و تفکر بود، که یک نهادی بین ارائه کنندگان خدمت و خدمت گیرندگان (بین پزشکان، بیماران و بیمارستان ها) وجود داشته باشد؛ همچنین اینکه این نهاد بتواند مسائل مالی بین دو گروه را مدیریت و کار را پیش ببرد.

چالش های آغازین: آمیختگی بیمه همگانی با تفکر خصوصی سازی

او انتقاد کرد: متأسفانه از همان ابتدا این اصل مهم و مفهوم کلیدی انقلاب اسلامی با مفهوم منحوسی تحت عنوان فروش بیمارستان ها و خصوصی سازی بیمارستان های دولتی عجین و همراه شد؛ مفهومی که تحت تأثیر تفکر و اندیشه سرمایه داری القا شده و تحت تأثیر فضای اجتماعی ناشی از فروپاشی بلوک شرق سابق به دنبال این بود که حاکمیت بلامنافع اندیشه سرمایه داری و کاپیتالیسم را در همه عرصه ها از جمله هسته بهداشت و درمان حاکم کند. مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران گفت: در کشاکش تصویب این قانون بخش فروش بیمارستان ها لغو و ماده واحده ای تصویب و دولت را نسبت به تأمین حقوق و دستمزد بیمارستان ها مکلف کرد؛ این موضوع باعث شد تا زهر بخش خصوصی سازی و فروش بیمارستان های دولتی تا حدودی کاهش پیدا کند. واعظ مهدوی یادآور شد: ولی به هر حال آن اندیشه کماکان وجود داشته و مفهوم تعمیم و گسترش بیمه را تا حدودی تحت تأثیر خودش قرار داد.

گام های توسعه پوشش بیمه ای (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴)

در مرحله بعد در سال ۱۳۷۶ بحث پوشش درمان بستری روستاییان توسط بیمه در دستور کار قرار گرفته و سازمان بیمه خدمات درمانی که در پی تأثیر این قانون تأسیس شده بود، با کمک بسیج کارت های بیمه درمان روستاییان را توزیع و روستاییان با دریافت این کارت ها تحت پوشش بیمه درمان بستری قرار گرفتند. او با اشاره به اینکه بخش مهمی از روستاییان با یک گام بزرگ تحت پوشش بیمه قرار



گرفتند، ادامه داد: در سال ۱۳۷۸ قدم دومی برداشته و تحت پوشش قرار گرفتن اقشار فاقد بیمه مطرح شد؛ ۶ میلیون نفر از جمعیت خویش فرمایان و فاقد بیمه توسط کارت های بستری بیمارستانی تحت پوشش قرار گرفتند. مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با اشاره به اینکه با اجرای این گام دوم درمان بستری تقریباً بیش از ۹۸ درصد جمعیت کشور تأمین شد، عنوان کرد: در سال ۱۳۷۸ نیروی کار و کارگران تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی، جمعیت نیروهای مسلح تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح، خانواده های تحت پوشش نهادهای حمایتی تحت پوشش بیمه کمیتة امداد، کارکنان دولت، روستاییان و خویش فرمایان تحت پوشش بیمه سازمان بیمه خدمات درمانی قرار گرفتند؛ همچنین به منظور خدمات رسانی به مردم مناطق روستایی تعرفه های دو برابری برای ارائه خدمات در مناطق محروم و همچنین تعیین تعرفه تمام وقت برای پزشکانی که به صورت تمام وقت در بیمارستان های دولتی حضور داشتند، تعیین شد. واعظ مهدوی با اشاره به اینکه مراجعات نیاز به بستری در خصوص روستاییان و خویش فرمایان شهری به طور کامل تحت پوشش بیمه قرار گرفت، اضافه کرد: در این شرایط بیش از ۹۸ درصد از جمعیت کشور از بیمه بستری برخوردار بودند؛ در سال ۱۳۷۸ جمعیت روستاییان (حدود ۲۲ میلیون نفر) و جمعیت خویش فرمایان شهری نیز بیمه سرپایی نداشتند.

او خبر داد: در سال ۱۳۸۴ گام بزرگ دیگری برداشته و اعتباری بالغ بر ۴۰۰ میلیارد تومان توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و به سازمان بیمه خدمات درمانی ابلاغ شد که در قالب آن بیمه سرپایی روستاییان نیز تأمین شود؛ بنابراین بسته خدمات بستری که قبلاً وجود داشته، بسته خدمات سرپایی نیز در سال ۸۴ تصویب شد تا در قالب پزشک خانواده، بیمه روستاییان و نظام ارجاع پشتیبانی شود. مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران بیان کرد: همان موقع دکتر مسعود پزشکian وزیر وقت بهداشت بود، ستاد گسترش بیمه روستاییان، نظام ارجاع و پزشک خانواده را در بستر خود تشکیل و با همکاری وزارتخانه های مختلف و به ویژه سازمان برنامه و بودجه، شهر به شهر بازدید کردند؛ در انتهای دولت دکتر خاتمی گسترش کامل بیمه خدمات درمانی و نظام بیمه ای بیمه های اجتماعی بهداشتی و درمانی را در کشور داشتیم، تمام اقشار کشور به غیر از خویش فرمایان شهری تحت پوشش کامل بیمه قرار داشتند.

عقب گرد در پوشش بیمه و خروج میلیون ها نفر از حمایت (۱۳۸۶)

واعظ مهدوی با اشاره به اینکه بیمه خویش فرمایان شهری هم فقط درمان سرپایی را تحت پوشش نداشت، یادآور شد: متأسفانه در سال های بعد یعنی در سال ۱۳۸۶ یک گام به عقب برداشته و بیمه درمان بستری شهری به بیمه ایرانیان تبدیل شد؛ با این استدلال که یک سری افراد متمول در حال استفاده از بیمه بستری شهری هستند، آزمون و سنج مالی مدنظر قرار گرفته و مستمندان و نیازمندان توسط کمیته امداد خدمات رسانی شده و افراد ثروتمند نیز ۵ درصد حق بیمه خود را پرداخت کنند. او با اشاره به اینکه بیمه اجباری دولتی به یک بیمه اختیاری تبدیل شد، افزود: افراد تا نایز نداشتند باشند، به سمت بیمه اختیاری حرکت نمی کنند؛ عملاً ۶ میلیون نفر از پوشش بیمه خارج شدند.

بحران هزینه‌ها پس از هدفمندی یارانه‌ها و افزایش سهم پرداختی مردم

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران عنوان کرد: بعدها مجدداً در دولت یازدهم دفاتر بیمه درمانی بسته سرپایی روستاییان و همچنین پوشش اقشار خویش فرمای شهری در دستور کار قرار گرفت؛ به عنوان یکی از بسته‌های مهم طرح تحول سلامت گسترش و تعمیق پوشش بیمه انجام و مراسم اهدای دفترچه بیمه به گروه‌های فاقد دفترچه مجدداً برگزار و ۶ میلیون نفر از افراد فاقد بیمه از بیمه برخوردار شدند. واعظ مهدوی با اشاره به اینکه در سال ۹۰ و ۹۱ این اتفاق مجدداً رخ داده و پوشش بیمه مجدداً گسترش پیدا کرد، گفت: طرح تحول نظام سلامت یا اتفاق دیگری که در فاصله سال‌های ۸۹ تا ۹۱ در نظام سلامت رخ داده بود، با اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها و حذف مابه‌التفاوت انرژی هزینه ارائه خدمات هزینه انرژی در بیمارستان‌ها بسیار افزایش پیدا کرده بود؛ همچنین هزینه‌های تولید دارو و تجهیزات پزشکی نیز افزایش پیدا کرد.

او با اشاره به اینکه در سال ۱۳۸۹ با اعمال قانون هدفمندی یارانه‌ها هیچ محلی برای تأمین این هزینه‌ها پیش‌بینی نشده بود، بیان کرد: بیمارستان‌ها و واحدهای ارائه‌کننده خدمات با افزایش هزینه‌ها مواجه شدند، این واحدها ناگزیر به خاطر ناتوانی در تأمین تجهیزات، پروتژها و لوازم مورد نیاز بیماران به آن‌ها نسخه می‌دادند تا از ناصرخسرو تهیه کنند؛ تأمین بیش از ۴۰ درصد هزینه درمان عملاً به بیماران و مصرف‌کنندگان منتقل شده بود.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با تأکید بر اینکه بیمه‌شدگان طبق قانون بیمه فقط مکلف پرداخت ۱۰ درصد هزینه هستند، اضافه کرد: بیمارستان باید ۹۰ درصد از هزینه‌ها را با دفترچه یا کد بیمه توسط بیمه پوشش دهد؛ این ۹۰ درصد به ۵۰ تا ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده و سهم پرداختی مردم نیز از ۱۰ درصد به ۴۰ تا ۵۰ درصد افزایش پیدا کرده بود.

طرح تحول سلامت: کاهش سهم پرداختی مردم به ۱۰ درصد

واعظ مهدوی با اشاره به اینکه در ابتدای تشکیل دولت دکتر روحانی بحث هزینه‌های درمان یکی از موضوعات مطرح در مناظرات ریاست جمهوری بود، گفت: مشکل درمان یک معضل جدی در ابتدای تشکیل این دولت بود؛ به همین دلیل دولت وقت دو کار مهم را در دستور کار قرار داد، اولین مورد بهبود سیاست خارجی تحت عنوان برجام و دیگری طرح تحول سلامت (برای کاهش هزینه‌های پرداختی بیماران) بود.

او تشریح کرد: در نظر سنجی‌های مردمی از عملکرد

این دولت نیز وزارت امور خارجه و وزارت بهداشت در اوج محبوبیت بودند؛ آن هم به دلیل موفقیت دو وزارتخانه در تعیین دو هدف مذکور شروع به کار دولت بود، ۵۰ درصد پرداختی مردم با مکانیزم‌های به کار گرفته شده در طرح تحول سلامت به ۱۰ درصد کاهش پیدا کرده بود.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با اشاره به اینکه آن زمان مسؤولان استانی، شوراهای روستایی و شهری و حتی دفاتر آئمه جماعت کشور اعلام کردند که دیگر مراجعه‌کننده‌ای برای هزینه‌های بیمارستانی ندارند، ادامه داد: یک سری حمایت‌ها و پشتیبانی‌هایی از بیمارستان‌ها انجام و اصلاح ساختارهای و تعمیرات در واحدهای اورژانس و سایر واحدها صورت گرفته و این اقدام‌ها باعث افزایش رضایتمندی زیادی در بین مردم شده بود؛ اشکال موجود آن زمان این بود که اسم اقدام‌ها مذکور را تحول در نظام سلامت گذاشته بودند.

واعظ مهدوی عنوان کرد: این نامگذاری انتظار تحول را ایجاد کرده بود، بعضی از منتقدان این اقدام‌ها را تحول نمی‌دانستند؛ آنها تحول را در ایجاد بیمارایی فعال، اعمال روش‌های مدیریت بیماری، اعمال روش‌های ارتقای کیفیت و رضایتمندی یا اجرای سیستم ارجاع می‌دانستند.

او یادآور شد: بنابراین تحول اسم غلطی برای این



واعظ مهدوی تأکید کرد: بیمه‌ها باید تلاششان بر این باشد که هزینه‌ها را به حداقل برسانند، ولی از کیفیت خدمات نباید کاسته شود؛ بیمه‌ها باید خدمات دارای کیفیت ارزان‌ترین قیمت را برای بیماران تأمین کنند.



اقدام‌ها بود، چون هدف طرح این بود تا افزایش هزینه‌های شدیدی که در انتهای دولت احمدی‌نژاد تحت تأثیر قانون هدفمندی یارانه‌ها اعمال شده را اصلاح و به حالت قبل تغییر دهند؛ در حقیقت اینکه پوشش هزینه‌های بهداشت و درمان را طبق قانون و تعهدات بیمه به همان ۹۰ درصد برسانند.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران گفت: این موضوع تحول نیست ولی اقدام مهم و ارزشمندی بود، بسته خدمات بهداشتی و بیمه هم داشت؛ متأسفانه در دولت دوم روحانی شبیه اینکه بیمه رایگان شده و افراد متمول از آن بیمه استفاده می‌کنند، در حالی که بیمه اصولاً خدمات خود را در بیمارستان‌های دولتی ارائه و ثروتمندان نیز معمولاً از بیمارستان‌های خصوصی و سرویس‌های ویژه استفاده می‌کنند.

واعظ مهدوی بیان کرد: تغییر و تحولات آن زمان و وزیر بهداشت و درمانی که طراح همین طرح تحول نظام سلامت بود با اختلاف پیش آمده از کابینه خارج و مقداری چارچوب پیگیری طرح تحول نظام سلامت افت و کاهش پیدا کرد؛ بعدها در زمان مرحوم شهید رئیسی نیز این روند ادامه یافته و حدود ۶ میلیون نفر افراد خارج از پوشش بیمه شناسایی کردیم.

او یادآور شد: در اوایل دولت مرحوم شهید رئیسی استفاده از دفترچه بیمه رایگان تا دهک پنجم اعلام و تا حدودی به سمت پوشش کامل بیمه در کشور حرکت کردیم؛ این روند کماکان تا همین دولت پزشکان ادامه دارد.

آسیب‌های اخیر: حذف ارزش‌ترجیحی و تحمیل بار مالی سنگین به بیمه‌ها

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران با اشاره به لزوم مدیریت هزینه‌ها از سوی بیمه بیان کرد: بیمه همیشه یک رکن اقتصادی است و در شورای عالی بیمه متشکل از سه گروه ارائه‌کنندگان خدمات (نظام پزشکی)، تأمین‌کننده خدمات (وزارت بهداشت) و تأمین‌کننده منابع مالی (بیمه‌ها) عضویت دارند؛ در خصوص تعرفه‌ها و نظام پرداخت در این شورای عالی مباحثه می‌شود.

واعظ مهدوی تأکید کرد: بیمه‌ها باید تلاششان بر این باشد که هزینه‌ها را به حداقل برسانند، ولی از کیفیت خدمات نباید کاسته شود؛ بیمه‌ها باید خدمات دارای کیفیت ارزان‌ترین قیمت را برای بیماران تأمین کنند.

او تشریح کرد: متأسفانه برخی سیاست‌ها که منجر به حذف ارزش‌ترجیحی دارو و تجهیزات پزشکی شد، با افزایش شدید قیمت دارو و تجهیزات پزشکی مواجه شد که این افزایش قیمت را مردم و بیمه‌ها باید بپردازند؛ در نتیجه بار سنگین مالی به بیمه‌ها تحمیل شد.

تأخیر در پرداخت مطالبات و کاهش رضایتمندی ارائه‌دهندگان خدمات

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران ادامه داد: این بار مالی باعث شد که پرداخت صورتحساب بیمارستان‌ها، واحدهای ارائه‌کننده خدمات و داروخانه‌ها که قبلاً با چهارالی پنج ماه تأخیر مواجه بود، زمان تأخیر به هشت ماه الی یک سال افزایش پیدا کند؛ مضاف بر اینکه این سیاست‌های ارزی و متأثر از تفکر سرمایه‌داری باعث تورم شدیدی در جامعه شد.

واعظ مهدوی تشریح کرد: در تورم‌های ۴۳ یا ۵۰ درصد عملاً هر یک ماه تأخیر در پرداخت صورتحساب‌ها باعث می‌شد که مقدار زیادی قدرت خرید آن صورتحساب کاهش پیدا کند؛ یعنی پرداخت تعرفه دولتی به پزشکان آن هم با تأخیر یک ساله باعث نصف شدن ارزش مالی آن پول می‌شد.

او بیان کرد: این عدم رضایتمندی از بیمه‌ها باعث شد تا واحدهای ارائه‌کننده خدمات سعی کنند خود را از کنترل بیمه فاصله گرفته و هزینه‌ها را به صورت آزاد و غیر بیمه‌ای تأمین کنند؛ از طرف دیگر افزایش هزینه‌ها واقعاً بار مالی بیمارستان‌ها و واحدهای ارائه‌کننده خدمت را بسیار بالا برده و کیت‌های آزمایشگاهی و دارو بسیار افزایش پیدا کرده است.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران اظهار کرد: نقدینگی مورد نیاز برای ادامه تولید دارو و تأمین مواد اولیه در کارخانجات بار بسیار سنگینی را به حوزه تولید دارو وارد کرده است؛ یعنی اگر سابق کارخانه‌ای قصد برای تأمین یک میلیون دلار مواد اولیه به چهار میلیارد تومان سرمایه در گردش و نقدینگی نیاز داشت، امروز این نقدینگی به ۲۸ میلیارد تومان حتی با ارز نیمایی به ۴۰ میلیارد تومان افزایش پیدا کرده است.

واعظ مهدوی با انتقاد از اینکه قیمت ارز نیمایی از ۴۰ هزار تومان به ۷۰ هزار تومان افزایش یافته، گفت: یعنی سرمایه در گردش کارخانجات برای تأمین مواد اولیه باید حدود ۷۰ میلیارد تومان باشد؛ اخیراً نیز این رقم به ۱۰۰ میلیارد تومان افزایش یافته و فشار نقدینگی به صنعت باعث شده که بسیاری از کارخانجات امکان تأمین مواد اولیه و جانبی برای تولید دارو را در موعد مقرر نداشته باشند.

او عنوان کرد: وقتی دارو به موقع تولید نشود، قاعدتاً در زمان مقرر نیز به بازار تزریق نشده و در نتیجه کمبود دارو ایجاد می‌شود؛ بنابراین دولت هم برای تأمین دارو مجبور به واردات است که قیمت آن پنج و گاهی مواقع تا ۱۰ برابر افزایش پیدا می‌کند.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران گفت: این موارد باعث

شده که هزینه بیشتری بر دولت، وزارت بهداشت و بیمه‌ها تحمیل شود؛ این افزایش هزینه‌ها از قدرت پرداخت بیمه فزاتر رفته است. واعظ مهدوی یادآور شد: به همین دلیل امروز در سراسر کشور با تعویق بسیار شدید پرداخت مطالبات مواجه هستیم و بسیاری از بیمارستان‌ها عملاً بهای خدمات خودشان را دریافت نمی‌کنند؛ این‌ها همه آسیب‌های وارد شده به بیمه‌ها هستند.

اهمیت خرید راهبردی و ضرورت مبارزه با مافیای واردات

او تصریح کرد: یکی از راهبردهای مهمی که در قوانین مختلف هم تصویب شده تکلیف بیمه‌ها به خرید راهبردی است؛ یعنی اینکه برای خدمات یا خرید داروهای مورد نیاز خود مناقصه برگزار کند.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران بیان کرد: در این شرایط باید تضمین شود که داروها و تجهیزات مورد نیاز بیماران همیشه موجود باشد. در چنین شرایطی یک روز دارو برای استفاده بیمار هست و یک روز نیست؛ برخی مواقع بیمار مجبور به خرید دارو از بازار سیاه ناصر خسرو با قیمت بالا و یا تأمین خرید آن از طریق سفرهای خارجی است.

او یادآور شد: این عوامل باعث شده که کارایی بیمه‌ها و شیرینی خدمات رسانی بیمه‌ها در ذهن مردم کاهش پیدا کند؛ امیدوارم در ایام سالروز تأسیس بیمه و هفته بیمه این موارد مورد توجه مسؤ‌ولان، سیاستگذاران بیمه و وزارت بهداشت قرار گرفته و خرید راهبردی را در دستور کار داشته باشند.

مدیرعامل اسبق سازمان بیمه سلامت ایران عنوان کرد: سعی کنند داروهای با کیفیت، کارایی و اثربخشی خوب را در بازار موجود کنند، وقتی همه داروها در بازار دارای کیفیت و استاندارد لازم باشند، طبیعتاً ارزان‌ترین دارو را بیمه تقبل می‌کند؛ نباید برای آن دارویی که قیمت تمام شده‌اش بیشتر و با مدیریت ضعیف‌تر است، رانت ایجاد کند.

واعظ مهدوی تأکید کرد: نباید اسیر روابط و مناسبات مافیایی شود، فردی که با روابط یک دارو را با قیمت بیشتر وارد می‌کند، نباید در پوشش بیمه قرار بگیرد که تولیدکننده صادق و سالم مجازات شود؛ این‌ها بعضی از عوارض وجود این نظام مناسبات نادرست واردات محور مافیای پرور است که ان شاء الله به یمن و برکت هفته بیمه از صحنه موجود نظام اقتصاد سلامت حذف شوند.



بیمه سلامت

درآینه برنامه هفتم توسعه



برنامه اول توسعه

برنامه پنج ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دوره ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲، با انتخاب راهبرد «آزادسازی اقتصادی» آغاز شد. فراگیری پوشش خدمات بهداشتی و درمانی و دسترسی همه مردم به خدمات در اقصی نقاط کشور، ارتقای کیفی خدمات و افزایش سهم اعتبارات از سیاستگذاری های برنامه اول توسعه به شمار می آمد.

برنامه دوم توسعه

قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸ - ۱۳۷۴) در ۳ فصل در آذرماه سال ۱۳۷۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی جزء خط مشی های اساسی این برنامه آورده شده بود. مهم ترین سیاست های این برنامه در بخش سلامت عبارت از کنترل جمعیت از طریق افزایش سطح آگاهی افراد، لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی - اجتماعی مشوق

مجموعه سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت بوده، ولی این تکلیف محوری، به درجات، مورد غفلت قرار گرفته است. این موضوع، محور برنامه هفتم توسعه بوده و در همین راستا در سیاست های کلی ابلاغی برنامه هفتم (با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت)، در بند دوازدهم بر ارتقای نظام سلامت، بر اساس سیاست های کلی سلامت به عنوان اصلی ترین سیاست برنامه در این حوزه تأکید شده است. حال باید دید احکام پیشنهادی برنامه هفتم تا چه اندازه می تواند نیل به این اهداف را میسر سازد. به همین منظور پژوهش حاضر ضمن بررسی احکام سلامت در برنامه های اول تا ششم به نگاهی اجمالی به احکام سلامت در برنامه هفتم پرداخته و نقاط قوت و ضعف آن را مورد بررسی قرار داده است.

نگاهی بر احکام سلامت در برنامه اول تا ششم

در این بخش به بررسی احکام سلامت در برنامه های اول تا ششم توسعه پرداخته شده است.

تجربه شش برنامه توسعه در جمهوری اسلامی ایران نشان می دهد که فقدان یک راهبرد مشخص در تدوین برنامه های توسعه، منجر به تصویب احکام قانونی ای شده است که عموماً کمتر از ۳۰ درصد از احکام آن ها به مرحله اجرا درآمده یا زیرساخت های مناسبی برای آن ها وجود ندارد.

تجربه عدم اجرای کمتر از ۵۰ درصد احکام در شش برنامه گذشته این هشدار را به برنامه نویسان می دهد که از لحاظ محتوایی، کشور نیازمند برنامه توسعه ای است که طراحی متفاوتی داشته و راه گذشته را ادامه ندهد؛ اما این اتفاق در برنامه هفتم نیز رخ نداده است. همچنین بی توجهی به سیاست های کلی برنامه های توسعه و گاهی حتی تصویب احکامی در تعارض با سیاست های کلی برنامه، به بی برنامهگی در بخش سلامت دامن زده است.

بر اساس برنامه های توسعه پنجم و ششم فرهنگی و اجتماعی کشور، اجرای همه جانبه سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری، تکلیف قطعی

خانوارهای پرجمعیت و تامین مراقبت های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تاکید بر مناطق محروم و روستایی کشور بودند.

برنامه سوم توسعه

قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹) که در سال ۱۳۷۹ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. برنامه سوم توسعه به برنامه اصلاح ساختاری نیز مشهور بود. توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ (بیشتر از ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) توسط بخش غیردولتی، واگذاری امکانات درمان بستری موجود و ایجاد مراکز درمان بستری جدید برای بخش غیردولتی، اجرای نظام سطح بندی تنظیم بازار دارو، تامین ارز مورد نیاز ورود مواد اولیه دارو و داروهای ساخته شده وارداتی را برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو و حمایت از نظام بیمه ای و تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس هزینه تمام شده برای بسته های خدمتی تعریف شده، از جمله راهکارهای اجرایی بخش بهداشت و درمان قانون برنامه سوم توسعه بود.

برنامه چهارم توسعه

قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) متفاوت از برنامه های پیشین، سعی در تلفیق و هماهنگی برنامه با بودجه سالیانه داشت. فصل هفتم این قانون با نام ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی با ۱۱ ماده به موضوع سلامت اختصاص داشت. در ماده ۹۰ این قانون برای اولین بار بحث مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع در بخش سلامت به میان آمد. همچنین در این ماده مقرر شد «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه های سلامت حداکثر ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب پذیر از هزینه های غیرقابل تحمل سلامت به ۱ درصد کاهش یابد. در این قانون شیوه هایی برای تغییر نحوه اداره بیمارستان های دولتی، سطح بندی خدمات رایگان و حضور در بازارهای جهانی نیز عنوان شد.

برنامه پنجم توسعه

برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) در سال ۱۳۸۹ به تصویب مجلس رسید. در این قانون، به موضوع هایی مانند بیمه های اجباری و یکپارچه سلامت، استقرار نظام جامع تامین اجتماعی و کاهش بدهی های دولت به سازمان های بیمه ای، پرداخته شده که مشابه با برنامه چهارم است. استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و اجرا نظام ارجاع و با اولویت استفاده از ظرفیت های بخش غیردولتی در سراسر کشور و ممانعت از فعالیت پزشکانی که در استخدام پیمانی

و یا رسمی مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی در بیمارستان های بخش خصوصی از مهم ترین مواردی است که در این قانون اضافه شده است.

برنامه ششم توسعه

در قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب سال ۱۳۹۶ نیز بخش سلامت در چند ماده و با اهداف کمی دیده شده بود. پوشش همگانی و اجباری بیمه سلامت، الحاق سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت، تشکیل سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور، مالیات بر سیگار و مواد دخانی، تک شغل شدن پزشکان، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، متناسب سازی کمی و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت «با اولویت بهداشت و پیشگیری بردرمان و مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده» از جمله مهم ترین احکام این برنامه بود.

به طوری که در ماده ۷۳ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۷-۱۴۰۳) آمده است:



پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل وی از طریق ارزیابی وسیع برای حداقل پنج دهک پایین درآمدی به صورت رایگان و برای سایر دهکها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین نامه ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می شود و به تصویب هیات وزیران می رسد



به منظور تامین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدامات زیر انجام می گیرد:

الف: پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل وی از طریق ارزیابی وسیع برای حداقل پنج دهک پایین درآمدی به صورت رایگان و برای سایر دهکها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین نامه ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می شود و به تصویب هیات وزیران می رسد.

تبصره: کلیه ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران محسوب می شوند. مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تاخیر تادیه بر اساس مفاد این قانون، در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم الاجراست و با اعلام سازمان بیمه سلامت ایران از محل مطالبات فرد از دستگاه های اجرایی از جمله یارانه نقدی به موجب آیین نامه اجرایی که توسط بیمه سلامت ایران و همکاری سازمان هدفمند سازی یارانه ها تهیه شده و به تصویب هیات وزیران می رسد، دریافت می شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه یک بار به مجلس ارسال نماید.

ب. حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد خانوار می باشد:

۱. خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی: معادل هفت درصد (۷٪) حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صد درصد (۱۰۰٪) آن بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تامین می شود.
۲. کارکنان دستگاه های اجرایی: معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان که بخشی از آن به میزانی که در بودجه سنواتی تعیین می گردد از محل بودجه عمومی دولت تامین می شود.
۳. بیمه شدگان و مشترکان سازمان تامین اجتماعی: مطابق قانون تامین اجتماعی
۴. سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه های درآمدی: معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

پ: دولت مکلف است پرداخت سرانه حق بیمه پایه سلامت افرادی را که به عهده دارد، به صورت کامل در لوابیح بودجه سنواتی پیش بینی نماید و صد درصد (۱۰۰٪) آن را بر عایت ماده (۳۰) قانون برنامه و بودجه کشور و ماده (۲۸) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) و مشابه

پرداخت‌های فصل اول حقوق و دستمزد به سازمان بیمه سلامت ایران تخصیص دهد.

ت: به منظور کاهش هزینه‌های مردم، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به استطاعت سنجی مالی مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام نماید و مراتب را به تصویب هیات وزیران برساند. سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار به صورت سالانه در راستای هدف کمی مندرج در جدول شماره (۱۵) تا پایان برنامه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تعیین می‌گردد.

ث: دولت مجاز است از سال اول اجرای برنامه با رعایت اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی بر اساس آزمون و سنج و در سقف بودجه مصوب نسبت به اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بسته بیمه پایه در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی برای بازنشستگان و دهکهای پایین درآمدی (حداقل سه دهک) بر اساس آیین‌نامه‌ای که به پیشنهاد سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیات وزیران می‌رسد، اقدام نماید.

ج: سهم بیمه‌گذار (فرانشیز) در موارد بستری برای مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، زرمندگان معسرو زنان سرپرست خانوار معسر با تایید نهادهای مربوط به صورت رایگان و برای سایر گروهها در دهکهای اول تا پنجم دو درصد (۲٪) و سایر دهکها ده درصد (۱۰٪) تعیین می‌گردد. اجرای حکم این بند منوط به تامین منابع مالی مورد نیاز توسط دولت در قوانین بودجه سنواتی است.

ج: سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلفند در طول اجرای برنامه، حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات مصوب سالانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی (پایش عوامل خطر متابولیک)، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات بر اساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوقهای مختلف برای بیمه‌شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین‌نامه اجرایی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیات وزیران می‌رسد.

ح: علاوه بر مالیات بر ارزش افزوده خاص محصولات دخانی موضوع بند «ت» ماده (۲۶) قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲، مالیات عملکرد، حقوق ورودی و حق انحصار بر محصولات دخانی، از ابتدای سال ۱۴۰۳ مالیات هرنخ سیگار و هر

بسته تنباکوی پنجاه گرمی نسبت به قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور مصوب ۱۴۰۱/۱۲/۲۴ سالانه به شرح زیر افزایش می‌یابد:

۱-۱. هرنخ سیگار تولید داخل با نشان ایرانی پانزده درصد (۱۵٪)

۱-۲. هرنخ سیگار تولید داخل با نشان بین‌المللی بیست و پنج درصد (۲۵٪)

۱-۳. هرنخ سیگار وارداتی با هرنشان پنجاه درصد (۵۰٪)

۱-۴. هر بسته تنباکوی پنجاه گرمی تولید داخل بیست درصد (۲۰٪)

۱-۵. هر بسته تنباکوی پنجاه گرمی وارداتی آماده مصرف پنجاه و پنج درصد (۵۵٪) صد درصد (۱۰۰٪) درآمدهای حاصل از اجرای این جزء توسط سازمان امور مالیاتی کشور وصول و به خزانه داری کل کشور واریز می‌گردد و در بودجه‌های سنواتی جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، توسعه اماکن ورزشی با اولویت مناطق کم‌برخوردار و توسعه اماکن ورزشی در مدارس اختصاص می‌یابد.

وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش و ورزش و جوانان مکلفند گزارش عملکرد این جزء را سالانه به کمیسیون‌های بهداشت و درمان و فرهنگی و معاونت نظارت مجلس ارسال نمایند.



به منظور کاهش هزینه‌های مردم، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به استطاعت سنجی مالی مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام نماید و مراتب را به تصویب هیات وزیران برساند.



۲. وزارت صنعت، معدن و تجارت مکلف است: ۲-۱. امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سامانه‌های اطلاعاتی مرتبط با واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی را با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی فراهم نماید. ۲-۲. نسبت به شناسایی کلیه واحدهای تولیدی و عرضه‌کننده محصولات دخانی که به صورت غیرقانونی تولید و عرضه می‌شود، اقدام و ضمن جلوگیری از فعالیت آنان متخلفین را به مراجع ذیصلاح قانونی معرفی نماید.

ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت صنعت، معدن و تجارت نسبت به جمع‌آوری کلیه محصولات دخانی قاچاق و تقلبی فاقد شناسه (کد رهگیری اقدام و متخلف را به مراجع ذیصلاح قانونی معرفی نماید.

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی مکلف است چاپخانه‌هایی را که بدون مجوز قانونی نسبت به چاپ اقلام مورد نیاز تولیدکنندگان مواد دخانی خصوصاً تنباکوی معسل با نشانهای مختلف خارجی و داخلی اقدام می‌کنند، شناسایی و متخلف را به مراجع ذیصلاح قانونی معرفی نماید. با این حال می‌توان گفت احکام برنامه هفتم به نوعی در امتداد و گاهی تکرار احکام برنامه ششم است. موارد ذکر شده در احکام مصوب عبارتند از:

قیمت‌گذاری دولتی تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی و مکمل‌های دارویی، رژیم غذایی، تغذیه‌ای و مواد اولیه دارویی و فرآورده‌های دارویی و ایمن ساز (واکسن)؛ افزایش پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات و مراقبت‌های تشخیصی، درمانی، دارویی، طب سنتی ایرانی، خدمات حوزه سلامت و پرستاری در منزل و توان بخشی؛ ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت و استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی و برای تمامی جمعیت کشور؛

الزام سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت به هزینه‌کرد جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی؛

یکپارچه سازی و ارتقای سطح قاعده مندی نظام خرید خدمات سلامت و تجمیع قواعد بیمه‌ای؛ تغییر نظام تعرفه‌گذاری از «(به ازای خدمت)» به شیوه پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات؛ اجرای طرح ایمن سازی و ارتقای تاب‌آوری بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی- درمانی کشور؛

تدوین و ابلاغ راهنماهای بالینی، استانداردهای خدمات درمانی و راهنماهای تجویز دارویی؛ افزایش ظرفیت پزشکی تخصصی سالانه به میزان حداقل دوازده درصد؛

تبدیل ایران به قطب تامین سلامت منطقه؛ کاهش سهم پرداخت از جیب ایرانیان به ۳۰ درصد؛

طرح تغذیه با شیر رایگان را در مدارس ابتدایی؛ الزام به عقد قرارداد با بیمه های درمانی پایه؛ ارتقای جایگاه خدمات طب سنتی ایرانی؛ مالیات ستانی از محصولات دخانی؛ تک شغله شدن پزشکان؛

و ... در این برنامه نگاه خوبی به مقوله سلامت الکترونیک شده است و احکام جامعی برای آن دیده شده است. همچنین سعی شده با اصلاح روش پرداخت و اعمال نظارت بهره وری نظام بیمه ای بالاتر برود. واقع بینانه دیدن برخی شاخص ها نیز از نقاط قوت این برنامه است. همچنین در بخش سلامت، احکام موسعی دیده شده است. اشتغال تمام وقت پزشکان نیز نکته مهمی است که در این برنامه دیده شده است. ساماندهی طب سنتی نیز از دیگر موارد توجه این برنامه است. پوشش همگانی بیمه پایه که از برنامه چهارم آورده شده بود نیز در این برنامه استمرار یافته است. همچنین غالب احکام برنامه نیز در راستای احکام سیاست های کلی سلامت است.

همچنین در ماده ۷۰ قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳، ۰۳، ۰۱ آمده است به منظور ارتقای بهره وری و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و ایجاد فضای رقابتی بین واحدهای مختلف ارائه دهنده خدمت با هدف جلب رضایت خدمت گیرندگان، اقدامات زیر انجام می پذیرد:

الف: تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و پرداخت عملکردی بر اساس راهنماهای بالینی و ابزاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات و تقویت و کارآمدسازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با رعایت سیاست های کلی سلامت و این قانون و ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور و با در نظر گرفتن اولویت پیشگیری بر درمان با مشارکت سازمان های بیمه گر پایه سلامت، صیانت از حقوق سلامت مردم، ارتقای شاخص های بهره مندی عادلانه مردم از خدمات پایه، متناسب سازی و مدیریت (کنترل) تقاضا و توجه به عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأثیرگذار بر سلامت، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.

کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت (بهداشتی، تشخیصی، دارویی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی) در بخش های سرپایی و بستری،

سازمان ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی سلامت و ارائه دهندگان خدمات رفاهی (دیجیتال) و نیز در سایر حوزه های سلامت مکلفند از خط مشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت کنند. **ب:** سازمان مکلف است منابع بودجه عمومی سلامت را که ماهیت بیمه ای دارد صرفاً از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها تخصیص دهد. مراکز بهداشتی و درمانی نیروهای مسلح از شمول حکم این بند مستثنی می باشند.

پ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام شبکه بهداشتی-درمانی کشور مشتمل بر مراقبت ها و خدمات یکپارچه بهداشتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تا پایان سال اول اجرای برنامه نسبت به استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیت های حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید. همزمان با استقرار کامل برنامه مذکور، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به هماهنگی پرداخت مشوق های تعیین شده در برنامه برای توسعه کمی و کیفی بسته بیمه پایه سلامت و اصلاح نظام پرداخت بیمه ای مطابق جزء (۷) بند (۹) سیاست های کلی سلامت اقدام قانونی لازم را اعمال نماید.

ت: شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی-درمانی پزشکی را از شیوه به ازای خدمت به شیوه پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات تبدیل و به تصویب هیأت وزیران برساند، به گونه ای که شیوه تعرفه گذاری حداقل چهارصد ششده خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه های پایه و تکمیلی پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به شیوه پرداخت جدید، خرید خدمت شود. شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است گزارش عملکرد این بند را هر شش ماه یک بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ارسال نماید.

ث: کلیه پزشکان، پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه مکلفند تعرفه های مصوب دولت را رعایت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت توسط اشخاص حقیقی و حقوقی مذکور حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوط است. تعرفه خدمات دارویی مانند سایر خدمات سلامت بر اساس بند الف ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور به طور سالانه تعیین می گردد.

ج: به منظور اجرائی نمودن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بیمارستان های وابسته به دولت و تأمین اجتماعی، بیمارستان های وابسته به دستگاه های اجرائی و بیمارستان های خصوصی که در چهارچوب سطح بندی و نظام ارجاع همکاری دارند، پزشکان متخصص این بیمارستان ها مکلفند روزانه حداقل به تعدادی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر می نماید به بیماران ارجاعی از سطح اول، خدمت ارائه دهند.

چ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت مراقبت ها و خدمات سلامت، افزایش اثربخشی و کارایی و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی، درمانی و توانبخشی کشور اقدامات ذیل را در طول اجرای برنامه انجام دهد:

۱. منطقی سازی (استانداردسازی) ارائه خدمات درمانی و کاهش خدمات کاذب و القائی تا پایان سال اول اجرای برنامه و تدوین و ابلاغ راهنماهای بالینی، معیارهای خدمات درمانی و راهنماهای تجویز دارویی ۲. تدوین شاخص های پیش، نظارت، ارزشیابی مراقبت ها و خدمات سلامت و اعتباربخشی با لحاظ پراکندگی جغرافیایی و نصاب جمعیتی و نظارت بر کلیه مراکز و مؤسسات خدمات مراقبتی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری بر اساس شاخص های تعیین شده، معیارها، راهنماهای بالینی، رعایت تعرفه ها و نظام پرداخت مصوب

۳. ارزیابی فناوری ها و خدمات جدید و ارتقای خدمات جاری نظام سلامت بر اساس آن

تبصره: سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی درمان مکلفند موارد فوق را حسب مورد حداکثر ظرف یک ماه از لازم الاجرا شدن این قانون در بستر سامانه های هوشمند سلامت با رعایت قانون مدیریت داده ها و اطلاعات ملی، با گرداری و استفاده نمایند.

ح: در راستای مدیریت خطر حوادث و بلایا، دولت با همکاری نهاد های ذی ربط مکلف است با اولویت اقدامات ناظر به پیشگیری، کاهش آسیب و آمادگی، افزایش تاب آوری و تأمین منابع پایدار برای مقابله با حوادث و بلایا نسبت به تدوین اقدامات اجرایی مناسب اقدام نماید.

همچنین با توجه به لزوم مقاوم سازی و ایمن سازی لرزه ای، مقابله با آتش سوزی و اهمیت ارتقای تاب آوری و تعمیر اساسی سامانه (سیستم) های تأسیسات مکانیکی، برقی و رایانیکی (سایبری) بیمارستان ها، مراکز بهداشتی-درمانی دولتی و پایگاه های فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی، طرح ایمن سازی و ارتقای تاب آوری بیمارستان ها و مراکز بهداشتی-درمانی کشور در سالهای برنامه به مرحله اجرا درمی آید.



تقویت بیمه سلامت در برنامه هفتم پیشرفت

برنامه‌ریزی و پیگیری برای تحقق مواد مرتبط با بیمه سلامت
در برنامه هفتم پیشرفت شامل:

ناظر بر برقراری نظام خودپرداخت
متغیروپلکانی

بند ت
ماده ۷۳

ناظر بر پوشش بیمه پایه سلامت
برای همه جمعیت کشور

بند الف
ماده ۷۳

ناظر بر اختصاص ۵ درصد از اعتبارات
مصوب سالانه سازمان‌های بیمه گر پایه
سلامت و ارتقاء اصول پیشگیری

بند چ
ماده ۷۳

ناظر بر برنامه حمایتی درمان مازاد بر بسته
بیمه پایه در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
دولتی برای بازنشستگان و دهک‌های پایین
درآمدی (حداقل ۳ دهک)

بند ث
ماده ۷۳

ناظر بر تجمیع منابع عمومی در
نظام بیمه ای

بند ب
ماده ۷۰

ناظر بر تدوین سند جامع
مراقبت‌های سلامت

بند چ
ماده ۶۹

ناظر بر ساماندهی ارایه خدمات
سلامت بر اتباع خارجی

بند پ
ماده ۸۶

ناظر بر گلوبال سازی خدمات
سلامت

بند ت
ماده ۷۰

کالبد شکافی چالش‌های بیمه سلامت

هزینه‌های جاری و آتی بیمه‌شدگان خود باشند که این موضوع با شاخص‌های کلیدی قابل سنجش است. در همین راستا، "مهدی رضایی" معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران گفت: در سازمان بیمه سلامت در سال ۱۴۰۴، براساس برآوردی که در ابتدای سال انجام شد، تعهدات سازمان حدود ۱۴۰ همت محاسبه شد که می‌توان گفت با توجه به رفتار ارائه‌کنندگان خدمت، احتمالاً بیش از ۹۵ درصد این برآورد دقیق است؛ اما آن‌چه در بودجه از محل درآمد عمومی و اختصاصی سازمان وجود دارد، به حدود ۸۵ همت می‌رسد و هر سال چنین مشکلی پیش می‌آید. همچنان‌که برآوردهایی برای هزینه‌های سال ۱۴۰۵ نیز انجام شده اما امکان تحقق آن بسیار کم است.

"شهرام غفاری" معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی نیز در این رابطه اظهار کرد: یکی از موارد در زمینه تأمین منابع مالی خوب برای بیمه‌ها، پایداری منابع

گوناگون، دیرتر از زمان مقرر، تخصیص پیدا می‌کنند یا اصلاً محقق نمی‌شوند. در این میان، بیمه‌های پایه سلامت حتی نمی‌توانند از ابزارهایی مانند پزشکی خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین)، خرید راهبردی خدمات سلامت، راهنماهای بالینی و اصلاح نظام پرداخت حوزه سلامت برای مدیریت و کنترل تقاضا و هزینه‌های ایجاد شده، بهره بگیرند چون بیشتر این اقدامات حاکمیتی باید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت کشور اجرا یا تعریف شود و سال‌هاست نتیجه ملموسی نداشته‌اند.

در دسر پایداری منابع بیمه‌های پایه

وقتی درباره پایداری منابع مالی بیمه‌های پایه سلامت بحث می‌شود، منظور این است که بیمه‌ها بتوانند با منابع لازم، پاسخگوی

نظام بیمه سلامت در ایران، با هدف اصلی دستیابی به پوشش همگانی سلامت و کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم، طی دهه‌های اخیر تحولات بسیاری را تجربه کرده است.

با وجود دستاوردهایی مانند گسترش پوشش بیمه‌ای، این نظام همچنان با چالش‌های ساختاری، مالی و اجرایی متعددی روبه‌رو است که اثربخشی و پایداری آن را تهدید می‌کند.

سال‌هاست که بیمه‌های پایه سلامت در کشور با مشکلات ناترازی منابع و مصارف درگیر هستند؛ در حالی که منابع بیمه‌ها مبتنی بر واقعیت تعریف نشده و تخصیص پیدا نمی‌کند، تعهدات آن‌ها نیز افزایش پیدا کرده و ابزاری برای کنترل هزینه‌ها در اختیار بیمه‌ها گذاشته نمی‌شود و مجموع این شرایط منجر به نارضایتی بیماران می‌شود.

زیان‌های انباشته سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت در ایران، ریشه در ناهم‌انگهی ساختاری بین تعهدات قانونی و منابع مالی پایدار دارد. در طول سال‌های گذشته، دولت‌های مختلف بارها بسته‌های خدمتی جدیدی را بدون برآورد دقیق هزینه و منبع تأمین

مالی به بیمه‌های پایه سلامت تحمیل کرده‌اند؛

از جمله تعهد به پوشش داروها و خدمات

گران‌قیمت، افزایش تعرفه‌ها بدون

تخصیص بودجه متناسب، اجرای

طرح‌هایی مانند تحول سلامت بدون

اصلاح ساختار درآمدی بیمه‌ها،

رایگان شدن خدمات درمانی برای

کودکان کمتر از ۷ سال.

در نتیجه این اقدامات که معمولاً

برای کسب رضایتمندی جامعه

از طرف دولت‌ها انجام می‌شود،

ولی منابع آن در نظر گرفته

نشده، تراز مالی بیمه‌ها به‌طور

مزمّن منفی شده و بدهی به

بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و بخش

خصوصی افزایش یافته است.

زنجیری که مدام از طرفی کشیده شده

و از طرفی به دلیل مشکلات اقتصادی

جامعه، افزایش تورم و مسائلی از این دست،

با انقباض مواجه است. حاصل این ماجرا چیزی

جز ضعیف شدن بیمه‌های پایه سلامت و در نتیجه

شکل‌گیری نارضایتی در بیمه‌شدگان نخواهد بود.

منابعی که نه تنها پایدار نیستند بلکه به روش‌های



پیدا کرده، یا قیمت‌ها افزایش پیدا کرده یا هر دو دچار افزایش شده‌اند. اگر افزایش مصرف و تعداد بیش‌تر از منابع باشد، دچار ناترازی در منابع و مصارف می‌شویم. معاون درمان سازمان تامین اجتماعی یادآور شد: در نتیجه باید قیمت‌ها به صورت متناسب افزایش پیدا کند. جامعه پزشکی به حق از تعرفه‌ها رضایت ندارند و بیمارستان‌های خصوصی از قیمت هتلینگ راضی نیستند. حالت دیگر این است که سرویس و تعداد خدماتی که ارائه می‌شود را کنترل کنیم؛ اما بیمه‌ها ابزاری برای ورود جدی به این موضوع ندارند و از طرفی نظام سلامت چنین ظرفیتی ندارد که با بیمه‌ها همکاری و همراهی کند.

چه باید کرد؟

راه حل این ماجرا، پایداری منابع، اصلاحات ساختاری در نظام سلامت، اجرای ابزارهای کنترلی برای مدیریت و کنترل تقاضا و استفاده از ابزارها و خدمات الکترونیک است. وقتی منابع پایداری و کفایت لازم را ندارند، باید فکری به حال شیوه ارائه خدمات درمانی کرد و در عین حال به این توجه داشت که مردم با بیمه‌شدگان بتوانند خدمات مورد نیاز خود را با بهترین کیفیت و به راحت‌ترین شکل ممکن دریافت کنند. رضایی خاطر نشان کرد: راه برون رفت از این شرایط خطرناک مالی در حوزه بیمه‌های پایه سلامت، تغییر نگاه در ارکان اصلی تصمیم‌گیری مالی دولت است. سلامت باید در اولویت‌های دولت و نظام مالی کشور قرار گیرد و در تمام سطوح تصمیم‌گیری این موضوع احساس شود. اگر سلامت در اولویت قرار بگیرد، سهم سلامت از تولید ناخالص ملی افزایش پیدا می‌کند. نظام سلامت نیاز به تصمیم‌گیری و مداخله فوری دارد و مدل ارائه خدمات سلامت در کشور هم هرچه سریع‌تر باید بازبینی شده و به سوی اولویت‌بندی و کارآمدی گام بردارد.

غفاری نیز در همین رابطه اظهار کرد: باید اصلاحاتی در نظام سلامت انجام شود؛ اول این که نظام پرداخت حوزه سلامت از پرداخت به ازای خدمت (فی فور سرویس) تغییر کند. اکثر ارائه دهندگان خدمات به دنبال تعادل منابع و مصارف خودشان هستند. مورد دیگر این است که بیمه‌ها بتوانند از سیستم‌های هوشمند برای رصد الگوی تجویز و مصرف استفاده کنند؛ بیمه‌ها نه تنها بر پزشکان، بلکه بر بیمه‌شدگان هم نظارت ندارند زیرا قوانین حمایت نمی‌کند. یعنی نمی‌توان بیمه‌ها را وارد چارچوب کرد.

معاون درمان سازمان تامین اجتماعی ادامه داد: برای پایداری منابع، فقط منابع اضافه لازم نیست و آن طرف که مصارف است هم باید کنترل شود. مواردی مانند پزشکی از راه دور (تله‌مدیسن) منجر به کاهش هزینه‌های بیمه‌شده‌ها می‌شود و به طور مثال

زمینه می‌گوید: تجمیع منابع بیمه‌ها فواید زیادی دارد؛ از جمله این که می‌توانیم کنترل مناسبی در تامین و توزیع منابع داشته باشیم و هم این که با توجه به محدودیت منابع نظام سلامت، این منابع هدفمند شوند. وقتی منابع نظام سلامت تجمیع شود، قطعا اثربخشی بیشتری خواهد داشت و نظارت بر عملکرد نیز بهتر می‌شود.

وضعیت بیمه‌ها ارتباط مستقیم با اقتصاد دارد

با همه این اوصاف بد نیست بدانیم واقعیت این است که وضعیت منابع بیمه‌های پایه سلامت که بخشی از محل بودجه عمومی و بخشی از حق بیمه اشخاص تامین می‌شود، به طور مستقیم با اقتصاد کشور ارتباط دارد. وقتی قیمت دارو و تجهیزات پزشکی در بازار افزایش پیدا می‌کند، وقتی تعرفه‌های تشخیصی و درمانی با وجود افزایش سالانه، مورد رضایت ارائه دهندگان خدمت نیست، یعنی شرایط اقتصادی همه ارکان مختلف نظام سلامت را دچار مشکل کرده است.

در این خصوص رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران در این زمینه یادآور شد: تامین مالی بیمه‌های پایه سلامت از دو مسیر محقق می‌شود که شامل حق بیمه‌های دریافتی و یارانه و حمایت‌های دولتی است؛ متأسفانه در هر دو بخش مشکلاتی وجود دارد. وقتی از پایداری منابع صحبت می‌کنیم، باید این ریشه‌ها اصلاح شود؛ یعنی حق بیمه‌ها باید منطقی شود و اگر این حق بیمه‌ها متناسب با رشد هزینه نباشد یا حمایت‌های دولت تحقق نیابد، منابع پایدار نخواهد بود و نمی‌توان تعهدات را پاسخ داد.

وی افزود: سال‌هاست این موضوع را پیگیری می‌کنیم که متناسب با هزینه‌ها، حق بیمه افزایش پیدا کرده یا یارانه دولت، آن را جبران کند. نمی‌توان سالانه به طور متوسط ۲۰ درصد به حقوق اضافه کرد و حق بیمه نیز متناسب با آن افزایش پیدا کند، اما تورم ۴۰ درصد باشد و متعاقب آن، هزینه‌های سلامت با شیب بیش‌تری افزایش پیدا کنند و توقع این باشد که چرا بیمه‌ها ناترازی منابع دارند.

معاون سازمان بیمه سلامت ایران تصریح کرد: موضوع بعدی بحث یارانه است؛ امسال یارانه دارو و تجهیزات پزشکی در چند مرحله تغییر پیدا کرد که این موضوع یعنی ثباتی در قیمت‌ها نیست و فشار آن به سازمان‌های بیمه‌گر پایه وارد می‌شود. یعنی بدون این که یک ریال به منابع ابتدای سال بیمه‌ها اضافه شود، به تعهدات آنها افزوده می‌شود؛ بنابراین حق بیمه باید متناسب با هزینه‌ها افزایش پیدا کند.

غفاری در این زمینه افزود: مصارف حاصل قیمت ضرب در تعداد است؛ یعنی یا میزان و مصرف خدمات افزایش

است. موضوع دیگر، کافی بودن منابع است. هر سال ۷ درصد از حقوق کسانی که کار می‌کنند، به عنوان حق بیمه دریافت می‌شود اما کفایت لازم برای پوشش هزینه‌ها را ندارد. مورد دیگر این است که منابع نه تنها باید پایدار و کافی باشد، بلکه هر سال باید متناسب با رشد هزینه‌ها و انتظارات، افزایش پیدا کند. به طور مثال اگر در حال حاضر ۷ درصد حقوق دریافت می‌شود و تقاضاها را پوشش نمی‌دهد، نظام تامین منابع باید به گونه‌ای تعریف شود که این حق بیمه افزایش پیدا کند. منابع تامین اجتماعی از حق بیمه تامین می‌شود که پایدار محسوب می‌شود اما کفایت ندارد. بیمه سلامت هم منابع خود را از مالیات تامین می‌کند که آن هم پایدار است اما کافی نیست.

"بهزاد نجفی" دکترای اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز درباره پایداری منابع بیمه‌های پایه سلامت گفت: وقتی صحبت از پایداری منابع بیمه‌ها می‌شود، در قالب نظام اقتصادی کشور باید به آن توجه کنیم؛ یعنی باید ثبات اقتصادی وجود داشته باشد تا پایداری منابع بیمه‌ها ایجاد شود. وقتی منابع پایدار تامین نمی‌شود، به وسیله فروش اوراق یا روش‌های دیگر، منابع موقت تامین می‌شود و باز هم مشکلات ادامه پیدا می‌کند.

نجفی تصریح کرد: در زمینه منابع، کفایت و کنترل هزینه‌ها نیز مطرح است. تعرفه‌های تشخیصی و درمانی در سال‌های اخیر رشد داشته‌اند و این به معنی رشد هزینه بیمه‌ها و بیمه‌شدگان است. بخش دیگر هزینه‌های سلامت به قیمت دارو و لوازم پزشکی مربوط می‌شود که در بازار دچار افزایش قیمت شده‌اند. حدود ۶۰ درصد افزایش هزینه‌ها فقط در زمینه قیمت‌هاست و از طرفی بسته‌های خدمتی و تعداد خدمات نیز هزینه را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

تجمیع منابع بیمه‌های پایه

یکی از مشکلات نظام سلامت اکنون، ناترازی میان منابع و مصارف است و این چالش می‌تواند بیمه‌های پایه را در ارائه خدمت به بیمه‌شدگان با مشکلات فراوانی مواجه کند. بسیاری از کارشناسان می‌گویند که سهم سلامت از تولید ناخالص ملی باید به حداقل ۶ تا ۷ درصد برسد و ثابت بماند، اما اکنون این میزان حدود ۴ درصد است.

ناپایداری منابع نظام سلامت، عدم تخصیص به موقع و کامل به بیمه‌ها، انتظارهای روزافزون از نظام سلامت و بدهی بیمه‌ها منجر به شکل‌گیری مشکلاتی شده باید راه حلی برای آن پیدا کرد. برخی کارشناسان اعتقاد دارند که یکی از این راه‌ها می‌تواند تجمیع منابع بیمه‌های پایه درمانی باشد.

ناصی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران در این

هزینه‌های سفر او را کاهش خواهد داد.

وی افزود: هنوز پرونده الکترونیک سلامت نداریم و از طرفی راهنماهای بالینی بدون همکاری نظام سلامت قابل اجرا نیست؛ گفته می‌شود پول در اختیار بیمه‌هاست و اگر راهنمای بالینی رعایت نشد، پرداخت نکنید. کسی دست تجویز کننده را در نظام سلامت نمی‌گیرد و بگوید اجازه ندارید دارویی را بنویسید که هزینه‌اش به بیمار تحمیل شود.

غفاری گفت: از طرفی نظام پوشش دارویی ایران، ناکارآمد نیست؛ بلکه سیاست‌های دارویی ناکارآمد است. فهرست دارویی کشور بسیار بخشنده است و پوشش خوبی دارد اما مردم رضایت ندارند. زیرا به طور مثال پزشک، آموکسی سیلین نوشته و داروخانه یک برند از این دارو را به بیمار می‌دهد و می‌گوید باید مابه‌التفاوت را پرداخت کند؛ در نتیجه بیمار هیچ بهره‌ای از پوشش بیمه‌ای خود نمی‌برد زیرا پرداختی از

شواهد و وضعیت بیماری‌ها تعریف می‌شود و بخشی دیگر بر اساس سیاست‌های دولتی و فشارها تعریف شده و محل هزینه‌های جدیدی برای بیمه‌های پایه سلامت شکل می‌گیرد. هزینه‌های جدیدی که نه منابعی برای آن تعریف می‌شود و نه مدیریتی بر تقاضاهای القایی و سوء استفاده‌ها وجود دارد.

باید بپذیریم که اگر شرایط اقتصادی کشور مناسب باشد، درآمد کارفرماها نیز مناسب شده و حق بیمه‌ها به سازمان‌هایی مانند تامین اجتماعی به موقع پرداخت می‌شود و در نتیجه زنجیر بدهی‌های این سازمان به مراکز ارائه خدمت مثل بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها نیز کوتاه‌تر خواهد شد ولی وقتی ثبات اقتصادی وجود ندارد، منابع پایدار نیست، تورم در حال افزایش است، نباید انتظار داشت که بیمه‌ها بتوانند رضایت مردم را کسب کنند.

به صورت خلاصه اما می‌توان گفت بیمه سلامت



جیب او افزایش پیدا کرده است.

نجفی، دکترای اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز گفت: در زمینه کنترل مصرف و هزینه‌ها، هیچ سیاست‌گذاری خاصی در حوزه سلامت وجود ندارد زیرا ابزار خاصی برای کنترل هزینه‌ها وجود ندارد؛ به طور مثال بیمه‌ها چقدر قدرت دارند که ارائه دهندگان خدمات سلامت را مدیریت کنند؟ این میزان شاید حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از اختیار بیمه‌ها باشد. وقتی بخواهیم ارائه دهندگان خدمات سلامت را به دلیل ارائه خدمات برخلاف راهنماهای بالینی، جریمه کنیم، آسیبی به آنها وارد نمی‌شود و در واقع منابع دیگری برای جذب منابع پیدا می‌کنند.

اصلاحات هزینه دارد

نکته دیگر این که بخشی از بسته‌های خدمتی مبتنی بر

درمانی (به ویژه داروهای خاص، تجهیزات پزشکی و فناوری‌های نوین) بسیار سریع‌تر از رشد منابع بیمه‌ای است، که این شکاف مالی را عمیق‌تر می‌کند.

ضعف در خرید استراتژیک خدمات: سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل پراکندگی و عدم تجمیع منابع و قدرت چانه‌زنی کافی، نتوانسته‌اند نقش مؤثری در کنترل هزینه‌ها و خرید خدمات با کیفیت و بهینه ایفا کنند. با این حال مشکل بیمه سلامت صرفاً به مباحث مالی و ناترازی در این حوزه بر نمی‌گردد و چالش‌های ساختاری و مدیریتی نیز به بیمه سلامت آسیب زده است که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و پراکندگی ریسک:

وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد (بیمه سلامت، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و...) مانع از تجمیع ریسک می‌شود. این پراکندگی، توزیع مجدد یارانه‌ها و منابع بین بیمه‌شدگان با ریسک‌های متفاوت را دشوار می‌سازد و قدرت چانه‌زنی سازمان‌های بیمه‌گر برابر عرضه‌کنندگان را کاهش می‌دهد.

بوروکراسی و فرآیندهای پیچیده:

روندهای اداری طولانی و پیچیده برای ثبت نام، دریافت خدمات و تسویه حساب بین سازمان‌های بیمه‌گر و ارائه‌دهندگان خدمات، موجب نارضایتی بیمه‌شدگان و مراکز درمانی می‌شود و بار اجرایی غیرضروری ایجاد می‌کند.

فقدان سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه:

عدم اجرای کامل و مؤثر پرونده الکترونیک سلامت و سامانه‌های یکپارچه، امکان نظارت دقیق بر مصرف منابع، کنترل سوء استفاده‌های احتمالی و اجرای سیاست‌های مبتنی بر شواهد را با مشکل مواجه کرده است. همچنین در این خصوص چالش‌های مربوط به پوشش خدمات و کیفیت نیز وجود دارند که از مهمترین این چالش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

ناقص بودن بسته خدمات پایه و پرداخت از جیب بالا:

با وجود بیمه همگانی، همچنان بخشی از خدمات ضروری (مانند دندانپزشکی، برخی داروهای خاص و خدمات توانبخشی) تحت پوشش کامل بیمه قرار ندارند یا پوشش آن‌ها بسیار محدود است.

این مسئله منجر به سهم بالای پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت می‌شود که مغایر با هدف پوشش همگانی سلامت است و در مواقع بیماری‌های پرهزینه، بیماران را با فقر و مشکلات مالی جدی روبرو می‌کند.

ناپایداری منابع و کسری بودجه مزمن:

اتکای شدید به منابع دولتی: سازمان‌های بیمه‌گر (مانند سازمان بیمه سلامت ایران و بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی) در تأمین منابع مالی متکی به بودجه عمومی دولت هستند. نوسانات اقتصادی و عدم تخصیص به موقع و کامل بودجه‌ها، منجر به انباشت بدهی به ارائه‌دهندگان خدمات (بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) می‌شود.

افزایش تصاعدی هزینه‌ها: رشد روزافزون هزینه‌های



۳۱ خدمت شاخص سازمان بیمه سلامت ایران

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۳۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می‌کند.



دستاوردهای سازمان بیمه سلامت ایران



در سال ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی قانون «بیمه خدمات درمانی» را تصویب کرد و به این ترتیب نهاد بیمه خدمات درمانی با هدف گسترش پوشش درمانی برای اقشار فاقد بیمه ایجاد شد، در گام بعدی این بیمه در قالب نهادهای گوناگون از جمله برای روستائیان، کارکنان دولت و بیماران خاص توسعه یافت. با تصویب اساسنامه در ۲۲ مرداد ۱۳۹۱ و براساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، سازمان بیمه سلامت ایران با ادغام چند صندوق بیمه گسترش یافت. اکنون سازمان بیمه سلامت ایران زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، عهده دار مدیریت متمرکز بیمه پایه سلامت است و به عنوان یکی از ارکان کلیدی نظام سلامت کشور، مأموریتی بی بدیل در تأمین عدالت اجتماعی و تضمین دسترسی همگانی به خدمات درمانی دارد. این سازمان با تکیه بر اصول شفافیت، کارآمدی و نوآوری، همواره کوشیده است تا مسیر هموار و قابل اعتمادی برای بیمه شدگان؛ ارائه دهندگان

آسایش مردم است.

در زیربنا برخی از دستاوردها و عملکرد سازمان بیمه سلامت خصوصاً در زمینه‌هایی همچون پوشش بیمه‌ای، حفاظت مالی، ارتقای کیفیت خدمات، پیشگیری، نظام ارجاع و پزشکی خانواده و برنامه‌های آتی خواهیم پرداخت؛

خدمت و ذینفعان گوناگون ایجاد کند.

هم‌اکنون بیش از ۴۵ میلیون نفر از مردم عزیز ایران اسلامی در قالب چهار صندوق بیمه‌ای تحت پوشش بیمه سلامت ایران قرار دارند و از پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی این سازمان بهره‌مند می‌شوند، بیمه سلامت، ثمره تلاش برای تحقق عدالت در سلامت و

گسترش پوشش بیمه‌ای و عدالت در سلامت

چهار صندوق بیمه سلامت همگانی ایرانیان، بیمه روستائیان و عشایر، بیمه کارکنان دولت و صندوق بیمه سایر اقشار از خدمات درمانی برخوردار می‌شوند.

با گسترش پوشش بیمه‌ای در سراسر کشور، امروز بخش بزرگی از جامعه که بیش از ۴۵ میلیون نفر را شامل می‌شوند، با حفاظت مالی بیمه سلامت در قالب

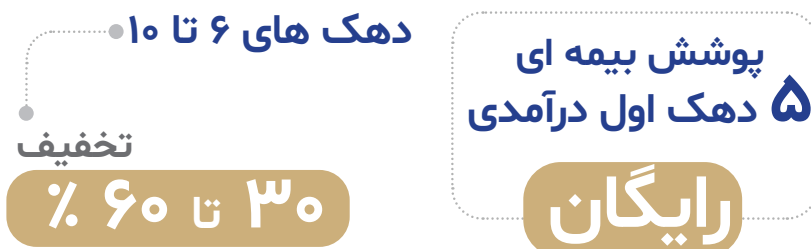
یکی از اهداف بنیادین سازمان بیمه سلامت، تحقق عدالت اجتماعی در حوزه درمان و ایجاد اطمینان خاطر برای مردم در زمان بیماری است.



در همین راستا، بیمه پایه سلامت رایگان برای ساکنان مناطق عشایری، روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت برقرار شده است. مردم این مناطق از خدمات «تیم سلامت» شامل بیمارستان، پزشک، دندانپزشک، روانشناس، کارشناس تغذیه، مامایی، داروخانه و آزمایشگاه به صورت رایگان بهره‌مند می‌شوند.



همچنین، پوشش بیمه ای دهک های کم درآمد شهری توسعه یافته است؛ به گونه ای که پنج دهک اول درآمدی از بیمه درمان رایگان برخوردارند و دهک های شش تا نه نیاز تخفیف ۳۰ تا ۶۰ درصدی پرداخت حق بیمه بهره می برند.



سازمان بیمه سلامت ایران تنها در سال گذشته نزدیک به ۸۶ هزار میلیارد تومان هزینه های درمانی بیمه شدگان را در بخش هایی همچون بستری، سرپایی، دارو، پاراکلینیک، توانبخشی و تجهیزات پزشکی پرداخت نموده است که می توان گفت این سازمان در هر روز ۲۳۶ میلیارد تومان و در هر ساعت حدود ۱۰ میلیارد تومان برای درمان بیمه شدگان خود هزینه می کند.

است هزینه بیمه پایه برای حداقل ۵ دهک پایین درآمدی را به صورت رایگان تامین کند. بر همین اساس، از این پس با اجرای این قانون که نشانه عزم ملی برای تضمین سلامت همه آحاد مردم است و نقطه عطفی در مسیر توسعه عدالت درمانی و رفاه اجتماعی به شمار می رود تمامی ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، تحت پوشش بیمه سلامت ایران قرار خواهند گرفت.

این اقدامات، به ویژه در مناطق محروم، سبب شده است که عدالت در دسترسی به خدمات سلامت در سراسر کشور تقویت شود. در تکمیل این روند، در قانون برنامه هفتم توسعه کشور گامی مهم در جهت تحقق بیمه همگانی برای تمامی ایرانیان، برداشته شده است. بر اساس ماده ۷۳ این قانون، پوشش بیمه برای همه جمعیت کشور اجباری شده و دولت موظف





مبلغ حق بیمه سالیانه به ازای هر نفر بیمه سلامت هر دهک درآمدی چقدر است؟

در سال ۱۴۰۴، مشمولین ۵ دهک اول درآمدی به صورت رایگان و متمرکز و بدون مراجعه تحت پوشش بیمه سلامت ایران قرار دارند. مشمولین دهک‌های درآمدی ۶ تا ۹ با میزان مشارکت ۴۰ تا ۷۰ درصد حق بیمه سرانه مصوب از خدمات بیمه‌ای این سازمان بهره‌مند می‌گردند. مشمولین سازمان بیمه سلامت ایران می‌توانند به منظور اطلاع از وضعیت بیمه‌ای خویش با شماره‌گیری کد دستوری *۱۶۶۶ اقدام نمایند. همچنین متقاضیان بیمه می‌توانند جهت برقراری پوشش بیمه خود و سایر افراد خانواده از طریق مراجعه به آدرس bimehsalamatiranian.ir یا با شماره‌گیری ۱۶۶۶ اقدام نمایند.





روایت خدمت

تحول دیجیتال ونسخه نویسی الکترونیک

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می کند.

۱ پوشش بیمه ای و حمایت از اقشار آسیب پذیر ۲ توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت ۳ صندوق بیماری های صعب العلاج و خاص ۴ تحول دیجیتال و نسخه نویسی الکترونیک ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور ۷ خدمات سلامت دهان و دندان

۶۰ سامانه

هوشمندسازی سازمان با استقرار بیش از ۶۰ سامانه و زیرسامانه الکترونیکی

۴۹۹,۰۰۰,۰۰۰ نسخه الکترونیکی

صدور بیش از ۴۹۹ میلیون نسخه الکترونیکی تا کنون و ثبت روزانه ۵۰۰ تا ۸۰۰ هزار نسخه الکترونیکی



۱۰۰ درصد

اجرای ۱۰۰٪ نسخه نویسی الکترونیک در کل کشور

راه اندازی سامانه پاسخگویی ۱۶۶۶ به صورت شبانه روزی و انجام خدمات غیرحضوری

تحول دیجیتال و هوشمندسازی خدمات بیمه‌ای



طرح تاکنون حدود ۵۰۰ میلیون نسخه الکترونیک صادر شده که روزانه به صورت متوسط ۶۰۰ هزار و سالانه ۲۲۰ میلیون نسخه الکترونیک در سامانه ثبت می‌شود. اکنون بیمه‌شدگان با نظم، دقت و شفافیت بیشتری که در نظام درمان ایجاد شده است، تنها با کارت ملی می‌توانند در تمام مراکز طرف قرارداد خدمات دریافت کنند. همچنین، اپلیکیشن «بیمه سلامت من» و «سامانه شهروندی» امکان مشاهده سوابق درمانی و بیمه‌ای را برای همه بیمه‌شدگان فراهم کرده است. این اقدامات، نمادگذار از نظام اداری سنتی به نظام هوشمند و پاسخگو است که موجب افزایش رضایتمندی مردم و کاهش هزینه‌های اجرایی شده است.

تحول دیجیتال از مهم‌ترین مسیرهای نوسازی در خدمات عمومی کشور است. سازمان بیمه سلامت ایران با ورود به عرصه فناوری‌های نوین، ارتقاء و توسعه سامانه نسخه الکترونیک، توانسته است چهره‌ای تازه از خدمات بیمه‌ای ارائه کند؛ خدماتی سریع، شفاف و در دسترس برای همه که از طریق بیش از ۶۰ سامانه و زیر سامانه الکترونیکی پیگیری و اجرا می‌شود. در این راستا، صدور و تمدید بیمه‌نامه‌ها به صورت الکترونیکی و غیر حضوری انجام می‌شود تا مردم بدون نیاز به حضور در شعب، امور خود را انجام دهند. با اجرای نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک و حذف دفترچه‌های درمان کاغذی از ابتدای اجرای

صدور و تمدید بیمه‌نامه‌ها

الکترونیکی و
غیر حضوری

اپلیکشن
بیمه سلامت من و
سامانه شهروندی

صدور روزانه حدود ۶۰۰ هزار و
سالانه ۲۲۰ میلیون
نسخه الکترونیکی





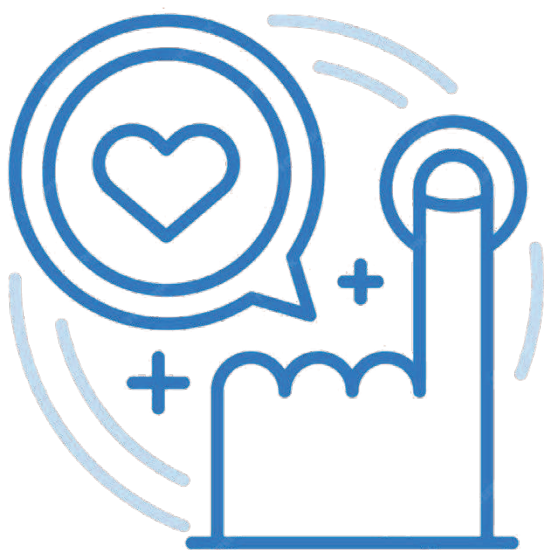
روایت خدمت

پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می‌کند.

۱ پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر ۲ توسعه زیرساخت‌های درمانی ۳ صندوق بیمه‌ای‌های خاص و نادر ۴ تمویل دیجیتال و توسعه الکترونیک ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین ناباور ۷ خدمات سلامت دهان و دندان





پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه

بیمه سلامت ایران با اتخاذ رویکرد سلامت محور، برنامه‌هایی را برای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای کیفیت زندگی مردم به عنوان اساس نظام سلامت پایدار، طراحی و اجرا کرده است. تصویب بندج ماده ۷۳ قانون برنامه هفتم پیشرفت با هدف ایجاد مشوق‌های قانونی برای برنامه‌های پیشگیرانه توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه، مشارکت در اجرای برنامه‌های پیشگیری سطوح نخستین، یک، دو، سه و چهار با رویکرد نظارت بر تجویز و مصرف خدمات غیر ضرور، علاوه بر ارتقای شاخص‌های سلامتی در کشور، از هدر رفت منابع جلوگیری کرده و نظام درمان را به سمت کارایی بیشتر سوق داده است.

بهبود کیفیت خدمات درمانی و دارویی

بیمه سلامت ایران، ارتقای کیفیت خدمات درمانی را محور اصلی خود قرار داده است تا مردم در زمان بیماری با اطمینان از خدمات مؤثر، ایمن و مقرون به صرفه بهره‌مند شوند. در این راستا، پوشش بیش از ۹۰ درصدی خدمات بستری و ۷۰ درصدی هزینه‌های درمان سرپایی براساس تعرفه‌های دولتی از مهم‌ترین دستاوردهای این سازمان است. همچنین، تأمین بخش عمده هزینه داروهای تجویزی به‌ویژه داروهای گران‌قیمت در چارچوب فهرست وزارت بهداشت، نقش مهمی در کاهش بار مالی بیماران دارد. در راستای تقویت خدمات شهری نیز، طرح نظام ارجاع شهری با همکاری بیش از ۴۰۰۰ پزشک مطب دارو انتساب ۴ میلیون نفر از جمعیت حاشیه‌نشین شهرها به پزشکان منتخب اجرا شده است.

%۹۰

هزینه خدمات بستری

"بیمه‌شدگان در این طرح با تعرفه ۹۰ درصدی از خدمات پزشکان بخش خصوصی بهره‌مند می‌شوند. عقد قرارداد با بیش از ۱۵۸ مرکز درمانی مستقل و غیرمستقل در بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه گامی در راستای توسعه کمی و کیفیت پوشش‌های بیمه‌ای بوده است.

همچنین، بیمه سلامت به‌منظور ارتقای سلامت تغذیه‌ای نوزادان با در اختیار گذاشتن سامانه‌های الکترونیکی خود به مدیریت صحیح توزیع شیر خشک کمک شایان توجهی کرده است.

این اقدامات، ضمن ارتقای کیفیت خدمات درمانی، به افزایش رضایتمندی و اعتماد مردم به نظام سلامت کشور انجامیده است."

%۷۰

هزینه درمان سرپایی



۴,۰۰۰

پزشک مطب‌دار



روایت خدمت

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می کند.

توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت

۱ پوشش بیمه ای و حمایت از اقشار آسیب پذیر ۲ توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت ۳ صندوق بیماری های صعب العلاج و خاص ۴ تحول دیجیتال و تسهیل دسترسی الکترونیک ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور ۷ خدمات سلامت دهان و دندان

۱۵۸,۰۰۰

قرارداد با بیش از ۱۵۸ هزار مرکز درمانی در سراسر کشور

پوشش
بیش از
۱۵ هزار
داروخانه
و ۲۶۵۰
آزمایشگاه



قرارداد با
۹۸۸
بیمارستان
و ۲۴۳۴
درمانگاه

۳,۸۰۰

توسعه مراکز فیزیوتراپی، توانبخشی و گفتار درمانی (بیش از ۳۸۰۰ مرکز)



پروژه‌های افتتاح شده و در دست اقدام سال ۱۴۰۳ و شش ماه نخست سال ۱۴۰۴

سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۳ و شش ماه نخست سال ۱۴۰۴ تعداد ۲۶ پروژه عمرانی با زیربنای ۱۵ هزار و ۶۵۵ مترمربع را در ۱۴ استان و ۲۶ شهرستان احداث و بهره‌برداری کرده است. همچنین، ۲۴ پروژه عمرانی به میزان ۳۰ هزار و ۱۶۵ مترمربع را در ۱۵ استان و ۲۴ شهرستان در دست اقدام دارد.





ارتباط با مردم و پاسخگویی اجتماعی

سامانه پاسخگویی
شبانه روزی

۱۶۶۶



بیمه سلامت نهادی مردمی و خدمت‌محور است. یکی از ارزشمندترین دستاوردهای بیمه سلامت، تقویت ارتباط مستقیم و مستمر با مردم و پاسخگویی شفاف به نیازها و مشکلات آنان از طریق مرکز امور مشتریان، سامانه‌های برخط و سامانه پاسخگویی شبانه‌روزی ۱۶۶۶ است. این رویکرد، نشانه‌ای از تلاش سازمان برای حفظ ارتباط مؤثر با مردم، شنیدن صدای آنان و ایجاد اعتماد عمومی در مسیر خدمت‌رسانی صادقانه است.



پایان سخن و چشم انداز آینده

اما این مسیر همچنان ادامه دارد و چشم انداز آینده بیمه سلامت ایران، آینده‌ای پویا، عادلانه و فناورانه است. در افق جدید، سازمان بیمه سلامت بر پایه‌ی سیاست‌های کلان ملی و برنامه‌های مصوب خود، رویکردهای زیر را در دستور کار دارد:

تحقق بیمه همگانی سلامت، گامی بزرگ در مسیر عدالت اجتماعی و سلامت ملی است؛ گامی که بدون حمایت مسئولان، تلاش کارکنان خدوم سازمان بیمه سلامت ایران و همدلی مردم، امکان پذیر نخواهد بود.



"تمام این برنامه‌ها بر پایه‌ی یک اصل واحد شکل گرفته‌اند: خدمت بی‌منت به مردم و صیانت از سلامت جامعه در پرتو عدالت، علم و فناوری. سازمان بیمه سلامت ایران با شعار «بیمه سلامت؛ وفاق ملی برای ایرانی سالم‌تر» مسیر تعالی خود را ادامه خواهد داد تا در تحقق جامعه‌ای سالم، آرام و امیدوار، نقشی ماندگار ایفا کند."



کدام خدمات بیمه دندانپزشکی تحت پوشش سلامت است؟

میزان پوشش: سهم پرداخت سازمان بیمه سلامت، برای خدمات دندانپزشکی تحت پوشش بر اساس تعرفه های ابلاغی هیئت محترم وزیران میباشد (جزء حرفه ای بر اساس مالکیت مربوطه پرداخت می شود در صورتیکه بیمه شده مشمول بیماری های تالاسمی، هموفیلی، ام اس، دیالیز، متابولیک، بال پروانه ای، پیوند، سرطان، روانی مزمن (اوتیسم) گردد، می تواند از مزایای صندوق بیماریهای خاص و صعب العلاج تا سقف حداکثر ۱۶/۵ میلیون تومان بهره مند شوند.

خدمات تحت پوشش بیمه ای که توسط دندان پزشک عمومی و متخصص صورت می پذیرد

- | | |
|---|--|
| ۱۲ کامپوزیت رزینی چهار سطحی خلفی | ۱ کامپوزیت رزینی یک سطحی قدامی |
| ۱۳ کاربرد موضعی وارتیش فلوراید | ۲ کشیدن دندان |
| ۱۴ پروفیلاکسی کودک | ۳ کامپوزیت رزینی دو سطحی قدامی |
| ۱۵ آمالگام یک سطحی | ۴ کامپوزیت رزینی سه سطحی قدامی |
| ۱۶ آمالگام دو سطحی | ۵ کامپوزیت رزینی یک سطحی خلفی |
| ۱۷ کاربرد موضعی فلوراید به جزوارنیش | ۶ کامپوزیت رزینی چهار سطحی قدامی |
| ۱۸ رادیوگرافی دندان پری اپیکال یا بایت وینگ | ۷ سیلانت به ازای هر دندان فیشور سیلانت |
| ۱۹ آمالگام سه سطحی | ۸ کامپوزیت رزینی دو سطحی خلفی |
| ۲۰ آمالگام چهار سطحی | ۹ کامپوزیت رزینی سه سطحی خلفی |
| ۲۱ جرم گیری لثه | ۱۰ کامپوزیت رزینی چهار سطحی خلفی |
| ۲۲ پوشش ویژه کودکان تا ۱۸ سال برای پیشگیری و درمان دندانپزشکی | ۱۱ پوشش ۲۰ خدمت دندان پزشکی پایه شامل ترمیم، جرم گیری و رادیوگرافی |



بیمه شدگان مشمول:

- ۴ پروفیلاکسی کودک تا سن ۱۰ سالگی
- ۴ فیشور سیلانت تا سن ۱۴ سالگی
- ۴ برای تمام سنین
- ۴ خدمات ترمیمی
- ۴ خدمت کشیدن دندان
- ۴ خدمات رادیوگرافی جهت تمام بیمه شدگان

خدمات قابل ارائه توسط بهداشت کاردهان و دندان، کاردان بهداشت دهان، پرستار دندان پزشکی و تکنسین های سلامت دهان که دارای مجوز و صاحب صلاحیت از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شامل موارد ذیل می باشد.



- ۴ پروفیلاکسی کودک
- ۴ کاربرد موضعی وارتیش فلوراید
- ۴ کاربرد موضعی فلوراید به جزوارنیش
- ۴ دستورات بهداشت
- ۴ سیلانت به ازای هر دندان
- ۴ فیشور سیلانت

خدمات کلیدی بیمه سلامت در دولت چهاردهم



بوده است، ادامه داد: وظیفه اصلی بیمه سلامت، تامین، حفاظت مالی و نظارت بر اجرای قوانین است و بیمه باید به نحوی هزینه کند که نتیجه بخش باشد. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران گفت: همه بیمه‌های پایه باید بر اساس قوانین تجمیع شوند که در مسیر اجرای این مساله هستیم.

وی اضافه کرد: اعتبارات بیمه سلامت بسیار محدود است و باید هزینه‌ها را بر اساس منابع مدیریت کنیم تا به اهداف بلند خود دست پیدا کنیم.

ناصعی تاکید کرد: حمایت جدی از دانشگاه‌ها وظیفه اصلی بیمه است، اما با توجه به مشکلات دانشگاه‌ها اعتبارات ما بسیار محدود است و حدود یک سوم منابع مورد نیاز را داریم. وی با اشاره به حمایت‌های جدی سازمان بیمه سلامت خود از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اظهار داشت: به دنبال تخصیص ویژه برای این دانشگاه هستیم تا بخشی از مشکلات کاهش پیدا کند. از حدود ۴۰ میلیون فرد زیر پوشش بیمه سلامت همگانی در کشور، یک میلیون و ۹۰۰ هزار نفر از آن‌ها ساکن استان اصفهان هستند.

در زمان حاضر یک میلیون و ۹۰۰ هزار بیمه شده در پنج صندوق بیمه‌ای زیر پوشش بیمه سلامت استان اصفهان هستند که چهار هزار و ۹۰۰ موسسه تشخیصی درمانی طرف قرارداد در این استان به این افراد خدمات رسانی می‌کنند.

بیماران سرطانی، ارائه خدمات غیر حضوری از طریق سامانه شهروندی به آدرس:

www.bimehsalamatiranian.ir

شماره تماس ۱۶۶۶ و کد دستوری #۱۶۶۶* نیز بخشی از خدمات غیر حضوری سازمان بیمه سلامت در دولت چهاردهم به شمار می‌رود.

قدم‌های بزرگ دولت چهاردهم در مسیر خدمات بیمه سلامت

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت با بیان اینکه دولت چهاردهم برنامه‌های ویژه‌ای در حوزه سلامت دارد گفت: با برنامه ریزی‌های صورت گرفته در دولت چهاردهم قدم‌های بزرگی در مسیر خدمات دهی بهتر به آحاد جامعه برداشته می‌شود.

محمد مهدی ناصعی در حاشیه بیست و یکمین اجلاس مدیران ارشد سازمان بیمه سلامت در اصفهان افزود: اجرای طرح نسخه نویسی الکترونیک، صندوق صعب‌العلاج و پوشش ۱۰۷ بیماری، پوشش ناباروری و درمان رایگان کودکان زیر هفت سال از مهمترین خدماتی است که بیمه سلامت به آن توجه جدی داشته و اقدامات مهمی را در این راستا انجام داده است.

وی با بیان اینکه تشکیل معاونت پیشگیری، از اقدامات سازمان بیمه سلامت در راستای پیشگیری

در همین خصوص همچنین مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران، خدمات کلیدی این سازمان در دولت چهاردهم را تشریح کرد.

دکتر محمد مهدی ناصعی با اشاره به خدمات سازمان متبوع خود در دولت چهاردهم گفت: پوشش بیمه رایگان برای دهک‌های ۱ تا ۵ (بیش از ۱۰ میلیون نفر)، روستاییان (۱۹ میلیون نفر) و بیماران خاص (۸۰ هزار نفر) همچنان ادامه دارد. همچنین توسعه خدمات درمانی برای بیماران صعب‌العلاج، خاص و نادر و حمایت از بیش از ۱۳ گروه بیماری در دستور کار قرار گرفته است. وی افزود: بهره‌برداری از سامانه نسخه نویسی الکترونیک نوین و صد و میلیون هانسخه ماهانه، تمرکز بر پیشگیری، حمایت ۹۰ درصدی از هزینه‌های درمان ناباروری برای بیش از ۱۳ هزار نفر، بیمه مادران باردار و شیرده و فرزندان آنان تا پنج سالگی، و همچنین پوشش بیمه‌ای ۲۰ خدمت دندان پزشکی از دیگر اقدامات این سازمان است.

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران تصریح کرد: گسترش شبکه مراکز طرف قرارداد به بیش از ۱۵۲ هزار مرکز، بهره‌برداری از ۱۱ پروژه ساختمانی در شهرستان، اجرای طرح دارویار، افزایش پوشش دارویی، ارائه خدمات توانبخشی برای توان خواهان بهزیستی، تعرفه‌گذاری پرستاری و پوشش بیمه‌ای برای شش خدمت روانشناسی نیز اجرا شده است.

به گفته دکتر ناصعی، پوشش ۷۳ کد ژنریک دارو برای

نمونه‌های موفق بیمه درمانی در سراسر جهان



بیمه اجباری عمومی تأمین می‌شود، صورت می‌گیرد (مانند مدل بورج).

این نهاد دولتی واحد با حذف لایه‌های اداری و هزینه‌های بازاریابی بیمه‌های متعدد خصوصی، می‌تواند هزینه‌های اداری را به شدت کاهش داده و از قدرت انحصاری خود در مذاکره با ارائه‌دهندگان برای کاهش قیمت‌ها استفاده کند. این مدل با تضمین پوشش جهانی و حذف موانع مالی برای دسترسی، به ویژه در کشورهایی مانند تایوان که توانسته‌اند در مدت کوتاهی پوشش تقریباً کامل را ایجاد کنند، به عنوان یک راهکار موفق برای دستیابی به پوشش همگانی با هزینه نسبتاً کم‌تر نسبت به برخی از مدل‌های دیگر مورد ستایش قرار می‌گیرد.

در مجموع، وجه مشترک تمامی این مدل‌های موفق این است که بیمه سلامت را نه یک کالای قابل تجارت، بلکه یک حق اساسی برای شهروندان تلقی کرده‌اند و با دخالت قاطع دولت در تأمین مالی یا تنظیم قیمت‌ها، توانسته‌اند تضمین کنند که بیماری منجر به ورشکستگی مالی افراد نشود و دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت برای همه فراهم باشد.

نگاهی بر عملکرد بیمه سلامت در آمریکا

در دنیای مدرن بیمه‌ها نقش مهمی در عرصه سلامت ایفا می‌کنند. بیش از ۸۰ درصد از هزینه‌های سلامت و مراقبت‌های پزشکی در ایالات متحده آمریکا توسط

در سوی دیگر، مدل بورج قرار دارد که با تأسیس خدمات بهداشت ملی (NHS) در بریتانیا پس از جنگ جهانی دوم تثبیت شد. این مدل بر مبنای این اصل بنا شده که مراقبت‌های بهداشتی یک حق شهروندی است و باید به طور کامل توسط دولت و از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی شود. در این سیستم، دولت به عنوان تنها پرداخت‌کننده و در بسیاری از موارد به عنوان مالک و اداره‌کننده بیمارستان‌ها و استخدام‌کننده پزشکان، عمل می‌کند.

مهم‌ترین مزیت این روش، رایگان بودن خدمات در لحظه استفاده برای همه، صرف نظر از درآمد یا وضعیت اجتماعی، است. این مدل که به "پزشکی اجتماعی شده" نیز معروف است، به دلیل قدرت دولت در کنترل کامل هزینه‌ها و تمرکز منابع بر خدمات پیشگیرانه، در کشورهایی مانند اسپانیا و کشورهای اسکاندیناوی نیز به عنوان الگویی موفق برای تأمین پوشش همگانی و کارآمد شناخته می‌شود.

الگوی سوم که به عنوان مدل بیمه سلامت ملی (NHI) شناخته می‌شود، در واقع یک ترکیب هوشمندانه از دو مدل قبلی است و یکی از برجسته‌ترین نمونه‌های آن را می‌توان در کانادا و کره جنوبی مشاهده کرد. در این رویکرد، ارائه خدمات همچنان توسط پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود (مانند مدل بیمه‌مارک)، اما پرداخت هزینه‌ها توسط یک نهاد بیمه دولتی واحد و غیرانتفاعی که از طریق مالیات یا حق

برای درک موفق‌ترین مدل‌های بیمه سلامت در جهان، باید به فلسفه‌های پایه‌ای توجه کرد که کشورها برای تأمین پوشش عمومی و کنترل هزینه به کار گرفته‌اند. سه الگوی اصلی تاریخی و کارآمد در جهان غرب و آسیا وجود دارند که هر کدام از آن‌ها با وجود تفاوت‌های ساختاری، در نهایت به پوشش فراگیر و محافظت مالی از شهروندان دست یافته‌اند.

اولین الگو که به مدل بیمه‌مارک مشهور است، ریشه در آلمان قرن نوزدهم دارد و بر پایه‌ی مفهوم "بیمه اجتماعی" بنا نهاده شده است. در این سیستم، تأمین مالی بیمه سلامت عمدتاً از طریق مشارکت اجباری و منظم کارفرمایان و کارمندان در صندوق‌های بیمه‌گری غیرانتفاعی صورت می‌گیرد. ویژگی منحصر به فرد این مدل این است که بیمارستان‌ها و پزشکان اغلب در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند، اما سازمان‌های بیمه، که با یکدیگر رقابت نمی‌کنند تا سود کسب کنند، موظف به پوشش همه شهروندان بدون توجه به سوابق پزشکی یا شرایط سلامتی آن‌ها هستند. دولت در این سیستم نقش تنظیم‌گر کلیدی را ایفا می‌کند و با کنترل دقیق قیمت خدمات و نرخ‌های دارویی، از افزایش بی‌رویه هزینه‌ها جلوگیری می‌کند؛ این ساختار رقابتی-تنظیمی، در کشورهایی مانند فرانسه، ژاپن و هلند نیز با موفقیت به کار گرفته شده و توانسته است ضمن حفظ کیفیت و انتخاب برای بیمار، عدالت اجتماعی را در دسترسی به درمان تضمین کند.

می‌دهد و ارجاع‌هایی برای متخصصان پزشکی ارائه می‌کند. در مقابل، سازمان‌های ارائه‌دهنده ترجیحی (PPO) نیازی به ارجاع ندارند. با این حال، آنها نرخ‌های پایین‌تری را برای استفاده از پزشکان و خدمات داخل شبکه تعیین می‌کنند. مراکز خدمات مدیکرومدیکید ایالات متحده. "سوالاتی که ممکن است در مورد PPO ها داشته باشید. "شرکت‌های بیمه ممکن است پوشش برخی از خدماتی را که بدون مجوز قبلی دریافت شده‌اند، رد کنند. آنها ممکن است از پرداخت داروهای با نام تجاری در صورتی که نسخه ژنریک یا داروی قابل مقایسه با هزینه کمتر در دسترس باشد، خودداری کنند. قبل از خرید بیمه، قوانین شرکت بیمه را بررسی کنید.

پرداخت‌های مشترک، فرانشیز و بیمه مشترک چیست؟

اکثر طرح‌های بیمه سلامت، مشتریان خود را ملزم می‌کند بخشی از هزینه‌های پوشش خود را به روش‌های مختلف پرداخت کنند:

فرانشیز مبلغی است که شما هر سال قبل از اینکه بیمه‌گر شروع به پرداخت هزینه‌ها کند، از جیب پرداخت می‌کنید. این مبلغ اکنون توسط قانون فدرال محدود شده است. پرداخت‌های مشترک هزینه‌های ثابتی هستند که مشترکین باید برای خدمات خاصی مانند ویزیت پزشک و داروهای تجویزی حتی پس از پرداخت فرانشیز پرداخت کنند. بیمه مشترک درصدی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است که بیمه شده باید حتی پس از پرداخت فرانشیز پرداخت کند (اما فقط تا زمانی که به حداکثر پرداختی از جیب برای سال برسد). طرح‌های بیمه با هزینه‌های پرداختی از جیب بالاتر عموماً حق بیمه‌های ماهانه کمتری دارند. هنگام خرید طرح‌ها، مزیت پرداخت‌های ماهانه کمتر را در مقابل خطر بالقوه هزینه‌های پرداختی از جیب زیاد در صورت بیماری یا حادثه بزرگ بسنجید. اگر خوداشتغال هستید، ممکن است بتوانید تا ۱۰٪ حق بیمه‌های بیمه سلامت را که از جیب پرداخت می‌کنید، کسر کنید.

طرح‌های سلامت با فرانشیز بالا (HDHP):

یک نوع بیمه سلامت که به طور فزاینده‌ای محبوب شده است، طرح سلامت با فرانشیز بالا (HDHP) است. این طرح‌ها فرانشیزهای بالاتری و حق بیمه‌های ماهانه کمتری دارند. کاربران آنها تنها کسانی هستند که واجد شرایط افتتاح حساب پس‌انداز سلامت (HSA) هستند که دارای مزایای مالیاتی فدرال قابل توجهی است. برای سال ۲۰۲۴، یک طرح سلامت با فرانشیز بالا طرحی است که فرانشیزهای حداقل ۱۶۰۰ دلار برای یک فرد یا ۳۱۰۰ دلار برای یک خانواده دارد. حداکثر پرداختی از جیب کل ۸۰۵۰ دلار برای یک فرد و ۱۶۱۰۰ دلار برای یک خانواده است. برای سال ۲۰۲۵، این مبلغ به حداقل فرانشیز ۱۶۵۰ و ۳۲۰۰ دلار و حداکثر فرانشیز ۸۳۰۰ و ۱۶۶۰۰ دلار افزایش

بیمه‌های عمومی یا خصوصی پرداخت می‌شود در حالیکه در دیگر کشورهای توسعه یافته پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت تا ۹۷ درصد می‌رسد.

بنابراین به بیمه‌ها به عنوان سرمایه برای پشتیبانی از نظام سلامت جوامع نگاه می‌شود. معمولاً بیمه‌ها نقش یک سازمان میانجی در انتقال سرمایه را از مصرف کننده خدمات سلامت به ارائه‌دهنده آن بازی می‌کنند. در بیشتر مدل‌های اقتصادی حق بیمه استخدام‌شدگان به صورت اسمی توسط دولت یا کارفرما پرداخت می‌شود ولی در عمل این مبلغ با افزایش مالیات عمومی یا کسری از دستمزد در واقع از جیب کارمندان پرداخت می‌شود.

در ایالات متحده، پیمایش بیمه سلامت دشوار است. چرا که این بخش دارای تعدادی رقیب منطقه‌ای و ملی است که پوشش، قیمت‌گذاری و دسترسی آنها از ایالتی به ایالت دیگر و حتی از شهرستانی به شهرستان دیگر متفاوت است. کمی بیش از نیمی از جمعیت ایالات متحده به عنوان مزایای شغلی دارای پوشش بیمه سلامت هستند و بخشی از حق بیمه توسط کارفرما پوشش داده می‌شود. هزینه کارفرما

برای پرداخت‌کننده قابل کسر مالیات است و مزایای کارمند معاف از مالیات است (با استثنائات خاصی برای کارکنان شرکت‌های S). افراد خوداشتغال (از جمله فریلنسرها و کارگران گیگ) می‌توانند بیمه را مستقیماً از بیمه‌گران خریداری کنند. قانون مراقبت مقرون به صرفه سال ۲۰۱۰، که معمولاً با نام اوباما کیر یا ACA شناخته می‌شود، ایجاد بازار بیمه سلامت ACA را اجباری کرد که به افراد امکان می‌دهد طرح‌های استاندارد را از بیمه‌گران خصوصی که در محل زندگی آنها موجود است، جستجو و خریداری کنند. هزینه‌های پوشش مبتنی بر ACA برای مالیات‌دهندگانی که درآمد آنها بین ۱۰۰٪ و ۴۰۰٪ آستانه فقر فدرال است، یارانه‌ای است. برخی از ایالت‌ها نسخه‌های خود را از بازار فدرال با ویژگی‌های متناسب با ساکنان خود ایجاد کردند. افراد بالای ۶۵ سال و افراد معلول، مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی یا ALS واجد شرایط دریافت مراقبت یارانه‌ای فدرال از طریق مدیکر هستند. خانواده‌هایی که درآمد آنها نزدیک به سطح فقر است، واجد شرایط پوشش یارانه‌ای مدیکید هستند.

انواع بیمه سلامت در ایالات متحده:

پیمایش بیمه سلامت می‌تواند دشوار باشد. در ایالات متحده، طرح‌های بیمه مراقبت مدیریت شده، دارندگان بیمه نامه را ملزم می‌کنند مراقبت‌های خود را از شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تعیین شده دریافت کنند. اگر بیمارانه به دنبال مراقبت خارج از شبکه باشند، باید درصد بیشتری از هزینه را پرداخت کنند. بیمه‌گر حتی ممکن است از پرداخت کامل خدمات دریافت شده خارج از شبکه خودداری کند. اکثر طرح‌های مراقبت مدیریت شده، مانند سازمان‌های نگهداری سلامت (HMO) و طرح‌های نقطه خدمات (POS)، بیماران را ملزم می‌کنند یک پزشک مراقبت‌های اولیه را انتخاب کنند که بر مراقبت‌های بیمار نظارت می‌کند، توصیه‌هایی در مورد درمان ارائه



چه کسی به بیمه سلامت نیاز دارد و چرا؟

همه به بیمه سلامت نیاز دارند. بیمه سلامت هزینه‌های مسائل پزشکی جزئی و مسائل عمده، از جمله جراحی‌ها و درمان بیماری‌های تهدیدکننده زندگی و شرایط ناتوان‌کننده را جبران می‌کند. این اطمینان را می‌دهد که می‌توانید هزینه‌های پزشکی را در حالی که از سلامت مالی خوبی برخوردار هستید، پرداخت کنید.

برخلاف بسیاری از کشورها، ایالات متحده یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی دولتی جهانی ندارد. در عوض، یک سیستم پیچیده از بیمه‌گران خصوصی، یارانه‌ها و مشوق‌های مالیاتی دارد که هدف آن مقرون به صرفه کردن مراقبت‌های بهداشتی برای اکثر مردم در بیشتر مواقع است. اگر شاغل هستید، احتمالاً از طریق کارفرمای خود بیمه سلامت دارید.

افراد خوداشتغال می‌توانند بیمه را مستقیماً از یک بیمه‌گر خصوصی دریافت کنند. اگر درآمد شما کم است، می‌توانید برای هزینه یک بیمه‌نامه خریداری شده از طریق بازار بیمه سلامت ACA نیز یارانه دولتی دریافت کنید. اگر سالمند یا معلول هستید، می‌توانید از طریق برنامه‌های مدیکر یا مدیکید فدرال پوشش دریافت کنید.

نظام مالی سلامت در دیگر کشورهای جهان
● استرالیا:

خدمات بهداشت و درمان در استرالیا، عمدتاً بر پایه استوار است؛ پزشکان بخش خصوصی و نظام فراگیر خدمات بیمارستانی. نظام اصلی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استرالیا نظام مدیکر است و از سال ۱۹۸۴ به عنوان یک نظام همگانی بیمه درمانی در استرالیا شروع به فعالیت کرد. بر مبنای این نظام، برای تمام استرالیایی‌ها، دسترسی به مراقبت‌های سلامتی و تجویز دارو با قیمت‌های مصوب و مراقبت‌های بیمارستانی تدارک دیده شده است. بودجه مراقبت‌های سلامتی استرالیا ۷۰ درصد از طرف دولت تامین اعتبار می‌شود.

● انگلستان:

مجلس نقش اصلی و بعد از آن، نخست وزیر جایگاه ویژه‌ای دارد. وزارت بهداشت وظیفه تعیین سیاست‌های عمومی و تخصیص بودجه؛ ادارات منطقه‌ای وظیفه‌ی برنامه‌ریزی راهبردی، کنترل بر فعالیت واحدهای درمانی؛ ادارات ناحیه‌ای، وظیفه‌ی بررسی نیازهای شهروندان و اجرای خط‌مشی‌های ملی و منطقه‌ای را بر عهده دارند. در سطح بیمارستان نیز هیات مدیره مسئول تدوین و تصویب برنامه راهبردی و بودجه بیمارستان است.

● فرانسه:

را پس از ۳۱ دسامبر ۲۰۱۸ حذف کرد. حکم دیوان عالی در سال ۲۰۱۲، مقرر ACA را که ایالت‌ها را ملزم می‌کرد واجد شرایط بودن مدیکید را به عنوان شرط دریافت بودجه مدیکید فدرال گسترش دهند، لغو کرد. در نتیجه، تعدادی از ایالت‌ها تصمیم گرفتند برنامه‌های مدیکید خود را گسترش ندهند. تا سال ۲۰۲۴، تخمین زده می‌شود ۴۵ میلیون نفر از طریق قانون مراقبت مقرون به صرفه دارای پوشش سلامت هستند.

مدیکرو CHIP:

دو طرح بیمه سلامت عمومی، مدیکرو برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP)، پوشش یارانه‌ای را برای افراد معلول و کودکان فراهم می‌کنند. مدیکر، که برای افراد ۶۵ سال یا بیشتر در دسترس است، همچنین به افراد دارای معلولیت‌های خاص، بیماری کلیوی مرحله نهایی و ALS خدمات ارائه می‌دهد. طرح CHIP پوشش سلامت را برای کودکان کم درآمد زیر ۱۹ سال فراهم می‌کند.

مدیکید می‌تواند به سالمندان مسن کمک کند تا هزینه مراقبت‌های طولانی مدت در یک خانه سالمندان را پرداخت کنند، اما مدیکر این کار را نمی‌کند. به همین دلیل است که دریافت‌کنندگان مدیکر اغلب برای پوشش تکمیلی از طریق یک بیمه‌گر خصوصی هزینه پرداخت می‌کنند.



دو طرح بیمه سلامت عمومی، مدیکرو برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP)، پوشش یارانه‌ای را برای افراد معلول و کودکان فراهم می‌کنند. مدیکر، که برای افراد ۶۵ سال یا بیشتر در دسترس است، همچنین به افراد دارای معلولیت‌های خاص، بیماری کلیوی مرحله نهایی و ALS خدمات ارائه می‌دهد. طرح CHIP پوشش سلامت را برای کودکان کم درآمد زیر ۱۹ سال فراهم می‌کند



می‌یابد. طرح‌های سلامت با فرانشیز بالا یک مزیت منحصربه‌فرد ارائه می‌دهند، به این معنا که اگر یکی از آنها را داشته باشید، مجاز به افتتاح و مشارکت درآمد قبل از مالیات در یک حساب پس انداز سلامت هستید که می‌تواند برای پرداخت هزینه‌های پزشکی واجد شرایط استفاده شود. این طرح‌ها مزایای مالیاتی سه گانه ارائه می‌دهند.

• مشارکت‌ها قابل کسر مالیات هستند

• مشارکت‌ها به صورت معوق مالیاتی رشد می‌کنند

• برداشت‌های واجد شرایط برای هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی معاف از مالیات هستند

نکته:

شما می‌توانید پس از ۶۵ سالگی به هر دلیلی بدون جریمه مالیاتی از HSA پول برداشت کنید، اما اگر پول برای هزینه‌های پزشکی واجد شرایط استفاده نشود، مالیات بر درآمد را بر برداشت پرداخت خواهید کرد.

طرح‌های بیمه سلامت فدرال:

تمام بیمه‌های سلامت در ایالات متحده توسط شرکت‌های خصوصی ارائه نمی‌شوند. مدیکر، مدیکید و برنامه بیمه سلامت کودکان (CHIP) طرح‌های بیمه سلامت فدرال هستند که پوشش را برای افراد مسن، معلول و کم درآمد گسترش می‌دهند.

قانون مراقبت مقرون به صرفه (ACA):

در سال ۲۰۱۰، رئیس جمهور باراک اوباما قانون مراقبت مقرون به صرفه (ACA) را امضا کرد. در ایالت‌های شرکت‌کننده، این قانون مدیکید، یک برنامه دولتی که مراقبت‌های پزشکی را برای افراد کم درآمد فراهم می‌کند، گسترش داد. قانون مراقبت مقرون به صرفه شرکت‌های بیمه را از رد پوشش برای بیماران با شرایط از قبیل موجود منع کرده و به کودکان اجازه داده است تا زمانی که به سن ۲۶ سالگی برسند، در طرح بیمه والدین خود باقی بمانند. علاوه بر این تغییرات، ACA بازار بیمه سلامت فدرال را ایجاد کرد و به ایالت‌ها اجازه داد در صورت تمایل، مبادلات خود را ایجاد کنند. ACA همچنین شرکت‌های بیمه را از رد پوشش برای بیماران با شرایط از قبیل موجود منع می‌کند. بازار ACA به افراد و مشاغل کمک می‌کند تا طرح‌های بیمه با کیفیت را با نرخ‌های مقرون به صرفه خریداری کنند. بیمه موجود از طریق بازار ACA ملزم به پوشش ۱۰ مزیت ضروری سلامت است. در اصل، طبق ACA، مالیات دهندگان ملزم بودند بیمه پزشکی را که حداقل استانداردهای تعیین شده فدرال را برآورده می‌کرد، داشته باشند یا با جریمه مالیاتی مواجه شوند. با این حال، قانون کاهش مالیات و مشاغل این جریمه

نظام سلامت ایتالیا یک نظام سلامت ملی، ایالت محورا است که در سه سطح ملی، ایالتی و محلی سازمان دهی شده است. سطح ملی مسئول تضمین اهداف عمومی و اصول پایه ای سیستم است. ادارات بهداشتی ایالتی مسئول تضمین ارائه بسته های مزایا از طریق شبکه های جمعیت محور سازمان های مدیریت بهداشتی محلی و بیمارستان های دولتی و خصوصی هستند (بیمارستان های حاد و درازمدت، آزمایشگاه های تشخیصی، مراکز پرستاری و پزشکان عمومی و متخصص).

وزارت بهداشت دارای ۵ عملکرد محوری است: برنامه ریزی خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین اعتبار مالی خدمات بهداشتی و درمانی، تنظیم خط مشی ها، پایش و در نهایت انجام فعالیت های تأمین مالی نظیر اخذ مالیات های عمومی مرکزی و ایالتی و سایر پرداخت ها.

• کره جنوبی:

دولت یک نظام کامل برای تامین و حفظ سلامتی برای تمام عمر مردم طراحی کرده است و در این راستا، وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، برنامه های خود را برای هدایت و توسعه ی برنامه های خدمات سلامت عمومی به کار بسته است. برای دستیابی به اهداف خود نیز روی نظام بازار آزاد تامین خدمات سلامتی و اجرای نظام بیمه ی ملی سلامت متمرکز شده است. فدراسیون ملی بیمه پزشکی یک (National Fed-ration of Medical Insurance-NFMI) بنگاه ویژه است و بر مبنای اصل ۲۷ قانون بیمه پزشکی تأسیس شده است. هدف عمده NFMI کمک در جهت حفظ و بهبود سلامت ملی همگام با بهبود رفاه عمومی از طریق مؤسسه است.

• ترکیه:

تشکیلات خدمات بهداشت درمانی در ترکیه اساساً زیرمجموعه ای از وزارت سلامت (MOH) کشور است که توسط سازمان اجتماعی، دانشگاه ها، وزارت دفاع پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و داروسازان اداره می شود. وزارت بهداشت نیز ارائه دهنده مراقبت های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی است و اگر چه بیمارستان های خصوصی نیز خدمات ارائه می دهند، ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی، MOH سیاست گذار سلامتی و ارائه خدمات بهداشتی است و در سطح استانی، خدمات بهداشتی و درمانی، از طریق هیأت مدیره های سلامت استانی که از نظر مسئولیت، فرمانداران استانی هستند، انجام می شود.

• ایران:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

در سطح منطقه ای شکل گرفته اند و توسط شوراهای رهبری می شوند. مناطق از طریق مالیات بردارند تأمین مالی میشوند، همچنین دولت نیز بخشی از تأمین اعتبار مالی را به عهده دارد. شهرداری های محلی مسئول برنامه ریزی و پیشبرد اهداف نظام تأمین اجتماعی مانند پرستاری در منزل، بهداشت عمومی، خدمات دندان پزشکی و مراقبت های بهداشت همگانی است.

• نروژ:

تنظیم مقررات مربوط به نظارت و پایش کیفیت مراقبت ها بر عهده دولت است. با تفویض قدرت به مقامات محلی مستقل، برنامه ریزی در خصوص مراقبت های بهداشتی اولیه به صورت غیر متمرکز انجام می شود. مقامات ملی، محلی و منطقه ای نیز نقش مهمی در اجرای برنامه تضمین کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی بر عهده دارند.

• ایتالیا:

هر چند که نظام سلامت ملی ایتالیا مدل اکتسابی از NHS انگلستان است، با این وجود تفاوت های مهمی بین NHS و SSN وجود دارد. مثلاً در کشور انگلیس در سال ۱۹۴۸ بیمارستان های عمومی و خصوصی وارد سیستم NHS شدند ولی در ایتالیا SSN بیمارستان های خصوصی را تحت پوشش قرار نمی دهد.

دولت مرکزی، وظیفه ی تنظیم طرح کلان بهداشتی و درمانی مملکت، تدوین استانداردها و کنترل بر کیفیت مراقبت ها را بر عهده دارد. وزارت رفاه و تامین اجتماعی نیز مسئول اصلی تحت پوشش بیمه درمانی قرار دادن شهروندان است. شهرداران در سطح شهرها وظیفه ی برنامه ریزی عملیاتی، تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش و کنترل خدمات بهداشتی و درمانی محله خود را بر عهده دارند. در سطح بیمارستان، برنامه ریزی راهبردی را مؤسسات ناحیه ای و برنامه ریزی داخلی و مالی را هیأت مدیره انجام می دهند.

• کانادا:

دولت (وزارت بهداشت) مسئولیت اصلی در زمینه ی سیاست گذاری و برنامه ریزی بخش بهداشت و درمان، اعطای کمک های مالی به استان ها، بهبود وضعیت بهداشت و درمان جامعه و کنترل هزینه های درمانی را بر عهده دارد. اجرای طرح های بیمه درمانی در استان، ارائه مزایای درمانی مکمل و مدیریت منابع و برنامه ریزی امور درمانی نظیر برقراری استانداردها بر عهده ایالت ها است. شهرداری ها و مسئولان محلی نیز بیشتر در زمینه تامین بهداشت عمومی برای شهروندان فعالیت می کنند. در سطح بیمارستان نیز، هیأت مدیره، با همکاری کمیته های بیمارستانی، مسئولیت نهایی تدوین و تصویب برنامه ریزی داخلی و بودجه بیمارستان را بر عهده دارند.

• دانمارک:

سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی دانمارک، خدمات بیمارستانی و مراقبت های بهداشتی اولیه از جمله برنامه های پیشگیری را در بر می گیرد. «مناطق»، مسئول ارائه ی مراقبت های بهداشتی اساسی مانند خدمات بیمارستانی و خدمات بهداشتی اولیه هستند. در حالی که «حکومت های محلی» مسئول ارائه ی خدماتی نظیر مراقبت های پرستاری در منزل، معاینات بهداشتی نوزادان، خدمات بهداشتی مدارس و خدمات دندان پزشکی هستند. تأمین مالی عمدتاً به وسیله ی مالیات ها صورت می گیرد. اما گاهی اوقات بیماران پرداخت بخشی از هزینه ها را به عهده دارند. در سال ۱۹۹۵، هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی دولتی حدود ۶/۶ درصد تولید ناخالص ملی را شامل می شد.

همه ی افراد مقیم دانمارک تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی هستند. سیستم بهداشت و درمان دانمارک بر سه مدیریت درمانی ملی، منطقه ای و محلی استوار است. وزارت سلامت اساساً از طریق درآمدهای ملی و تأمین اقتصادی در مناطقی که رسماً از اختیارات محلی برخوردارند به فعالیت های خود می پردازند. ۱۶ منطقه به عنوان مجریان کلی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفه ی سیاست گذاری، تنظیم قوانین و برنامه ریزی نظام بهداشت و درمان را به صورت متمرکز بر عهده دارد. دانشگاه های علوم پزشکی، مسئول اجرای سیاست ها و خط مشی های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت هستند. در سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت بیمارستان برنامه و بودجه بیمارستان را برای تصویب به دانشگاه های علوم پزشکی پیشنهاد می کنند



وظیفه‌ی سیاست‌گذاری، تنظیم قوانین و برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان را به صورت متمرکز بر عهده دارد. دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئول اجرای سیاست‌ها و خط مشی‌های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت هستند. در سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت بیمارستان برنامه و بودجه بیمارستان را برای تصویب به دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌کنند.

فصل دوم: نظام مالی سلامت آمریکا

نظام بهداشت و درمان آمریکا، در میان نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها، بیش از آنکه به نظام کشورهای پیشرفته شبیه باشد، به نظام سلامت کشورهای عقب افتاده مشابه دارد و به همین سبب هم هرگز برای الگوبرداری به کشورهای در حال توسعه پیشنهاد نشده است.

ویژگی مهم نظام بهداشت و درمان آمریکا، اتکال الگوی اخلاقی لیبرال‌های طرفدار حقوق فردی (libertarians) است، به این ترتیب که آن‌ها معتقدند تنها حقوق منفی افراد شایسته محافظت هستند تا افراد بتوانند آنچه را که خود می‌خواهند بدون تعدی دولت و با انتخاب‌های فردی خود انجام دهند. آنان خواستار آن هستند که دولت نقش محدودی در محافظت از حقوق مالکیت فردی و آزادی‌های فردی داشته باشد و با این استدلال با محدودیت استفاده از داروها یا تجهیزات پرهزینه مخالف هستند، زیرا این اقدامات آزادی‌های فرد را برای انتخاب محدود می‌کند. پی‌آمد این اندیشه، آزاد گذاشتن دست واحدهای ارایه‌کننده خدمت برای اقدامات پرهزینه بوده است.

جایگاه اطلاعات سلامت در فرم جدید نظام بهداشت و درمان آمریکا

در سال ۱۹۹۵ پروژه‌ی جمع‌آوری داده برای تصمیم‌گیری (DDM یا Data for decision making) تعریف اصلاحات در نظام سلامت را ارتقا داد و آن را تغییری «پایدار، هدفمند و بنیادین» نامید.

سلسله‌ای از ضرورت‌های خاص، پرداختن به اصلاحات در نظام سلامت را ضروری می‌کند. از جمله نو شدن پرستاب فن‌آوری‌ها، افزایش توقع مردم به استفاده از آخرین و بهترین فن‌آوری‌ها، افزایش هزینه‌ی خدمات و کاهش منابع، حاکم شدن اقتصاد بازار بر سازمان‌های خدمت‌رسان و اثر ناخوشایند آن بر بازار سلامت و نیز مسائلی چون فقر، شهرنشینی، فقر، جهانی‌سازی، ضرورت حفظ دستاوردهای عمومی و مقابله با بلایای طبیعی را می‌توان نام برد.

اصلاحات در مراقبت بهداشتی از اهداف اصلی دولت جدید آمریکا و کنگره‌ی صد و یازدهم می‌باشد. در

اصلاحات جدید، استراتژی بودجه‌ای دولت آمریکا، کاهش هزینه‌های نظام بهداشتی درمانی از طریق ایجاد فعالیت‌های هوشمند در زمینه‌ی مدرنیته کردن نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی از قبیل ایجاد صورت حساب‌های الکترونیکی و پرونده‌ی پزشکی الکترونیکی در بیمارستان‌ها است. اجرایی شدن این فعالیت‌های هوشمند، نیاز به ایجاد تخصص و تعهد در کلیه‌ی ارائه‌دهندگان مراقبت دارد. اگرچه ایجاد زیر ساختار سیستم‌های الکترونیکی در ابتدا هزینه‌های زیادی را به سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند، اما در طولانی مدت باعث افزایش کارایی و اثربخشی خدمات ارائه شده و کاهش هزینه‌ها خواهد شد.

در این راستا، دولت جدید اقدام به تصویب قانون بازسازی و سرمایه‌گذاری مجدد آمریکا (ARRA یا American recovery and reinvestment act) در فوریه ۲۰۰۹ کرده است. از جمله مزایای اجرایی شدن این قانون، بهینه کردن سیستم مدیریت اطلاعات بهداشتی و کارآمد کردن نیروی انسانی متخصص در این حوزه است. به عنوان بخشی از این فعالیت، میلیون‌ها دلار بودجه به نوسازی سوابق و بایگانی‌های بهداشتی اختصاص یافته است که با نوسازی این سوابق و بایگانی‌ها، میلیارد‌ها دلار در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی صرفه جویی خواهد شد. دست‌اندرکاران دولت آمریکا از این قانون به عنوان محرک اقتصادی در کشور یاد می‌کنند.

انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا (AHIMA) یا American health information management association) به عنوان متولی ایجاد اصلاحات در مدیریت اطلاعات بهداشتی به صراحت اعلام کرده است که علاوه بر فراهم کردن هزینه‌های اساسی و اختصاص بودجه، چهار حوزه در زمینه‌ی زیر ساختارها وجود دارد که باید برای آن‌ها برنامه‌ریزی اساسی شود:

ایجاد مرکزی جهت مدیریت فن‌آوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی حوزه‌ی سلامت (HICT یا Health information and communication technology) در سطح ملی و ایالتی، سرمایه‌گذاری جهت ایجاد یک شبکه‌ی ملی در زمینه‌ی اطلاعات بهداشتی، سرمایه‌گذاری برای تأمین نیروی انسانی مورد نیاز اطلاعات مراقبت بهداشتی، سرمایه‌گذاری برای سنجش و ارزیابی نتایج حاصل و برون‌دادها

در این راستا، ۷ محور به عنوان منشور اصلاحات جدید در زمینه‌ی اطلاعات بهداشتی منتشر شده است که شامل موارد زیر است: رعایت محرمانگی و امنیت اطلاعات بیمار، آموزش سلامت عمومی و دسترسی به اطلاعات بهداشتی شخصی، بهبود کیفیت، پذیرش پرونده‌ی الکترونیک سلامت، شبکه‌ی اطلاعات بهداشتی ملی، امکان

تبادل اطلاعات بین سیستم‌های الکترونیکی از طریق استانداردسازی محتوای داده‌ها، مدیریت اطلاعات بهداشتی و نیروی انسانی متخصص در زمینه‌ی تکنولوژی اطلاعات.

فصل سوم: نظام مالی سلامت آلمان

تاریخچه‌ی بهداشت و درمان آلمان، به قرون وسطی برمی‌گردد و زمانی که اراده‌ی ملی بر ریشه‌کنی بیماری‌های واگیر استوار شده بود. بنیان‌گذار سیستم فعلی بهداشت و درمان آلمان شخصی به نام بیسمارک (Bismark) است که در حدود یک قرن پیش می‌زیست. از آن پس تحولات متعدد و عمده‌ای در سیستم پدید آمده است که طبعاً عوامل سیاسی و اجتماعی در آن تأثیر به‌سزایی داشته است.

یکپارچگی آلمان در سال ۱۹۹۰ عمده‌ترین تأثیر را در نظام بهداشت و درمان این کشور برج گذاشته است که تأثیر این واقعه مهم در آلمان شرقی به مراتب بیشتر از آلمان غربی بود. در طی یک دوره ۴۵ ساله نظام بهداشت و درمان آلمان از دو سیستم کاملاً متفاوت استفاده می‌کرد که پس از یکپارچگی دو کشور تلاش عمده‌ای در آلمان شرقی پدید آمد که سیستم بهداشت و درمان آن در حداقل زمان ممکن به سیستم آلمان غربی نزدیک شد.

نظام آلمان نیمه خصوصی نیمه دولتی است. عمده‌ی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی این کشور به نحوی از طریق بیمه و صندوق‌های آن تأمین می‌شود. صندوق‌های بیمه و سازمان‌های تابعه‌ی آن‌ها از مهم‌ترین سطوح سیستم بهداشت و درمان آلمان هستند.

در نیم قرن گذشته تلاش‌های عمده‌ای جهت اجرای تغییرات در این کشور به عمل آمد، ولی نهایتاً به غیر از چند مورد اکثر تغییرات اعمال شده یا به اهداف خود نرسیده‌اند و یا پس از مدتی به وضعیت قبلی خود بازگشته‌اند. آن چه امروزه به عنوان ساختار نظام بهداشتی و درمانی در کشور آلمان مطرح است بسیار نزدیک به ساختار آلمان غربی پیش از یکپارچگی است و این در حالی است که امروزه بخش شرقی آلمان، نظامی کاملاً متفاوت از دوران پیشین خود داراست. از همین رو ابتدا خلاصه‌ای از وضعیت سیستم در آلمان شرقی قبل از یکپارچگی بیان می‌شود و سپس وضعیت امروزی نظام و فرم‌های اعمال شده در آن تشریح می‌شود. نظام بهداشتی و درمانی آلمان شرقی پیش از یکپارچگی:

در آلمان شرقی (General Democratic Republic) نظام بهداشتی و درمانی از نوع کاملاً متمرکز و متحدالشکل و زیربنای آن براساس بودجه‌ی عمومی دولت استوار بود. تقریباً تمامی خدمات

● دولت در سطح بخش‌ها (Lander): از جمله وظایف آن:

تأیید قوانین تنظیم شده، نظارت بر کار انجمن پزشکان و صندوق و انجمن صندوق‌ها، مدیریت و برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها در سطح بخش‌ها، تنظیم قوانین مربوط به استانداردسازی آموزش پزشکی و نحوه آموزش دانشجویان گروه پزشکی.

● دولت محلی: از جمله وظایف آن:

نظارت بر نحوه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، مدیریت بیمارستان‌های محلی، سرمایه‌گذاری در بیمارستان‌های محلی.

کمیته‌ی مشورتی برای اقدامات توافقی: یکی از مهم‌ترین سطوح تصمیم‌گیری در سطح کشور است که ۶۰ نفر عضو دارد. ریاست این کمیته به عهده‌ی وزیر بهداشت است. نمایندگان این کمیته از موسسات ارائه خدمات، صندوق‌های بیمه، عاملان بیمه‌های خصوصی و عمومی، اتحادیه‌های کارگران و اعضای دولت تشکیل شده است. هدف اولیه این کمیته ارائه‌ی پیشنهادات مناسب به دولت برای توسعه کارایی نظام و همچنین راهنمایی صندوق‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات در رابطه با صدور بازپرداخت و نحوه‌ی قراردادهای است.

● انجمن ملی پزشکان صندوق:

این انجمن از بندهای اصلی تصمیم‌گیری در امور بهداشتی و درمانی است. این انجمن که انجمن‌های پزشکان صندوق (KV) را زیر نظر دارد با دولت و سایر کمیته‌ها به مذاکره می‌نشیند و در تصمیم‌گیری نهایی نقش جهانی دارد.

● انجمن ملی صندوق‌های بیمه‌ی بیماری (BDO):

این انجمن نیز که در حقیقت نماینده‌ی صندوق‌های بیمه‌ی چه از نوع محلی و چه از نوع جایگزین است. در جلسات تبادل نظر شرکت می‌کند و نظرات خود را ارائه می‌دهند.

● سایر کمیته‌ها و انجمن‌ها از قبیل:

انجمن پزشکان صندوق (KV)، انجمن دندانپزشکان (KZV)، انجمن بیمارستان‌ها (LKG) صندوق‌های محلی (LDO) و....

● نظام بیمارستانی آلمان:

سه نوع بیمارستان اصلی در این کشور وجود دارد: بیمارستان‌های عمومی که در کنترل دولت هستند (۵۱ درصد کل بیمارستان‌ها).

بیمارستان‌های غیرانتفاعی محلی که تحت کنترل دولت‌های محلی هستند (۳۵٪).

بیمارستان‌های خصوصی که سرمایه آن عموماً توسط پزشکان تأمین می‌شود (۱۴٪).

کارکنان بیمارستان‌های نوع اول و دوم تمام وقت در اختیار بیمارستان هستند و هزینه‌های مراقبت

پزشکی پرداخت می‌شود و سپس این انجمن‌ها حق پزشکان را بصورت کارانه پرداخت می‌کنند.

● سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان:

دولت مرکزی و دو وزارتخانه‌ی تابعه‌ی آن، اعضای اصلی تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان هستند. تا قبل از ۱۹۹۱ بخشی از وزارت کار و امور اجتماعی مسئولیت تصمیم‌گیری در بهداشت و درمان را عهده‌دار بود ولی در حال حاضر وزارت مستقلاً به نام وزارت بهداشت و درمان وجود دارد. نهادهای مختلفی در سطح ملی وظیفه‌ی سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری را به عهده دارند که به شرح زیر می‌باشند:

● دولت مرکزی: سه وظیفه عمده به شرح زیر را عهده‌دار است:

تعیین چارچوب کلی قانونی در امور بهداشت و درمان. تفویض اختیار و مسئولیت به صندوق‌ها، انجمن‌ها و سایر گروه‌ها.

تقسیم وظایف در سطح دولت مرکز بخش‌ها (Land-er)، ایالت‌ها و دولت‌های محلی

خود حکومتی، مهم‌ترین اصل است که در نظام آلمان به آن توجه می‌شود. دولت مسئولیت‌های خود را به سازمان‌های ذی‌ربط تفویض می‌کند. این سازمان‌ها از استقلال کامل برخوردار هستند اما قوانین خود را از دولت دریافت می‌کنند.



در طی سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، اصلاحات در سیستم سلامت بر عدالت و برابری تمرکز داشت. سال ۱۹۸۰، برای کاهش هزینه‌های بخش سلامت، اصلاحاتی در سیستم سلامت انجام شد. ۱۹۹۰، تغییرات ساختاری در سازمان سلامت مورد اصلاح و بررسی قرار گرفت. اصلاحات سال ۲۰۰۲، به دلیل نگرانی مجدد درباره‌ی هزینه‌های ارتباط بود



دارویی، بیمارستانی، سرپایی به صورت رایگان و زیر نظر مستقیم دولت به مردم ارائه می‌شد و بودجه‌ی خدمات مذکور نیز توسط مالیات تأمین می‌شد. بخش خصوصی یا عملاً وجود نداشت و یا بسیار کوچک و قابل اغماض بود. پزشکان نیز به جز بعضی مواردی، حقوق مقرری خود را از دولت دریافت می‌کردند.

پس از یکپارچگی در سال ۱۹۹۰ تغییرات کلی در این نظام به وجود آمد تا در حداقل زمان، سیستم به نوع غربی آن تبدیل شود. بعضی از تغییرات مذکور به شرح زیر است

اجازه‌ی تأسیس صندوق‌های بیمه‌ی بیماری برای عموم آزاد شد و در ژانویه ۱۹۹۱ شبکه‌ی کاملی از این صندوق‌ها در بخش شرقی آلمان تشکیل شد. از آنجایی که عموم مردم از طبقه‌ی کم درآمد بودند، عموماً تحت پوشش بیمه سلامتی اجباری قرار گرفتند.

پرداخت یارانه به صندوق‌ها ۱۲/۱ درصد بودجه بهداشت و درمان در نظر گرفته شد. قیمت یکسانی برای خدمات دارویی در تمام کشور در نظر گرفته شد.

پلی کلینیک‌ها و درمانگاه‌های عمومی از ساختار نظام حذف نشد زیرا به طور هم‌زمان تعداد زیادی از پزشکان پرسابقه به کار در مراکز مذکور مشغول به فعالیت بودند و همچنین بیماران نیز به این نوع خدمات عادت کرده بودند.

پزشکان متقاعد شدند که یکی از دو سیستم حقوق ثابت یا پرداخت کارانه را برای خود انتخاب کنند. حدود ۲۰ میلیون مارک برای تجهیز مراکز مختلف درمانی در جهت رسیدن به وضعیت بخش غربی آلمان هزینه شد.

نظام بهداشتی و درمانی در آلمان (نظام فعلی آلمان) منبع درآمد نظام درمانی این کشور عموماً از طریق مالیات‌های عمومی، مالیات بیمه‌ای (Contribu-tion) و حق بیمه‌های خصوصی و عمومی است. از طرف دیگر ۶۰٪ کل هزینه‌های بهداشت و درمان به صندوق‌های بیمه اختصاص می‌یابد که به ترتیب ۲۱٪ هزینه‌ها را دولت و ۷٪ هزینه‌ها را بیمه‌های خصوصی متقبل می‌شوند. ۱۲٪ باقیمانده نیز هزینه‌هایی است که بیماران خارج از سیستم بیمه‌ای خود متقبل می‌شوند.

شرکت بیمه‌گر خصوصی بصورت کارانه هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی و همچنین پزشکان خود را پرداخت می‌کنند. صندوق‌های بیمه‌ای عموماً به بیمارستان‌ها و پزشکان، بودجه‌ی عمومی مشخصی پرداخت می‌کنند. در مورد پزشکانی که حقوق ثابت ندارند و مسئول خدمات سرپایی هستند ابتدا از سوی صندوق‌های بودجه عمومی انجمن‌های

بیماران نیز توسط صندوق های بیمه تأمین می شود. پزشکان نیز در دو نوع بیمارستان ذکر شده حقوق بگیر هستند که البته در این مقوله رؤسای بخش ها از این قاعده مستثنی هستند و می توانند از بیماران خصوصی خود حق الزحمه دریافت کنند و در حقیقت تنها گروه پزشکان هستند که قادرند در هر دو بخش خصوصی و دولتی فعالیت کنند.

بیمارستان های آلمان از دو نوع بودجه استفاده می کنند: بودجه جاری (عملیاتی) و بودجه عمرانی. بودجه جاری در اکثر موارد توسط صندوق های بیمه و در مواردی توسط بیمه های خصوصی تأمین می شود. بودجه عمرانی نیز با کمک و یا توسط کمک های انسان دوستانه پرداخت می شود (حتی در بیمارستان های خصوصی).

رفرم ها:

گزیده ای از رفرم سال ۱۹۸۸ آلمان: در فواصل سال های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ فعالیت های عمده ای برای کنترل هزینه ها انجام شد. به علت اثرات کوتاه مدت طرح های کنترل هزینه، همیشه نیاز به اقدامات جدیدی در این رابطه بوده است. رفرم سال ۱۹۸۸ با هدف اصلی افزایش آگاهی هر دو طرف عرضه و تقاضا از هزینه های تحمیلی به بودجه کشور انجام شد. از جمله اقدامات انجام شده در این رابطه تغییر در دریافتی های پزشکان و تغییر در سهم پرداختی بیمار، مزایای جزئی در افزایش تعداد و نوع بیمه ها از جمله بیمه بازنشستگان بود.

رفرم سال ۱۹۹۳: از سال ۱۹۹۱ بار دیگر هزینه ها شروع به افزایش کرد و اثرات رفرم قبلی محو شد که از آن پس نیاز به رفرم دیگری جهت کنترل درآوردن وضعیت موجود حس شد. عمده ای اقداماتی که در رفرم سال ۱۹۹۳ پیش بینی شده بود زودتر از ۵ یا ۶ سال نتایج عملی خود را بروز نمی داد. برخی از اصول عمده رفرم به شرح زیر است:

سقف هزینه شخصی برای خدمات پزشکی در مطب و بیمارستان ها، داروخانه های پرسنلی و مدیریت در نظر گرفته شد که البته سقف مذکور بیشتر جنبه موقتی دارد

در برخی خدمات خاص (مثل خدمات دارویی) برای اولین بار سهم پرداختی بیمار در نظر گرفته شد، همچنین این سهم در سایر خدمات (بستری، جراحی) افزایش پیدا کرد.

نحوه پرداخت به پزشکان نیز دچار تغییراتی شد. سیستم کارانه جای خود را به سیستم پرداخت گروهی برای پزشکان و سیستم آینده نگر در بیمارستان داد. در مزایای پرداختی صندوق ها نیز تغییرات مختصری پدید آمد. برخی موارد حذف و برخی دیگر اضافه شد. سیستم مالی بیمارستان ها نیز دستخوش تغییر شد

و از سیستم هزینه ای گذشته نگر به نوع آینده نگر تغییر پیدا کرد.

به طور کلی می توان گفت هدف رفرم ارائه ی یک آگاهی عمومی به سازمان ها در رابطه با هزینه های تحمیلی بود که در این رابطه صندوق ها از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. دولت از صندوق ها خواست تا هزینه های خود را به نحوی کنترل کنند و در حقیقت از این طریق علاوه بر کنترل هزینه ها توزیع عادلانه قدرت نیز فراهم شد.

فصل چهارم: نظام مالی سلامت سوئد

در سال های ۱۹۷۰، مسئولیت درمان و خدمات سلامتی و خدمات بیمارستانی از بخش ملی و دولتی به شورای محلی واگذار شد. در سال های ۱۹۸۰، مسئولیت برنامه ریزی خدمات سلامت از سطح ملی به شورای محلی منتقل شد. در سال ۱۹۸۲، قانون خدمات سلامت و پزشکی، اختیار تام به شوراهای محلی داد تا تمام خدمات مرتبط با سلامت را فراهم کرده و ارائه دهند. این مسئولیت نه تنها در فراهم کردن خدمات سلامت مفید واقع شد بلکه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها سودمند بود. در سال ۱۹۹۲، مسئولیت فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد غیر بیمار و افراد مسن از شوراهای محلی به شهرداری ها واگذار شد. چهار سال بعد در سال ۱۹۹۶ شهرداری علاوه بر مسئولیت فراهم آوری خدمات برای افراد غیر بیمار و مسن، مسئول فراهم کرد خدمات سلامت برای افراد معلول، ناتوان و بیماری های روانی و ذهنی قرار گرفتند.

در سال ۱۹۸۵، در بخش مالی سیستم سلامت

اصلاحاتی صورت گرفت، که فرمول بازپرداخت متناسب با نیازهای اجتماعی و معیارهای پزشکی به جای پرداخت مستقیم به افراد تغییر یافت. در گذشته بازپرداخت های بیمه ای سلامت برای خدمات سیار از طریق شوراهای محلی بر اساس تعداد ویزیت های سرپایی بیماران پرداخت می شد، در سال ۱۹۹۸، با تلاش های فراوان در کنترل نسخ دارویی، شوراهای محلی به جای دولت مرکزی مسئول پرداخت حق نسخ دارویی شدند. در اواخر سال ۱۹۹۰ ترکیبی از بخش های بیمارستانی و شوراهای محلی به وجود آمد که هدف آن کاهش هزینه های اجرایی و افزایش کارایی بود.

گرایش ها در اصلاحات: در طی سال های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، اصلاحات در سیستم سلامت بر عدالت و برابری تمرکز داشت. سال ۱۹۸۰، برای کاهش هزینه های بخش سلامت، اصلاحاتی در سیستم سلامت انجام شد. ۱۹۹۰، تغییرات ساختاری در سازمان سلامت مورد اصلاح و بررسی قرار گرفت. اصلاحات سال ۲۰۰۲، به دلیل نگرانی مجدد درباره ی هزینه های ارتباط بود.

هزینه های سلامت و افزایش تولید داخلی: در سال ۲۰۰۲، هزینه های سلامت در حدود ۹/۲٪ از تولید داخلی را به خود اختصاص می داد. در سال های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، هزینه های بخش سلامت بر تولید داخل میزان ثابتی قرار داشت و میزان آن ۸/۴٪ بوده است اما در بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲، این میزان به ۹/۴٪ رسیده است.

برنامه ریزی، ساختار بندی و مدیریت: شوراهای محلی مسئول برنامه ریزی و توسعه ی سیستم سلامت بر اساس نیازهای متقاضیان است. علاوه بر شوراهای محلی، بخش های خصوصی، بخش های پزشکی و



شده است.

در اولویت بندی ۳ اصل پایه باید در نظر گرفته شود: ۱- سن افراد ۲- اصل نیاز و اتحاد ۳- اصل مقرون به صرفه بودن و سودمندی.

در پیامدهایی چون ناخوشی، بیماری و آسیب، مراکز سلامت این اطمینان را به بیماران می دهند که منابع و صلاحیت های لازم برای ارائه خدمات پزشکی وجود دارد و آنان دارای این صلاحیت هستند. به غیر از کاهش یارانه خدمات دندانپزشکی تغییراتی در بسته سلامت طی ۲۰ سال اخیر ایجاد نشده است.

بیماران حق دارند که پزشک و خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن محدودیت های جغرافیایی انتخاب کنند. تحت برنامه ی بیمه ی اجتماعی، بیماران بر اساس لیست دارویی که توسط کمیته دارو تدوین شده است، تمام هزینه را پرداخت می کنند. بیمه ی سلامت اجتماعی شامل: بیمه های درمان، بیمه های خانواده، حق بازنشستگی، بیمه های تکمیلی، حمایت های درآمدی، مستمري ها به کودکان و مستمري به خانه دار می باشد.

هزینه های بخش سلامت: سرانه هر نفر در بخش سلامت، سال ۲۰۰۳ در کشور سوئد ۲۵۱۷ دلار بوده است. سوئد بالاترین میزان سرانه را در بین کشورهای اروپایی دارد. میانگین سرانه پرداختی در کشورهای اروپایی ۲۳۲۶ دلار بوده است.

در کشورهای همسایه، سرانه ی پرداختی سوئد کمتر از نروژ (۳۰۸۳ دلار) و دانمارک (۲۵۸۰ دلار) است ولی از کشور فنلاند (۱۹۲۳ دلار) بالاتر است. در سال ۲۰۰۳، ۲۴٪ از هزینه های عمومی بخش سلامت توسط شوراها، ۴۸٪ توسط شهوداری ها و ۲۸٪ توسط دولت مرکزی پرداخت شده است.

از کل هزینه کشور سوئد در سطح شوراها، محلی در سال ۲۰۰۳ ۹۲۲۰۳٪ به خدمات سلامت و دندانپزشکی مرتبط بوده است. هزینه های خدماتی برای افراد مسن و معلول در شهرداری شامل ۳۰٪ از کل هزینه ها بوده است.

فصل پنجم: نظام مالی سلامت انگلستان
نظام ملی سلامت انگلستان برای اولین بار خدمات بیمارستانی، خدمات پزشکان خانواده و خدمات خانواده محور را در یک سازمان جمع کرد. در مقطع زمانی ۱۹۵۷ تا ۱۹۶۷ مدیریت امر درمان در اولویت قرار گرفت و اطلاعات بیمار محور شروع و تفکیک تخصص شکل گرفت؛ اگرچه هنوز ساختار خدمت رسانی مورد نقد بود. در سال های ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۷ ایده آل های مربوط به امور کلینیکی و سازمان دهی، تعریف و به تدریج عملیاتی شد. منشور پزشکان عمومی در بخش خدمات عمومی ایجاد گردید و برای اولین بار نظام های مراقبت سلامت مورد تشویق قرار گرفت. در پی آن، رشد

است. با افزایش مالیات در سال های گذشته درآمد مالیاتی هم افزایش یافته است.

شهرداری ها درآمد خود را از وضع مالیات دریافت می کنند (۶۱٪ از کل درآمد در سال ۲۰۰۳) در طی ۵ سال اخیر، درآمد مالیاتی ۷/۳٪ افزایش یافته و درآمد از طریق پرداخت استفاده کنندگان از خدمات به ۶/۰٪ کاهش یافته است.

منابع تکمیلی مالی: سیستم بیمه ی اجتماعی از طریق شورای مرکزی اجتماعی بیمه مدیریت می شود و تضمین های مالی را به افراد بیمار و معلولان ارائه می دهد. یارانه های خدمات دندانپزشکی و نسخه های دارویی توسط بیمه های اجتماعی پرداخت می شود. بیمه ها برای افراد اجباری هستند و بخشی از درآمدهای از دست رفته ی بیماران و معلولین را پرداخت می کنند. اکثر بیمه های سلامت با همکاری با بیماران پرداخت می شود. بیمه های خصوصی سلامت در کشور سوئد بسیار محدود هستند و در سال ۲۰۰۳ در حدود ۲/۲٪ از بیماران از بیمه های خصوصی استفاده می کردند.

مزایای سیستم سلامت: اصول خاص سیستم سلامت یا بسته های دارویی تعریف شده ای در کشور سوئد وجود ندارد. به جای آن، تعریفی به عنوان این موضوع که در سیستم سلامت چه حوزه هایی شامل ارائه خدمات می شود یا خیر وجود دارد. یادستور العمل های کلی در اولویت بندی بخش سلامت معین و تعریف

بخش های بهداشتی در برنامه ریزی سلامت نقش دارند. شوراها محلی، برنامه ها و قوانین بخش های خصوصی را تصویب و مورد اجرا قرار می دهد، همچنین در بازپرداخت های عمومی تصویب رسیده، شوراها محلی مسئول پرداخت هستند. وزارت سلامت و امور اجتماعی، لوايح مرتبط با سلامت را پیش نویسی کرده و به پارلمان تحویل می دهد. این وزارت قوانین کلی را مشخص می کند و به اجرا در می آورد. سازمان سلامت و رفاه، بخش مرکزی و دولتی است که بر آژانس های سلامت و خدمات آنان نظارت کرده و نقش مشاوره ای خود را ایفا می کند.

تمرکززدایی: ۱۸ شورای محلی و ۲ بخش ناحیه ای و ۱ بخش شهرداری، چارچوب اولیه ی سیستم سلامت را تشکیل می دهند. در سوئد به طور سنتی، سطوح محلی خود را اداره و بر خود حکومت می کنند. مسئولیت تمرکززدایی سیستم سلامت هم بر عهده ی شوراها محلی و هم بر عهده ی سطوح ناحیه ای است. به غیر از تدوین سیاست ها و اهداف که به عهده ی دولت مرکزی است، تمام امور دیگر در بخش ها تمرکززدایی شده است.

همان طور که گفته شد، مسئولیت امور مالی و فراهم آوری خدمات با شوراها محلی می باشد و شهرداری ها مسئول ارائه ی خدمات سلامت به افراد غیر بیمار و افراد مسن می باشند، البته شهرداری به شوراها محلی وابسته نیستند.

تمرکززدایی در بخش های سلامت نه تنها به سطوح ملی و محلی و قوانین تنظیم شده مرتبط است، بلکه تمام بخش ها در شوراها محلی مسئول تمرکززدایی سیستم سلامت هستند. از سال ۱۹۷۰، مسئولیت های مالی و پولی در سطوح محلی هم تمرکززدایی شد. درجه ی تمرکززدایی در سازمان ها و مدیریت در هر سطح و بخش متفاوت است.

هزینه و امور مالی در سیستم سلامت کشور سوئد

منابع مالی اصلی: سیستم سلامت کشور سوئد بر پایه ی وضع مالیات بنا شده است. سطوح محلی و شهرداری ها می توانند درآمد بخش های سلامت خود را از دریافت مالیات بر مردم دریافت کنند. علاوه بر مالیات منابع مالی خدمات سلامت توسط دولت و استفاده کنندگان از خدمات تکمیل می شود.

در سال ۲۰۰۳، بیش از ۷۲٪ از درآمدهای سطوح محلی از عواید مالیاتی تامین می شد، منابع دیگر تامین کننده ی ۱۸٪ از طریق دولت، ۳٪ از طریق دیگر منابع و ۷٪ از طریق پرداخت های استفاده کنندگان از خدمات صورت می گرفت.

تناسب عواید مالیاتی در سطوح محلی متفاوت بوده



زمان شروع به کار نظام بهداشت و درمان انگلستان به شکل امروزی آن به سال ۱۹۱۰ میلادی باز می گردد. در آن زمانی طرحی به نام طرح بورلیج که مبتنی بر دسترسی برابر همگان به خدمات درمانی بود در این کشور ایجاد شد که این طرح بعدها منجر به طراحی و استقرار نظام طب مکی در سال ۱۹۴۸ شد. این نظام بر پایه ۳ اصل پیشگیری، تشخیص و درمان ایجاد شد



سریعی در تعداد مراکز بهداشت ایجاد شد.

در سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۷ حد و مرزهای مشخص مالی نظام ملی سلامت انگلستان نهایی شد و مفهوم آن، این بود که دیگر هر چیز که از نظر پزشکی قابل انجام است، ضرورتاً نباید به وسیله نظام ملی سلامت انجام شود. در این دهه، نه تنها مردم، بلکه پزشکان نیز رضایت بیش‌تری داشتند. در سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۷ مهم‌ترین و قابل توجه‌ترین جهت‌گیری فرهنگی نظام ملی سلامت انگلستان با عنوان «بازار داخلی» انجام شد. این طرح برای مشکلاتی مانند زمان انتظار طولانی ارائه شده بود. در این دهه تمام مراقبت‌ها به وسیله اتحادیه‌ها انجام می‌شد. رهیافت «مشارکت خدمت محور مبتنی بر عمل کرد» در همین مقطع زمانی پیشنهاد شد. اما در استقرار طرح جدید نظام ملی سیاست انگلستان در هزاره‌ی سوم، وزارت بهداشت این کشور، نقش کلیدی بر عهده دارد. پیش‌بینی شده که در ۱۰ سال آینده با انجام اقدامات جدی وسیع، بیماران و مردم، محور خدمات سلامتی / اجتماعی کشور باشند. وزارت بهداشت چهار دبیرکل مراقبت سلامتی و اجتماعی دارد که مستقیم با مراکز سلامت استراتژیک و مراکز نظام ملی سلامت این کشور کار می‌کنند. رؤس و وظایف این مراکز عبارتند از: مراکز سلامت استراتژیک، مراکز هدایت، اتحادیه‌های نظام ملی سلامت انگلستان، مراکز یک قدمی، اتحادیه‌های مراقبت‌های اولیه و مراکز مراقبت‌های ثانویه.

زمان شروع به کار نظام بهداشت و درمان انگلستان به شکل امروزی آن به سال ۱۹۱۰ میلادی بازمی‌گردد. در آن زمانی طرحی به نام طرح بورچ که مبتنی بر دسترسی برابر همگان به خدمات درمانی بود در این کشور ایجاد شد که این طرح بعدها منجر به طراحی و استقرار نظام طب ملی در سال ۱۹۴۸ شد. این نظام بر پایه ۱۳ اصل پیشگیری، تشخیص و درمان ایجاد شد. نظام بهداشت و درمان انگلستان بر پایه‌ی طب ملی انگلستان و با هدف ارائه‌ی خدمات درمانی جامع به تمامی شهروندان پایه‌گذاری شده و اساساً تأمین منابع مالی آن از طریق مالیات‌ها و درآمدهای عمومی دولت تأمین می‌شود. مسئولیت نهایی در نظام طب ملی به عهده‌ی وزارت بهداشت انگلستان است. نظام طب ملی توسط یک هیأت مدیره و مدیر عامل، یک هیأت سیاست‌گذاری و مدیران کل مناطق و مدیران بخش‌ها اداره می‌شود. طبیعتاً مدیریت هر منطقه مسئول ارائه‌ی خدمات به آن منطقه است. نظام بهداشت و درمان (انگلستان) ابتدا مبتنی بر فعالیت بخش دولتی بود ولی به مرور نقش بخش خصوصی در آن پررنگ‌تر شده است.

تحول در نظام بیمارستانی

با شروع دهه ۱۹۷۰ میلادی نظام بیمارستانی

دستخوش تحولی شگرف شد که انگلستان نیز از آن مستثنی نبود.

دو علت عمده را می‌توان برای این امر برشمرد:

– شوک نفتی دهه ۷۰ علی‌الخصوص از سال ۷۳ به بعد – زیر سوال رفتن بهره‌وری بنگاه‌های دارای مالکیت دولتی

به این دو دلیل سیاست‌مدارانی همچون مارگرت تاچر و رونالد ریگان در کشورهای صنعتی شروع به مطرح کردن مزایای خصوصی‌سازی کردند و این امر را مانیفست دولت‌های خود قرار دادند.

نکته‌ی قابل توجه این است که اگر چه تاچر در اوائل دهه ۱۹۸۰ سعی به ایجاد تغییراتی در نظام بیمارستانی انگلستان کرد اما به دلیل مخالفت‌های شدید طرفداران تندرو و سنتی NHS در بین مردم و گروه‌های شغلی، این امر تا سال ۱۹۸۸ میسر نشد. در سال ۱۹۸۸ تغییرات NHS با نام WORK FOR PATIENTS به شکلی بسیار گسترده مطرح و تصویب شد. این تحول با ایجاد رقابت بین بخش خصوصی و بیمارستان‌های دولتی آغاز شد، این کار به معنی خصوصی‌سازی به شکل گسترده نبود بلکه با شکست انحصار NHS در بازار بهداشت و درمان شروع به شکل‌گیری کرد.

فصل ششم: نظام مالی سلامت کانادا

همه‌ی کانادایی‌ها هنگام دریافت مراقبت‌های درمانی برابرند و با راقصادی تأمین خدمات درمانی از طریق نظام عمومی مالیات‌ها میان تمام جمعیت تقسیم می‌شود. اصولاً حق بیمه‌ای توسط بیمه‌شدگان پرداخت نمی‌شود و برای دریافت خدمات درمانی نیز به طور مستقیم مبلغی پرداخت نمی‌شود. منبع ارائه‌ی خدمات درمانی مالیات‌های عمومی است که از طریق نظام عمومی مالیاتی تعیین و اخذ می‌شود. و خدمات سلامت به طور عام برای همه‌ی بیمه‌شدگان رایگان است. بیمه‌شدگان مبلغی به عنوان «حق بیمه» پرداخت نمی‌کنند. کل هزینه‌ها از محل مالیات‌های عمومی توسط دولت‌های ایالتی و دولت فدرال تأمین می‌شود. مبلغی را که دولت فدرال به دولت‌های ایالتی پرداخت می‌کند، مبلغ مشخصی است و متناسب با نرخ رشد تولید ناخالص ملی، سالانه افزایش می‌یابد. در این کشور «همه نوع خدمات درمانی ضروری» که در چارچوب تعریف رسمی دولت فدرال جزء «الزام درمان» قرار گیرد، توسط نظام بیمه‌ی خدمات درمانی، پوشش داده می‌شود. این خدمات از طریق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی که به طور عمده دولتی یا عمومی غیرانتفاعی هستند، به صورت رایگان تأمین می‌شود. جامعیت پوشش، مستلزم پوشش «همه نوع خدمات درمانی ضروری» است. خدماتی

نظیر بستری شدن در بیمارستان‌های خصوصی و نیمه خصوصی، در شرایطی که به آن نیازی نباشد و یا خدماتی که توسط غیرپزشک ارائه می‌شود (نظیر بینایی‌سنجی، درمانی طبیعی، ماساژ درمانی و ...) و نیازی به پوشش آن‌ها نیست و خارج از چارچوب «الزام درمان» قرار دارد.

منابع مالی

منبع اصلی مالی مراقبت سلامت، اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها است. مابقی آن از بیماران به صورت انفرادی به شکل پرداخت‌های از جیب (OPP) و بیمه‌ی درمان خصوصی (PHI) تأمین می‌شود. مبلغ تخصیص داده شده به ارائه‌کنندگان و مؤسسات سلامت، در درجه‌ی نخست توسط دولت‌ها برای دسته‌ای از کالاهای خدمات سلامتی که از سوی دولت‌ها به صورت یارانه فراهم می‌شوند و در مرحله بعد توسط مصرف‌کنندگان و بیماران به صورت انفرادی بابت خدمات و کالاهای سلامتی که در بخش خصوصی هستند، فراهم می‌شود.

جمع‌آوری درآمد: تقریباً ۷۰٪ کل هزینه‌های سلامت از اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها تأمین می‌شود. پرداخت در بخش خصوصی به دو بخش پرداخت‌های از جیب (با افزایش تدریجی ۱۵٪) و بیمه‌ی سلامت خصوصی (با افزایش تدریجی ۱۲٪) تقسیم می‌شود؛ ۳٪ باقی‌مانده از برخی منابع ناهمگون، از قبیل صندوق‌های بیمه اجتماعی و اهدایی‌های مؤسسه خیریه تأمین می‌شود.

برخی تغییرات مهم در کسب درآمد در بخش سلامت در طول زمان روی داده است. منابع درآمدی بخش عمومی نسبت به منابع درآمدی بخش خصوصی، از طریق افزایش نسبت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در برابر بخش عمومی کاهش یافت. این امر در خلال نیمه اول دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد و پیامدی مستقیم از مهار هزینه‌های ایالتی بود. در بخش خصوصی، تغییرات چشمگیرتر بوده‌اند.

از سال ۱۹۸۸ سهم بیمه سلامت خصوصی نسبت به هزینه‌های پرداخت از جیب به طور چشمگیری از کمتر از ۳۰٪ به اندکی بیش از ۴۰٪ کل هزینه‌های خصوصی افزایش یافته‌اند؛ با در نظر گرفتن اینکه درآمدهای حاصل از پرداخت از جیب از ۵۸٪ به حدود کمتر از ۵۰٪ منابع مالی بخش خصوصی تنزل یافته است.

دلیل این نوسانات، احتمالاً در افزایش تدریجی هزینه تجویز دارو و توسعه بیمه سلامت خصوصی و تا حدی بواسطه هزینه‌هایی است که تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت قرار می‌گیرند که البته بخشی از این

تغییرات

آزمون نشده‌اند.



گام‌های حمایتی بیمه سلامت برای ارتقای سلامت روان جامعه

دکتر علیرضا چراغی
کارشناس بهداشت

از طرفی اگر بخواهیم به جزئیات ۶ خدمت روانشناسی که زیر پوشش سازمان بیمه سلامت قرار گرفته است، بپردازیم، می‌توان گفت که اختلالات رشدی عصبی، کم‌توانی‌های ذهنی (خفیف، متوسط، شدید، عمیق، تأخیر رشدی، کم‌توانی ذهنی نامعین و اختلال رشدی هوش)، اختلالات ارتباطی، طیف اختلال در خودماندگی، اختلال کم‌توجهی، اختلال یادگیری اختصاصی، اختلالات حرکتی، اختلالات تیک، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه، اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی جبری از مواردی است که مشمول بیمه قرار گرفته است؛ همچنین اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات تجزیه‌ای، اختلال علائم جسمی و شخصیت، اختلالات پارافیلیک، سایر اختلالات روانی و... از دیگر موارد مشمول بیمه است.

جالب است بدانیم که تاکنون ۶۳ مرکز روانشناسی با سازمان بیمه سلامت ایران قرارداد فعال دارند اما به نظر می‌رسد که باید تلاش بیشتری شود تا خدمات سایر گرایش‌های روانشناسی نیز زیر پوشش بیمه قرار بگیرند تا به این ترتیب، افراد بیشتری بتوانند از این خدمات بهره‌مند شوند تا شاهد داشتن جامعه‌ای شاد و سالم و افراد آشنا با مهارت‌های زندگی و ارتباطی و تعمیق روابط صمیمانه میان نسل گذشته و حال باشیم.

گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره، خدمات خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی، خدمات مشاوره در مراجعه اول به دکترای روان شناس بالینی زیر پوشش بیمه سلامت قرار گرفت؛ این موضوع با توجه به هزینه‌های هنگفت خدمات مشاوره‌ای، می‌تواند بستر لازم را برای تسهیل و تسریع در دسترسی افراد نیازمند به دریافت خدمات روانشناسی فراهم کند.

اینکه سازمان بیمه سلامت کشورمان، سال گذشته حدود ۱۱ میلیارد تومان در این حوزه پرداخت کرده است، خود گواه گامی نو برای خدمت به سلامت روان جامعه است. این سازمان اکنون، ۶ خدمت روانشناسی را زیر پوشش قرار داده و با حدود ۲۹ مرکز روانشناسی نیز تاکنون قرارداد همکاری و ارائه خدمات منعقد کرده است. این خدمات روان‌شناسی شامل روان‌درمانی فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی و مشاوره با پرداخت معادل ۷۰ درصد تعرفه دولتی زیر پوشش سازمان بیمه سلامت ایران است.

همچنین براساس مصوبه شورای عالی بیمه سلامت، دکترای روانشناسی بالینی و دکترای روانشناسی سلامت می‌توانند برای پوشش بیمه‌ای خدمات روانشناسی با سازمان‌های بیمه‌گر قرارداد منعقد کرده و نسبت به ارائه خدمات به مردم اقدام کنند. البته انعقاد قرارداد با بیمه‌ها در این زمینه شروطی نیز دارد. این افراد باید پروانه اشتغال و شماره عضویت از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره داشته باشند.

اهمیت حفظ و ارتقای سلامت روان جامعه، کمتر از سلامت جسم و جان آن نیست؛ این موضوع در جهان امروز که شاهد تحولات جدی در سبک زندگی، نحوه ارتباطات اجتماعی، شکاف نسل‌ها، تفاوت‌های فرهنگی و... هستیم، اهمیتی مضاعف یافته است؛ ایجاد امکان مناسب برای بهره‌مندی افراد از خدمات روانشناسی و مشاوره در عصر کنونی به دلیل اشارات فوق، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است اما گویا، نظام سلامت کشورمان طی سالیان گذشته، در این زمینه اهمال کرده و سرمایه‌گذاری در این بخش مهم از سلامت را تا حدودی نادیده گرفته است؛ با این وجود، اینکه طی ۲ سال اخیر، سازمان بیمه سلامت کشورمان، خدمات روانشناسی را زیر بال و پر خود قرار داده است، نویدبخش مسیر تازه‌ای برای مرهم گذاشتن برروح و روان‌های آزرده‌ای است که می‌توانند با دریافت خدمات مشاوره‌ای، جان تازه‌ای بگیرند.

براساس اعلام سازمان بیمه سلامت ایران، خدمات روان - درمانی فردی با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری، حمایتی و هیپنوتراپی، خدمات گروه درمانی با رویکردهای تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری، حمایتی به ازای هر نفر در

در گفت‌وگو با دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران مطرح شد:

بیمه سلامت؛ فراز و فرودها، دستاوردها و چالش‌های پایداری

بیمه سلامت، به عنوان یکی از مهمترین و پرچالش‌ترین برنامه‌های دولت در دهه‌ی اخیر، همواره کانون توجه، نقد و بررسی کارشناسان بوده است.

این طرح با اهداف بلندی چون کاهش سهم پرداختی مردم از هزینه‌های درمانی (کاهش پرداختی از جیب)، افزایش دسترسی به خدمات و متخصصان در بیمارستان‌های دولتی و ارتقا عدالت در سلامت کلید خورد.

در این گفت‌وگو، دکتر بهزاد نجفی، دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران، ضمن مرور چالش‌های اولیه‌ی نظام سلامت که زمینه‌ساز تولد این طرح بودند، به تحلیل اهداف، دستاوردها و مهمترین عوامل عدم پایداری آن می‌پردازد.

او با تأکید بر دستاوردهای برجسته‌ای مانند حذف زیرمیزی و افزایش رضایتمندی در دوره‌ی اوج اجرای طرح تحول سلامت، ریشه‌ی اصلی چالش‌های کنونی، از جمله بازگشت برخی مشکلات گذشته، را در عدم ثبات و کفایت منابع مالی و همچنین مسائل مدیریتی و ساختاری چون تعارض منافع و غفلت از لزوم وجود "پزشک خانواده" به عنوان دروازه‌بان نظام سلامت، جستجو می‌کند. این تحلیل، تصویری جامع از فراز و فرودهای یک طرح ملی و الزامات پایداری آن در بستر اقتصادی کشور ارائه می‌دهد. نجفی اظهار کرد: طرح تحول نظام سلامت همیشه یکی از مباحثی بوده که مورد انتقاد قرار گرفته است؛ از همان ابتدا در مسیر طراحی طرح تحول نظام سلامت و اجرا حضور داشتم.

او ادامه داد: در حال حاضر بیماران هنگام مراجعه به بیمارستان‌ها متأسفانه تجهیزات و لوازم پزشکی را خودشان باید تهیه و برای انجام برخی آزمایش‌های پزشکی و تشخیصی به بیرون ارجاع داده می‌شوند.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران تصریح کرد: هر وقت بیماران به بیمارستان مراجعه می‌کنند یا پزشک نیست یا این که وقتی به اورژانس می‌روند پزشک وجود ندارد؛ این مباحث به عنوان چالش‌های نظام سلامت مطرح بود.

نجفی عنوان کرد: وقتی که این چالش‌ها شناسایی شد، برای کاهش و غلبه بر آن‌ها مسیری طراحی شد که بعدها به اهداف طرح تحول نظام سلامت تبدیل شد؛ یکی از مهمترین اهداف طرح تحول نظام سلامت کاهش پرداختی مستقیم از جیب مردم بوده است.

او بیان کرد: وقتی مردم تحت پوشش بیمه‌های پایه هستند هنگام ارجاع به بیرون باید ۳۰ درصد هزینه را پرداخت کنند، ولی در صورت ارائه این خدمات در بیمارستان تنها ۱۰ درصد تعرفه و فرانشیز پرداخت می‌شود.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران یادآور شد: در طرح تحول نظام سلامت تلاش برای این شد که همه خدمات مورد نیاز بیماران در بیمارستان فراهم شود؛ اگر بیماران نیاز به خدماتی دارند که در بیمارستان‌های دولتی ارائه نمی‌شود، بیمارستان موظف است که از طریق انعقاد قرارداد با آن مرکز درمانی ارائه دهنده خدمات مورد نظر بستر اجرای آن را برای بیماران فراهم کند.

نجفی اضافه کرد: در طرح تحول نظام سلامت شرایط و بسته‌هایی فراهم شد تا مردم حداقل پرداختی از جیب را در بیمارستان‌های دولتی داشته باشند؛ تا قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت پرداختی مردم از جیب بابت فرانشیز ۵۰ تا ۶۰ درصد بوده اما با اجرای طرح این پرداختی از جیب مردم به ۳۰ درصد رسید.

او بیان کرد: دومین موضوع و هدف فراهم کردن خدمات و ایجاد دسترسی به پزشکان برای مردم در بیمارستان‌های دولتی بود؛ انتقاد به بیمارستان‌های دولتی این بود که هنگام مراجعه مردم پزشک نبود، در نتیجه بسته‌هایی برای افزایش میل و رغبت پزشکان به ماندگاری در بیمارستان‌های دولتی طراحی شد.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران با اشاره به اینکه ارتقای ویزیت یکی از بسته‌های طرح تحول نظام سلامت و بسترهای اجرای آن بود، گفت: از دیگر اهداف اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌توان به افزایش رضایتمندی مردم و عدالت در پرداخت اشاره کرد؛ در این حوزه هم بسته‌هایی طراحی و اهدافی دنبال شد که فراهم کردن بیمه رایگان برای مردم یکی از این بسته‌ها و بسترها بود که عدالت در پرداخت و دسترسی به پزشکان متخصص را به دنبال داشت.

نجفی با اشاره به گسترش برخورداری از خدمات به عنوان یکی از اهداف طرح تحول نظام سلامت تصریح کرد: در حال حاضر شاید باید گفت که طرح به اهداف خود نرسیده ولی اگر زمان اجرای طرح با قوت خود را در نظر بگیریم، قطعاً آن زمان با حمایت دولت به خیلی از اهداف خود نزدیک شده بود؛ هتلینگ و بیمارستان‌ها بازسازی شده و وضعیت دسترسی به خدمات نیز بدون افزایش پرداختی مردم

بهبود یافت.

او تشریح کرد: در سال‌های بعد به دلیل اختلافاتی از جمله منبع تأمین مالی طرح و کاهش منابع، اهداف طرح از جمله ماندگاری پزشکان و میزان پرداختی مردم تحت تأثیر قرار گرفت؛ در سال ۹۳ زیرمیزی کامل حذف شده بود، در حالی که اکنون بحث خیلی شایعی است.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران اظهار کرد: در خصوص مهمترین دستاوردهای طرح از نگاه بیماران می‌توان رضایتمندی و دسترسی را عنوان کرد؛ هیچ فردی برای خرید استنت، ارتز یا پروتز به بیرون بیمارستان ارجاع داده نمی‌شد و همه خدمات مورد نیازش در داخل بیمارستان فراهم می‌شد.

نجفی ادامه داد: دسترسی برای مردم خیلی فراهم شده بود، هر زمان که به مراکز درمانی مراجعه می‌کردند، متخصص حضور داشت؛ تمایل حضور پزشکان نیز به دلیل افزایش تعرفه و ویزیت وجود داشت.

او بیان کرد: از نگاه پزشکان نیز بسیاری از آن‌ها که به خدمات در بخش دولتی تمایل داشتند ولی به دلیل پایین بودن نرخ تعرفه‌ها و دستمزدها شاید تحت فشار بودند، با اجرای طرح دستمزدها دو برابر و در برخی موارد پنج برابر شد؛ به همین دلیل از نظر مالی برای پزشکان تأمین مالی خوبی صورت گرفت.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران عنوان کرد: ادامه طرح تحول سلامت در فاز دوم که بحث تعرفه‌ها و ارزش نسبی بازبینی و ویزیت شد، در نتیجه برای انجام خدمات با تعرفه پایین که تمایلی به ارائه آن در بخش دولتی وجود نداشت، ایجاد انگیزه شد.

نجفی یادآور شد: به نظر من مهمترین چالش مالی طرح تحول سلامت این بود که تأمین کنندگان مالی این طرح یعنی دولت از جمله سازمان برنامه بودجه خیلی متوجه موضوع نبودند؛ تصور نداشتند که اجرای این طرح مربوط به ارائه خدمت مخصوصاً در حوزه سلامت یعنی ایجاد هزینه شده و نیاز به تأمین مالی سالانه دارد.

او تصریح کرد: نه تنها همان مقدار بلکه این تأمین مالی باید سالانه افزایش و به عنوان تأمین کننده منبع مالی باید اختصاص اعتبار می‌دادند؛ ولی خیلی به این موضوع توجه نشده و فکر می‌کردند که مثل اجرای پروژه فقط یک بار تأمین مالی دارد.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران با

دستمزد، معافیت‌ها و هزاران موضوع دیگر تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ پایداری منابع دو بخش تأمین و کفایت منابع و همچنین هزینه‌ها را دارد تا پایداری شکل بگیرد.

او اضافه کرد: اگر منابع لازم فراهم ولی کنترل هزینه انجام نشود، به تبع بحث پایداری شکل نمی‌گیرد؛ بنابراین نظام اقتصادی کشور که تعیین‌کننده بیشتر هزینه‌ها است، به شدت می‌تواند پایداری منابع را تقویت و یا از بین ببرد.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران تصریح کرد: هزینه‌های نظام سلامت و بیمه‌ها متناسب با افزایش تعرفه‌ها شکل می‌گیرد؛ افزایش تورم و رشد هزینه‌ها باعث افزایش قیمت تمام شده و تعرفه‌ها و همچنین هزینه‌های نظام سلامت و بیمه‌ها می‌شود.

نجفی ادامه داد: منابع براساس افزایش نرخ حقوق و دستمزد افزایش پیدا می‌کند و از طرفی هزینه‌ها براساس افزایش نرخ تعرفه شکل می‌گیرد؛ به عنوان مثال در سال ۱۴۰۴ حدود ۲۵ درصد افزایش دستمزد را در بخش دولتی داشتیم، از آن طرف افزایش تعرفه ۴۸ درصدی را داشتیم و یک فاصله حدود ۲۰ درصدی وجود دارد.

او بیان کرد: بخشی از هزینه‌های نظام سلامت متأثر از قیمت‌های بازار است، یعنی متأثر از قانون تعرفه‌ها و قیمت‌گذاری تعرفه‌ای نیست؛ به عنوان مثال هزینه‌هایی مربوط به پخت و پز و آشپزخانه در بیمارستان‌ها و همچنین دارو و لوازم مصرفی متأثر از قیمت‌های بازاری هست که در سال شاید بیش از ۱۰۰ درصد افزایش قیمت داشته باشد. دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران عنوان کرد: در شرایطی که نظام اقتصادی ثبات لازم را نداشته و تورم و وحشتناک وجود داشته باشد، این هزینه‌ها از همین تورم و نوسانات بازار متأثر می‌شوند؛ هزینه‌های بیمه و نظام سلامت نیز به تبع تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

نجفی یادآور شد: به همین خاطر اولین بحث در حوزه پایداری نظام سلامت بیمه‌ها همان پایداری اقتصادی است؛ همچنین اینکه متناسب با افزایش هزینه‌ها باید منابع هم افزایش پیدا کنند.

او تأکید کرد: برای هزینه‌ها چند موضوع حجم بسته مزایا و نحوه افزایش آن، تنوع و خدمات جدید، کیفیت خدمات و قیمت خدمات باید در کنار منابع مدنظر قرار بگیرد تا پایداری منابع محقق شود.

گیت‌کیپر از خیلی خدمات غیر ضرور جلوگیری کند؛ همچنین می‌تواند خدمات سطح بندی شده را به مردم ارائه دهد.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران بیان کرد: مهمترین مورد نیز به مدیریت بیمار برمی‌گردد، پزشک خانواده و نظام ارجاع یک کارکرد اساسی که دارد، مدیریت بیمار انجام می‌دهد؛ اینکه بیمار برای دریافت خدمات چه مسیری را باید طی کند.

نجفی ادامه داد: وقتی این نظام ارجاع نباشد، مدیریت بیمار نیز محقق نشده و به صلاح خود در هر مسیری برای دریافت خدمات حرکت می‌کند؛ در این صورت هم بیمار و هم نظام سلامت و بیمه‌ای آسیب می‌بیند.

او عنوان کرد: بیمه پایه معمولاً خدمات و بسته پایه را پوشش می‌دهد، بیمه تکمیلی نیز خدمات تکمیلی و فراتر از بسته پایه را باید پوشش دهد؛ در کشور معمولاً بیمه‌های پایه تعرفه بخش دولتی را پوشش می‌دهند ولی بیمه‌های تکمیلی مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش خصوصی را هم پوشش می‌دهند.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: نوع خدمات و تعرفه پوششی آن‌ها و همچنین روش تأمین منابع و تعیین حق بیمه نیز با همدیگر متفاوت است؛ در بیمه‌های پایه معمولاً حق بیمه و تأمین مالی آن‌ها خیلی ارتباطی با ریسک بیماری ندارد، افراد متناسب با سطح هزینه‌ها و ریسک بیماری هزینه پرداخت نمی‌کنند بلکه بر مبنای توانایی مالی حق بیمه پرداخت می‌کنند.

نجفی یادآور شد: در بیمه‌های تکمیلی معمولاً برای تعیین حق بیمه از ریسک مالی و ریسک بیماری فرد استفاده و بر مبنای آن حق بیمه تعیین می‌شود.

او اظهار کرد: در ماده هشت قانون بیمه همگانی تعیین تعرفه‌ها بیان شده که تعرفه‌های تشخیصی و درمانی کشور براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه مصوب باید از طرف شورای عالی بیمه تهیه و با تصویب هیأت وزیران ابلاغ شود؛ این مسیر کاملاً مشخص شده و در سیاست‌های کلی سلامت هم این موضوع در بند ۱۰ قید شده که تعرفه‌ها براساس قیمت‌های واقعی تعیین شود.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران در خصوص پایداری منابع بیمه‌ها گفت: پایداری منابع در هر خرده نظامی در داخل نظام اقتصادی کشور به خود نظام اقتصادی برمی‌گردد که اول باید پایدار و با نوسان قابل مدیریت و پیش بینی باشد تا خرده نظام‌های آن نیز پایدار باشند؛ اگر مادرآمدهای مالیاتی و نفتی، نرخ تورم و بیکاری، تراز تجاری، نرخ اشتغال اگر متغیر و تحت تأثیر قرار بگیرند و یا با نوسانات زیاد مواجه شوند، همه این نوسانات به خرده نظام‌های دیگر منتقل می‌شود.

نجفی بیان کرد: اصلی‌ترین منابع درآمدی بیمه‌ها حق بیمه است که براساس حداقل دستمزد، افزایش نرخ

اشاره به اینکه هزینه‌های نظام سلامت مداوم و فزاینده است، برای همین سال‌های بعد با چالش مواجه شدند، بیان کرد: از طرف دیگر منبع دیگر هم یک درصد ارزش افزوده بود که در سال‌های بعد تخصیص کاملی نیافت و طرح به لحاظ مالی دچار چالش شد؛ از موضوعات دیگر این حوزه پرداخت‌های نظام سلامت برای پزشکان به شدت افزایش یافته و این اختلاف پرداختی در یک سازمان به تبع اعتراضاتی به دنبال دارد.

او تأمین منابع و مشکل در حوزه نظام پرداخت را دو چالش اصلی مالی طرح تحول نظام سلامت عنوان کرد و گفت: از نظر مدیریتی نیز یکی از چالش‌ها تعارض منافع ایجاد بود، تهیه‌کنندگان طرح در حوزه نظام سلامت بیشتر همان ارائه‌دهندگان خدمات بودند که از آن منتفع می‌شدند؛ این موضوع در خارج از نظام سلامت به شدت دیده شد.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران با اشاره به اینکه اینطور تصور شده بود که طراحان این طرح تحول سلامت به دنبال ایجاد درآمد برای خود بودند، ادامه داد: این یکی از چالش‌های مدیریتی بود که باید قبل از اجرای طرح از طریق دیگری تأیید لازم را می‌گرفت و بعد اجرایی می‌شد؛ از دیگر چالش‌های مدیریتی می‌توان به بخشی‌نگری حوزه طرح پرداخت، دامنه اجرای آن در دانشگاه‌ها بود.

نجفی بیان کرد: به غیر از بیمارستان‌های دانشگاهی چگونگی اجرای طرح، بر خورداری مردم از خدمات و نظام پرداختی طرح با مشکل اساسی برخورد کرد؛ خیلی به آن حوزه‌ها توجه نشده بود و افراد شاغل در آن مراکز و مردم خدمات‌گیرنده از آن‌ها تحت تأثیر قرار گرفتند.

او افزود: تغییر تعرفه‌ها و RVU و ارزش نسبی که اتفاق افتاد، این تعرفه‌ها حوزه تأمین اجتماعی و بخش خصوصی را تحت تأثیر قرار داد؛ منابع جبران‌کننده این موضوع فقط برای وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی دیده شده بود، این یکی دیگر از چالش‌های مدیریتی طرح تحول سلامت بود.

دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: در هر نظامی اگر گیت‌کیپر باشد، قطعاً راهنمایی درستی برای بیمار انجام می‌دهد، همچنین اینکه از هزینه‌های غیر ضرور جلوگیری کند؛ اگر در نظام بهداشتی و درمانی نظام ارجاع و پزشک خانواده داشته باشیم که نقش گیت‌کیپر را ایفا و خدمات مورد نیاز یک سری افراد با هزینه‌های پایین‌تر ارائه دهد، در حقیقت می‌تواند خیلی از هزینه‌های غیر ضرور نظام بیمه‌ای را کاهش دهد.

نجفی تشریح کرد: اگر پزشک خانواده باشد، پرداختی هم متفاوت است ولی در صورت عدم وجود آن نظام پرداخت غالباً افزایش دهنده خدمات غیر ضرور است؛ با وجود پزشک خانواده روش پرداخت نیز سرانه هست و اینطور باعث افزایش کارایی نظام سلامت هم می‌شود. او اضافه کرد: پزشک خانواده می‌تواند با ایفای نقش



بیمه سلامت ایران در گذر از بحران:

راهکارهای حکمرانی، پایداری مالی و پوشش همگانی

دکتر جمشید شایانفر
مدیر کل بیمه گری و جذب
منابع سازمان بیمه سلامت ایران



نظام بیمه سلامت به عنوان یکی از ارکان اصلی تأمین اجتماعی، نقش تعیین کننده‌ای در دستیابی به عدالت، پایداری و کارایی نظام سلامت دارد.

سازمان بیمه سلامت ایران با پوشش گسترده جمعیتی، در مواجهه با چالش‌هایی چون تأمین مالی پایدار، تنوع صندوق‌ها، نابرابری در دسترسی، و تحولات فناورانه قرار دارد.

بررسی دقیق این چالش‌ها و ارائه راهکارهای مبتنی بر حکمرانی کارآمد، نوآوری و تحول دیجیتال می‌تواند مسیر تحقق پوشش همگانی سلامت و ارتقای عدالت اجتماعی را هموار کند.

در این یادداشت، ابعاد مختلف بیمه همگانی سلامت، نقش آن در عدالت اجتماعی، جایگاه فناوری و سامانه‌های الکترونیک، و مباحث کلان استراتژیک سازمان بیمه سلامت ایران مورد تحلیل قرار گرفته است.

بیمه همگانی سلامت و صندوق‌ها (چالش‌های فعلی و راهکارها)

صندوق‌های بیمه‌ای تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران با چالش‌های متعدد و پیچیده‌ای روبرو هستند. این چالش‌ها عمدتاً ناشی از ساختار اقتصادی جمعیت تحت پوشش گسترده و ماهیت هزینه‌های بهداشتی و درمانی است. در ادامه، مهمترین چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی برای هر یک را بررسی می‌شود.

الف) چالش‌های کلیدی صندوق‌های بیمه سلامت

۱- کمبود منابع مالی و کسری بودجه ساختاری هزینه‌های درمانی (به ویژه در بخش دارو و تجهیزات پزشکی) با نرخ بالاتر از درآمدهای صندوقها رشد می‌کند درآمد این صندوق‌ها عمدتاً از طریق حق بیمه (که سهم دولت و کارفرمایان در آن قابل توجه است) و کمک‌های دولتی تأمین می‌شود پرداخت‌های معوق دولت و شرکت‌های بزرگ به صندوق‌ها، این مشکل را تشدید می‌کند.

در نتیجه افزایش بدهی صندوق‌ها به بیمارستان‌ها داروخانه‌ها و ارائه دهندگان خدمات می‌تواند کیفیت خدمات را متاثر سازد.

۲- پوشش جمعیتی بسیار گسترده و ناهمگون سازمان بیمه سلامت پوشش دهنده جمعیت عظیمی از جمله روستاییان، عشایر، شهرنشینان بدون پوشش بیمه‌ای، کارکنان دولت و سایر اقشار است این جمعیت از نظر سطح درآمد، دسترسی به نیازهای سلامت ناهمگون هستند. در نتیجه طراحی یک بسته خدمات واحد و عادلانه برای همه این گروهها دشوار است و ممکن است منجر به نارضایتی برخی اقشار یا عدم پاسخگویی به نیازهای خاص آنان شود.

۳- یکپارچه نبودن سیستم‌های اطلاعاتی عدم یکپارچگی و به روز نبودن سامانه‌های اطلاعاتی بین صندوق‌های بیمه گر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مانع از رصد دقیق هزینه‌ها، شناسایی تخلفات و مدیریت بهینه منابع می‌شود.

در نتیجه بدون داشتن داده‌های دقیق و به موقع تصمیم‌گیری‌های کلان و مدیریتی با چالش روبرو می‌باشند.

۴- افزایش هزینه‌های فناوری و جمعیت سالخورده مانند بسیاری از کشورها افزایش امید به زندگی و پیر شدن جمعیت منجر به شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن و پرهزینه می‌شود. همچنین ورود فناوری‌های جدید و گران قیمت تشخیصی و درمانی فشار مالی مضاعفی بر صندوق‌ها وارد می‌کند.

(ب) راهکارهای پیشنهادی

۱- اصلاحات ساختاری در تأمین مالی

۱-۱- افزایش شفافیت و وصول بهینه حق بیمه ایجاد ساز و کارهای قانونی قوی تر برای وصول به موقع حق بیمه از دولت و کارفرمایان بزرگ

۲-۱- تنوع بخشیدن به منابع درآمدی بررسی امکان استفاده از منابعی مانند مالیات بر محصولات مضر برای سلامت (سیگار نوشابه های قندی و اختصاص بخشی از درآمد حاصل از فروش نفت به نظام سلامت بطور اختصاصی

۳-۱- ایجاد صندوق ذخیره ملی سلامت برای مدیریت شوکهای مالی ناگهانی (مانند همه گیری کووید-۱۹)

۲- تقویت نظام اطلاعات و حکمرانی داده:

۲-۱- ایجاد سامانه ملی یکپارچه اطلاعات سلامت که داده‌های، بیمه، درمان، دارو و پرداخت را به هم متصل کند. ۲-۲- استفاده از هوش مصنوعی و تحلیل کلان داده‌ها Big Data برای پایش الگوی مصرف، شناسایی تخلفات،

پیش بینی هزینه‌ها و ارزیابی کیفیت خدمات

۳- ادغام و تجمیع صندوق‌های بیمه گر

۳-۱- ادغام تدریجی صندوق‌های اصلی (مانند بیمه سلامت و تأمین اجتماعی): ایجاد یک «صندوق بیمه ملی» قدرتمند می‌تواند مقیاس هزینه‌های اداری را کاهش داده و قدرت چانه زنی در خرید خدمات را افزایش دهد.

چالش‌های صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران ریشه در مسائل کلان اقتصادی دارد حل این مشکلات نیازمند عزم ملی، برنامه‌ریزی بلندمدت

و اصلاحات ساختاری است راهکارها باید ترکیبی از مدیریت عرضه و مدیریت تقاضا باشد.

تمرکز بر پیشگیری تقویت نظام مراقبت‌های اولیه و استفاده از فناوری اطلاعات کلیدهای اصلی خروج از وضعیت کنونی و حرکت به سمت تحقق پوشش همگانی سلامت هستند.

نقش بیمه سلامت در تحقق عدالت اجتماعی

الف) نقش بیمه سلامت در تحقق عدالت اجتماعی نقشی محوری و چند بعدی است در حقیقت، بیمه سلامت را می‌توان یکی از ارکان اصلی و ابزارهای عملیاتی کردن عدالت اجتماعی در حوزه بهداشت و درمان دانست که این نقش در محورهای ذیل قابل بررسی می‌باشد

۱- دسترسی. عادلانه به خدمات سلامت (عدالت در توزیع):

۱-۱- از بین بردن مانع مالی: درمان به ویژه برای بیماری‌های سخت و پرهزینه می‌تواند منجر به ورشکستگی مالی خانوارها شود. بیمه سلامت با پوشش بخش عمده‌ای از هزینه‌ها این مانع بزرگ را برای همگان به ویژه قشر کم درآمد، کاهش می‌دهد.

۲-۱- برابری در فرصت: در یک سیستم بیمه‌ای عادلانه یک فرد کم درآمد در یک روستای محروم و یک فرد ثروتمند در شهر بزرگ، هر دو باید بتوانند



نظام بیمه سلامت به عنوان یکی از ارکان اصلی تأمین اجتماعی، نقش تعیین کننده‌ای در دستیابی به عدالت، پایداری و کارایی نظام سلامت دارد. سازمان بیمه سلامت ایران با پوشش گسترده جمعیتی، در مواجهه با چالش‌هایی چون تأمین مالی پایدار، تنوع صندوق‌ها، نابرابری در دسترسی، و تحولات فناورانه قرار دارد







بودجه مشخص و مستمر برای توسعه و به روزرسانی سامانه ها.

۳- آموزش و فرهنگ سازی آموزش گسترده به کلیه ذی نفعان بیمه شدگان ارائه کنندگان خدمات و کارکنان سازمان) برای استفاده مؤثر از سامانه های جدید.

۴- توسعه پروژه های پایلوت شروع از یک منطقه یا یک صندوق خاص به عنوان نمونه آزمایشی برای رفع اشکالات قبل از تعمیم ملی.

۵- همکاری با بخش خصوصی و شرکتهای دانش بنیان استفاده از ظرفیت و نوآوری بخش خصوصی برای توسعه راهکارهای فناورانه در نهایت ادغام موفقیت آمیز نوآوری و فناوری در بیمه سلامت منجر به ایجاد نظامی کارآمد، عادلانه و مقاوم خواهد شد که میتواند به بهترین شکل ممکن به مأموریت خود یعنی تضمین پوشش همگانی سلامت (UHC)، عمل کند.

بطور خلاصه:

مباحث کلان دارای اهمیت در سازمان بیمه سلامت ایران:

موضوعات مهم و کلان در سازمان بیمه سلامت ایران را میتوان در چند محور اصلی زیر دسته بندی کرد. این موضوعات چالشها اهداف و حوزه های استراتژیک این سازمان را شکل میدهند.

الف) تأمین مالی پایدار و مدیریت منابع (چالش بنیادین)

این مهمترین و کلیدی ترین موضوع است که بر تمامی بخش های دیگر سایه انداخته است

۱- کسری بودجه ساختاری شکاف فزاینده بین



**سازمان بیمه سلامت ایران
با پوشش جمعیت عظیمی
از اقشار کم درآمد، گام بزرگی
در جهت عدالت اجتماعی
برداشته است. اما برای تحقق
کامل این هدف، نیاز به رفع
چالشهای مالی، ساختاری و
کیفیتی دارد تا بتواند به وعده
اصلی خود یعنی «پوشش
همگانی سلامت» و «عدالت
در سلامت» به معنای واقعی
کلمه عمل کند**



درآمدهای صندوق از محل حق بیمه و کمک های دولتی و هزینه های فزاینده درمان و دارو

۲- پرداختهای معوق دولت و کارفرمایان عدم وصول به موقع بخش بزرگی از منابع مالی که باعث تشدید بحران نقدینگی میشود.

۳- وابستگی به بودجه عمومی آسیب پذیری سازمان در برابر نوسانات بودجه دولتی

۴- لزوم تنوع بخشی به منابع درآمدی: بررسی راهکارهایی مانند مالیات بر ارزش افزوده بر کالاهای مضر سلامت یا اختصاص درآمدهای خاص

ب عدالت در دسترسی به پوشش همگانی سلامت

۱- کاهش پرداخت از جیب Out of pocket. این شاخص در ایران هنوز بالا است و هدف نهایی، کاهش آن به سطح قابل قبول بین المللی است.

۲- پوشش جمعیت های محروم و خاص: تضمین دسترسی عادلانه، روستاییان عشایر، حاشیه نشینان و بیماران خاص و صعب العلاج به خدمات سلامت

۳- یکسان سازی کیفیت خدمات در جغرافیای کشور: از بین بردن شکاف کیفیت بین مراکز درمانی در شهرهای بزرگ و مناطق محروم

با عنایت به موارد پیشگفت این موضوعات کلان به هم پیوسته هستند. به عنوان مثال تأمین مالی پایدار امکان تحقق "عدالت در دسترسی" را فراهم میکند و تحول دیجیتال ابزار قدرتمندی برای مدیریت نظام پرداخت و کنترل هزینه ها است. موفقیت سازمان بیمه سلامت ایران در گرو آن است که این موضوعات را به صورت یک پازل به هم پیوسته و با نگاهی سیستمی و بلندمدت مدیریت کند نه به صورت جزیره ای و مقطعی هدف نهایی، حرکت به سمت نظام سلامت مبتنی بر عدالت کیفیت و کارایی " است.

در گفتگو با عضو سابق کمیسیون بهداشت خانه ملت مطرح شد؛

چالش‌های آتی بیمه سلامت همگانی ایرانیان در چشم‌انداز برنامه هفتم توسعه



تأمین سلامت همگانی و تضمین عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات درمانی، همواره یکی از اصول بنیادین و مأموریت‌های اصلی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران بوده است. این آرمان از ابتدا بر سه رکن اساسی استوار گردید: تأمین عدالت در دسترسی به خدمات سلامت برای همه‌ی اقشار، صیانت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های سنگین درمانی از طریق کاهش پرداخت از جیب، و پوشش بیمه‌ای کامل برای اقشار آسیب‌پذیر و فاقد توان مالی. خوشبختانه، در سال‌های اخیر، به‌ویژه با اجرای طرح‌های ملی نظیر بیمه سلامت همگانی، گام‌های بلندی در مسیر تحقق این اهداف برداشته شده است؛ تا جایی که امروز تقریباً تمامی جمعیت کشور تحت پوشش بیمه‌ی درمانی قرار دارند و خدمات پایه بیمه سلامت حتی در محروم‌ترین مناطق نیز به صورت رایگان ارائه می‌شود. فراتر از پوشش عمومی، دستاوردهای مهم دیگری همچون ایجاد صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج برای هدفمندسازی کمک‌ها به گروه‌های پر هزینه و نیز پوشش بیمه‌ای خدمات درمان نابالوری به عنوان یک اقدام حمایتی و جمعیتی، ابعاد کیفی خدمات بیمه‌ای را تعمیق بخشیده است. هم‌زمان، تحولاتی زیرساختی مانند اجرای کامل نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک، زیربنای لازم برای شفافیت، مدیریت کارآمد منابع و تسهیل دسترسی مردم به خدمات را فراهم آورده است.

با این حال، علی‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر، نظام بیمه سلامت ایران با چالش‌های ساختاری مهمی مواجه است که پایداری و کارآمدی آن را در بلندمدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. مسائلی چون پایداری منابع مالی در مواجهه با افزایش تقاضا و هزینه‌ها، رفع هم‌پوشانی‌های بیمه‌ای برای جلوگیری از هدر رفت منابع، و ضرورت گسترش خدمات بیمه‌ای از درمان محوری به حوزه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت، از جمله مهم‌ترین این موانع هستند. بر این اساس، سند تحولی برنامه‌ی هفتم توسعه مسیری روشن را ترسیم می‌کند که در آن، بیمه سلامت باید با تکیه بر هوشمندسازی خدمات، پوشش کامل اقشار آسیب‌پذیر و تمرکز بر پیشگیری، به یک ابزار صرفاً درمانی نبوده، بلکه به محور اصلی عدالت اجتماعی و سلامت پایدار در کشور تبدیل شود. هدف از نگارش حاضر، بررسی تحلیلی این دستاوردها، شناسایی چالش‌های

کلیدی و تبیین الزامات حرکت آتی بیمه سلامت در راستای اهداف توسعه‌ای کشور است. زهرا شیخی نماینده سابق کمیسیون بهداشت مجلس در همین خصوص اظهار کرد: اهداف اصلی بیمه سلامت همگانی ایرانیان از ابتدا بر سه محور اساسی استوار بوده است: ۱. تأمین عدالت در دسترسی به خدمات سلامت برای همه اقشار جامعه

۲. کاهش پرداخت از جیب مردم و صیانت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های درمانی ۳. پوشش بیمه‌ای اقشار آسیب‌پذیر و فاقد توان پرداخت حق بیمه وی افزود: خوشبختانه در سال‌های اخیر، با اجرای طرح بیمه سلامت همگانی و بیمه رایگان برای اقشار ضعیف جامعه بخش قابل توجهی از این اهداف محقق شده است. امروز تقریباً تمامی ایرانیان از پوشش بیمه درمانی برخوردارند و حتی در مناطق محروم نیز خدمات پایه بیمه سلامت به صورت رایگان ارائه می‌شود.

این عضو سابق خانه ملت اظهار کرد: از دیگر دستاوردهای مهم، ایجاد صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج است که به صورت هدفمند به گروه‌هایی از بیماران که با هزینه‌های سنگین درمان روبه‌رو هستند، کمک می‌کند. همچنین، پوشش بیمه‌ای خدمات درمان نابالوری گام بسیار مهمی در حمایت از خانواده‌ها و ارتقای شاخص جمعیتی کشور بوده است. شیخی تصریح کرد: در کنار این اقدامات، نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک از دیگر تحولات زیرساختی بیمه سلامت بوده که به عنوان زیرساخت تمام طرح‌های تحولی در حوزه سلامت، به شفافیت، مدیریت بهتر منابع و تسهیل دسترسی مردم کمک کرده است. وی افزود: با وجود این پیشرفت‌ها، چالش‌هایی مانند پایداری منابع مالی، هم‌پوشانی بیمه‌ها، و ضرورت گسترش خدمات بیمه‌ای به حوزه‌های پیشگیری و سلامت محور همچنان وجود دارد. او در پایان گفت: در برنامه هفتم توسعه مسیر آینده بیمه سلامت باید به سمت پوشش کامل و پایدار اقشار آسیب‌پذیر، هوشمندسازی خدمات، حذف هم‌پوشانی بیمه‌ای، و تمرکز بر پیشگیری و ارتقای سلامت جامعه حرکت کند تا بیمه سلامت نه فقط ابزار درمان، بلکه محور عدالت و سلامت پایدار در کشور باشد.

فراتر از پوشش عمومی، دستاوردهای مهم دیگری همچون ایجاد صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج برای هدفمندسازی کمک‌ها به گروه‌های پر هزینه و نیز پوشش بیمه‌ای خدمات درمان نابالوری به عنوان یک اقدام حمایتی و جمعیتی، ابعاد کیفی خدمات بیمه‌ای را تعمیق بخشیده است



هدیه امید به زوجین نابارور با حمایت بیمه سلامت

زهرا آقاجری
کارشناس بهداشت



مجموع این خدمات تعریف شده، بار مالی سنگینی را از دوش زوجین نابارور برداشت؛ ضمن اینکه براساس گزارشات استخراج شده از سامانه‌های الکترونیک، تاکنون ۱۱۸ هزار نفر نشان داده شده‌اند که با مراجعه به ۱۳۹ مرکز ارائه دهنده خدمت طرف قرارداد در سراسر کشور می‌توانند از تعهدات بیمه‌ای بهره‌مند شوند. جالب اینکه در قالب اجرای این طرح، همه زوجین نابارور و مادران باردار فاقد بیمه با انجام ارزیابی وسیع، می‌توانند زیر چتر حمایتی بیمه سلامت قرار گیرند و این موضوع شامل فرزندان زیر ۵ سال آنها نیز می‌شود. در واقع، سازمان بیمه سلامت با هدف کاهش پرداخت از جیب مردم و فراهم‌سازی زیرساخت‌های فرزندآوری برای زوجین جوان، مسیری که بی‌شک، با برنامه‌ریزی هدفمند، هوشمندانه و در پرتو همکاری و حمایت وزارت بهداشت، و پشتیبانی از مراکز درمانی تداوم خواهد یافت.

ارائه خدمات درمانی به زوج‌های نابارور شد؛ همانطور که اشاره شد، در قانون بودجه ۱۴۰۰ خدمات درمانی به زوجین نابارور در تعهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت و سازمان‌های بیمه‌گر مکلف به پرداخت هزینه‌های درمان زوجین نابارور شدند. این میزان پوشش خدمات درمان ناباروری در مراکز دولتی ۹۰ درصد تعرفه دولتی، در مراکز عمومی غیردولتی ۹۰ درصد تعرفه مالکیت و در بخش‌های خصوصی ۷۰ درصد تعرفه مالکیت تعریف شد. از طرفی، هزینه ۶۶ قلم داروی مرتبط با ناباروری به میزان ۹۰ درصد زیر پوشش بیمه قرار گرفت؛ ضمن اینکه پرداخت هزینه‌های پاراکلینیک شامل آزمایشات بالینی (۵۶ قلم) و ژنتیک (۱۶ قلم) و تصویربرداری (۷ قلم) مرتبط با درمان ناباروری، خدمات فوق تخصصی (ART) شامل IVF، میکرواینجکشن، انتقال جنین و UI، پرداخت هزینه‌های ۲۸ قلم تجهیزات مرتبط با خدمات ناباروری و ۴۵ کد خدمت نیز برای آماده‌سازی زوجین نابارور در فهرست خدمات بیمه‌ای قرار گرفت که

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت براساس اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی، در یک کمیسیون مشترک در مجلس شورای اسلامی بررسی شد و پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت ۷ سال، در دهم آبان ۱۴۰۰ به تأیید شورای نگهبان رسید و اجرای آن در آذرماه ۱۴۰۱ در سراسر کشور کلید خورد. قانونی حمایتی که طنین اجرای آن، امیدواری به فرزندآوری را در میان زوجین نابارور ایجاد و زندگی آنها را از یأس و ناامیدی خارج کرد. صرف نظر از این مهم، تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برای کشوری مانند ایران که آهنگ جمعیت آن به کندی نواخته می‌شود و جمعیت آن رو به سالمندی پیش می‌رود، اهمیتی صدچندان دارد و به عبارت دیگر، تصویب و اجرای آن، تدبیری به موقع بود تا بتوان نسبت به اصلاح نرم جمعیتی کشور، گامی ارزشمند و اثرگذار برداشت؛ در این میان، سازمان بیمه سلامت ذیل سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با حمایت‌های مالی گسترده، پیشگام



نقش رسانه‌ها در ارتقای سلامت جامعه

کامران زارعی

کارشناس سواد رسانه



کوشا باشند؛ بی‌گمان، در چنین شرایطی، نباید انتظار داشت، جامعه‌ای که همچون زنجیره‌ای متشکل از افراد با گروه‌های سنی مختلف و شرایط بالینی متفاوت است، آنطور که باید و شاید از شاخص‌های سلامت جسم و جان بهره‌مند باشد.

در این میان شاید نخستین نکته‌ای که به ذهن مخاطب متبلور شود، بهره‌مندی کشور از زیرساخت‌های حوزه بهداشت و درمان، کادر درمان و پزشکی توانمند و حاذق، افزایش سرانه تخت‌های بیمارستانی و... باشد، اگرچه اینها شرط لازم برای ارتقای شاخص‌های سلامت هر کشوری است اما لزوماً شرط کافی نیست و برای اینکه جامعه به آن حد از استاندارد لازم در بخش سلامت برسد، نیازمند اقدام‌های فکری و فرهنگی نیز هست.

به عبارت دیگر باید این باور در میان عموم جامعه نهادینه شود که یکایک افراد در برابر حفظ سلامت خود مسؤول هستند؛ اگر این باور تبدیل به رفتار شود، ناخودآگاه شاهد ورود سبک غذایی سالم و انجام فعالیت‌های ورزشی در سبد خانوارها خواهیم بود. اگر این دو مهم در میان خانواده‌ها و زندگی روزمره افراد، جای باز کنند، دیگر شاهد روند صعودی افراد در گروه‌های سنی مختلف به بیماری‌های دایب، پرفشاری خون، قلبی و عروقی و... که از گرفتاری‌های نوظهور عصر حاضر است، نخواهیم بود؛ اینجا این سؤال مطرح است که چه کسی و با چه نهادی در این خصوص باید قبول مسؤولیت کند، قطع به یقین، نخستین نهاد فرهنگی و اثرگذار، رسانه‌ها هستند. آنها هستند که باید با حمایت نظام سلامت کشور، در راستای انجام رسالت خطیر خود که همانا اطلاع‌رسانی،

پیشگیری، مقدم بر درمان است؛ جمله‌ای که بارها شنیده‌ایم و گاهی، چه ساده از آن عبور کرده‌ایم؛ بی‌اینکه بدانیم توجه و پایبندی جدی به این جمله، نوعی سرمایه‌گذاری بلندمدت در حوزه سلامت جامعه است.

سرمایه‌گذاری که علاوه بر اینکه سلامت یکایک افراد جامعه را حفظ می‌کند، از تحمیل بار مالی به سیستم سلامت کشور نیز جلوگیری می‌کند؛ اما اینکه چگونه این جمله ارزشمند را به باوری عمیق و در نهایت به رفتاری مسؤولانه در سطح جامعه تبدیل کرد، نیازمند الزاماتی است که در رأس آنها سیاستگذاری و سرمایه‌گذاری فرهنگی و رسانه‌ای قرار دارد؛ پرواضح است، تا مادامی که مردم ندانند، اقدام‌های پیشگیرانه تا چه حد می‌تواند از ابتلای آنها به انواعی از بیماری‌ها جلوگیری کرده، نمی‌توانند در حفظ سلامتی خود

آگاهی بخشی و فرهنگ سازی است، گام‌های بنیادین و اثرگذار بردارند، این رسانه‌ها هستند که باید با بهره‌گیری از دانش و تخصص کارشناسان حوزه سلامت و با ارائه برنامه‌های کارشناسانه، اثرگذار و متناسب برای گروه‌های سنی مختلف، گامی بلند در راستای ارتقای سلامت جامعه بردارند.

در عصر حاضر که رسانه‌ها از حالت صرف مکتوب خارج شده و به شکل مجازی نیز درآمده است، به همگرایی میان رسانه‌ها و نظام سلامت بیش از هر زمان نیاز است؛ به نظری می‌رسد که این رسالت متوجه رسانه‌ها، اساتید فرهنگ و ارتباطات و همینطور وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رأس و وزارت آموزش و پرورش است تا همگرا و همسو با هم در راستای ارتقای سواد سلامت آحاد جامعه، اهتمام ویژه ورزند.

قطعاً، تنها با تکیه بر افزایش اعتبارات نظام سلامت نمی‌توان، شاخص‌های سلامت جامعه را بالا نگه داشت چرا که سلامت، چندوجهی است و حفظ آن نیز تابعی از شرایط و الزامات متنوع است؛ قطعاً، افزایش اعتبارات نظام سلامت کشور، سازمان‌های بیمه‌گزار جمله بیمه سلامت می‌تواند در این خصوص راهگشا باشد اما به زعم نویسنده، سیاستگذاری فرهنگی و رسانه‌ای فراتر از اینهاست و باید در این خصوص طرحی نو در انداخت و همه نهاد‌های فرهنگی و در رأس آنها رسانه‌ها باید بیش از پیش پای کار باشند تا آحاد جامعه از نسل کودک گرفته تا جامعه سالمندی با ارتقای سواد سلامت، بدانند و آگاه باشند که اقدام‌های پیشگیرانه بهترین راهکار برای حفظ سلامت آنهاست.



پروژه‌های افتتاح شده شش ماهه نخست سال ۱۴۰۴

ممنون میشم متن ۷۰ کلمه ای با کاربرد لید برای این بخش ارسال نمایید. ممنون میشم متن ۷۰ کلمه ای با کاربرد لید برای این بخش ارسال نمایید. ممنون میشم متن ۷۰ کلمه ای با کاربرد لید برای این بخش ارسال نمایید.



**پروژه اداره بیمه سلامت
شهرستان آباده**

۲۴۰
متر مربع

۲۴۰
متر مربع

**پروژه اداره بیمه سلامت
شهرستان بوانات**



**پروژه اداره بیمه سلامت
شهرستان لردگان**

۳۰۰
متر مربع

۴۰۰
متر مربع

**پروژه اداره بیمه سلامت
شهرستان کامیاران**



**پروژه اداره بیمه سلامت
شهرستان نجف آباد**

۳۲۷
متر مربع

دکتر کاملی:

دفتر خدمات تخصصی بیمه سلامت؛ محور حمایت از خدمات تخصصی و ارتقای بهره‌وری در نظام سلامت کشور است

توسعه کمی و کیفی خدمات سلامت، افزایش پوشش بیمه‌ای و گسترش خدمات دیجیتال را از محورهای اصلی فعالیت‌های دفتر خدمات تخصصی عنوان کرد.

دکتر کاملی، مدیر دفتر خدمات تخصصی سازمان بیمه سلامت ایران، به تشریح مهمترین وظایف، اهداف، چالش‌ها و برنامه‌های آتی این دفتر پرداخت. وی کاهش پرداخت از جیب مردم،

به عنوان نخستین سؤال، مهمترین وظایف و مأموریت‌های دفتر خدمات تخصصی را بیان بفرمایید.

همان گونه که از نام دفتر خدمات تخصصی پیداست، این دفتر مسؤول حمایت مالی و بیمه‌ای از خدمات تخصصی در نظام سلامت است. پس از خدمات پزشکان عمومی، تمامی خدمات دیگر در حوزه تخصصی قرار می‌گیرد و دفتر ما موظف است برنامه‌ریزی، مدیریت و حمایت بیمه‌ای لازم را برای این خدمات انجام دهد تا پرداخت از جیب مردم افزایش نیابد. اصلی‌ترین هدف سازمان، کاهش هزینه‌های سلامت برای مردم است. از این رو، دفتر تخصصی تلاش می‌کند با مدیریت بهینه خدمات سرپایی، بستری، تشخیصی، پاراکلینیکی، درمانی و ملزومات پزشکی، از افزایش پرداخت مستقیم بیماران جلوگیری کند. همچنین توسعه کمی و کیفی خدمات، افزودن خدمات جدید به بسته‌های بیمه‌ای و تعمیق پوشش خدمات موجود نیز از مأموریت‌های این دفتر است.

در زمینه پوشش جمعیتی چه اقدام‌هایی صورت گرفته است؟

یکی از اهداف سازمان، افزایش پوشش جمعیتی است. ما علاوه بر بیمه‌شدگان مستقیم سازمان، در مواردی موظف به ارائه خدمت به کل جمعیت کشور هستیم؛ مانند صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج که بیمه‌شدگان سایر صندوق‌ها رانیز پوشش می‌دهد، یا طرح یارانه شیر خشک که بدون توجه به نوع بیمه، تمام خانواده‌های ایرانی را در بر می‌گیرد.

به موضوع خدمات دیجیتال اشاره کردید. چه دستاوردهایی در این حوزه داشته‌اید؟

سازمان بیمه سلامت از حدود یک دهه پیش حرکت به سمت الکترونیکی‌سازی خدمات را آغاز کرد. حذف دفترچه‌های کاغذی، نسخه‌نویسی الکترونیک و دیجیتالی شدن فرآیند رسیدگی به اسناد، از جمله اقدام‌های مهم در این مسیر بوده است. ما با به‌روزرسانی سامانه‌ها و قواعد الکترونیکی خود، در راستای ارتقای بهره‌وری و شفافیت گام برمی‌داریم.



چه سیاست‌های جدیدی برای دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات تخصصی اجرا شده است؟

در سال‌های اخیر، خدمات نوینی مانند صندوق صعب‌العلاج، حمایت از زوجین نابارور و تحت پوشش قرار دادن خدمات کمک‌باروری و توان بخشی جامعه معلولان و مددجویان بهزیستی به مجموعه خدمات ما افزوده شده است. این‌ها از جمله طرح‌هایی هستند که پیش‌تر وجود نداشتند و امروز به‌طور رسمی در حال اجرا هستند.

در مسیر اجرای برنامه‌ها، چه چالش‌هایی پیش‌روی دفتر خدمات تخصصی قرار دارد؟

در سطح ملی هیچ برنامه‌ای بدون چالش نیست. یکی از مهمترین چالش‌های ما محدودیت منابع مالی است. میزان اعتبارات اختصاص یافته در مقایسه با نیاز واقعی پایین تر است و این مسئله می‌تواند اجرای کامل اهداف را دشوار کند. چالش دیگر، کمبود نیروی انسانی است؛ چرا که سال‌هاست استخدام جدیدی صورت نگرفته و نیروهای مجرب بازنشسته می‌شوند بدون جایگزینی. همچنین هماهنگی بین بخشی با سایر سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی و دیگر سازمان‌های همکار از موضوعات مهم در دستور کار است البته ارتباطات ما با این دستگاه‌ها سازنده و مستمر است، اما حجم بالای کار و تفاوت اولویت‌ها گاه موجب کندی در برخی فرآیندها می‌شود.

نسخه‌نویسی الکترونیک از برنامه‌های شاخص سازمان است. در این خصوص توضیح دهید.

نسخه‌نویسی الکترونیک گامی بزرگ در مسیر استقرار پرونده سلامت الکترونیک کشور است. پیش‌تر ثبت الکترونیک خدمات عمدتاً در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی انجام می‌شد، اما در حوزه سرپایی، یعنی مطب‌ها، درمانگاه‌ها و آزمایشگاه‌ها، چنین سامانه‌ای وجود نداشت. از سال ۱۳۹۹ نسخه‌نویسی الکترونیک به صورت سراسری اجرا شد و اکنون با راه‌اندازی نسخه جدید، فرآیندها ساده‌تر و سریع‌تر شده‌اند.

در نسخه جدید، سرعت ثبت نسخه افزایش یافته، بخش‌های جدیدی مانند دندان پزشکی و رادیوتراپی افزوده شده، ثبت تشخیص و ارتباط بین سامانه‌ها ارتقا یافته است. زیرساخت‌های فنی این طرح نیز کاملاً فراهم است.

چشم‌انداز دفتر خدمات تخصصی را برای پنج سال آینده چگونه ارزیابی می‌کنید؟

انتظار داریم در کمتر از پنج سال آینده پرونده سلامت الکترونیک به‌طور کامل در کشور استقرار یابد. زیرساخت‌ها موجود است و خدمات در سه سطح پیشگیری، سرپایی و بستری به صورت الکترونیک ثبت می‌شود. تحقق این هدف یکی از آرمان‌های چندین برنامه توسعه ملی بوده که ان شاء الله به زودی محقق خواهد شد.

به عنوان سخن پایانی اگر نکته خاصی دارید بفرمایید؟

استمرار خدمات صندوق صعب‌العلاج و تأمین منابع مالی پایدار برای آن بسیار حیاتی است. امید بیماران نباید دچار وقفه شود. همچنین در حوزه ناباروری و توان بخشی نیز باید با تأمین منابع کافی، پوشش خدمات را ادامه دهیم تا در راستای سیاست‌های جمعیتی کشور، حمایت مؤثری از این اقشار صورت گیرد.

سرپرست مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت:

پژوهش‌های راهبردی به عنوان قطب‌نمای سیاست‌گذاری عمل می‌کند



را با رویکردی نوین آغاز کرده است که تمرکز آن فراتر از تحقیقات کاربردی، معطوف به مطالعات راهبردی و آینده‌پژوهانه است. به مناسبت هفته بیمه سلامت برای بررسی دقیق‌تر مأموریت‌ها، اولویت‌های پژوهشی و چالش‌های پیش روی این مرکز، به گفت‌وگو با دکتر فرشید عابدی، سرپرست مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، نشستیم. در این مصاحبه، ایشان ضمن تشریح تاریخچه و اهداف مرکز، به تبیین اولویت‌های کلیدی همچون پیشگیری از خدمات غیرضروری، نظام‌های نوین بیمه‌ای برای سالمندان و لزوم بهره‌گیری از فن‌آوری‌های جدید در فرهنگ‌سازی می‌پردازند و «تعهد مدیریتی» را مهمترین چالش راهبردی برای تحقق جایگاه واقعی پژوهش در نظام سلامت کشور معرفی می‌کنند. آنچه در ادامه می‌خوانید، نگاهی عمیق به نقشه راه این نهاد پژوهشی است.

در عصر حاضر که نظام‌های سلامت با چالش‌های پیچیده‌ای همچون افزایش هزینه‌ها، تغییرات هرم سنی جمعیت و لزوم گذار به رویکردهای پیشگیرانه مواجه هستند، «پژوهش‌های راهبردی» به عنوان قطب‌نمای سیاست‌گذاری عمل می‌کند. تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، دیگر یک انتخاب نیست، بلکه یک ضرورت انکارناپذیر برای تخصیص بهینه منابع و تضمین پایداری نظام سلامت است. در این میان، سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان یکی از بازیگران کلیدی این عرصه، نقشی حیاتی در هدایت تحقیقات به سمت حل مسائل واقعی و کاربردی ایفا می‌کنند. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت به عنوان بازوی پژوهشی سازمان بیمه سلامت ایران، دقیقاً با همین هدف تأسیس شده است تا پلی میان داده‌ها، شواهد علمی و سیاست‌گذاری‌های کلان ایجاد کند. این مرکز پس از طی فراز و نشیب‌هایی، به تازگی فعالیت خود

درخصوص مأموریت‌ها و اهداف اصلی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت توضیح بفرمایید.

مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، موافقت اصولی خود را در سال ۱۳۹۶ دریافت کرد. طبق برنامه‌ریزی، قرار بود این مرکز ظرف مدت دو سال به موافقت قطعی دست یابد، اما با چالش‌هایی مواجه شد و نهایتاً در تیرماه سال ۱۴۰۴ موفق به اخذ موافقت قطعی گردید. نگاه کلی و رسالت اصلی مرکز، برانجام مطالعات کاربردی و مسئله‌محور، تحقیقات راهبردی و کلان در سطح ملی و منطقه‌ای و همچنین اجرای پروژه‌های فناورانه متمرکز است. در حوزه مطالعات کاربردی، توجه ویژه ما معطوف به تحقیقاتی است که به حل مسائل جاری نظام سلامت کمک کند. در بخش مطالعات راهبردی، به دنبال انجام اقدام‌های مطالعاتی کلان هستیم و در کنار آن، نگاه ویژه‌ای به تبدیل شدن به یک مرکز همکاری با سازمان بهداشت جهانی و کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی داریم.

مهمترین اولویت‌های پژوهشی مرکز تحقیقات بیمه سلامت شامل چه مواردی است؟

اولویت‌های پژوهشی مرکز، منطبق بر «منشور

۵. سالمندی و جمعیت: توجه ویژه به مسائل مرتبط با سالمندی و تحولات جمعیتی کشور.

۶. نظام‌های نوین بیمه‌ای: مطالعه و تحقیق بر روی مدل‌های جدیدی مانند «بیمه‌های مراقبت‌های طولانی‌مدت (Long-Term Care)» که به‌طور خاص در حوزه سالمندی کاربرد دارد.

آیا نتایج و دستاوردهای تحقیقات انجام شده در این مرکز به مراجع سیاست‌گذار و قانون‌گذار ارجاع داده می‌شود و در سطح کلان مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

بله، البته باید اشاره کنم که در گذشته، عمده تحقیقات انجام شده در سطح کاربردی بود و تحقیقات راهبردی و کلان کمتر صورت می‌گرفت. طبیعتاً برای تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران، نیازمند ارائه تحقیقات راهبردی هستیم. با تغییر رویکرد و سیاست‌گذاری جدید در مرکز، حرکت ما بیش از پیش به سمت تحقیقات راهبردی معطوف شده است تا سیاست‌گذاران مختلف بتوانند از نتایج آن بهره‌برداری کنند. با این وجود، حتی نتایج تحقیقات کاربردی فعلی که در

فعالیت‌های سازمان بیمه سلامت تا سال ۱۴۰۵) تدوین شده است. براساس این منشور، اولویت‌های اصلی ما عبارت‌اند از:

۱. حوزه پیشگیری: تمرکز ویژه بر مباحثی که منجر به پیاده‌سازی فرهنگ و اقدام‌های پیشگیرانه در سطح جامعه شود.

۲. پیشگیری سطح چهارم: جلوگیری از ارائه کلیه خدمات غیرضروری که هم برای سازمان بیمه‌گر و هم برای مردم زیان‌بار است. یکی از مصادیق بارز این موضوع، پدیده «پولی فارماسی» یا مصرف هم‌زمان چند دارو است که علاوه بر آسیب‌های جسمی، هزینه‌های مالی قابل توجهی را به افراد تحمیل می‌کند.

۳. نظارت: انجام فعالیت‌های پژوهشی در راستای جلوگیری از تخلفات احتمالی.

۴. حوزه درمان: اجرای تحقیقات پایه و کاربردی برای حل چالش‌های حوزه درمان.

از آن جا که موافقت قطعی مرکز به تازگی صادر شده است، با حالش هاپ، روه رو هستیم. اولین حالش



اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع نقطه عطفی برای اجرای عدالت در سلامت

برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به عنوان یک طرح زیربنایی و کلیدی در نقشه راه تحول نظام سلامت کشور، وارد فاز اجرایی گسترده‌تری شده است؛ حرکتی که بسیاری از متخصصان و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان آن را مهمترین گام عملی برای تحقق آرمان دیرینه "عدالت در سلامت" و دسترسی همگانی به خدمات درمانی باکیفیت می‌دانند.

هدف اصلی این برنامه، بازآرایی ساختار ارائه خدمات از یک مدل درمانی -محور و بیمارستان- محور به یک مدل پیشگیری-محور و جامعه-محور است که در آن، سلامت شهروندان در وهله اول در سطح محلی و اولیه مدیریت می‌شود. محوریت این طرح، تقویت سطح اول خدمات بهداشتی است؛ جایی که پزشک خانواده به عنوان هسته اصلی و نقطه تماس اولیه مردم با نظام درمانی، مسئولیت مدیریت سلامت فرد و خانواده را بر عهده می‌گیرد.

این پزشک با تشکیل و به‌روزرسانی پرونده الکترونیک سلامت برای هر عضو خانواده، نظارت مستمر بر وضعیت بهداشتی، انجام معاینات دوره‌ای، ارائه مشاوره‌های پیشگیرانه و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها را تضمین می‌کند.

نظام ارجاع، حلقه مکمل و حیاتی این برنامه است که با ایجاد یک مسیر مشخص و منطقی برای دسترسی به سطوح بالاتر خدمات، از مراجعات مستقیم و بی‌رویه به

متخصصان و بیمارستان‌ها جلوگیری می‌کند.

این سازوکار، علاوه بر کاهش بار ترافیک در مراکز تخصصی و بیمارستانی، به صرفه‌جویی قابل توجه در منابع ملی و جیب مردم می‌انجامد، چرا که خدمات در سطح اول، معمولاً رایگان یا با کمترین تعرفه ارائه می‌شوند.

این تمرکز بر سطح اولیه، عملاً به معنای ارائه خدمات باکیفیت و ارزان در نزدیک‌ترین نقطه به محل زندگی مردم است و این موضوع، مهمترین بُعد تحقق عدالت به شمار می‌رود، زیرا تضمین می‌کند که ساکنان مناطق محروم و روستایی نیز به همان کیفیت خدماتی دسترسی داشته باشند که ساکنان مناطق مرفه شهری از آن برخوردارند.

اما اجرای موفق این طرح عظیم، که مستقیماً با سلامت و زندگی میلیون‌ها نفر در ارتباط است، با چالش‌های جدی روبه‌رو است که بی‌توجهی به آن‌ها می‌تواند طرح را از مسیر اصلی خود منحرف سازد. یکی از بزرگ‌ترین موانع، موضوع تأمین مالی پایدار است. با توجه به وسعت طرح و نیاز به پرداخت مناسب به تیم‌های سلامت (شامل پزشک، ماما، پرستار و مراقب سلامت) برای ماندگاری و انگیزه در مناطق کمتر برخوردار، دولت باید بودجه‌ای ثابت و قابل اتکا را به این بخش اختصاص دهد و از هرگونه تخصیص قطره‌چکانی جلوگیری کند. در کنار این، تکمیل و بهینه‌سازی زیرساخت‌های

فن‌آوری اطلاعات و شبکه ملی سلامت برای پشتیبانی از پرونده الکترونیک و سامانه ارجاع آنلاین، یک ضرورت فنی غیرقابل انکار است.

همچنین، جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی طرح نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. سال‌ها عادت مردم به خودارجاعی و مراجعه مستقیم به متخصصان و بیمارستان‌ها، نیازمند یک برنامه جامع فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی است تا مردم اهمیت مراجعه اولیه به پزشک خانواده و رعایت مسیر ارجاع را درک کنند.

موفقیت این برنامه نه تنها با ارقام و آمار کاهش هزینه‌ها سنجیده می‌شود، بلکه با شاخص‌هایی چون افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر نوزادان، کنترل مؤثرتر بیماری‌های مزمن و از همه مهم‌تر، رضایتمندی مردم از نحوه دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، ارزیابی خواهد شد.

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پتانسیل تبدیل شدن به ستون فقرات یک نظام سلامت کارآمد و عادلانه را دارد، مشروط بر آنکه اراده سیاسی قوی برای رفع موانع و حمایت همه‌جانبه از تیم‌های اجرایی در تمام سطوح حفظ شود تا این نقطه عطف، به یک تحول ماندگار و مؤثر در تاریخ سلامت کشور تبدیل گردد.

بد نیست بدانیم ابلاغ اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور که شهریورماه امسال

حق بیمه‌ای پرداخت نمی‌کنند و در واقع حق بیمه این افراد باید توسط دولت پرداخت شود که تاکنون در هیچ سالی به‌طور کامل به سازمان بیمه سلامت پرداخت نشده و در هر سال ۴۰ تا ۵۰ درصد از حق بیمه صندوق روستاییان و عشایر توسط دولت به سازمان بیمه سلامت ایران پرداخت می‌شود.

معاون سازمان بیمه سلامت ایران اظهار کرد: برای پزشکی خانواده ۲ استان فارس و مازندران نیز از سال ۹۱ تاکنون اعتباری به سازمان بیمه سلامت ایران اختصاص نیافته و بیمه سلامت از منابع خود، این هزینه‌ها را پرداخت می‌کند؛ از طرفی اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران منجر به کاهش هزینه‌ها نشده و مراقبت یکپارچه نیز محقق نشده است.

مشکل نظام سلامت: افزایش هزینه، کاهش منابع

معاون بیمه سلامت، درباره مشکلات بودجه‌ای حوزه سلامت نیز گفت: سهم سلامت از تولید ناخالص ملی در سال‌های اخیر کاهش یافته و سرانه سلامت در کشور ما نسبت به کشورهای منطقه فقط از دو کشور همسایه بالاتر است؛ از طرف دیگر باید گفت که نظام سلامت با دو مشکل مواجه است؛ نخست افزایش هزینه‌های روزافزون و دوم کاهش منابع روزافزون که این دو کاملاً برعکس یکدیگر در حال حرکت هستند و چاره‌ای جز اولویت‌بندی نداریم. وی ابراز امیدواری کرد که با اهتمام ملی، شاهد اجرای بهینه طرح اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح کشور و بهره‌مندی آحاد مردم از خدمات درمانی و در نهایت ارتقای شاخص‌های سلامت باشیم. گفتنی است که در برنامه پزشکی خانواده، پزشک خانواده نقش کلیدی در هدایت بیمه‌شده به سطوح بالاتر درمان دارد؛ نظام ارجاع، باعث می‌شود فرد بدون نیاز ضروری به پزشک متخصص و فوق تخصص مراجعه نکند و در صورت نیاز، مسیر درمان او از طریق سیستم، هدایت و هزینه‌ها به درستی مدیریت شود.

به این معنی که فرد بیمه‌شده ابتدا باید به پزشک خانواده مراجعه کند و با تشخیص وی، با کد ارجاع به پزشک متخصص و یا فوق تخصص ارجاع داده شود. این فرآیند با هدف کنترل هزینه‌ها، بهبود کیفیت درمان و کاهش سردرگمی بیماران اجرا می‌شود.

عمده دارد، در تشریح اهداف آن گفت: نخستین هدف این است که مسیر دریافت خدمات سلامت توسط بیماران مشخص شود و در نتیجه انتظار این است که با اجرای پزشکی خانواده بتوانیم شاهد مراقبت جامع و یکپارچه باشیم؛ دومین هدف نیز اثربخشی هزینه‌های سلامت با افزایش کارایی است.

وی در ادامه با یادآوری اینکه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و در شهرهای استان فارس و مازندران، دو تجربه بزرگ محسوب می‌شوند، تصریح کرد: ولی آن چه محقق نشده، نظام ارجاع است؛ انتظار این است که حدود ۸۵ درصد نیازهای سلامت در سطح یک یعنی پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، پاسخ داده شده و ۱۵ درصد مراجعه‌ها به سطح دو شامل خدمات تخصصی سرپایی ارجاع شده و درصد کمتری به سطح سوم شامل خدمات تخصصی بیمارستانی یا خدمات فوق تخصصی مراجعه کنند.

لزم عارضه‌یابی اجرای آزمایشی طرح پزشکی خانواده در ۲ استان

معاون سازمان بیمه سلامت ایران در ادامه با بیان اینکه واقعیت این است که در دهه اجرای پزشکی خانواده روستایی و اجرای شهری در استان‌های فارس و مازندران، این اهداف محقق نشده است و باید آسیب‌های موجود به درستی مشخص و در اجرای طرح اخیر برطرف شود، تصریح کرد: تاکنون منابع تعریف شده‌ای برای اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت قرار نگرفته است؛ در حالی که تأمین منابع پایدار، نیروی انسانی و مسائل فرهنگی و اجتماعی در زمینه اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع اهمیت دارد.

منابع صندوق بیمه روستاییان کامل تخصیص داده نمی‌شود

این مسؤول تصریح کرد: سالانه تفاهم‌نامه‌ای بین سازمان بیمه سلامت ایران با معاونت بهداشت وزارت بهداشت منعقد می‌شود تا از سهم بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر، بخشی در سطح یک خدمات سلامت هزینه شود؛ بخشی از این هزینه آورده وزارت بهداشت و بخشی از حق بیمه صندوق روستاییان و عشایر است؛ البته این بیمه‌شدگان، هیچ

توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت، نقطه عطفی در تحقق عدالت و بهره‌وری در سلامت به عنوان مطالبه دیرینه مردم و همین‌طور پاسخگوی به دغدغه دولتمردان است.

آنطور که دکتر محمدرضا ظفرقندی می‌گوید، به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نه فقط به عنوان یک تکلیف قانونی، بلکه باید به عنوان برنامه اصلاح ساختار بهداشت و درمان کشور نگاه شود، چرا که این برنامه باید جلوی هدررفت منابع را بگیرد و منجر به رفع بی‌عدالتی در نظام سلامت کشور شود.

وی با بیان اینکه طرح ملی پزشکی خانواده باید با پیاده‌سازی و بومی‌سازی صحیح، امکانات سلامت را به دورترین نقاط کشور برسد، تصریح کرد: از افراد روستایی تاشهری باید از مزایای این برنامه برخوردار و منابع باید به‌طور هدفمند صرف اجرای این برنامه ملی شود.

ظفرقندی با اعلام اینکه شروع کار در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سناریویی تعریف می‌شود که توجه ویژه به منابع در آن لحاظ شود، یادآور شد: اجرای این برنامه ملی، محصول کار کارشناسی گسترده در معاونت‌های بهداشت، درمان و توسعه است که باید خروجی آن تحقق عدالت در سلامت به عنوان مهمترین برنامه اولویت‌دار دولت چهاردهم باشد.

به گفته وی، برنامه پزشکی خانواده از ارتقای سواد سلامت و خودمراقبتی شروع می‌شود و تا سطوح ۲ و ۳ ادامه می‌یابد. وزیر بهداشت با بیان اینکه حوزه بهداشت و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع یک بخش از مأموریت ماست، تصریح کرد: باید به بخش‌های مهم دیگر همچون ارتقای سواد سلامت، مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و خودمراقبتی نیز توجه ویژه شود.

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران نیز در خصوص اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نیز با اشاره به محدودیت منابع گفت: علیرغم اینکه محدودیت‌های منابع از چالش‌هاست، اما باید در همین شرایط نیز اجرای برنامه‌های راهبردی پزشکی خانواده و نظام ارجاع را با هدف کاهش هزینه‌های بیماران و اجرای عدالت در سلامت جدی گرفت و نسبت به اجرای صد درصدی آن اهتمام ویژه داشت.

مهدی رضایی با بیان اینکه ابلاغ برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توسط وزیر بهداشت دو هدف



روایت خدمت

پیشگیری
و پزشکی خانواده

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می‌کند.

۱ پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر < ۲ توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت < ۳ صندوق بیمه‌ای‌های صعب‌العلاج و خاص < ۴ تمویل دیجیتال و توسعه نوآوری الکترونیک < ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده < ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین ناب‌رور < ۷ خدمات سلامت دهان و دندان

۲

اجرای برنامه پیشگیری «هزار روز طلایی» برای سلامت مادر و کودک



آموزش ۶۸۹۸ پزشک خانواده در ۶۴ دانشگاه علوم پزشکی



۱



۳

پوشش خدمات روانشناسی در بخش سرپایی تا ۷۰٪ تعرفه دولتی

۵

تقویت جایگاه بیمه سلامت در برنامه هفتم پیشرفت ج.ا. ایران از طریق تصویب ۸ بند در ۴ ماده قانونی



تدوین بسته خدمات سلامت سالمندان و پیشگیری سطح چهارم



۴

نشان‌دار شدن ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار بیمار خاص و صعب‌العلاج رقم خورد

تداوم حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج در دولت «وفاق ملی»



بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گرفته تا سازمان برنامه و بودجه و بانک مرکزی.

چالش‌های اقتصادی و تأمین پایدار منابع یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های دولت جدید، تضمین «تأمین پایدار منابع مالی» برای این صندوق حمایتی است. بیماری‌های خاص به دلیل ماهیت مزمن و پرهزینه‌ی خود، نیازمند اختصاص بودجه‌های هنگفت و مداوم از منابع عمومی دولت هستند.

با توجه به نوسانات نرخ ارز و تأثیر آن بر قیمت مواد اولیه دارویی و داروهای وارداتی، تخصیص ارز ترجیحی یا نیمایی با نرخ ثابت و قابل پیش‌بینی برای واردات این اقلام حیاتی، امری ضروری است. در گذشته، نوسانات ارزی و مشکلات تخصیص به موقع ارز، منجر به کمبودهای مقطعی و افزایش بار مالی بردوش بیماران شده است.

دولت «وفاق ملی» باید با یک سازوکار مطمئن و شفاف، فرایند تأمین ارز برای دارو و تجهیزات پزشکی بیماران خاص را از سایر بخش‌ها تفکیک کرده و خارج

منظم و مستمر داروهای گران‌قیمت وابسته است، در خط مقدم این چالش اقتصادی-درمانی قرار دارند و هرگونه وقفه‌ای در تأمین دارو یا کاهش پوشش بیمه‌ای، می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری بر کیفیت و طول عمر آن‌ها داشته باشد.

با روی کار آمدن دولت «وفاق ملی»، انتظار می‌رود که سیاست‌های حمایتی موجود، به ویژه «صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج» که تحت نظر سازمان بیمه سلامت فعالیت می‌کند، با قدرت و پایداری بیشتری دنبال شود. این صندوق که تعداد قابل توجهی از گروه‌های بیماری را تحت پوشش قرار داده و هدف آن کاهش سهم پرداختی بیمار تا نزدیک به صفر در مراکز دولتی است، نمادی از عزم ملی برای تحقق «عدالت در سلامت» است.

با این حال، تداوم این حمایت‌ها در عمل با موانع ساختاری، اقتصادی و بین‌المللی متعددی روبه‌روست که غلبه بر آن‌ها، نیازمند یک رویکرد جامع، فرا جناحی و مستمر در تمامی دستگاه‌های ذی‌ربط است؛ از وزارت

دولت «وفاق ملی»، با درک عمیق از مسؤولیت اجتماعی و اخلاقی خود در قبال آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه، یعنی بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج، تأکید ویژه‌ای بر تداوم و توسعه‌ی چتر حمایتی از این گروه از هموطنان دارد.

این تعهد، صرفاً یک شعار دولتی نیست، بلکه یک ضرورت حیاتی و یک مطالبه‌ی ملی است که از اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مبنی بر حق بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، ریشه می‌گیرد.

در شرایطی که هزینه‌های درمان بیماری‌های مزمن و پیچیده، به دلیل قیمت بالای داروهای تخصصی، تجهیزات پزشکی وارداتی و نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت، به‌طور فزاینده‌ای خارج از توان مالی خانواده‌ها قرار گرفته، نقش دولت به عنوان «حامی اصلی» نظام سلامت، بیش از پیش اهمیت می‌یابد. بیماران مبتلا به تالاسمی، هموفیلی، ام‌اس، دیالیزی، پیوند اعضا و انواع سرطان‌ها، که زندگی‌شان به مصرف

از نوبت‌های بوروکراتیک و تحت شدیدترین نظارت‌ها قرار دهد. علاوه بر این، حجم نقدینگی و تورم عمومی در کشور، همواره تهدیدی برای قدرت خرید بیماران و پایداری خدمات بیمه‌ای بوده است. افزایش هزینه‌های تولید داخلی داروها نیز شرکت‌های دارویی را با مشکلاتی مواجه کرده که در نهایت، کمبود دارو یا عرضه آن با تأخیر ادراپی داشته است.

راه حل این معضلات در گروی «تثبیت اقتصادی کلان» و همچنین «تقویت تولید داخلی» با حمایت‌های مالی و تسهیلات ویژه برای شرکت‌هایی است که داروهای خاص را تولید می‌کنند؛ با این قید که کیفیت محصولات داخلی باید به‌طور مستمر و دقیق با نمونه‌های جهانی مقایسه و کنترل شود، چرا که کیفیت و اثربخشی داروهای بیماران خاص، مستقیماً بر زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد.

در این راستا، دولت می‌تواند با طراحی مدل‌های جدید بیمه‌ای که شامل خدمات «مراقبت تسکینی» (Palliative Care) و «توانبخشی» نیز می‌شود، نه تنها هزینه‌های مستقیم درمانی، بلکه ابعاد اجتماعی و روانی بیماری را نیز پوشش دهد تا بیمار و خانواده‌اش، تنها دغدغه‌ی رنج بیماری را داشته باشند.

مدیریت زنجیره تأمین، توزیع و مبارزه با فساد مشکل تأمین دارو صرفاً به بُعد مالی و واردات محدود نمی‌شود؛ بلکه «مدیریت ناکارآمد زنجیره تأمین و توزیع» نیز خود یک چالش بزرگ است. بارها گزارش شده است که داروها، پس از ورود به کشور، به دلیل بوروکراسی اداری، توزیع نامناسب و سوء استفاده‌های احتمالی، در انبارها راکد مانده و به موقع به دست مصرف‌کنندگان نهایی نمی‌رسد.

دولت وفاق ملی باید با بهره‌گیری از فن‌آوری‌های نوین و ایجاد یک «سامانه یکپارچه و هوشمند رصد دارو»، از لحظه‌ی ورود یا تولید تا رسیدن به داروخانه تخصصی، شفافیت و نظارت کامل را تضمین کند. این سیستم باید به‌طور لحظه‌ای، موجودی دارویی در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها را نشان دهد تا مداخلات به موقع برای رفع کمبودها صورت پذیرد.

همچنین، مبارزه با پدیده‌ی «بازار سیاه دارو» که با سوء استفاده از نیاز مبرم بیماران، داروهای یارانه‌ای را با قیمت‌های گزاف به فروش می‌رساند، باید با قاطعیت دنبال شود. این امر مستلزم همکاری نزدیک نهاد‌های نظارتی، قضایی و انتظامی با وزارت بهداشت است. علاوه بر این، تمرکز بر عدالت جغرافیایی در توزیع خدمات درمانی تخصصی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است.

بسیاری از بیماران در استان‌های محروم و مناطق روستایی، مجبورند برای دریافت خدمات تخصصی، به مراکز استان‌ها یا پایتخت سفر کنند که هزینه‌ی

مضاعف سفر و اقامت را به خانواده تحمیل می‌کند. دولت می‌تواند با «توسعه‌ی مراکز تخصصی درمانی» و «آموزش فوق تخصص‌ها» در مناطق کم‌برخوردار و همچنین فراهم کردن بستری برای «ویزیت از راه دور» (تله‌مدیسین) و ارسال دارو به مناطق دورافتاده، بخشی از این رنج مضاعف را کاهش دهد.

نقش دولت و نهادهای مردمی در حمایت‌های غیردرمانی

حمایت از بیماران خاص، فراتر از تأمین دارو و درمان است و شامل ابعاد «حمایت اجتماعی» و «اقتصادی» نیز می‌شود. بیماران صعب‌العلاج و خانواده‌های آن‌ها، به دلیل مشکلات جسمی و نیاز به مراقبت دائمی، غالباً با «بحران اشتغال» و «از دست دادن درآمد» مواجه هستند. دولت «وفاق ملی» می‌تواند با ارائه بسته‌های حمایتی معیشتی، تسهیلات شغلی برای اعضای خانواده و حمایت از (NGOها و خیریه‌های فعال) در این حوزه، بار اجتماعی بیماری را سبک‌تر کند.

این همکاری و «وفاق ملی» با سازمان‌های مردم‌نهاد، که به دلیل تماس نزدیک‌تر با بیماران، در شناسایی دقیق نیازهای فردی آن‌ها مهارت بیشتری دارند، می‌تواند اثربخشی خدمات حمایتی را به طرز چشمگیری افزایش دهد. همچنین، ارائه «مشاوره‌های تخصصی روانشناختی» و «خدمات مددکاری اجتماعی» برای کمک به بیماران و خانواده‌های آن‌ها جهت سازگاری با شرایط بیماری مزمن، نباید مغفول بماند.

در نهایت، موضوع «پیشگیری» و «غربالگری» به ویژه برای بیماری‌های ژنتیکی مانند تالاسمی و هموفیلی، باید به عنوان یک اولویت اصلی در دستور کار قرار گیرد تا با سرمایه‌گذاری در این بخش، از تولد نوزادان مبتلا و افزایش تعداد بیماران در آینده جلوگیری شود.

دولت «وفاق ملی» فرصتی تاریخی در اختیار دارد تا با رویکردی واقع‌بینانه، فرابخشی و با در نظر گرفتن ابعاد انسانی و اخلاقی، به تعهدات خود در قبال این بخش آسیب‌پذیر از جامعه عمل کرده و نشان دهد که «وفاق ملی» در عرصه سلامت، به معنای نجات جان و حفظ کرامت انسانی آحاد مردم، صرف نظر از توان مالی آن‌ها، است. این مسیر، مسیری طولانی و پرچالش است، اما هر گام در جهت کاهش رنج بیماران خاص، سهمی مستقیم در اعتلای وجدان عمومی و استحکام پایه‌های اجتماعی کشور خواهد داشت.

بیماران خاص و صعب‌العلاج چگونه می‌توانند از حمایت‌های ویژه مالی برخوردار شوند؟

سال ۹۹ اساسنامه ایجاد «صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج» تدوین شد و وزارت بهداشت آن را به مجلس داد، مجلس نیز به دولت و وزارت بهداشت ابلاغ و سپس بیمه سلامت به عنوان مجری تعیین شد.

از آبان ماه سال ۱۴۰۲ «صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج» جهت حمایت از این بیماران در سازمان بیمه سلامت فعال شد و از حدود یک سال گذشته تاکنون ۱۰۷ گروه بیماری امکان استفاده از مزایای این صندوق برایشان فراهم شده و وظیفه این صندوق نیز پرداخت هزینه‌ها علاوه بر تعهدات بیمه‌های پایه و تکمیلی بیمه شده‌هاست؛ سال اول ۷ همت، دوم ۹ همت و سوم ۱۲ همت به این صندوق اختصاص یافت.

لیست بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج ابلاغی از سوی وزارت بهداشت در جهت قرار گرفتن در پوشش صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج شامل تالاسمی، هموفیلی، ژنتیکی، ام‌اس، بیماران دیالیزی (دیالیز خونی و دیالیز صفاقی)، موکوپلی ساکاریدوز، بال پروانه‌ای، انواع تیپ‌های SMA، سیستمیک فیبروزس،



ثبت نام برای بهره‌مندی از خدمات این صندوق از طریق ورود به سامانه خدمات غیر حضوری شهروندی به آدرس bimehsalamatiranian.ir انجام می‌شود. افرادی که اطلاعات آنها از قبل در سامانه سازمان وجود داشته باشد، می‌توانند با درج کد ملی فرد بیمار و شماره موبایل ثبت شده، نسبت به ثبت درخواست حمایت بیماری خاص و صعب‌العلاج از منوهای سمت راست در سامانه اقدام کنند.

متقاضیانی که اطلاعات آنها در سامانه سازمان بیمه سلامت ایران ثبت نشده است (از جمله بیمه شدگان سایر سازمان‌های بیمه‌گر پایه شامل بیمه تأمین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح)، چنانچه بیمار خاص و صعب‌العلاج بالای ۱۸ سال سن داشته باشد، می‌تواند با ثبت کد ملی و شماره همراه خود بیمار به سامانه خدمات غیر حضوری وارد و اقدام به ثبت بیماری خاص و صعب‌العلاج از منوهای سمت راست در سامانه کنند.

از طرفی در صورتی که بیمار خاص و صعب‌العلاج زیر ۱۸ سال سن داشته باشد، ابتدا باید سرپرست وی در سامانه ثبت و فرد بیمار خاص به عنوان عضو خانوار، از طریق منوی مدیریت خانوار و سپس گزینه افزودن عضو اضافه شود. سپس از سامانه خارج و مجدداً از طریق کد ملی بیمار خاص (فرد زیر ۱۸ سال) وارد سامانه شده و از طریق منوی ثبت بیماری خاص و صعب‌العلاج زیر منوی درخواست حمایت دولت، نسبت به ثبت درخواست حمایت بیماری خاص و صعب‌العلاج برای فرد زیر ۱۸ سال اقدام کنند. همچنین در صورتی که امکان ورود به سامانه شهروندی برای فرد به هر دلیلی مهیا نباشد، امکان اقدام از طریق ادارات کل بیمه سلامت استانی نیز میسر است.

افراد می‌توانند در صورتی که ابهامی در این زمینه دارند با شماره ۴ رقمی ۱۶۶۶ سازمان بیمه سلامت ایران تماس بگیرند و به صورت شبانه‌روزی پاسخ سؤالات خود را دریافت کنند.

خدمات صندوق بیماری‌های خاص در حوزه بستری و سرپایی

اگر این صندوق نبود بیماران صعب‌العلاج در چنین شرایطی اصلاً توانایی تقبل هزینه‌ها را نداشتند چرا که هزینه‌ها بسیار بالا و سرسام‌آور است.

به عنوان نمونه یک بیمار دیابتی که هزینه ماهانه انسولین و داروهایش ۲ میلیون تومان است، در مجموع ۴۰ هزار تومان پرداخت می‌کند. البته ارائه خدمات به این ۱۰۷ گروه به آن معنا نیست که گروه‌های دیگر را فراموش کرده باشیم، خیر، مثلاً افراد تحت پوشش کمیته امداد هزینه بستری و خدمات سرپایی بیمارستانی آنان را کلاً رایگان کرده‌ایم. سه دهک اول بهزیستی نیز ۹۵ درصد خدمات بستری و سرپایی ۸۵



درصد دارد که سبب کاهش قابل ملاحظه پرداخت‌های این بیماران می‌شود.

شرط مهم بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای ذیل صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج این است که بیمار زیر پوشش یکی از بیمه‌های پایه باشد و در صورتی که بیمه نداشته باشد باید از طریق سامانه خدمات غیر حضوری "شهروندی" اقدام کند تا بیمه شود و سپس به ادارات کل بیمه سلامت، تأمین اجتماعی یا نیروهای مسلح در استان محل زندگی خود مراجعه کند تا مدارک اوتکمیل و برای بهره‌مندی از خدمات صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج نشان دار شود. سامانه پاسخگویی بیمه سلامت ۱۶۶۶ است.

پس از نشان دار شدن این بیماران؛ آنها در مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات طرف قرارداد به طور خودکار سهم صندوق در سامانه الکترونیک محاسبه و از پرداختی بیمار کسر می‌شود.

۵۴ هزار مرکز در کل کشور طرف قرارداد بیمه سلامت هستند، این بیماران به هر شهر و هر مرکزی مراجعه کنند، کد ملی آنان نشان دار شده و با وجود اینکه فرد بیمار هر پوشش داشته باشد، صرفاً عدد نهایی را پرداخت می‌کند. به عنوان نمونه آزمایشی انجام داده که هزینه کلی آن ۱۰ میلیون تومان بوده که در پایان مثلاً ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان پرداخت می‌کند.

اوتیسم، سرطان، پرفشاری شریان ریوی، سکته مغزی، پیوند اعضا (شامل سلول‌های بنیادی خونساز، کلیه، کبد، قلب، پانکراس، روده، ریه)، مزمن روانی، رتینوپاتی دیابتی، صرع مقاوم به درمان، جراحی‌های DBS (برای بیماران پارکینسون، دیستونی، ترمور، تیک، تور)، بیماران با آسیب شنوایی شدید و دیستروفی‌های عضلانی است.

۹۵ درصد از هزینه‌های این افراد به صورت نشان دار رایگان می‌شود و ۵ درصد دیگر نیز به ادارات بیمه سلامت مراجعه کرده و ما تقبل می‌کنیم، در واقع ارائه خدمات پزشکی به این افراد به صورت رایگان است.

بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای ذیل صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج چه شروطی دارد؟

عمده خدماتی که بیماران مشمول در این صندوق در بخش‌های دولتی دریافت می‌کنند پوشش بیمه و صندوق ۹۰ تا ۱۰۰ درصدی داشته و شامل سه جزء است؛ به این صورت که پوشش بیمه پایه‌ای که بیماران از قبل داشتند و پوشش بیمه‌های تکمیلی سر جای خود مانده و پوشش صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج نیز به پوشش‌های قبلی اضافه می‌شود.

از طرفی ذیل این صندوق حتی خدماتی که اجازه دریافت آن از بخش خصوصی داده شده باشد نیز پوشش بیمه و صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج را تا ۸۰



درصد پوشش داده می شوند.

البته شرط بهره‌مندی افراد تحت پوشش کمیته امداد و بهزیستی مراجعه از طریق پزشک خانواده است، رعایت نظام ارجاع، یعنی اگر فردی سرخود به بیمارستان مراجعه کند، مشمول این خدمات نمی شود.

با همه این اوصاف بد نیست بدانیم رونمایی از صندوق حمایت از بیماران خاص، صعب‌العلاج و نادر برای نخستین بار در سوم آبان ماه ۱۴۰۱ و هم‌زمان با آیین نکوداشت روز ملی بیمه سلامت در سطح کشور انجام شد؛ برای اساس، قرار شد، در ابتدا، ۲۶ بیماری خاص، صعب‌العلاج و نادر در قالب این صندوق با بودجه‌ای بیش از ۵ هزار میلیارد تومان تحت حمایت قرار گیرند که اکنون و با گذشت حدود ۳ سال، شاهد بهره‌مندی بیش از ۲ میلیون بیمار از خدمات صندوق بیماری‌های خاص هستیم.

نکته‌ای که دکتر محمد مهدی ناصحی مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران نیز بر آن صعه گذاشت و درباره شرایط صندوق بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر، بودجه، بیماری‌های زیرپوشش و تعداد بیماران بهره‌مند از خدمات این صندوق، افزود: صندوق حمایت از بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر در سال اول با حدود ۵ همت بودجه راه‌اندازی شد و از ابتدا با همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۱۰۷ بیماری زیرپوشش صندوق قرار گرفتند که در رأس این بیماری‌ها سرطان‌ها قرار داشت اما اکنون ۱۳۰ بیماری با بودجه ۱۲ هزار و ۴۰۰ میلیارد تومان زیرپوشش قرار دارند.

وی، ادامه داد: ۶۹ بیماری نیز دارای بسته خدمتی

است و این بیماران می‌توانند با سامانه ۱۶۶۶ به صورت شبانه‌روزی برای پاسخ به هرگونه پرسش خود از پوشش خدمات و تعداد بیماری‌ها تماس بگیرند و پاسخ را دریافت کنند.

وی با بیان اینکه در حال حاضر بیشترین هزینه‌کرد صندوق بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر مربوط به انواع سرطان‌هاست، با اشاره به معرفی برخی بیماری‌های زیرپوشش این صندوق از جمله پیوند‌ها، بیماری‌های متابولیک، فشارخون، دیابت، بیماری‌های عصبی، روانی و قلبی و عروقی گفت: تمام بیمه‌شدگان بیمه‌های پایه سلامت از جمله بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح می‌توانند از خدمات این صندوق بهره‌مند شوند؛ همچنین، هزینه بسیاری از بیماری‌های صعب‌العلاج از جمله کاشت حلقون تا ۱۰۰ درصد زیرپوشش صندوق صعب‌العلاج قرار دارد و به بیماران توصیه می‌شود باتوجه به گرانی دارو، برای کاهش هزینه‌ها به مراکز و مؤسسات دولتی مراجعه کنند.

وی اضافه کرد: اقدام مثبت سازمان بیمه سلامت برای این گروه از بیماران و ارتباط دوسویه آنها، ایجاد و راه‌اندازی سامانه فن‌آوری توان بخشی به نام «اشارک» است که بیماران ناشنوا و کم‌شنوای می‌توانند از خدمات مورد نیاز خود توسط این سامانه مطلع شوند.

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران، همچنین با اشاره به اینکه نشان‌دار شدن بیماران صعب‌العلاج مسیرهای مختلفی دارد، گفت: بیماران می‌توانند علاوه بر سامانه‌های بیمه سلامت، به ادارات بیمه‌های پایه سلامت از جمله تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح مراجعه کنند و نشان‌دار شوند؛ البته برخی بیماری‌ها از

جمله طیف اوتیسم را پزشکان نیز می‌توانند نشان‌دار کنند.

وی در پاسخ به این سؤال که بعد از نشان‌دار شدن، چه مسیری را باید برای دریافت خدمات طی کرد، نیز توضیح داد: مراجعه به مراکز دولتی، دانشگاهی توصیه ما است، هم خدمات با کیفیت علمی است و هم این که هزینه‌ها پایین‌تر است و خیلی از آنجا در این مراکز پوشش ما صد درصد است؛ برای سرطان‌ها و انواع رادیوتراپی خیلی از این موارد به صورت صد درصد زیرپوشش هستند؛ همچنین پیوند‌ها و کاشت حلقون نیز صد درصد زیرپوشش قرار دارد.

وی یادآور شد که فن‌آوری توان بخشی نیز راه‌اندازی شده و افرادی که ناشنوا یا کم‌شنوا هستند می‌توانند ارتباط بگیرند و از خدمات بیمه سلامت مطلع شده و خدمات لازم را نیز دریافت کنند.

به گفته مدیرعامل بیمه سلامت، عمده هزینه‌های صندوق (حدود ۷۵ درصد هزینه‌ها) مربوط به بیماران مبتلا به سرطان، بیماران کلیوی، دیالیزی، «ام.اس»، «ام.ای» و هموفیلی می‌شود؛ ضمن اینکه ۸۵ درصد مجموع هزینه‌های صندوق برای خرید صرف می‌شود.

ناصری افزود: انتظار داریم برای سال ۱۴۰۵ اعتبار مناسبی برای این صندوق در نظر گرفته شود، چراکه افزایش سالانه قیمت خدمات و تجهیزات در حوزه درمان و سلامت، میزان اثربخشی افزایش اعتبار صندوق را تحت تأثیر قرار می‌دهد مگر اینکه افزایش اعتبار متناسب با شرایط اقتصادی و نرخ تورم در نظر گرفته شود.



حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بیماران خاص

نشان هستند تاکنون به بیش از ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر می‌رسد. این بیماران که تحت پوشش هر یک از بیمه‌های پایه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح باشند، پس از نشان‌دار شدن در سامانه‌های بیمه سلامت از تسهیلات ویژه برخوردار شده و سهم پرداختی آنان به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.

حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بیماران خاص و صعب‌العلاج از رسالت‌های اصلی بیمه سلامت است؛ چرا که هیچ بیماری نباید به دلیل مشکلات مالی از درمان محروم بماند. در این زمینه، صندوق حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج راه‌اندازی شده و بیش از ۱۳۰ گروه بیماری تحت پوشش خدمات این صندوق قرار دارند که تعداد بیماران تحت پوشش که دارای

بیش از ۱۳۰
گروه بیماری تحت
پوشش خدمات

بیماران تحت پوشش
۲,۷۰۰ هزار نفر

بستری و سرپایی بهره‌مندند. پوشش بیمه‌ای خدمات توان‌بخشی برای کودکان اوتیسم و معلولان شامل فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی نیز از برنامه‌های ارزشمند این حوزه است. افزون بر آن، با انعقاد قرارداد با مراکز ترک اعتیاد دولتی و خصوصی، خانواده‌های درگیر با آسیب‌های اجتماعی نیز از حمایت درمانی برخوردار شده‌اند. این اقدامات، مصداق روشن مسئولیت اجتماعی بیمه سلامت و گامی در جهت حفظ کرامت انسانی است.

همچنین، تأیید از تأسیس صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج، سازمان بیمه سلامت ایران هزینه درمان بیماری‌هایی چون تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، سرطان‌ها و پیوند کلیه را پوشش داده است. در راستای حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان و نیز درمان ناباروری تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

همچنین، بیماران مددجوی کمیته امداد و بهزیستی از بیمه درمان رایگان و پوشش کامل هزینه‌های



روایت خدمت

صندوق بیماری‌های صعب‌العلاج و خاص

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می‌کند.

۱ پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر < ۲ توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت < ۳ صندوق بیماری‌های صعب‌العلاج و خاص < ۴ تحول دیجیتال و توسعه‌های الکترونیک < ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده < ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین ناباور < ۷ خدمات سلامت دهان و دندان

۲۶۰

پوشش حدود ۲۶۰ بیماری خاص از جمله سرطان، ام‌اس، دیابت و تالاسمی

۶۹

تدوین بسته ابلاغی خدمات برای ۶۹ گروه بیماری

۱۳۰

حمایت از ۱۳۰ گروه بیماری خاص و صعب‌العلاج



۲,۵۰۰,۰۰۰

مدیریت و ثبت نشان برای ۲.۵ میلیون پرونده بیماران خاص و صعب‌العلاج در سامانه‌های الکترونیکی

۱۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰



هزینه‌کرد بیش از ۱۵ همت برای کاهش پرداخت از جیب بیماران



بیمه سلامت ۹۰ درصد خدمات ناباروری را به تعهدات خود افزود

پایان انتظار پرهزینه برای فرزندآوری

دانشگاهی، این پوشش نود درصدی براساس تعرفه دولتی محاسبه می‌شود و زوجین تنها ملزم به پرداخت ده درصد باقی‌مانده یا همان فرانشیز هستند. این رقم در مقایسه با هزینه‌های چند ده میلیونی قبل از پوشش بیمه، یک تخفیف بی‌سابقه و حیاتی برای خانواده‌ها محسوب می‌شود. حتی در مراکز عمومی غیردولتی (مانند مراکز وابسته به جهاد دانشگاهی، خیریه‌ها و موقوفات) نیز همین نرخ پوشش نود درصدی، اما براساس تعرفه عمومی غیردولتی اعمال می‌گردد. در بخش خصوصی و غیردولتی نیز گرچه میزان پوشش کمی متفاوت است و معمولاً حدود هفتاد تا نود درصد تعرفه عمومی غیردولتی را شامل می‌شود، اما همچنان بار مالی سنگینی از دوش بیماران برمی‌دارد.

نکته حائز اهمیت آن است که براساس آخرین دستورالعمل‌ها، سقف تعداد دفعات درمان‌های کمک‌باروری که قبلاً به سه یا شش دوره محدود بود، برداشته شده و زوجین می‌توانند به تشخیص پزشک معالج، بدون محدودیت زمانی و دفعات، از این خدمات تا سن چهل و نه سالگی زوج به بهره‌مند شوند. این تصمیم نشان‌دهنده عزم جدی برای موفقیت‌آمیز بودن مسیر درمان است و دیگر بیماران به دلیل اتمام

محدود و پوشش‌های ناچیز ارائه می‌شدند، اما اکنون بیمه سلامت با هدف کاهش «پرداخت از جیب مردم» و افزایش دسترسی عادلانه به خدمات، عملاً درمان ناباروری را به یک خدمت عمومی و تقریباً رایگان تبدیل کرده است.

براساس مصوبات جدید، زوجین نابارور، صرف‌نظر از نوع صندوق بیمه‌ای که تحت پوشش آن قرار دارند (اعم از بیمه سلامت همگانی، روستاییان، کارکنان دولت و...)، می‌توانند از این خدمات گسترده بهره‌مند شوند. شرط اصلی، صرفاً تشخیص ناباروری توسط پزشک متخصص و نشان‌دار شدن زوجین در سامانه‌های بیمه‌ای است که فرآیند استفاده از خدمات را در مراکز طرف قرارداد تسهیل می‌کند.

این پوشش شامل یک طیف کامل از خدمات تشخیصی تا پیشرفته‌ترین روش‌های درمانی می‌شود که در گذشته تنها قشر مرفه جامعه توانایی پرداخت هزینه‌های آن را داشتند.

یکی از مهمترین ابعاد این حمایت، پوشش نود درصدی هزینه‌های خدمات تخصصی کمک‌باروری است. این خدمات شامل میکرواینجکشن، لقاح داخل رحمی (IUI)، انتقال جنین فریز شده (FET)، و لقاح آزمایشگاهی (IVF) می‌شود. در مراکز درمانی دولتی

بنا به دلایلی که ریشه در تغییرات سبک زندگی، مسائل زیست‌محیطی و عوامل بیولوژیکی دارند، معضل ناباروری در سال‌های اخیر به یکی از چالش‌های جدی سلامت عمومی و دغدغه اصلی برنامه‌ریزان جمعیتی در ایران تبدیل شده است. آمارها نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از زوجین ایرانی با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کنند که مستلزم صرف هزینه‌های سنگین درمانی است.

این چالش نه تنها بار عاطفی زیادی بر دوش خانواده‌ها می‌گذارد، بلکه به دلیل سرسام‌آور بودن قیمت دارو و روش‌های کمک‌باروری پیشرفته نظیر ICSI، IVF، و IUI، مانعی جدی در مسیر فرزندآوری و تحقق سیاست‌های کلی جمعیتی کشور محسوب می‌شد؛ تا اینکه با ابلاغ قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت»، فصل جدیدی در پشتیبانی مالی از این زوج‌ها گشوده شد و سازمان بیمه سلامت ایران در جایگاه متولی اصلی، مسئولیت پوشش بخش عمده‌ای از این هزینه‌ها را بر عهده گرفت.

این قانون و دستورالعمل‌های اجرایی متعاقب آن، یک تحول اساسی در رویکرد نظام سلامت به ناباروری ایجاد کرد. پیش از این، خدمات ناباروری اغلب جزو تعهدات بیمه‌های پایه نبودند یا با سقف‌های بسیار



می‌رود.

همچنین برای زوجینی که دچار سقط مکرر شده‌اند و یا شکست‌های مکرر در لانه‌گزینی جنین را تجربه کرده‌اند، پوشش شانزده قلم آزمایش ژنتیک مرتبط فراهم شده است که می‌تواند به کشف و رفع علت‌های پیچیده ناباروری کمک کند.

این گستردگی پوشش بیمه‌ای، یک پیام مهم را به جامعه منتقل می‌کند: نظام سلامت و دولت، ناباروری را نه یک مشکل فردی، بلکه یک مسئله ملی قلمداد کرده و برای رفع آن از تمام ظرفیت‌های خود استفاده می‌کند. تسهیلات ارائه شده از سوی بیمه سلامت حتی برای بیمه‌شدگانی که به دلایلی به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه کرده‌اند نیز

سهیمیه بیمه‌ای خود، مجبور به توقف درمان نیستند. علاوه بر روش‌های اصلی کمک باروری، بیمه سلامت مجموعه‌ای از خدمات جانبی حیاتی را نیز در تعهد خود قرار داده است. در مرحله تشخیص، بیش از پنجاه و شش کد خدمت آزمایشگاهی مرتبط با ناباروری، از جمله آزمایش‌های کلیدی مانند بررسی ذخیره تخمدان (AMH) برای زوج و آزمایش شاخص شکست DNA اسپرم (DFI) برای زوج، با پوشش نود درصدی بیمه ارائه می‌شوند.

این پوشش به مراحل اولیه درمان سرعت می‌بخشد و از تحمیل هزینه‌های تشخیصی پرهیز می‌کند. در حوزه دارو نیز، بیش از شصت و شش قلم داروی تخصصی و مرتبط با درمان ناباروری، با سهم پوشش نود درصدی به بیماران عرضه می‌گردد که این اقدام با توجه به قیمت بالای داروهای هورمونی و محرک تخمدان، برای خانواده‌ها حکم یک نجات‌دهنده مالی را دارد. همچنین، هفت قلم خدمات تصویربرداری و حدود بیست و نه قلم تجهیزات پزشکی مرتبط با درمان‌های ناباروری نیز تحت پوشش نود درصدی قرار دارند. حتی جراحی‌های آماده‌سازی و مداخلات تشخیصی / درمانی مرتبط با ناباروری نیز در این بسته حمایتی جای گرفته‌اند.

حمایت بیمه سلامت فقط محدود به درمان مستقیم زوجین نابارور نیست، بلکه موارد خاص و پیچیده‌رانی نیز دربرمی‌گیرد. به عنوان مثال، خدمات مرتبط با انجماد و ذخیره‌سازی بافت‌های تولیدمثلی (تخمک، اسپرم، بافت تخمدان و بیضه) برای زوجینی که به دلایلی مانند ابتلا به سرطان، در معرض خطر از دست دادن باروری خود هستند، تحت پوشش بیمه قرار گرفته است. این اقدام جنبه پیشگیرانه در حفظ قابلیت باروری آتی افراد دارد.

در موارد نیاز به استفاده از خدمات شخص ثالث، مانند رحم جایگزین (رحم اجاره‌ای) و یا جنین‌اهدایی که در قانون جوانی جمعیت به آن اشاره شده، خدمات تشخیصی و آماده‌سازی مربوط به زوجین گیرنده، مورد حمایت بیمه‌ای قرار می‌گیرد که خود گام بزرگی در تسهیل این فرآیندها به شمار

در نظر گرفته شده است و این افراد می‌توانند با ارائه مدارک لازم، هزینه‌های خود را در قالب پرونده‌های "خسارت متفرقه" از سازمان بیمه سلامت دریافت کنند که این موضوع نیز نشان از انعطاف‌پذیری و تلاش برای عدم ایجاد محدودیت دسترسی برای بیماران دارد. برای مناطق محروم و افرادی که تحت پوشش بیمه روستایی یا صندوق بیمه همگانی هستند، سازمان بیمه سلامت تمهیدات ویژه‌ای اندیشیده و برای دریافت خدمات ناباروری، آنها را از لزوم رعایت نظام ارجاع معاف کرده تا فرآیند دسترسی به مراکز تخصصی برای این قشر نیز آسان‌تر شود.

اجرای موفقیت‌آمیز این برنامه نیازمند همکاری مستمر و پویا میان سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت و مراکز درمان ناباروری است. افزایش تعداد مراکز طرف قرارداد و تضمین کیفیت خدمات ارائه شده، از جمله چالش‌های پیش‌روی سازمان بیمه سلامت است.

با این حال، گزارش‌ها و آمار منتشر شده از سوی معاونت‌های سازمان بیمه سلامت در استان‌های مختلف نشان می‌دهد که میزان مراجعات زوجین نابارور به مراکز درمانی تحت پوشش بیمه، افزایش چشمگیری یافته است و این امر بیانگر تأثیر مستقیم و مثبت پوشش بیمه‌ای بر انگیزه زوج‌ها برای پیگیری درمان و در نهایت، امید به فرزندآوری است.

این حمایت مالی گسترده، در کنار ارائه تسهیلات حمایتی دیگر مانند وام‌های فرزندآوری و مشاوره‌های تخصصی، یک زیرساخت حمایتی جامع را برای حل معضل کاهش جمعیت و افزایش نرخ باروری در کشور فراهم آورده است و می‌توان انتظار داشت که در سال‌های آتی، ثمرات این سرمایه‌گذاری سلامت محور و جمعیتی، در ساختار جمعیتی کشور نمایان شود.

این رویکرد، در نهایت، نه تنها بار مالی را از دوش خانواده‌ها برداشته، بلکه در بعد اجتماعی، امید و نشاط را به زندگی زوجینی بازگردانده است که سال‌ها با آرزوی فرزند، هزینه‌های سنگین درمان را به دوش می‌کشیدند.

حمایت بیمه سلامت فقط محدود به درمان مستقیم زوجین نابارور نیست، بلکه موارد خاص و پیچیده‌رانی نیز دربر می‌گیرد. به عنوان مثال، خدمات مرتبط با انجماد و ذخیره‌سازی بافت‌های تولیدمثلی (تخمک، اسپرم، بافت تخمدان و بیضه) برای زوجینی که به دلایلی مانند ابتلا به سرطان، در معرض خطر از دست دادن باروری خود هستند، تحت پوشش بیمه قرار گرفته است





روایت خدمت

حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور

سازمان بیمه سلامت ایران با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۴۵ میلیون نفر، و پرداخت روزانه ۲۳۶ میلیارد تومان هزینه درمانی، به عنوان ستون عدالت درمانی کشور، نقش محوری در تحقق اهداف نظام سلامت ملی ایفا می‌کند.

۱ پوشش بیمه‌ای و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر < ۲ توسعه همکاری با شبکه ارائه دهندگان خدمت < ۳ صندوق بیمه‌ای‌های صعب‌العلاج و خاص < ۴ تمویل دیجیتال و تسهیل‌کنندگی الکترونیک < ۵ پیشگیری و پزشکی خانواده < ۶ حمایت از جوانی جمعیت و زوجین نابارور < ۷ خدمات سلامت دهان و دندان

۱ پوشش ۹۰٪ هزینه‌های درمان ناباروری در مراکز دولتی

۲ پوشش ۶۹ قلم دارو و دهها خدمت آزمایشگاهی و تصویربرداری ناباروری

۳ پوشش خدمات ژنتیک و انجماد بافت تولید مثلی برای بیماران سرطانی

۴ پوشش بیمه‌ای خدمات رحم جایگزین و جنین اهدایی

۵ عقد قرارداد با ۱۲۸ مرکز درمان ناباروری در سراسر کشور

سازمان بیمه سلامت در راستای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، گام‌های گسترده‌ای در حوزه حمایت مالی از خدمات ناباروری و زایمان طبیعی برداشته و بخش قابل توجهی از هزینه‌ها را تحت پوشش بیمه‌ای قرار داده است؛ بر این اساس، سازمان بیمه سلامت در هر استان با چندین مراکز درمان ناباروری قرارداد منعقد کرده است که در این میان، استان فارس با انعقاد قرارداد با ۱۶ مرکز درمان ناباروری در صدر ارائه خدمات سلامت به زوجین نابارور قرار دارد.

بیمه سلامت در هر استان با چند مرکز درمان ناباروری طرف قرارداد است؟



دبیر اتحادیه صنف مواد و تجهیزات دندان پزشکی:

نیمی از مردم توان استفاده از خدمات دندان پزشکی را ندارند

هستند.

● برخی مطالعات نیز به ضعف در سیاستگذاری دهان و دندان اشاره می‌کنند: «بودجه کم اختصاص یافته»، «عدم توجه مناسب به خدمات پیشگیرانه»، و «مدل توسعه نامناسب» در اسناد بالادستی.

این نقدها نشان می‌دهد که صرفاً داشتن بیمه سلامت گامی مهم است، اما کافی نیست — باید زیرساخت‌ها، سیاست‌ها، و منابع در سطح واقعی تقویت شود.

به نظر شما دولت برای بهبود این وضعیت چه اقداماتی می‌تواند انجام دهد؟

دولت می‌تواند با سرمایه‌گذاری هدفمند در سه حوزه کلیدی، در مدت کوتاهی وضعیت سلامت دهان و دندان را متحول کند:

۱. پیشگیری و آموزش همگانی: اجرای طرح‌های منظم آموزش بهداشت دهان، فلورایدتراپی و ارتقای سواد سلامت در مدارس و رسانه‌ها.

۲. معاینات دوره‌ای منظم: ایجاد نظام مراقبت مستمر برای گروه‌های هدف مانند کودکان، مادران باردار و سالمندان، با ثبت الکترونیکی نتایج در پرونده سلامت ملی.

۳. پوشش بیمه‌ای خدمات پایه دندان پزشکی: خدماتی مانند معاینه، جرم‌گیری و ترمیم ساده باید در سبد بیمه سلامت قرار گیرد.

این اقدام ضمن کاهش هزینه‌های سنگین درمانی، عدالت در سلامت را نیز بهبود می‌بخشد.

جمع‌بندی شما از مسیر آینده چیست؟
بیمه سلامت همگانی گامی ارزشمند در جهت عدالت اجتماعی بود، اما برای کامل شدن آن باید سلامت دهان نیز جدی گرفته شود.

سلامت دهان و دندان، بخشی از سلامت عمومی انسان است، نه خدمتی لوکس.

اگر در برنامه هفتم توسعه، سه محور پیشگیری، معاینه دوره‌ای و پوشش بیمه‌ای خدمات پایه به‌طور جدی دنبال شود، ایران می‌تواند طی پنج سال آینده به شاخص‌های سلامت دهان در کشورهای پیشرفته نزدیک شود.

زیبایی تقریباً هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند. در نتیجه، سلامت دهان در ایران عملاً به کالایی پرهزینه و دست‌نیافتنی برای بخش بزرگی از جامعه تبدیل شده است.

از دیدگاه اقتصادی، سرمایه‌گذاری در حوزه دندان پزشکی چه اهمیتی دارد؟

از منظر اقتصادی، سلامت دهان یکی از پر بازده‌ترین سرمایه‌گذاری‌های بخش سلامت است.

مطالعات جهانی نشان می‌دهد هر یک واحد هزینه در پیشگیری از پوسیدگی دندان، حداقل پنج برابر صرفه جویی در درمان‌های بعدی ایجاد می‌کند.

به بیان ساده، اگر امروز در آموزش، معاینه و پیشگیری هزینه نکنیم، فردا باید چندین برابر آن را صرف درمان و پروتز کنیم. سلامت دهان فقط مسئله لبخند زیبا نیست؛ بر کیفیت تغذیه، گفتار، تمرکز کاری و حتی بهره‌وری اقتصادی افراد اثر مستقیم دارد.

در کنار این بحث‌ها، آیا نقدهایی هم وجود دارد که باید مطرح شود؟

بله، نقدهای مهمی در ادبیات علمی کشور وجود دارد که نقاط ضعف فعلی را به خوبی روشن می‌کند. مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

● مطالعات متعددی نشان داده‌اند که نابرابری اقتصادی و اجتماعی در استفاده از خدمات دندان پزشکی در ایران بسیار زیاد است؛ یعنی افراد با درآمد بالاتر به مراتب خدمات بیشتری دریافت می‌کنند.

● یک پژوهش کیفی در تهران نشان می‌دهد بسیاری از خانوارها اساساً ترجیح می‌دهند «بیمه دندان پزشکی» نداشته باشند یا نگیرند چون شرایط آن‌ها را راضی نمی‌کند؛ به این معنا که پوشش بیمه‌ای فعلی در بخش دندان پزشکی بسیار محدود، ناقص و دارای فرآیند اداری پیچیده است.

● تحقیقی دیگر در حوزه بیمه مکمل دندان پزشکی یادآوری می‌کند که «هزینه بالای خدمات»، «نبود سامانه اطلاعات واحد»، «تعرفه‌گذاری نامناسب» و «پوشش ناقص خدمات پیشگیرانه» از موانع جدی

بیمه سلامت همگانی ایرانیان با هدف تضمین دسترسی عادلانه همه اقشار جامعه به خدمات پایه درمانی و کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، از سال ۱۳۹۳ آغاز شد و امروز بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش دارد. این طرح یکی از بزرگ‌ترین اقدامات اجتماعی دهه اخیر محسوب می‌شود، اما کارشناسان معتقدند در برخی حوزه‌ها، از جمله دندان پزشکی، هنوز فاصله قابل توجهی تا تحقق اهداف اصلی خود دارد. در همین زمینه با علیرضا عباسی، کارشناس اقتصادی حوزه سلامت و دبیر اتحادیه صنف مواد و تجهیزات دندان پزشکی گفت‌وگویی انجام داده‌ایم که به شرح زیر است.

ارزیابی شما از وضعیت فعلی سلامت دهان و دندان در کشور چیست؟

اگر بخواهیم صادقانه بگوییم، وضعیت سلامت دهان و دندان در ایران در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته مطلوب نیست. بر اساس بررسی‌های موجود، حدود نیمی از جمعیت کشور توانایی مالی لازم برای استفاده از خدمات دندان پزشکی را ندارند.

بسیاری از خانواده‌ها، درمان‌های دندان‌پزشکی را به دلیل هزینه بالا از اولویت خارج کرده‌اند و این امر درازمدت اثرات قابل توجهی بر سلامت عمومی و حتی اقتصاد خانوارها دارد. در حالی که در کشورهای پیشرفته، سلامت دهان بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت عمومی است و خدمات پایه دندان پزشکی برای کودکان و اقشار کم‌درآمد کاملاً بیمه می‌شود.

با وجود پوشش گسترده بیمه سلامت، چرا مردم هنوز باید هزینه بالایی برای خدمات دندان پزشکی بپردازند؟

واقعیت این است که بیمه سلامت همگانی، هرچند در دسترسی به خدمات درمانی عمومی موفق بوده، اما در حوزه دندان پزشکی حضور بسیار محدود دارد. در حال حاضر، بیش از ۸۰ درصد هزینه‌های دندان پزشکی مستقیماً از جیب مردم پرداخت می‌شود. خدماتی مانند ترمیم، عصب‌کشی، پروتز و درمان‌های

اهمیت بیمه، ستون فقرات پویایی اقتصاد و تضمین امنیت ملی



تأمین مالی بلندمدت، به حرکت درمی‌آورد. افزایش سهم صنعت بیمه در تولید ناخالص داخلی (ضریب نفوذ بیمه)، نه تنها نشانگر بلوغ مالی یک کشور است، بلکه گواهی بر ثبات مالی و قابلیت اطمینان سیستم اقتصادی است.

در سوی دیگر، نقش بیمه در مدیریت ریسک، تثبیت کسب و کارها و تشویق کارآفرینی و نوآوری، ابعاد فراتر از تصور دارد. کارآفرینان و صاحبان صنایع، ذاتاً در معرض سطوح بالایی از ریسک‌های عملیاتی، تجاری و حقوقی قرار دارند. بیمه با فراهم آوردن یک چتر حمایتی قوی و متنوع در برابر انواع حوادث غیرمترقبه (مانند آتش‌سوزی کارخانه، سیل انبارها، اختلال در زنجیره تأمین، یا مسؤولیت‌های ناشی از نقص محصول)، این ریسک‌های مخرب را به هزینه‌های مدیریتی و قابل قبول تبدیل می‌کند.

این اطمینان و امنیت سرمایه‌گذاری، برای صاحبان کسب و کارها و سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی این امکان را فراهم می‌سازد تا با جرأت و اعتماد به نفس بیشتری وارد پروژه‌های بزرگ، بلندمدت و دارای بازدهی بالا شوند، در خطوط تولید جدید سرمایه‌گذاری کنند و به نوآوری و توسعه فن‌آوری بپردازند.

در واقع، بیمه به عنوان یک ضامن پنهان و یک ابزار مالی مکمل، زمینه را برای "ریسک‌پذیری منطقی و حساب‌شده" فراهم می‌سازد؛ عاملی که برای پیشرفت‌های فناورانه، افزایش بهره‌وری و جهش‌های اقتصادی، حیاتی است. فقدان پوشش بیمه‌ای کافی، می‌تواند منجر به احتیاط بیش از حد، انجماد سرمایه‌ها و توقف طرح‌های توسعه‌ای شود، زیرا هر حادثه کوچک، پتانسیل تبدیل شدن به یک فاجعه

عظیمی از منابع مالی انباشته را ایجاد می‌کند که در ادبیات اقتصادی، "ذخایر فنی" نامیده می‌شوند.

این ذخایر، به ویژه در محصولات بیمه‌ای با ماهیت بلندمدت مانند بیمه‌های عمر و پس‌انداز، یکی از پایدارترین و قابل اتکاترین منابع مالی برای سرمایه‌گذاری‌های زیربنایی و مولد در زیرساخت‌های کشور به شمار می‌روند. شرکت‌های بیمه با مدیریت حرفه‌ای این وجوه، اقدام به تزریق این نقدینگی عظیم به بازار پول و سرمایه می‌نمایند؛ از طریق خرید اوراق بهادار یا درآمد ثابت دولتی و شرکت‌ها، مشارکت در تأمین مالی پروژه‌های بزرگ توسعه‌ای در حوزه‌هایی چون انرژی، حمل و نقل و زیرساخت‌های صنعتی و نیز حمایت از بازار سهام. به این ترتیب، صنعت بیمه با تبدیل "پس‌اندازهای اجباری" به "سرمایه‌گذاری‌های مولد"، نقشی کلیدی در افزایش نرخ تشکیل سرمایه ثابت و عمق بخشی به بازارهای مالی ایفا می‌کند و به صورت غیرمستقیم، موتور رشد اقتصادی را با

درپهنه‌ی پرتلاطم اقتصاد مدرن و زندگی اجتماعی، ریسک و عدم قطعیت، حقایق اجتناب‌ناپذیرند که همواره موجودیت فعالیت‌های اقتصادی و آرامش فردی را تهدید می‌کنند. از نوسانات شدید بازار و رویدادهای مالی گسترده گرفته تا حوادث طبیعی با ابعاد فاجعه‌آمیز و بیماری‌های پرهزینه و مزمن، هر یک از این عوامل می‌توانند در کوتاه‌ترین زمان، زیربنای ثبات یک کسب و کار، سرمایه‌ی یک عمر یا بنیان مالی یک خانواده را تخریب کنند.

در چنین شرایطی، صنعت بیمه نه به عنوان یک هزینه اضافی و تحمیلی، بلکه به مثابه یک ساختار دفاعی پیچیده، یک ابزار مدبرانه برای مدیریت ریسک و یک سرمایه‌گذاری استراتژیک عمل می‌کند و نقشی دوگانه و حیاتی را در تضمین پایداری اقتصاد و ارتقای سطح سلامت یک کشور ایفا می‌نماید. بیمه، جوهره‌ی توزیع ریسک است؛ فرآیندی که در آن، زیان‌های بزرگ و نامحتمل تعداد معدودی، به هزینه‌های کوچک و قابل پیش‌بینی برای تعداد کثیری از افراد تبدیل می‌شود. این مکانیزم توزیع، نخستین و مهمترین تأثیر آن بر روان و عملکردهای اقتصاد ملی را رقم می‌زند، زیرا حس اطمینان و امنیت را جایگزین ترس و احتیاط مفرط می‌کند.

از منظر کلان اقتصادی، شرکت‌های بیمه فراتر از یک نهاد صرفاً جبران خسارت، به یک نهاد قدرتمند مالی و سرمایه‌گذاری میان‌مدت و بلندمدت تبدیل می‌شوند که قابلیت جذب نقدینگی‌های خرد و هدایت آن به مسیرهای توسعه‌ای را دارند. حق بیمه‌های پرداختی که در مقیاس خرد، مبالغی ناچیز و جاری به نظر می‌رسند، به صورت تجمیع شده در سطح ملی، جریان

تأمین یک درآمد حداقلی و مطمئن در دوران کوهولت، از کارافتادگی یا بیکاری اجباری، نقش یک شبکه ایمنی مستحکم را ایفا کرده و از سقوط افراد آسیب پذیر به زیر خط فقر جلوگیری می کنند. این کارکرد، نه تنها برای فرد، بلکه برای کل جامعه حیاتی است، زیرا ثبات اجتماعی را در برابر شوک های اقتصادی و جمعیتی تقویت کرده و از انباشت مشکلات اجتماعی و امنیتی جلوگیری می نماید.

در خاتمه، باید اذعان داشت که با وجود این نقش های بی بدیل، توسعه صنعت بیمه در بسیاری از اقتصاد های در حال توسعه همچنان با چالش های مهمی مواجه است؛ از جمله ضریب نفوذ پایین بیمه های غیر عمومی، عدم تنوع کافی محصولات متناسب با ریسک های نوین (مانند بیمه های سایبری، ریسک های زیست محیطی یا تأمین مالی ریسک نوآوری)، ضعف فرهنگ بیمه ای و اعتماد عمومی و در مواردی، مداخلات غیر ضروری دولتی مانند نرخ گذاری دستوری که از رقابت و کارایی می کاهد.

برای استفاده کامل و حداکثری از پتانسیل عظیم بیمه در جهت توسعه اقتصادی و سلامت کشور، راهکارهای اساسی باید به کار گرفته شود.

این راهکارها شامل ترویج مستمر و هدفمند فرهنگ بیمه از طریق نظام آموزشی و رسانه ای، تسهیل فرآیندهای اداری و حرکت به سوی دیجیتالی شدن خدمات، نوآوری در ارائه ی محصولات متناسب با نیازهای متغیر جامعه و کسب و کارها، اصلاح ساختار تعرفه گذاری برای ایجاد رقابت سالم و از همه مهم تر، حمایت دولت از توسعه پوشش بیمه پایه و درمانی به صورت عادلانه و پایدار و بهبود شفافیت و نظارت بر عملکرد شرکت های بیمه است. در واقع، بیمه، نمادی از تدبیر جمعی و دوراندیشی یک ملت است که می پذیرد با هم اندیشی، تقسیم ریسک و توزیع عادلانه بار مالی، می توان در برابر بزرگترین عدم قطعیت های زندگی و اقتصاد، سپردفاعی محکمی ساخت و مسیر توسعه ای با ثبات، پایدار و با رفاه عمومی بالا را تضمین نمود. تقویت این صنعت، به معنای سرمایه گذاری در ثبات مالی و سلامت همگانی و در نهایت، تضمین آینده ی روشن کشور است.

می دهد که برای توسعه، نوسازی و به روز رسانی تجهیزات خود برنامه ریزی کنند. همچنین، از طریق مکانیسم های "خرید راهبردی خدمات درمانی"، بیمه ها می توانند بر کیفیت و کمیت ارائه دهندگان خدمات نظارت داشته باشند، هزینه های غیر ضروری را کنترل کنند، و از هدر رفت منابع کمیاب جلوگیری نمایند؛ نقشی که دولت به تنهایی قادر به انجام آن نیست.

در سطح فردی و ملی، بیمه سلامت، انگیزه لازم برای مراجعات زودهنگام پزشکی، انجام چک آپ های دوره ای و پیگیری درمان های پیشگیرانه را فراهم می سازد؛ اقدام هایی که در بلندمدت، منجر به کاهش شدت و شیوع بیماری های مزمن، کاهش نیاز به درمان های پرهزینه در مراحل پیشرفته و در نهایت، افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی شهروندان می شود.

نیروی کار سالم، نیروی محرکه و شریان اصلی رشد اقتصادی پایدار است. از آن جا که بیمه سلامت به حفظ و بازیابی سریع سلامت نیروی کار کمک می کند، غیبت های شغلی ناشی از بیماری کاهش یافته و بهره وری کلی در بخش های تولیدی، صنعتی و خدماتی افزایش می یابد.

فردی که از امنیت درمانی برخوردار است، با دغدغه ی کمتر و تمرکز بیشتری کار می کند و در نتیجه، کارایی بیشتری در تولید ثروت ملی دارد. به این ترتیب، بیمه نه تنها یک نهاد رفاهی، بلکه یک سرمایه گذار فعال در سرمایه انسانی است. در بعد اجتماعی، بیمه ها، به ویژه بیمه های بازنشستگی، از کارافتادگی و تأمین اجتماعی، به کاهش فقر ساختاری و نابرابری های اجتماعی کمک شایانی می کنند. این بیمه ها، با

مالی غیر قابل جبران را برای بنگاه اقتصادی خواهد داشت. علاوه بر این، بیمه های اعتباری و بیمه های مسؤلیت حرفه ای، با کاهش عدم قطعیت در روابط قراردادی و تجاری، به تسهیل مبادلات داخلی و خارجی کمک کرده و با ایجاد شفافیت و اعتماد، به طور محسوسی هزینه های مبادلاتی را در سطح کل اقتصاد پایین می آورند.

اما اهمیت بیمه، به هیچ وجه در مرزهای اقتصاد مالی و تجاری خلاصه نمی شود؛ بلکه به مهمترین سرمایه هر کشور، یعنی سلامت شهروندان و پایداری اجتماعی، گره خورده است. بیمه درمان، عنصری محوری در تحقق عدالت اجتماعی، حفظ کرامت انسانی و ارتقای رفاه عمومی است. هزینه های درمان، به ویژه در بیماری های صعب العلاج، بستری های طولانی مدت یا جراحی های تخصصی، غالباً چنان سنگین و کمر شکن است که می تواند یک خانوار را به سرعت از طبقه ی متوسط به زیر خط فقر مطلق سوق دهد.

در بسیاری از موارد، خانوارهای فاقد بیمه مجبورند برای تأمین هزینه های درمانی، دارایی های حیاتی خود (مانند خانه و زمین) را به فروش برسانند یا زیر بار قرض های سنگین بروند که این پدیده تحت عنوان "فقر ناشی از بیماری" شناخته می شود.

بیمه سلامت با ایجاد پوشش همگانی و توزیع هزینه ها، عملاً این ریسک مهلک را از دوش فرد برداشته و تضمین می کند که دسترسی به مراقبت های بهداشتی با کیفیت و ضروری، تابعی از توان مالی بیمار نباشد و هیچ کس به دلیل فقر، از حق درمان محروم نشود. تأثیر بیمه درمان بر پایداری مالی و کارایی نظام سلامت نیز یک مسئله ساختاری و کلیدی است.

بیمه ها با تبدیل هزینه های نامنظم، غیر قابل پیش بینی و هنگفت درمانی به حق بیمه های منظم و قابل پیش بینی، یک جریان تأمین مالی پایدار و قابل برنامه ریزی برای بیمارستان ها، مراکز درمانی و تأمین کنندگان تجهیزات پزشکی ایجاد می کنند.

این پایداری مالی، به مراکز درمانی امکان





مدیرعامل بیمه سلامت با تشریح برنامه‌های هفته سلامت خبر داد؛ ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر زیر پوشش بیمه‌ای صندوق بیماران صعب‌العلاج

محمد مهدی ناصحی آخرین اقدام‌ها و برنامه‌ها درباره بیمه سلامت
را تشریح کرد و به پرسش‌ها در این باره پاسخ داد

از سوم تا نهم آبان، هفته ملی بیمه سلامت است، شعار امسال بیمه سلامت چه است؟

یک شعار جامع تری را امسال انتخاب کرده‌ایم برای اینکه از همه توان جامعه استفاده شود در تحقق اهدافی که در نظام سلامت است. بیمه سلامت یک تأمین‌کننده بزرگ مالی کشور در حوزه سلامت است. برای همین بحث وفاق ملی را برای ایران سالم‌تر به عنوان شعار امسال انتخاب کرده‌ایم و هفته سلامت را برای هر روز آن یک نامی داریم که سعی می‌کنیم در آن زمینه بیشتر اطلاع‌رسانی کنیم و آگاهی مردم را نسبت به آن بیشتر کنیم و سواد سلامت را در این زمینه‌ها بیشتر بالا ببریم. بحث صندوق بیماران صعب‌العلاج است، بحث عدالت در سلامت است، تأمین مالی است که هر روز از این هفته به یکی از این عناوین اختصاص داده شده است.

از شنبه بگوئید چه زیر شعارهایی برای این هفته انتخاب کرده‌اید؟

سوم آبان اولین روز هفته و روز اصلی ما است که این قانون در مجلس شورای اسلامی تصویب شده است. برای اینکه مردم از جهت مالی در گرفتن خدمات دچار مشکل نشوند و یک تأمین مناسبی در کشور شود.

به گسترده‌ی الان بیمه سلامت نبوده است، خدمات درمانی؟

خیلی محدود بوده است، خدمات درمانی صرفاً پوشش درمان را انجام می‌داد و با اعتبار کمتر در طی این سال هم اعتبار افزایش پیدا کرده است و هم پوشش جمعیتی خیلی بیشتر شد و هم تعداد خدماتی که باید تحت پوشش قرار بگیرد خیلی بیشتر شده است. رو به

جلو هستیم، امیدواریم بتوانیم با یک نگاهی که به گذشته داریم، ترسیم مناسبی برای آینده در حوزه‌های مختلف سلامت داشته باشیم. صرفاً بحث درمان نیست، قطعاً بحث پیشگیری یکی از بحث‌های مهم و متعالی در بحث سلامت و بیمه‌های پایه‌های سلامت است که چند سال است روی این خیلی کار کرده‌ایم، معاونتی در سازمان راه‌اندازی شده است، بحث‌های پیشگیری سطح ۴ و بحث‌های جدیدی که در دنیا است.

پزشک خانواده هم در همین راستا است؟

بله. در همین راستا است نظام ارجاع، پزشکی خانواده، نگاه نوبه تحول دیجیتال در سازمان، نقش هوش مصنوعی در ارتقای کیفیت سلامت و تأمین مالی مردم در نظارت و اینها نکاتی است که در سازمان بیمه سلامت جای مناسب و مهمی را برای خودش باز کرده

می‌رود.

یک فرهنگ سازی کافی است یا باید قانون برای آن گذاشت؟

نکته مهمی است، ما هم باید روی سواد سلامت مردم کار کنیم، یعنی آگاهی مردم نسبت به حوزه سلامت بیشتر شود و از طرفی هم قوانین مناسبی برای این امر داشته باشیم.

نگاهی هم داشته باشیم که حتماً پروتکل‌های درمانی، حتماً راهنماهای بالینی باید به نحوی تدوین شود در کشور، الان داریم ولی کامل نیست، که خدمت رسانی در حوزه سلامت حد و مرزی داشته باشد، مشخص باشد. الان شاید هر دارویی که وارد کشوری می‌شود حتی مورد تأیید خیلی از منابع علمی هم نیست، به سرعت وارد جامعه می‌شود و این هزینه‌ها را بالا می‌برد. امکانات تشخیصی هر چند جای تجهیزات و امکانات تشخیصی باید به موقع در کشور باشد ولی مصرف آن باید مدیریت شود.

هزینه‌هایی که در این امر است، یک تهران ما به اندازه یک کشور اروپایی (ام آر آی) دارد. اینها هزینه‌ها و منابع سلامت به آن سمت می‌رود که لازم نیست. ما برای یک دارو در کشور برای کنترل بیماری که روش‌های مختلف دیگری، چه تغییر شیوه زندگی و چه مصرف داروهای دیگر وجود دارد که مفیدتر هستند، نزدیک به ۵ تا ۶ هزار میلیارد تومان در سال بیمه‌های پایه دارند برای یک دارو هزینه می‌کنند. این میزان متناسب با جمعیت مبتلایان، متناسب با سایر فاکتورهایی که در نظر می‌گیریم و نیازی که باید به طور متوسط آن دارو مصرف شود می‌بینیم بیش از ۳ برابر است. اینها نشان می‌دهد که این نیازها نیازهای القایی است.

قانون می‌تواند در سطح کلی نوشته شود ولی دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌هایی که است مخصوصاً راهنماهای بالینی بسیار کمک می‌کند. اگر پیشگیری در کشور نهادینه شود، اگر ورزش کنار بیمه و در کنار دانشگاه علوم پزشکی، آموزش و پرورش، بهزیستی، همه این ارکانی که در تربیت کودکان ما نقش دارند کنار هم قرار می‌گیرند.

بیمارستان‌های قلب و عروق زیاد شود، روز به روز تعداد آنها زیاد شود، چند بیمارستان سرطان این چند ساله اضافه شده است، آیا کم شده است و سلامت مردم بهتر شده است. الان دیابت و فشار خون از ۲۰ سال قبل خیلی بیشتر شده است، شیوه زندگی نقش دارد ولی مداخلاتی که باید انجام بدهیم همه راه‌هایی است که شاید خیلی درست نباشد.

عدالت درمانی را خیلی از مردم دغدغه آن را دارد.

دارد با شکل جدیدی و با شروع در شهرها با پایلوتی که در دو استان چندین سال قبل انجام شده بود، امسال برنامه جدی وزارت بهداشت این است که در کشور این را گسترش بدهد. شروع تدریجی است ولی اجرای کامل در کشور مدنظر وزارت بهداشت است که بیمه سلامت و بیمه‌های پایه هم کنار این مهم قرار دارند به عنوان تأمین‌کننده مالی و ناظر بر عملکرد مالی یا اجرایی که در این کار صورت می‌گیرد. پس این کار بسیار مهمی است. در کنار آن توجه به اینکه مداخله غیر ضروری، مداخله زیان‌آور برای مردم در اثر مداخلات پزشکی غیر ضروری یا مصرف دارو یا استفاده از تجهیزات و امکانات یا مواردی که لازم نیست مداخلات غیر ضروری، الان یک مشکل جدی در سلامت مردم ایجاد می‌کند. مصرف بی‌رویه دارو، عمل‌های جراحی که شاید ضرورت نداشته باشد. پایش آن چطور انجام می‌شود؟

بحث دارویی را مفصل گفته‌ایم، اطلاع‌رسانی شده است. متأسفانه مصرف دارویی ما بیش از دو برابر مصرف دارو به ازای جمعیت ما است. ما در هر نسخه دارویی مان بیش از ۴ قلم دارو داریم که استاندارد ما زیر ۲ قلم است. غیر از داروهایی که کنار نسخه اصلی نوشته می‌شود، ۴ و ۳ دهم الان میانگین کشوری ما است. باید هم مردم و هم جامعه پزشکی و هم شرايطی که ایجاد می‌شود، اطلاع‌رسانی مناسبی شود، این مدیریت شود.

یا در بحث‌های تصویربرداری و آزمایشگاهی کم از دارو نیستند. ما مطمئن هستیم اینها برای سلامت مردم همه‌اش مفید نیست، خیلی از اینها دور ریز منابع سلامت است و لازم نیست، بعضی از آزمایش‌های غیر ضرور که هزینه‌های بالایی دارند. مثلاً در یک آزمایشی که مرور می‌کردم، شاید در همین شش ماهه ۴۲۰ میلیارد تومان یک آزمایش غیر ضرور که نیاز نیست انجام شود، با توجه به شرايطی که در جامعه است و میزان کمبودی که در آحاد جامعه است. شرايط مالی جامعه را نمی‌گویم، وقتی تشخیص در حد بالای ۸۵ درصد بر کمبود یک ویتامینی است چرا باید ۴۲۰ میلیارد تومان در شش ماه برای این هزینه کنیم. متأسفانه با محدودیت منابعی که داریم به سمت و سویی نمی‌رویم که اینها را مدیریت کنیم، بیمه‌ها هم اگر جایگاه مناسبی داشته باشند، همه مسائل صفر تا ۱۰۰ مدیریت منابع و مدیریت پرداخت در کشور بر عهده بیمه‌ها باشد، قطعاً راهنماهای بالینی کمک‌کننده است، نظام ارجاع به این بحث کمک می‌کند. همه اینها باید کنار هم قرار بگیرد تا ما بتوانیم هم هزینه‌ها را مدیریت کنیم و هم تأمین منابع مناسبی داشته باشیم و این منابع مدیریت شود. اگر این موارد غیر ضروری کم شود، به سمت پیشگیری می‌شود، به سمت تغییر شیوه زندگی و پرداخت‌های زندگی

است. از روز اول، شنبه به نام بیمه سلامت و حفاظت مالی مردم است و سلامت پایدار جامعه است. روز یکشنبه، بیمه سلامت، پیشگیری، تحقق عدالت در سلامت است که روز مهمی است برای اینکه جای پیشگیری باید حتماً در بیمه‌های پایه باشد، برای سلامت مردم از ابتدای تصمیم به تولد فرزند باید جایگاه‌اش حفظ شود و بیمه‌ها حمایت کنند، نقشی که در عوامل اجتماعی دارند مهم است. روز دوشنبه، بیمه سلامت به عنوان حامی بیماران خاص و صعب‌العلاج و امید به زندگی است. روز سه‌شنبه، بیمه سلامت خانواده سالم، جامعه توانمند است. روز چهارشنبه، بیمه سلامت شفافیت و نوآوری به آینده‌ای روشن نامگذاری شده است. روز پنجشنبه، بیمه سلامت همکاری بین بخشی، همراهی مردمی است. روز آخر بیمه سلامت، همراه اقشار آسیب‌پذیر است که روی این مبحث بیمه سلامت کار کرده است.

برای روز یکشنبه روی پیشگیری تحقق عدالت در سلامت صحبت کردید. منظور ما از پیشگیری دقیقاً چه است؟

بیمه سلامت بر اساس اینکه بخشی از نظام سلامت است، تأمین‌کننده مالی و یکی از قسمت‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. از این جهت سیاست‌های ما منطبق است بر سیاستگذاری‌هایی که در کشور در حوزه سلامت می‌شود. سلامت ابعاد مختلف دارد، یک بخش مهم آن بحث پیشگیری و بهداشت است که در کشور به این مقوله توجه زیادی شده است ولی بیمه‌های پایه به این سمت و سوز نرفته‌اند. صرفاً بحث‌های پوشش‌های درمانی بوده است، با راه‌اندازی پزشک خانواده در روستا. الان بیمه روستایی داریم که اکثر هزینه‌های سرپایی و بستری را دارد، بیمه سلامت در روستاهای کشور پوشش می‌شود.

مردم در روستاها چه حق بیمه‌ای در بیمه سلامت پرداخت می‌کنند؟

مردم در بیمه سلامت پرداختی ندارند، ۱۰۰ درصد را دولت و بیمه سلامت پرداخت می‌کند.

فقط پایه‌ها؟

بله که ۹۵ درصد از هزینه‌ها در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی را بیمه و دولت پرداخت می‌کند. این نگاه متعالی بود که با تأسیس بیمه سلامت نزدیک به ۲۰ سال است که در کشور دارد انجام می‌شود. در حال توسعه است، بحث پزشک خانواده الزام ارجاع در کشور

بارها هم دولت در خصوص آن صحبت کرده است. سازمان بیمه سلامت در این زمینه چه کارهایی انجام داده است و شما چه دستاوردی در تحقق عدالت درمانی داشته‌اید؟

اعتقاد ما این است که اگر منابع سلامت به درستی تأمین شود، براساس قانون، الان براساس قانون باید بودجه سال ۱۴۰۴ باید ۱۳۶ همت می‌شد. امسال بودجه‌ای که دولت اختصاص داده است، محدودیت‌هایی وجود دارد ولی ۷۰ همت بوده است.

برای سال آینده و این خدماتی که اضافه شده است در حوزه سلامت، جمعیتی که اضافه شده است، شاید درصد زیادی از جمعیت ما بیمه پرداز نیستند و دولت دارد تأمین می‌کند ولی به بیمه آن مبلغ اختصاص داده نمی‌شود، همین باعث سیکل معیوب می‌شود. ما به مؤسسات نمی‌توانیم به موقع و به حد کافی پرداخت کنیم و خدمت مناسب خریداری کنیم، اینها باعث می‌شود چرخه درمان و مؤسساتی که با ما کار می‌کنند نتوانند خدمت مناسبی به مردم بدهند. باید اینها اصلاح شود، بحث عدالت اگر تأمین منابع مناسب شود، ما بیمه پایه قوی داریم، نیاز نیست که کنار بیمه پایه همان خدمات را به بیمه تکمیلی بدهیم و آن خدمات هزینه اش را یا مردم یا کارمند یا مؤسساتی که مرتبط هستند پرداخت کنند. قطعاً بیمه پایه قوی به جای بیمه تکمیلی که به اشتباه در کشور مرسوم شده است و فقط باید هزینه خدمات لوکس را بدهد، الان از کارمند بیمه پایه گرفته می‌شود و بیمه تکمیلی هم گرفته می‌شود، لزومی ندارد، اگر تأمین منابع مناسب شود، پایه را براساس بیمه پایه مناسب در کشور می‌گذاریم. هم هزینه‌ها و هم خرید خدمت مناسب، رتبه بندی مناسب، الان همه مؤسساتی که در کشور هستند شاید بیمه شده ما در بیمارستان‌ها رضایت ندارند، ولی ما داریم با رتبه یک به آنها پرداخت می‌کنیم. باز هم چرخ آن مؤسسه نمی‌چرخد، چون مدیریت صحیح نیست. نقش و جایگاه بیمه‌ها اگر درست باشد و بتواند خودش ارزیابی و رتبه بندی کند، آن وقت می‌تواند خرید خدمت مناسبی هم کند. الان اینها در کشور خیلی مناسب نیست، پیشنهادهای خوبی الان دارد مطرح می‌شود، قانون این را تأکید کرده است ولی قانون درست اجرا نمی‌شود.

هم مجلس و هم ارکان دولت دنبال این هستند که این خرید خدمت و بحث‌هایی که در تأمین مالی است را به سمت بیمه‌ها ببرند. تا به سمت بیمه‌ها نبرند و تمام منابع نشود، الان برای یک خدمت توانبخشی به پنج جا اعتبار به بودجه داده می‌شود. به وزارت بهداشت به صورت مستقیم، به بیمه سلامت به نحوی که بعضی از قسمت‌ها را پوشش بدهد، به هلال احمر و بهزیستی و ارگان‌های دیگر هم به همین صورت.

چند تکه شدن این اعتبارات بخشش را کم می‌کند و این تمام منابع هم برای صندوق‌های بیمه‌ای، اعتقاد ما این است که اگر بیمه سلامت با سازمان‌های دیگر بیمه‌ای پایه یکی شوند، دولت شکل آن را اصلاح کند، می‌گوییم اگر هم مجازی شده است، صندوق‌های مشترکی باشند که خدمات را بتوانیم با قیمت مناسب و به موقع و درست خریداری کنیم. این در کشور قابل انجام است، یک مقدار عزم آن نیست، مقاومت‌های



محیطی است. من از بیمه سلامت انتظار دارم حیطه خودم را حفظ کنم.

قوانین بیمه‌ای با همدیگر فرق دارند؟

ناصحنه: نه. خیلی از آنها یکی شده‌اند، ولی توانستیم الان در شورای هماهنگی بیمه‌ها اینها را به هم نزدیک کنیم. ولی پایداری منابع اینکده در حوزه ما تأمین منابع کافی شود، در حوزه تأمین اجتماعی بخشی که برای درمان در نظر گرفته شده است حتماً واریز شود، بیمه‌های دیگری که در کشور هستند، آنها هم تجمیع شوند. اگر روستایی هم می‌خواهد خدمت بگیرد باید با نماینده مجلس و بانک فرقی نداشته باشد.

قصه بیشتر از ۸۰ درصد از بیمه شدگان که رایگان بیمه شده‌اند چه است، در حوزه عدالت درمانی کجا تعریف می‌شوند؟

بیمه رایگان در کشور برای اقشاری است که شرایط اقتصادی شأن ضعیف‌تر بوده است. قانون و دولت در ۲۰ سال قبل تصمیم گرفتند برای اقشار روستایی و عشایری یک بیمه رایگانی داشته باشند به ادله مختلف. یکی ماندگاری در روستاها بیشتر باشد، بحث‌های اقتصادی را در نظر گرفتند، این انجام شده است، الان هم تداوم دارد که باید در این اصلاحاتی انجام شود. در بخش پنج دهک اول جامعه که بیش از ۱۰ میلیون نفر جمعیت هستند، اینها بیمه رایگان دولت هستند، باید حق بیمه‌شان را دولت بدهد. صندوق سایر اقشار ما گروه‌هایی هستند تحت پوشش کمیت‌ه امداد و بهزیستی و گروه‌های کوچک دیگری است دارد حق بیمه آنها را دولت می‌دهد. یعنی ۸۰ درصدی که بوده است، اگر الان محاسبه دقیق کنیم، کمتر از ۸۰ درصد است. ۶ دهک کمتر شده‌اند شاید این عدد از ۸۰ درصد کمتر باشد. ولی ما می‌گوییم عمده بیمه شدگان ما تحت پوشش دولت هستند و حق بیمه‌شان را دولت برعهده دارد، هرچند به ما کمتر می‌دهد، نصف آن را می‌دهد که اختلال ایجاد می‌کند که باعث تأخیر در پرداخت می‌شود.

باعث می‌شود کم‌کم تعداد این مؤسسات کم شوند در حوزه پوشش بیمه‌ای؟

کم می‌شوند، لغو قرارداد می‌شوند، یک کیفیت خدمات می‌رود، نظارت ما را ضعیف می‌کند.

شعار وفاق ملی برای ایرانی سالم‌تر را در چه حیطه‌ای تعریف می‌کنید، یعنی اینکه سازمان‌های دیگر باید به شما کمک کنند،

مردم باید چه گامی برای ایرانی سالم‌تر بردارند، مقصودتان برای انتخاب این شعار چه بوده است؟

وفاق را در همه ابعاد می‌دانیم، یک کلمه‌ای است که این روزها به کار می‌رود، از این جهت ما استفاده نکرده‌ایم کلیشه‌ای باشد. ما هدفی داشتیم که اگر مردم پای کار نیایند از خیلی از جهاتی که بعضی از وقت‌ها می‌بینید اصرار مردم است روی یک روشی که باید آن اصلاح شود. مجلس باید پای کار باشد، حمایت خوبی می‌کنند، قانون خوبی نوشته شده است ولی در اجرا خیلی اجرا نمی‌شود. دولت در تأمین اعتبار مربوط به بیمه‌های پایه سلامت باید حتماً این را لحاظ کند که مهمترین فاکتور در خدمت‌رسانی این است که به موقع و مناسب تأمین منابع شود. اگر دولت و مجلس و سازمان‌های نظارتی و مجمع تشخیص مصلحت نظام و همه ارکان در کنار آن مردم، فرهنگ‌سازی مناسب، رعایت مردم، تغییر شیوه زندگی، باید بهزیستی و مدارس مادر تربیت کودکان و روشن شدن مسیری که باید بچه‌ها در آینده سالم باشند، نقش‌شان را ایفا کنند. در غیر اینصورت خیلی از بیماری‌ها از کودکی شروع می‌شود، خیلی از بیماری‌های قلبی و عروقی ۳۰ سال طول می‌کشد تا بیماری بروز کند. این شیوه زندگی، وزارت ورزش و جوانان نقش مهمی دارد در اینکه فضاهایی ایجاد شود قطعاً ورزش برای همه آحاد جامعه باشد، شهرداری‌ها نقش خودشان را خوب ایفا کنند.

فراخوانی در این زمینه دارید که سازمان‌های مختلف پای کار شما بیایند؟

با وزارت ورزش و جوانان و صداوسیما یک قراردادی منعقد کرده‌ایم، جلسات مختلفی داشتیم، جشنواره‌ای در دست اجرا داریم، شروع این کار را از اینجا کردیم با آموزش و پرورش جلسه داشتیم با حوزه‌های مختلف جلسه داشتیم، کار سختی است و دارد شکل می‌گیرد. در قانون هم سال گذشته در برنامه هفتم هم به همین صورت، یک قانونی را مصوب کردیم بند چ ماده ۷۳ یک نگاه مثبتی بر منابع سلامت ایجاد شد در بیمه‌ها که ۵ درصد از منابع بیمه‌های پایه سلامت به سمت پیشگیری بیایند. این اقدام را پیگیری کرده‌ایم، قانون شده است، آیین‌نامه‌هایش نوشته شده است. هفته آینده همایشی که داریم تفاهم‌نامه را با معاونت بهداشتی وزارتخانه رومانی می‌کنیم، شروع کار را با بحث‌های بسیار مهم، مشوق‌هایی که داده شده است. این روزها روزهایی است که به اینها می‌پردازیم، ما روی بند چ ماده ۷۳ خیلی کار کرده‌ایم و بعد آن را مصوب کرده‌ایم. نقش دکتر پزشک‌یان برای این قانون برجسته بوده است،

خودشان کمک کردند و اعضای کمیسیون بهداشت کمک کردند که این مصوب شد. می‌دانیم که اگر اتفاقی می‌خواهد بیفتد باید در ورزش و آموزش و پرورش بیفتد. مسیر ما مسیر درستی است، مشوق ورزشی بدهیم، آن جوانی که در خانواده کم درآمد است، آن جا امکاناتی بدهیم، هرچه به بیمارستان‌ها بدهیم هیچ چیزی نمی‌شود و هر روز کم می‌آوریم ولی اگر از آنجاها اینها اصلاح شود، مطمئن هستیم که در آینده تأثیر به‌سزایی در سلامتی مردم دارد و این کارهای مهم انجام شده است.

هفته آینده این جشنواره از چه کم و کیفی برخوردار است، نقش مردم و سازمان‌ها در این جشنواره را بفرمایید؟

نگاهی که برای این کار از اول داشتیم که با چه مؤسساتی وارد مذاکره شویم و با چه سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها، جایی که می‌تواند تأثیر زیادی در فرهنگ‌سازی داشته باشد، رسانه ملی است. رسانه ملی باید خیلی از کارهایش را به این سمت و سو بیاورد که به مردم کمک شود، سلامت مردم اصلی‌ترین موضوع است. از رسانه ملی در این حوزه تشکر می‌کنیم، در نسخه الکترونیک خیلی به ما کمک کردند، در صندوق صعب‌العلاج و موضوعات مهمی که پیگیری بودیم، در سیاستگذاری‌های حوزه بیمه‌های پایه خیلی کمک کردند. اینجا هم پای کار آمدند، آنها خودشان پیشنهاد کردند که این کار را انجام بدهیم، وزارت ورزش هم به همین صورت است. این نشست‌ها خروجی مناسبی خواهد داشت، ورزش همگانی در جامعه تبلیغ و تشویق شود. رسانه ملی جهتش را به سمت سلامت مردم، در کنار برنامه‌هایی که ما می‌دهیم، وزارت بهداشت و وزارت ورزش می‌دهد، یک تغییر مثبت و مناسبی در جامعه صورت می‌گیرد.

سازمان بیمه سلامت ایران چه دستاوردهایی در ۳۱ سال گذشته در خصوص تبدیلیش از خدمات درمانی به بیمه سلامت که خیلی گسترده شده، داشته است، از آن دستاوردها صحبت کنید، یکی از آن دستاوردها که یادمان است که خیلی مناسب هم بود، تحول دیجیتال و حذف دفترچه‌های کاغذی بود که این خیلی مناسب بود انجام شد، بقیه‌اش را شما بفرمایید؟

بحث تحول دیجیتال و نقش نظام الکترونیک در حوزه بیمه‌ها، با یکی از سخت‌ترین کارها در بیمه سلامت شروع شد یعنی قانونی که ۱۸ سال

مجلس تصویب می‌کرد و اجرایی نمی‌شد، بیمه سلامت شروع کرد و همراه آن سازمان بیمه تأمین اجتماعی نقش بسیار خوبی داشته است یعنی دو سازمان مهم بیمه‌ای پایه‌ای کشور این قانون را اجرایی کردند. شاید در کشورهای دیگر حداقل زمان هفت تا هشت سال باشد، ولی این جا یکی دو سال فراگیر شده است. در کشور، عمده مؤسسات و کل شاید بیش از ۹۹ درصد اسنادی که ما می‌گیریم الکترونیک است، مادر سازمان بیمه سلامت روزانه بیش از ۶۰ هزار نسخه الکترونیک داریم، از شروع کار تا الان بیش از ۵۰ میلیون نسخه الکترونیک نوشته شده است. صرفاً این کار سخت که وقتی نسخه نوشته می‌شود بر خط و آنلاइन بلافاصله داروخانه و مؤسسات دیگر باید پرداخت کنند. سخت‌ترین قسمت نظام الکترونیک سلامت است و در ادامه می‌شود تکمیلش کرد و پرونده الکترونیک شکل بگیرد و نظام بستری بیاید مرتبط شود و همه این‌ها با شروع این کار که در سازمان بیمه پایه سلامت در کشور انجام شد ان شاء الله با قدم‌هایی که دارد وزارت بهداشت برمی‌دارد و این را کامل می‌کند بتوانیم یک پرونده الکترونیک بیمه‌ای سلامت مناسبی برای مردم در کنار پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور داشته باشیم. سازمان بیمه سلامت از سازمان‌های هوشمند است و نقش هوش مصنوعی را در تمام مراحل می‌آوریم، در نظارت و پیگیری و قراردادهای مختلف و خودگنجینه‌ای که ایجاد شده است به عنوان نسخه الکترونیک اطلاعات بسیار زیادی می‌دارد در زمینه‌های مختلف که سیاست‌گذاران به راحتی می‌توانند در زمینه‌های مختلف درمانی، پیشگیری از آن استفاده کنند. این‌ها آماده است برای تحویل به هم مراجع قانون‌گذاری که مجلس باشد و آمدند دوستان از کمیسیون بهداشت و درمان و مؤسسات نظارتی و سازمان‌هایی که از خریداران بودند از داشبوردها استفاده کنند. وقتی حاکمیت داده‌ها مطرح می‌شود این موضوع است وقتی داده‌های ارزشمندی داریم که می‌توانیم از آن استفاده کنیم.

الان الکترونیک شدن دفترچه شدن بیمه سلامت چقدر اجرایی شده است، بیمه تأمین اجتماعی اجرایی شده، نیروهای مسلح کاملاً اجرایی شده و با کد ملی‌ها این اتفاق می‌افتد و در سازمان بیمه سلامت با ۴۵ میلیون افرادی که تحت پوشش شما قرار دارند این نظام تحول دیجیتال چقدر جلوتر رفته و چند درصد کامل شده است؟

ناصی: بیمه سلامت پیشگام بوده و جلوتر از دیگر بیمه‌ها به جایگاهی رسیده که ما جز در موارد خاص و بحران که نسخه کاغذی را قبول می‌کنیم، غیر از آن نسخه الکترونیک است و ۹۹ درصد از اسنادی که دریافت می‌کنیم چه در حوزه بستری و چه سرپایی الکترونیک است و این گام مهمی است و سخت‌ترین کار در نظام سلامت انجام شد. نکته مهمی که داشت وقتی دفترچه‌های کاغذی حذف شد از جهت محیط زیست و توجه به محیط زیست بسیار ارزشمند بوده است و غیر از این که هزینه آن چنانی برای چاپ دفترچه شاید الان حساب کنیم حداقل هزار میلیارد تومان را حذف کردیم. توجه به طبیعت را در این نگاه آمده است یعنی این نگاه زیست محیطی برای سازمان بیمه سلامت و سایر بیمه‌ها که به این سمت رفتند وجود داشته است، دستاورد دیگری که در سازمان بیمه سلامت انجام شد، ایجاد صندوق خاص بیماران صعب‌العلاج و خاص بوده که این بسیار مهم بوده است و پناهگاهی شده برای مردمی که مبتلا به بیماری‌های پرهزینه شدند و ما ۱۲۰ بیماری را تحت پوشش این صندوق داریم که بیش از نصف‌شان بسته‌های خدمتی نوشته و پشت سامانه‌هاست و نیاز به مراجعه ندارند مردم و آن‌هایی که هم نیست گروه‌هایی را در استان‌ها تشکیل دادیم با گرفتن فاکتورها هزینه‌های‌شان را پرداخت می‌کنیم.

این هزینه‌های بیماران خاص و صعب‌العلاج کار بسیار مهمی است که سازمان بیمه سلامت انجام داده است، مردم خدای نکرده وقتی به بیماری صعب‌العلاج مبتلا می‌شوند میزان پوشش دهی سازمان بیمه سلامت برای آن‌ها در چه محدوده‌ای قرار دارد؟ چه به لحاظ درمان و چه به لحاظ آن اتفاقاتی که بعد از پروسه درمان، فرآیند درمان برای شأن اتفاق می‌افتد؟

برای مردم کشورمان در سامانه بیمه سلامت بیش از دو میلیون و هفتصد هزار نفر را نشاندار کردیم بیمه شده ما، بیمه تأمین اجتماعی هستند دو گروه مهم و سایر آن‌ها می‌توانند به‌طور مستقیم از منابع استفاده کنند، سهم بیمه پایه داده می‌شود و مابقی براساس بسته‌هایی که داریم بین بیست تا سی درصد، بعضی از بیماری‌ها صد درصد تحت پوشش است، مثل بیماران سرطانی در مؤسسات دولتی و دانشگاهی تراپی شأن صد درصد پوشش داده و با رادیو تراپی شأن درصد زیادی پوشش داده، خیلی

از داروها شاید صد درصد پوشش داده این‌ها بسته خاص خودشان دارد، ممکن است تغییر قیمتی و دارویی اتفاق بیفتد تا وارد سامانه‌ها شود و بسته‌هاش تکمیل شود یک زمانی ببرد. یا تغییری که در بخش‌های غیر دولتی است، ما این نظام حمایتی مان عمده‌تاً در بخش‌های دولتی و دولتی دانشگاهی است و اگر خدمت اگر بیمار سرطان در بخش‌های خصوصی آن ما به التفاوت را باید خودش پرداخت کند. اگر در نظام دولتی این خدمت‌ها را بگیرد از پوشش مناسبی برخوردار می‌شود.

در سامانه‌های پاسخگویی بیمه سلامت و یکی از دغدغه‌های خیلی مهم مردم پاسخگو بودن سازمان‌های بیمه‌ای است که آن سازمان بیمه‌ای چقدر دغدغه و نگرانی مردم و شکایات مردم را پاسخ می‌داده است که سازمان‌های بیمه گر قدم‌هایی برای آن برداشتند، میزان رضایت مندی مردم چقدر بوده کنار می‌گذاریم، این که این حرکتی به این سمت انجام شود که آن فردی که بیمار است و مبتلا به یک بیماری است حداقل درد و رنج را تحمل کند، چه به لحاظ هزینه‌ای و پاسخ‌بودن سازمان‌های بیمه این پوشش داده شود و تأکید مقام معظم رهبری هم این بود و پشت دفترچه‌ها نوشته باشد یک طوری با مردم برخورد شود که فقط دردش، درد مریضی باشد، در سامانه‌های پاسخگویی چه قدم‌هایی برداشتید؟

سامانه‌های پاسخگویی ۱۶۶۶ ما بیست و چهار ساعته پاسخگوست که مشکلاتی که برای شأن برای گرفتن خدمت در بخش‌های دولتی برای شأن پیش می‌آید تماس بگیرند به صورت ۲۴ ساعته همکاران مادر خدمت مردم و بیمه‌شدگان هستند، این را خوشبختانه بررسی‌های ما پاسخگویی‌های مناسبی را نشان می‌دهد، صرفاً پاسخ گویی تلفنی صرف نداریم. حتماً عملیات اجرایی خیلی از این‌ها صورت می‌گیرد و پیگیری می‌شود و همه مکالمات ضبط شده و همکاران در ساعت اداری بعد از آن شب قبل همه مکالمات را به صورت رندوم گوش می‌کنند و نظارت می‌کنند که پاسخ مناسبی داده شده باشد در ۲۴ ساعت به مردم و این نقطه قوت ماست در پاسخگویی به مردم است، خدمات دیگری مثل توانبخشی در سازمان بیمه سلامت برای اولین بار تحت پوشش قرار گرفت، درمان ناباروری یکی از موضوعات دیگری است که الان صد و هشتاد هزار نفر تحت پوشش هستند و نشاندار هستند در بخش‌های مختلف تشخیصی و درمانی هزینه‌های شأن را پرداخت می‌کنیم و این هم به قانون جمعیت جوانی



کشور که موضوع مهمی است توجه ویژه شده است، در بخش اوتیسم، گفتار درمانی و کار درمانی بحث‌هایی است که در این دوره سازمان به این سمت رفته است که این‌ها را پوشش دهد که اصلاً نبوده است و چیز لازمی است.

یکی از دغدغه‌های برخی از مردم سازمان‌هایی مثل سازمان بیمه سلامت و پوشش‌هایی مثل بیمه سلامت که صد هزار بار شکر که این را دولت برای برخی از مردم گذاشت که آن‌ها از خدمات بیمه بهره‌مند شوند و در زمان بیماری دغدغه هزینه نداشته باشند صرفاً در بیمارستان‌های مربوط به دانشگاه‌های علوم پزشکی این اتفاق می‌افتد، این جاشما شفاف‌سازی کنید که در این دانشگاه‌ها تا چقدر پزشکان متخصص مردم را می‌بینند و ویزیت می‌کنند و تا چه حد موضوعات آموزشی هم مطرح می‌شود، این را برای مردم بگویید که این دغدغه رفع شود؟

خودش پرداخت کند، بیمه شده دولت صد درصد حق بیمه اش را می‌دهد و مسیرش را مشخص کرده است خیلی از صندوق‌ها به این صورت است، اشتباه نشود می‌گویند بیمه ناکارآمدی زیادی دارد. کارآمدی بیمه در بخش‌های دولتی است، بخش‌های خصوصی خیلی از همکاران دولت را پوشش می‌دهیم ولی، چون باید تعرفه دولتی را پوشش دهیم درصدش، آتارش کم است و اکثر آن هزینه‌ها را باید خود فرد پرداخت کند. این که بخش‌های دولتی آیا درست خدمت را ارائه می‌دهند یا تکریم ارباب رجوع می‌شود و ما ایراد داریم وقتی می‌گوییم رتبه بندی را بیمه‌ها انجام دهند، اگر رفتیم به بیمارستانی که به بیمه شده ما تکریم نکرده و این اصل مهم را نداشته است یا خدمتش مناسب نبوده یا تجهیزاتش و یا فضای فیزیکی اش آن جا دیگر رتبه یک نگیرد و بیاید پایین‌تر تا خودش را برساند.

در این خصوص گامی برداشتید؟

بله. خیلی مهم است وقتی ما خرید خدمت می‌کنیم باید ما رتبه بندی کنیم که چه کیفیتی خدمات ارائه شود. این اشتباه است که می‌خواهیم این‌ها اصلاح شود، هم وزارت بهداشت باید به این سمت برود و هم

مجلس برود اصل این است که خدمت مناسب با قیمت مناسب خریداری شود. بیمه شده ما که هر جایی می‌رود که دولت برای او هزینه می‌کند که باید با کیفیت مناسب خدمت ارائه شود، ایده آل‌ها را نمی‌گوییم ولی الان ممکن است که خیلی از این‌ها ایده آل نباشد، که ممکن است بخش دولتی نرسد و درمانگاه شأن شلوغ باشد و مردم بالا جبار به بخش خصوصی بروند که باید اصلاح شود.

یکی از موضوعات مهم در مورد بیمه‌های سازمان‌های بیمه‌گری که دولتی هستند که باید توجه بشود، موضوع هزینه هاست، یکی از توفیقاتی که حداقل من می‌دانم سازمان بیمه سلامت داشته است، ایجاد کارآمدی در مدیریت هزینه هاست، چون صرفاً دولت پول بیمه شده را می‌دهد، آیا می‌تواند گواهی بر این باشد که هر طوری هزینه کند و هر طوری ریخت و پاش مالی انجام دهد یا شما سیستم یا سازوکاری به کار بردید برای این که مدیریت هزینه‌های دولتی در این زمینه بهیبه‌ترو کارآمدتر شود چیست؟

ناصحنی: در چند سالی که در خدمت مردم در این سازمان مهم بودیم اصول مان این بود که به

این نکته مهمی است که طبق قانون خیلی از صندوق‌های ما اجازه خرید فقط از بخش‌های دولتی و دولتی دانشگاهی دارند یعنی صندوق روستایی صرفاً باید خدمت را از بخش‌های دولتی بگیرد. یک وقت آن بیمه شده برود بخش خصوصی صد درصد باید

مسائل فنی و علمی حوزه مخصوصاً پوشش جمعیت، پوشش خدمات مناسب و کیفیت خدمات به اضافه تأمین مالی مناسب و به موقع اقدام کنیم. حداقل ۴ سال این کار را کردیم که پرداخت ما چه به مؤسسات خصوصی به روز بوده و هزینه‌ها را از طرق مختلف چه مجازی یا حضوری توانستیم تا حدی کنترل کنیم ولی الان بیش از ۳۰ درصد هزینه‌ها القایی است و باید اصلاح شود ولی قطعاً مدیریت‌های نوین با هوش مصنوعی و سایر ابزارها می‌تواند کمک کند که در این راستا حرکت می‌کنیم ولی با این نسبت با سازمان‌های هم‌تراز هزینه‌های ما شاید نصف باشد. یک خدمتی را ما پوشش می‌دهیم با همان کیفیت در همان مؤسسه ممکن است به هزینه‌ای که می‌کنیم کمتر باشد و مولفه‌های مختلفی در مدیریت هزینه لحاظ کردیم و خریدهایی که سعی کردیم بکنیم، خریدهایی از جاهایی بوده که هم هزینه کمتر باشد و هم کیفیت بیشتر باشد، شاید خرید راهبردی یکی از نکات مهمی است که در صندوق صعب‌العلاج سعی کردیم لحاظ کنیم. جایی که رادیو تراپی می‌خواهیم قراردادی ببندیم و یا خدمت دیگری که هم پرهزینه است برای مردم و هم داریم پوشش

می‌دهیم همه را آن‌ها را سعی کردیم اصلاح کنیم. همه این مولفه‌ها کنار هم شده است که ما خرید مناسب تری بکنیم، نه خرید ایده آل ما، بهتر شده ولی فاصله داریم با آن ایده آل.

یک جمله‌ای را یادداشت کردم که در یک موردی از سازمان شما خوانده بودم، این که سلامت تنها محصول بیمارستان نیست، نتیجه سیاست‌های اجتماعی عادلانه است، این کلمه را زیاد می‌شنویم، سیاست‌های اجتماعی عادلانه، چه ارتباطی به نظام سلامت و ارتباطی با بیمارستان و نتیجه آن دارد؟

ناصی: ما هر چه بیمارستان‌ها را توسعه دهیم و امکانات تشخیصی درمانی در کشور بیاوریم، همه باید بیاوریم ولی به جاش، نه این که «پت اسکن» گفتیم در کشور پراز «پت اسکن» و «ام آر آی» بشود و پروسایل تشخیصی شود و هر شهری باشد، در دنیا این طور نیست، آن مؤسسه باید بچرخد و سودی باید داشته باشد، خیلی از این جاذبه‌ها خیلی از کسانی که در حوزه پزشکی نیستند می‌آیند سرمایه‌گذاری می‌کنند که فکر می‌کنند که سود زیادی در می‌آورند ولی از راه دیگری،

ولی مسیر مسیر اشتباهی است متأسفانه، دارد هزینه‌ها و منابع ما را به آن سمت می‌برد. وقتی بحث‌های اجتماعی می‌گوییم بیمارستان راهگشا نیست، این که خانه بهداشت و مراکز بهداشتی و پزشک خانواده باید انگیزه کافی داشته باشند که کنار و مشاور مردم باشند و ارجاع صحیح و به موقع صورت بگیرد. مولفه‌های اجتماعی دیگر است، اگر یک مجموعه‌ای در یک محله‌ای است همه ارکانش بیایند، اگر مسجدی است بیاید شناسایی کند افراد بی‌بضاعت، شهرداری و هلال احمر و کسانی که وظیفه اجتماعی دارد، آن خانواده ضعیف و مادر باردار که هزینه حداقلی ندارد و فرزندش باید در شکم مادر تغذیه مناسبی بشود وقتی مادر تغذیه نشود یا عوامل روانی و حمایتی را باید حتماً برای مادر باردار در نظر بگیریم و این‌ها مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت است و می‌شود با همان بحث اس تی اچ معروفی که مولفه‌های تأثیرگذار اجتماعی است و بحث روز ما است و امیدواریم بیاید در کنار حوزه سلامت و در این مسیر برویم، از این فاکتورهای اجتماعی استفاده کنیم، تنها وزارت بهداشت و تنها بیمه‌ها نمی‌توانند تأمین سلامت مردم را بکنند. باید آب ما سالم باشد، باید غذای ما سالم باشد، همه این‌ها باید کنار هم بیایند.



بیمه سلامت؛ وفاق ملی برای ایرانی سالم‌تر روزشمار ملی بیمه سلامت

بیمه سلامت؛ حفاظت مالی مردم، سلامت پایدار جامعه
نقش حفاظت مالی بیمه سلامت در برخورداری از جامعه‌ای ایمن و پایدار در برابر هزینه‌های درمانی

شنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۳

بیمه سلامت؛ پیشگیری، تحقق عدالت در سلامت
نقش بیمه سلامت در پیشگیری و ارتقای سلامت عمومی

یک شنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۴

بیمه سلامت؛ حامی بیماران خاص و صعب‌العلاج، امید به زندگی
بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و حمایت‌های بیمه سلامت

دوشنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۵

بیمه سلامت؛ خانواده سالم، جامعه توانمند
خانواده سالم و جامعه توانمند با برنامه‌های بیمه سلامت

سه شنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۶

بیمه سلامت؛ شفافیت و نوآوری؛ آینده‌ای روشن
شفافیت، نوآوری و فناوری‌های نوین در ایجاد سازمان هوشمند

چهارشنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۷

بیمه سلامت؛ همکاری بین بخشی، همراهی مردمی
همکاری بین بخشی برای بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

پنج شنبه
۱۴۰۴/۰۸/۰۸

بیمه سلامت؛ همراه اقشار آسیب‌پذیر
عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات درمانی با توسعه بیمه سلامت

جمعه
۱۴۰۴/۰۸/۰۹

۳۱ سال دستاوردهای بیمه سلامت در نظام بهداشت و درمان؛ از بیمه همگانی تا مشارکت در بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH)

بیمه سلامت
وفاق ملی برای
ایران سالم‌تر

سازمان بیمه سلامت ایران با شعار «بیمه سلامت؛ وفاق ملی برای ایرانی سالم‌تر» مسیر تعالی خود را ادامه خواهد داد تا در تحقق جامعه‌ای سالم، آرام و امیدوار، نقشی ماندگار ایفا کند.

بیمه سلامت وفاق ملی برای ایرانی سالم‌تر



سازمان بیمه سلامت ایران

خدمات روانشناسی زیر چتر بیمه سلامت

بیمه شدگان مشمول: اختلالات رشدی عصبی، کم توانی های ذهنی خفیف و متوسط و شدید، عمیق، تاخیر رشدی کم توانی ذهنی نامعین و اختلال رشدی هوش، اختلالات ارتباطی، طیف اختلال در خودماندگی، اختلال کم توجهی، اختلال یادگیری اختصاصی، اختلالات حرکتی، اختلالات تیک، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشانه، اختلالات دو قطبی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی جبری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات تجزیه ای، اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط اختلالات تغذیه و خوردن، اختلالات دفعی، اختلالات خواب بیداری کژکاری های جنسی، اختلالات عملکرد جنسی، نارضایتی جنسیتی (اختلال هویت جنسی)، اختلالات کنترل تکانه رفتارهای ایدایی و سلوک، اختلالات اعتیادی و سوء مصرف مواد، اختلالات عصب شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات پارافیلیک و سایر اختلالات روانی.



میزان پوشش:	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز و ارائه خدمات:
۷۰ درصد سهم پرداختی سازمان بیمه سلامت در بخش سرپایی جهت خدمات فوق معادل ۷۰ درصد تعرفه دولتی می باشد.	دکترای تخصصی روانشناسی بالینی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی (MDphd) روانشناس بالینی روانپزشک
علاوه بر پوشش فوق در صورتیکه بیمه شدگان مشمول کاهش فرانشیز حمایتی و یا مزایای صندوق بیماری های خاص و صعب العلاج و نادر باشند به تناسب بیماری میزان پوشش هزینه خدمات توسط سازمان بیمه سلامت افزایش می یابد.	