چه تعداد از مراکز درمانی و موسسات در کل کشور طرف قرارداد با سازمان بیمه سلامت هستند؟

در حال حاضر ۱۵۹ هزار و ۲۷۴ مرکز با سازمان بیمه سلامت ایران قرارداد دارند که شامل ۱۰۱ هزار و ۳۳۲ پزشکان و دندان پزشک غیرمستقل، ۲۱ هزار و ۲۷۰ مطب، ۳۵ روانشناس و کلینیک روانشناسی و مشاوره، ۱۶ هزار و ۵۷۴ داروخانه، ۶ هزار و ۵۲ مرکز جامع سلامت شهری و روستایی، ۲ هزار و ۷۵۰ مرکز فیزیوتراپی، ۲ هزار و ۷۴۸ آزمایشگاه، ۲ هزار و ۵۶۵ درمانگاه، هزار و ۷۲۳ مرکز تصویربرداری، ۹۸۸ بیمارستان، ۸۸۹ مرکز توانبخشی، هزار و ۲۰۷ مرکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، ۵۵۰ دفتر کار و مرکز مشاوره مامایی، ۱۲۹ مرکز جراحی محدود، ۱۲۵ مرکز پزشکی هسته‌ای، ۱۱۴ مرکز دیالیز مستقل سرپایی، ۱۰۶ مرکز جامع توانبخشی، ۳۴ مرکز سرپایی شیمی درمانی، ۲۹ مرکز ارتوپدی فنی، ۲۹ مرکز مستقل تخصصی درمان ناباروری، ۲۴ مرکز رادیوتراپی و یک مرکز سنگ‌شکن مستقل است.

نظارت بر عملکرد مراکز درمانی به چه صورت انجام می‌شود و اگر بیمه شدگان شکایتی از مراکز داشته باشند، به کجا اعلام کنند؟

نظارت بر عملکرد مراکز طرف قرارداد بیمه سلامت در چهارچوب دستورالعمل‌ها و ضوابط ابلاغی سازمان انجام می‌شود. این نظارت‌ها با هدف صیانت از حقوق بیمه‌شدگان، اطمینان از اجرای صحیح تعهدات قراردادی و مدیریت بهینه منابع سازمان صورت می‌گیرد.

فرآیند نظارت شامل دو بخش اصلی نظارت حضوری و نظارت غیرحضوری است؛ نظارت حضوری شامل بازدیدهای ادواری و موردی از مراکز طرف قرارداد توسط کارشناسان نظارتی است که بدین ترتیب، نحوه ارائه خدمات، رعایت ضوابط و مقررات، صحت عملکرد بیمه‌ای و انطباق فعالیت مرکز با مفاد قرارداد، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نظارت غیرحضوری از طریق بررسی و تحلیل اسناد و مدارک کاغذی و الکترونیکی، داده‌های سامانه‌های اطلاعاتی، نسخه الکترونیک، گزارش‌های عملکردی، داشبوردهای نظارتی و سایر مستندات مرتبط انجام می‌شود. در این روش، مغایرت‌ها و انحرافات احتمالی شناسایی و مطابق ضوابط و دستورالعمل‌های سازمان پیگیری می‌شود.

سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های اخیر با توسعه سامانه‌های الکترونیکی، امکان نظارت قبل از ارائه خدمت، حین ارائه خدمت و پس از ارائه خدمت را فراهم کرده است و در کنار نظارت‌های حضوری، از ابزارهای هوشمند و الکترونیکی برای پایش عملکرد مراکز طرف قرارداد استفاده می‌کند.

بخشی از فرآیند نظارت غیرحضوری بیمه شدگان از طریق سامانه «بازخورد سریع» انجام می‌شود. در این روش، پیامک‌های نظارتی برای بیمه شدگان ارسال شده و اطلاعات مربوط به دریافت خدمت، کیفیت ارائه خدمات و صحت عملکرد مراکز طرف قرارداد از طریق پاسخ‌ها و بازخوردهای دریافتی مورد ارزیابی و پایش قرار می‌گیرد. نتایج حاصل از این فرآیند در راستای ارتقای کیفیت خدمات، صیانت از حقوق بیمه شدگان و شناسایی موارد احتمالی مغایرت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

